

De rol van ruimte in hoe kinderen een  
tandartsbezoek beleven  
Een methodologische en inhoudelijke  
verkenning in een ziekenhuis en een  
privépraktijk

Elfride Heylen

Thesis voorgedragen tot het behalen  
van de graad van Master of Science  
in de ingenieurswetenschappen:  
architectuur

**Promotor:**  
Prof. dr. ir. arch. Ann Heylighen

Academiejaar 2018 – 2019



# De rol van ruimte in hoe kinderen een tandartsbezoek beleven

## Een methodologische en inhoudelijke verkenning in een ziekenhuis en een privépraktijk

Elfride Heylen

Thesis voorgedragen tot het behalen  
van de graad van Master of Science  
in de ingenieurswetenschappen:  
architectuur

**Promotor:**  
Prof. dr. ir. arch. Ann Heylighen

**Assessor:**  
Elfi Van der Borght

**Begeleider:**  
Dr. ir. arch. Margo Annemans

© Copyright KU Leuven

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor als de auteur is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot Faculteit Ingenieurswetenschappen, Kasteelpark Arenberg 1 bus 2200, B-3001 Heverlee, +32-16-321350.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor is eveneens vereist voor het aanwenden van de in deze masterproef beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

# Voorwoord

Bij het finaliseren van deze masterproef wil ik reflecteren op het proces dat ik heb doorlopen. Ik startte aan de thesis met een globaal idee om een onderzoek te doen over architectuur in een tandheelkundige context. Dit was een zelfgekozen thema. Al snel bleek dat hierover weinig documentatie, (wetenschappelijk) onderzoek en literatuur beschikbaar was. Het exploratief karakter van de thesis maakte het moeilijk om te weten welke richting op te gaan. Het was zoeken, exploreren, bijsturen en focussen. Met de hulp van mijn begeleiders was ik toch in staat een afgebakende onderzoeksvraag te formuleren.

Omdat dit onderwerp medisch-wetenschappelijk en gezondheidszorg gerelateerd is, diende ik een aanvraag te doen bij de Ethische Commissie. Dit was niet eenvoudig. Er waren veel hindernissen die stap per stap overwonnen moesten worden. Uit dit proces alleen al heb ik veel geleerd. Ook ondervond ik heel wat moeilijkheden bij het doen van de masterproef zoals bij het zoeken naar geschikte praktijken, methodieken en participanten. Ik ben tijdens de uitwerking van deze masterproef enorm gesteund en geholpen geweest door verschillende personen. Aan hen wil ik mijn dank en waardering betuigen. Zonder hen was het maken van deze masterproef niet mogelijk geweest.

In eerste instantie gaat mijn dank uit naar mijn promotor prof. dr. ir. arch. Ann Heylighen en co-promotor dr. ir. arch. Margo Annemans. Zij hebben mij geïnspireerd gedurende het hele proces en zeker ook bij het zoeken naar een goede onderzoeksvraag, de aanpak en de uitwerking ervan. Zij gaven steeds zeer snel helpende feedback op tussentijdse schrijfsels en hielpen me met het in orde brengen van de aanvraag voor de Ethische Commissie. Zonder hun steun en motivatie, zou ik niet zo ver gekomen zijn. Verder wil ik de tandartsen bedanken waarbij ik dit onderzoek mocht uitvoeren en die hielpen bij het rekruteren van participanten: prof. dr. Dominique Declerck, prof. dr. Guy Willems, Kristen Buelens en Shana Frederickx. Ik wil hen bedanken voor de tijd die ze hebben vrijgemaakt, de inspanningen bij het enthousiasmeren van de participanten en de actieve medewerking.

Uiteraard wil ik ook Anaïs, Annabel, Fenne, Joke, Julie, Marie, Ninthe, Noek en Nona bedanken. Zij maakten het immers mogelijk dat er onderzoek over de architectuur van tandheelkundige omgevingen vanuit het perspectief van kinderen kon gebeuren. Ik wil hen bedanken voor het laten horen van hun stem en het delen van hun gevoelens en gedachten. Daarnaast wil ik zeker ook hun ouders danken voor het willen meewerken aan het onderzoek en voor hun gastvrijheid.

Tot slot wil ik mijn ouders bedanken. Zij gaven me de steun die ik nodig had in moeilijke momenten. Het is dankzij hen dat ik weer telkens de moed vond om door te zetten.

*Elfride Heylen*

# Inhoudsopgave

Voorwoord	I
Inhoudsopgave	II
Abstract	VI
Lijst van figuren en tabellen	VII
<b>DEEL 1: ALGEMEEN KADER</b>	<b>1</b>
<b>HOOFDSTUK 1 : INLEIDING</b>	<b>3</b>
1.1 Probleemstelling	3
1.1.1 <i>Belang van een gezond gebit</i>	3
1.1.1.1 Fysiek	3
1.1.1.2 Psychisch	4
1.1.2 <i>Angst voor de tandarts</i>	4
1.1.2.1 Negatief conditionerende ervaringen	5
1.1.2.2 Modelleren	6
1.1.2.3 Overdracht van negatieve en bedreigende informatie	6
1.1.3 <i>Belang van het tandartsbezoek voor kinderen</i>	6
1.1.4 <i>Beperkingen van voorgaand onderzoek</i>	7
1.2 Doelstelling van de masterproef	7
1.3 Opbouw masterproef	7
<b>HOOFDSTUK 2 : CONTEXT</b>	<b>8</b>
2.1 Healing environment	8
2.1.1 <i>Ruimtelijk comfort</i>	9
2.1.2 <i>Privacy</i>	9
2.1.3 <i>Autonomie</i>	9
2.1.4 <i>Zintuiglijk comfort</i>	9
2.1.5 <i>Veiligheid</i>	10
2.1.6 <i>Sociaal comfort</i>	10
2.1.7 <i>Recente ontwikkelingen</i>	10
2.2 Ontwerpen voor een kindvriendelijke tandheelkundige omgeving	11
2.2.1 <i>Zintuiglijk comfort</i>	11

2.2.2 Veiligheid-----	12
2.2.3 Sociaal comfort-----	12
<b>DEEL 2: METHODOLOGIE -----</b>	<b>15</b>
<b>HOOFDSTUK 3 : METHODOLOGIE -----</b>	<b>17</b>
3.1 Verkennende activiteiten -----	17
3.1.1 Inzichten m.b.t. de tandheekkundige omgeving-----	17
3.1.2 Inzichten m.b.t. de psychologie van patiënten bij de tandarts-----	18
3.2 Onderzoeksvraag -----	18
3.3 Veldwerk met betrekking tot de casestudies -----	19
3.3.1 Benadering -----	19
3.3.2 Onderzoeker-----	19
3.3.3 Zoeken van cases-----	20
3.3.4 Rekruteren-----	20
3.3.4.1 Dienst tandheelkunde van het ziekenhuis -----	20
3.3.4.2 Tandartspraktijk-----	21
3.3.4.3 Participanten -----	21
3.3.4.4 Inleidend gesprek-----	22
3.4 Ethische aspecten -----	23
3.5 Datacollectie -----	24
3.5.1 Participatieve methodes-----	24
3.5.2 Observatie -----	24
3.5.3 Interview -----	24
3.6 Data-analyse -----	25
3.7 Technieken om betrouwbaarheid te verhogen -----	26
<b>HOOFDSTUK 4 : ANALYSE METHODOLOGIE -----</b>	<b>26</b>
4.1 Methodologische inzichten uit literatuur-----	26
4.1.1 Methodes -----	27
4.1.1.1 Participatieve methodes-----	27
4.1.1.2 Observatie-----	30
4.1.1.3 Interview-----	31
4.1.2 Combinatie methodes-----	32
4.2 Bevindingen methodologie -----	33

4.2.1	<i>Toegepaste methodes</i>	34
4.2.1.1	Participatieve methodes	34
4.2.1.2	Observatie	40
4.2.1.3	Interview	40
4.2.2	<i>Combinatie methodes</i>	42
4.2.3	<i>Informatie vooraf</i>	42
4.3	Discussie	42
4.3.1	<i>Toegepaste methodes</i>	42
4.3.1.1	Participatieve methodes	42
4.3.1.2	Observatie	46
4.3.1.3	Interview	46
4.3.2	<i>Combinatie methodes</i>	47
4.3.3	<i>Informatie vooraf</i>	47
4.4	Conclusie	48
<b>DEEL 3: ANALYSE CASESTUDIES</b>		<b>51</b>
<b>HOOFDSTUK 5 : CASESTUDIE ZIEKENHUIS</b>		<b>53</b>
5.1	Context	53
5.2	Gevolgte route	55
5.2.1	<i>De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen</i>	55
5.2.2	<i>Het onthaal</i>	59
5.2.3	<i>De circulatie tot de wachtruimte</i>	60
5.2.3.1	Trappenhal	61
5.2.3.2	Lift	62
5.2.3.3	Gangen	63
5.2.4	<i>De Wachtruimte</i>	64
5.2.4.1	Afleiding	64
5.2.4.2	Voorzieningen	66
5.2.4.3	Interieur	67
5.2.5	<i>De behandelruimte</i>	67
5.2.5.1	Ervaring vanuit de tandartsstoel	68
5.2.5.2	Wachten tijdens de behandeling	71
5.2.5.3	Invloed van mensen in de beleving	72
5.2.6	<i>Na de behandeling</i>	73



5.3 Conclusie -----	73
<b>HOOFDSTUK 6 : CASESTUDIE TANDARTSPRAKTIJK -----</b>	<b>75</b>
6.1 Context-----	75
6.2 Gevolgde route-----	76
6.2.1 <i>De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen</i> -----	76
6.2.2 <i>Het onthaal en de circulatie tot de wachtruimte</i> -----	77
6.2.3 <i>De wachtruimte</i> -----	78
6.2.3.1 <i>Afleiding</i> -----	78
6.2.3.2 <i>Voorzieningen</i> -----	79
6.2.3.3 <i>Interieur</i> -----	80
6.2.4 <i>De behandelruimte</i> -----	81
6.2.4.1 <i>Ervaring vanuit de tandartsstoel</i> -----	81
6.2.4.2 <i>Wachten tijdens de behandeling</i> -----	83
6.2.4.3 <i>Invloed van mensen in de beleving</i> -----	84
6.3 Conclusie -----	84
<b>HOOFDSTUK 7 : DISCUSSIE EN CONCLUSIE -----</b>	<b>85</b>
7.1 Discussie-----	85
7.1.1 <i>Ruimtelijk comfort</i> -----	85
7.1.2 <i>Privacy</i> -----	88
7.1.3 <i>Autonomie</i> -----	88
7.1.4 <i>Zintuiglijk comfort</i> -----	89
7.1.5 <i>Veiligheid</i> -----	93
7.1.6 <i>Sociaal comfort</i> -----	94
7.1.7 <i>Beperkingen bij het onderzoek</i> -----	95
7.2 Conclusie -----	96
<b>DEEL 4: BIBLIOGRAFIE EN BIJLAGEN -----</b>	<b>99</b>
<b>GERAADPLEEGDE LITERATUUR-----</b>	<b>101</b>
<b>PERSOONLIJKE COMMUNICATIE-----</b>	<b>105</b>

## Abstract

Kinderen consulteren best vanaf jonge leeftijd een tandarts omdat dit de basis legt voor een gezond gebit en zo impact heeft op de fysieke gezondheid, het zelfbeeld en het sociale leven. Dit dient een aangename ervaring te zijn en ruimtelijke kwaliteiten van tandheelkundige omgevingen kunnen de beleving van kinderen positief beïnvloeden. De ruimtelijke beleving van kinderen in een tandheelkundige omgeving werd weinig onderzocht. Deze masterproef gaat na hoe negen kinderen tussen 10 en 16 jaar een tandheelkundige omgeving beleven en hoe ruimtelijke elementen kunnen bijdragen aan positieve ervaringen. Daarom wordt in een ziekenhuis en in een tandartspraktijk onderzocht hoe deze kinderen de ruimte ervaren. Ook wordt er nagegaan welke methodieken hiervoor geschikt zijn. Er wordt een toolbox met participatieve methodes gebruikt waaruit de participant kan kiezen: maken van tekeningen, nemen van foto's en/of maken van notities met gebruik van emoji-stickers. Bijkomend wordt het gedrag van de kinderen geobserveerd en worden semigestructureerde interviews afgenomen. Deze interviews worden opgenomen en getranscribeerd. Het onderzoek naar beleving en methodiek gebeurt telkens op basis van literatuuronderzoek en veldwerk. Uit een analyse van de methodologie blijkt dat het notitieboekje de meest gebruikte methode is en dat de combinatie met de andere methodes het mogelijk maakt om de beleving van kinderen over ruimtelijke kwaliteiten in kaart te brengen. Wat betreft de beleving van de participanten ervaren zij spannende momenten in hun route doorheen de tandheelkundige omgeving. Participanten waarderen afleiding tijdens het wachten, poetsen graag hun tanden vóór het consult, hebben nood aan eenvoudige wayfinding, hebben graag voldoende ruimte in het kabinet en plaats voor de ouder. Deze bevindingen kunnen gebruikt worden door (interieur)architecten en opdrachtgevers bij het (her)ontwerpen van tandartspraktijken.

## Lijst van figuren en tabellen

<b>Figuur 4.1</b> Schets glas water (getekend door Julie)-----	35
<b>Figuur 4.2</b> Vloer wachtruimte (foto genomen door Noek) -----	36
<b>Figuur 4.3</b> Vloer wachtruimte (foto genomen door Joke) -----	36
<b>Figuur 4.4</b> Fragment notitieboekje Nona -----	37
<b>Figuur 4.5</b> Fragment notitieboekje Joke -----	37
<b>Figuur 4.6</b> Fragment notitieboekje Noek -----	37
<b>Figuur 4.7</b> Fragment notitieboekje Annabel -----	37
<b>Figuur 4.8</b> Stickervellen -----	38
<b>Figuur 5.1</b> Plan onthaal – ziekenhuis-----	53
<b>Figuur 5.2</b> Plan verdieping 2 – ziekenhuis-----	54
<b>Figuur 5.3</b> Plan verdieping 3 – ziekenhuis-----	54
<b>Figuur 5.4</b> Plan verdieping 4 – ziekenhuis-----	55
<b>Figuur 5.5</b> File – ziekenhuis (foto genomen door Joke) -----	57
<b>Figuur 5.6</b> Toekomen op de parking – ziekenhuis (foto genomen door Nona) -----	57
<b>Figuur 5.7</b> Toekomen aan het ziekenhuis – ziekenhuis (foto genomen door Nona)-----	58
<b>Figuur 5.8</b> Onthaal – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)-----	59
<b>Figuur 5.9</b> Lege inschrijvingsbalies – ziekenhuis (foto genomen door Nona) -----	60
<b>Figuur 5.10</b> Trappenhal naar verdieping 2 – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)-----	62
<b>Figuur 5.11</b> Trappenhal naar verdieping 3 en 4 – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)-----	62
<b>Figuur 5.12</b> Lift – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker) -----	63
<b>Figuur 5.13</b> Gang verdieping 3 met planten en " <i>karretjes met medicijnen</i> " – ziekenhuis (foto genomen door Joke)-----	63
<b>Figuur 5.14</b> Zitplaatsen wachtzaal orthodontie – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)-----	65
<b>Figuur 5.15</b> Lavabo bij vrouwentoiletten – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)-----	66
<b>Figuur 5.16</b> Open behandelruimte orthodontie – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker) -----	68
<b>Figuur 5.17</b> Zicht vanuit tandartsstoel orthodontie – ziekenhuis (foto genomen door Joke)-----	71
<b>Figuur 6.1</b> Plan gelijkvloers – tandartspraktijk -----	75
<b>Figuur 6.2</b> Onthaal met wachtruimte – tandartspraktijk (foto genomen door onderzoeker) -----	77
<b>Figuur 6.3</b> Portretten personeel links, ingang rechts – tandartspraktijk (foto genomen door onderzoeker)-----	78
<b>Figuur 6.4</b> Waterautomaat links, Speelhoekje rechts – tandartspraktijk (foto genomen door onderzoeker)-----	79
<b>Figuur 6.5</b> Volgen van het stappenplan bij het poetsen van de tanden – tandartspraktijk (foto genomen door mama van Ninthe) -----	80
<b>Figuur 6.6</b> De tafel in de wachtruimte – tandartspraktijk (foto genomen door onderzoeker) -----	81
<b>Figuur 6.7</b> Kabinet – tandartspraktijk (foto genomen door Bart Gosselin Photography) -----	82
<b>Figuur 6.8</b> Pop om tanden te leren poetsen – tandartspraktijk (foto genomen door onderzoeker)-----	83

**Tabel 3.1** Overzicht van de participanten, inclusief twee pilootstudies ----- 22

# DEEL 1: ALGEMEEN KADER



# HOOFDSTUK 1: INLEIDING

## 1.1 Probleemstelling

Tegenwoordig wordt er volop ingezet op sensibiliseringscampagnes ter bevordering van mondzorg en dit vooral bij kinderen ("Glimlachen.be Mond in actie!"). Een gezond gebit op jonge leeftijd is immers essentieel om latere problemen te voorkomen. Daarom ligt een belangrijk accent in deze campagnes op het motiveren van ouders om hun kinderen reeds op jonge leeftijd op consult bij de tandarts te laten gaan. Het is belangrijk dat patiënten en zeker ook kinderen, een tandartsbezoek als aangenaam ervaren. Dit wordt beïnvloed door allerlei factoren waarbij ook de ruimte een rol speelt. Onderzoeken hoe de tandheelkundige omgeving beleefd wordt en welke aspecten hierin angst en stress veroorzaken is daarom een meerwaarde.

Een jaarlijks tandartsbezoek bij kinderen is in Vlaanderen nog altijd onvoldoende ingeburgerd. In het Vlaams Gewest brengt 52% van de 3 tot 4-jarigen geen bezoek aan de tandarts. Voor de 5 tot 14-jarigen bedraagt dit percentage 12% en voor de 15 tot 17-jarigen 10% (IMA-AIM ATLAS, 2017). In de mondgezondheidsenquête 2012 – 2014, in opdracht van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, werd er gevraagd naar de reden voor het niet regelmatig raadplegen van een tandarts. Bij de 12- tot 14-jarigen wordt er in 76 % geen reden aangehaald, 13 % zegt angst te hebben voor de tandarts en 8% zegt geen tandpijn te hebben. Bij de 15- tot 24-jarigen worden volgende redenen aangehaald: geen symptomen (32%), angst (18%), tijdsgebrek (17%) en de kostprijs (16%) (Interuniversitaire Cel Epidemiologie, 2015). Uit deze gegevens blijkt dat kinderen vaak geen reden kunnen aangeven waarom ze geen tandarts consulteren. Daarnaast worden angst en zenuwachtigheid door de kinderen aangehaald als reden om niet te gaan. Drempels om een tandarts te consulteren zijn dus vaak emotioneel en/of onbewust aanwezig.

In deze inleiding bespreek ik eerst waarom een gezond gebit zo belangrijk is. Angst kan een invloed hebben op het consulteren van een tandarts en wordt daarom vervolgens toegelicht vanuit de literatuur. Vervolgens beschrijf ik het belang van een tandartsbezoek voor kinderen en bespreek ik wat de beperkingen zijn in voorgaande onderzoeken. Tenslotte bespreek ik kort de doelstelling van de masterproef.

### 1.1.1 Belang van een gezond gebit

*“nothing tells more about a person than his mouth as he smiles or talks. It tells the world how he feels about himself, whether he likes others, how healthy he is, physically and mentally” –  
Nadine A. Levinson*

Dit citaat duidt op het belang van een goede mondzorg. De mondgezondheid gaat immers verder dan alleen de fysieke gezondheid. Levinson legt de link tussen de mond en de uitstraling van een persoon. Een lach is misschien het meest kostbare sieraad dat een mens heeft. Daarom is het van belang om hier goed zorg voor te dragen. De mond en gebit zijn een weerspiegeling van ons fysiek, maar ook psychisch welbevinden (Levinson, 1990).

#### 1.1.1.1 Fysiek

Diverse factoren bepalen het hebben van een gezond gebit zoals een goede mondhygiëne, gezonde voeding en ook een regelmatige controle door de tandarts ter preventie en opvolging. Slechte verzorging kan namelijk leiden tot tandbederf, ontstekingen van tandvlees of kaakbot, pijn, schade aan andere tanden, verlies van tanden, maar ook moeilijkheden bij het kauwen of spreken, verstoorde

nachtrust en esthetische gevolgen (Van den Branden, Hoppenbrouwers, Guérin, Devogelaer, & De Cock, 2010). Bovendien kan een slechte mondzorg invloed hebben op de algemene gezondheid en aanleiding geven tot hart- en longaandoeningen ("Een gezond gebit voor een gezond lichaam", 2016).

### 1.1.1.2 Psychisch

De mond en het gebit hebben een invloed op de levenskwaliteit. Een gezond gebit bepaalt mee ons zelfbeeld. Een goed verzorgd gebit maakt dat we positief naar onszelf kunnen kijken. Is het gebit slecht verzorgd, dan ontwikkelen mensen sneller een negatief zelfbeeld. Ook krijgen deze personen negatieve feedback uit hun omgeving, zowel verbaal als door het gedrag van anderen (Levinson, 1990). In extreme gevallen kan deze negatieve feedback leiden tot een laag zelfbeeld, het verstoren van de dagelijkse activiteiten en het functioneren op school en bemoeilijkt dit het aangaan van sociale relaties (Seligman, Hovey, Chacon, & Ollendick, 2017). Dit kan uiteindelijk leiden tot sociaal isolement en eenzaamheid ("Angst voor de tandarts: een persoonlijk verhaal", 1994). De mond bepaalt namelijk mee de sociale interacties. Een gezond gebit wordt als aantrekkelijk beschouwd en deze mensen worden gerelateerd aan een hogere sociale klasse (Levinson, 1990). Zij zijn meer succesvol (Levinson, 1990).

Een onverzorgd gebit heeft niet enkel invloed op de mentale toestand van de persoon zelf. Dit kan ook voor spanningen zorgen binnen het gezin. Indien een kind bijvoorbeeld enkel naar de tandarts gaat bij grote problemen, zullen de kosten hoger zijn dan in situaties waar een kind regelmatig, preventief opgevolgd wordt (David Locker et al., 2002; Weinstein, 2008). Veel tijd en geld investeren in de consultaties kan dan eventueel leiden tot financiële problemen. Dit kan dus ook impact hebben op het welbevinden van het hele gezin (David Locker et al., 2002).

## 1.1.2 Angst voor de tandarts

Om een gebit gezond te houden is opvolging door de tandarts noodzakelijk (zie *1.1.1 Belang van een gezond gebit*). Toch is het niet altijd evident om naar de tandarts te gaan. Tandheelkunde verschilt namelijk van andere medische activiteiten om diverse redenen. Zo situeert de mond zich in het gezicht dicht bij andere zintuigen. Dit maakt dat een tandheilkundige behandeling multisensorieel ervaren wordt. Geuren, smaken, geluiden, de tastzin en het visuele worden intensief beleefd. Ook is de mond één van de gevoeligste plekken van het menselijk lichaam (Brysbart, 2006). Bovendien kan de positie van het lichaam in de tandartsstoel voor vervelende situaties zorgen. De machteloze houding en het niet kunnen praten tijdens de behandeling kunnen aanleiding geven tot een gevoel van controleverlies (de Jongh, 2006). Sommige aspecten van deze multisensoriële beleving kunnen dus angst opwekken bij de patiënt. Deze angst komt voor in verschillende gradaties. Het kan gaan over een milde vorm van angst waarbij de patiënt vreest voor negatieve ervaringen, maar de angst kan zich ook verder ontwikkelen en in extreme gevallen fobisch worden (Porritt, Marshman, & Rodd, 2012; Seligman et al., 2017).

De Jongh maakt in zijn boek een opdeling in vijf angstwekkende situaties die een patiënt kan ondervinden tijdens een tandartsbezoek (de Jongh, 2006). De eerste is *angst voor pijn en fysieke beschadiging*. Mensen voelen namelijk niet graag pijn en dan is het ook logisch dat dit angst kan veroorzaken. Op haar beurt wordt de pijnverving mede beïnvloed door de angstgradatie. Zo zullen mensen die meer angst ervaren, zich meer focussen op de pijn en sneller aangeven dat ze pijn voelen.

Een tweede vorm is *angst voor objecten, instrumenten en situaties*. Hierbij koppelt de patiënt een object in het kabinet aan een pijnverving door conditionering. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een spuitje of een boor. Het denken aan deze objecten of, in het geval van de boor, het horen, kan aanleiding geven tot angst. Kinderen blijken vooral de spuitjes en de boor als meest angstwekkend te ervaren (de



Jongh, 2006; Rantavuori, Lahti, Hansen, Seppa, & Karkkainen, 2004; Taani, El-Qaderi, & Abu Alhaja, 2005).

Bij *angst voor controleverlies en angst om te kokhalzen of te stikken* treedt er een gevoel van controleverlies op door de positie van het lichaam in de tandartsstoel waarbij de tandarts over de patiënt gebogen zit. Bijkomend vraagt de tandarts niet altijd toestemming om bepaalde ingrepen te doen. Deze elementen zouden de patiënt machteloos kunnen doen voelen. Deze machteloosheid kan ook aanleiding geven tot kokhalsangst of verstikkingsangst.

Als vierde beschrijft de Jongh *Angst voor het gedrag van de tandarts*. Patiënten verkiezen een vriendelijke en betrouwbare tandarts boven een norse en brute tandarts. Bij deze eerste zullen patiënten zich meer op hun gemak voelen dan bij een tandarts die onvoorspelbaar te werk gaat.

Tot slot schrijft de Jongh over een *sociale angst*. Dit is angst die optreedt als de patiënt al een lange tijd niet meer op controle is geweest waardoor de gezondheid van het gebit fel achteruit is gegaan. Dan zal een patiënt zich schamen en angstig worden om beoordeeld te worden door anderen. Deze persoon zal bijvoorbeeld zijn tanden niet bloot lachen, bang zijn voor een slechte mondgeur en geleidelijk afstandelijker worden. Deze persoon vreest ook de reactie van de tandarts als hij /zij dan toch de stap zouden zetten om op consult te gaan.

Deze angsten kunnen aanleiding geven tot hartkloppingen, fysiologische reacties en kunnen pathologisch worden met als resultaat vermijding van de tandarts of het ontwikkelen van een negatief denkpatroon (de Jongh, 2006). Deze angsten zijn echter niet alleen aangeboren. Ze ontstaan door ervaringen en zijn mee afhankelijk van aangeboren kwetsbaarheden of genetica (de Jongh, 2006). Zowel de Jongh als Rachman spreken van drie grote oorzaken die aan de basis liggen van angst voor de tandarts: *negatief conditionerende ervaringen, modelleren, overdracht van negatieve en bedreigende informatie* (de Jongh, 2006; Rachman, 1990).

### 1.1.2.1 Negatief conditionerende ervaringen

Dit betreft klassieke conditionering door een directe leerervaring en blijkt een belangrijke oorzaak van angst voor de tandarts te zijn (Seligman et al., 2017). Hierbij maakt de patiënt een situatie mee waarbij hij veel pijn ervaart of door controleverlies in paniek geraakt bijvoorbeeld bij onvoldoende verdoving. Vaak resulteert dit in een traumatische ervaring door een combinatie van verschillende factoren: het hebben van pijn of behandelingen die fout lopen, bruto en autoritair gedrag van de tandarts, zich hulpeloos voelen en bij kinderen kan een gebrek aan nabijheid ervaren van ouders meespelen. De persoon kan dan onbewust één of meerdere omgevingsfactor(en) in verband brengen met de traumatische ervaring. Dit kan bijvoorbeeld een boor of een felle lamp zijn. Bij een volgend bezoek kunnen diezelfde omgevingsfactoren een angstreactie oproepen omdat de link wordt gelegd met de traumatische ervaring. Men spreekt daarom van geconditioneerde stimuli. De angstreactie kan zich zelfs al in de wachtzaal uiten bij het horen van de geconditioneerde stimulus zoals bijvoorbeeld een boor.

Bij negatieve conditionering gaat het dus om een leerproces waarbij de patiënt leert om angstig te reageren op bepaalde stimuli. Het kan dat deze stimuli worden uitgebreid wanneer de patiënt bij een volgend tandartsbezoek weer een boor hoort en op dat moment bijvoorbeeld de witte jas van de tandarts ziet. Het uniform kan dan ook een stimulus worden. Daarnaast kunnen angsten die ontstonden op andere medische diensten met betrekking tot de keel of mond zich ook vertalen naar de tandheelkundige afdeling (de Jongh, 2006). Dit wordt ook aangehaald als één van de oorzaken van angst bij de tandarts door Milgrom et al. (Milgrom, Mancl, King, & Weinstein, 1995).

Niet iedereen die een negatieve ervaring heeft, ontwikkelt ook angst. Wel komt de ontwikkeling van angst voor de tandarts vaker voor wanneer de negatieve ervaringen ontstonden in de kindertijd of de vroege adolescentie (Davey, 1989). Kinderen hebben namelijk minder tandartservaringen dan volwassenen. Zij zullen dus ook minder positieve tandartservaringen hebben meegemaakt. De

voorgeschiedenis die je als patiënt hebt, bepaalt mee het ontwikkelen van tandartsangst. Indien iemand minder positieve ervaringen heeft, zal die sneller angst voor de tandarts ontwikkelen (Davey, 1989; Rachman, 1990). Bijkomend zijn er nog andere factoren die meespelen. Als het kind van zichzelf zegt dat het een lage pijngrens heeft, dan zal die ook sneller angst voor de tandarts ontwikkelen (Vowles, 2005).

### 1.1.2.2 Modelleren

Het gezin heeft heel wat invloed op de gewoontes en praktijken van kinderen met betrekking tot mondgezondheid. Ouders hebben namelijk invloed op de beslissingen die genomen worden om bepaalde behandelingen te ondergaan, op hoe kinderen hun gebit verzorgen, op het aantal tandartsbezoeken en of het kind angst heeft of niet (Emily Kettle, Warren, Glenn Robinson, Walls, & Gibson, 2018). Uit onderzoek blijkt er een link te zijn tussen angst voor de tandarts bij ouders en hun kinderen (Themessl-Huber, Freeman, Humphris, Macgillivray, & Terzi, 2010) en ook tussen het uiten van weerzin ten opzichte van bepaalde prikkels bij ouders en hun kinderen (Seligman et al., 2017). Ouders kunnen dus hun angst doorgeven aan hun kinderen door hun gedrag. Wanneer het kind dat gedrag gaat overnemen dan spreekt men van modelleren. Het gaat in dit geval niet om een traumatische ervaring, maar om het horen en zien van het gedrag bij personen die belangrijk zijn zoals de ouders. Het kind denkt dan zelf dat een tandartsbezoek of elementen ervan angstwekkend zijn en besluit dat het iets onaangenaams is. Denkpatronen worden overgenomen.

Sommige onderzoekers stellen dat angst voor de tandarts enkel via indirect leren weinig voorkomt. (Seligman et al., 2017). Anderen beschouwen het wel als een belangrijke oorzaak van angst voor de tandarts (Milgrom et al., 1995; ten Berge, Veerkamp, & Hoogstraten, 2002). Hoe dan ook bestaat er een verband tussen conditionerende ervaringen en modelleren. De kans op het ontwikkelen van angst via modelleren neemt namelijk toe als het kind zelf al een onaangename ervaring bij de tandarts heeft gehad (de Jongh, 2006). Ook kan het zijn dat met modelleren de pijngrens van het kind verlaagt en op die manier heeft het kind meer kans op conditionerende ervaringen (Seligman et al., 2017). Verder is het mogelijk dat als ouders hun kinderen niet vaak naar de tandarts meenemen, omdat ze zelf angst hebben, de kans verhoogt dat het kind een invasieve procedure zal moeten ondergaan. Dit heeft dan ook impact op zijn ervaring bij de tandarts (Seligman et al., 2017).

### 1.1.2.3 Overdracht van negatieve en bedreigende informatie

Dit betreft verhalen over tandheelkundige praktijken die tot in detail en overdreven uitgelegd worden. Bijvoorbeeld als iemand vertelt hoe pijnlijk de behandeling was en wat er allemaal gebeurde, dan kan de andere daaruit concluderen dat zo'n behandeling angstaanjagend is. Deze informatie kan van iedereen komen, ook van ouders (de Jongh, 2006).

## 1.1.3 Belang van het tandartsbezoek voor kinderen

Een tandartsbezoek in de kindertijd, vanaf de leeftijd van 2 jaar, is in eerste instantie belangrijk voor de ontwikkeling van een gezond gebit. De basis van het gebit wordt gevormd in de jonge jaren en dit moet dan ook preventief opgevolgd worden (Van den Branden et al., 2010). Deze opvolging kan echter verhinderd worden door angst voor de tandarts. Deze angst komt voor bij alle leeftijden, maar de kindertijd en vroege adolescentie zijn cruciale periodes voor het ontwikkelen ervan (zie ook *1.1.2 Angst voor de tandarts*) (Davey, 1989; D. Locker, Liddell, Dempster, & Shapiro, 1999). Zo komen negatieve conditionerende ervaringen vooral voor op die leeftijd (Davey, 1989; de Jongh, 2006). Hoe jonger een kind, hoe sneller het angst ontwikkelt omdat het minder tandheelkundige ervaringen heeft. Wanneer het kind dan iets als pijnlijk ervaart is de kans groter dat dit tot een traumatische ervaring kan leiden. Traumatische ervaringen moeten dus vermeden worden. Daarnaast kan angst voor de tandarts van

generatie op generatie doorgegeven worden (zie ook *1.1.2 Angst voor de tandarts*) (Seligman et al., 2017). Het is dus belangrijk dat een tandartsbezoek al vanaf de kinderjaren als positief ervaren wordt.

Om deze redenen is het belangrijk dat kinderen al vanaf een jonge leeftijd de routine leren om naar de tandarts te gaan (Van den Branden et al., 2010). Door dit te doen, kunnen kinderen wennen aan de tandheelkundige omgeving, het team en de tandheelkundige handelingen (de Jongh, 2006; Van den Branden et al., 2010) en vermindert de kans op fysieke en emotionele schade. Het kind zal minder invasieve behandelingen moeten ondergaan en zal een tandartsbezoek op een comfortabele manier zonder pijn meemaken (Van den Branden et al., 2010). Invasieve gebeurtenissen kunnen namelijk leiden tot vermijdingsproblemen, slaapproblemen of herbelevingen (de Jongh, 2006). Kinderen met angst voor de tandarts hebben een sociaal en emotioneel lager welbevinden (Luoto, Lahti, Nevanperä, Tolvanen, & Locker, 2009).

### 1.1.4 Beperkingen van voorgaand onderzoek

Voorgaand onderzoek over de beleving van patiënten in een tandheelkundige omgeving richt zich vooral op het ontstaan van angst voor de tandarts. Er wordt dan gezocht hoe hiermee omgegaan kan worden vanuit een psychologische invalshoek, eerder dan vanuit een architecturale invalshoek. In wetenschappelijke artikelen wordt onderzocht hoe de tandarts te werk kan gaan om het stressgevoel bij de patiënt te verminderen zoals bijvoorbeeld via relaxatieoefeningen of de “Tell-Show-Do methode” waarbij de patiënt wordt blootgesteld aan de stimuli alvorens te beginnen met de behandeling (de Jongh, 2006; Nelson, 2013; Sharath, Rekka, Muthu, Prabhu, & Sivakumar, 2009).

Andere factoren die kunnen bijdragen tot het reduceren van stress in een afdeling tandheelkunde zoals de gebouwde omgeving, zijn slechts weinig onderzocht. Onderzoek over hoe architectuur kan bijdragen aan vermindering van stress richt zich vaak op zorginfrastructuur zoals ziekenhuizen, kinderdagverblijven, woonzorgcentra maar niet specifiek op de afdeling tandheelkunde. De focus ligt in deze onderzoeken vooral op de ziekenhuisomgeving waarbij de patiënt moet overnachten, afdelingen voor kinderen of ernstig zieke patiënten (Gabor et al., 2003; Lambert, Coad, Hicks, & Glacken, 2014; Ulrich, 1984).

Tenslotte is ook de beleving of het perspectief van kinderen binnen de tandheelkundige omgeving slechts beperkt voorwerp geweest van onderzoek.

## 1.2 Doelstelling van de masterproef

Via deze masterproef wil ik onderzoeken hoe kinderen de tandheelkundige omgeving beleven en hoe deze ruimte stress kan verminderen. Ik richt me specifiek op de doelgroep kinderen omdat het voor deze groep belangrijk is om van een tandartsbezoek een positieve ervaring te maken (zie *1.1.2 Angst voor de tandarts* en *1.1.3 Belang van het tandartsbezoek voor kinderen*).

Het in beeld brengen van gedachten, gevoelens, ervaringen van kinderen helpt om hun architecturale behoeften en noden te kennen. Hierbij wordt ook de beleving van stress en angst in kaart gebracht. Eens we deze noden kennen, kunnen we nagaan wat dit betekent voor het ruimtelijk ontwerp. (Interieur)architecten kunnen deze informatie dan gebruiken bij het inrichten of ontwerpen van een kindvriendelijke tandheelkundige praktijk. Bovendien kan dit onderzoek in principe ook inzichten geven voor andere ambulante zorgsettings. Indirect zal de tandarts ook voordelen ondervinden, namelijk via een betere medewerking van de patiënt (Biddiss, McPherson, Shea, & McKeever, 2013). Op die manier zal de behandeling vlotter verlopen, is er minder assistentie nodig en kunnen de kosten laag blijven.

## 1.3 Opbouw masterproef

Deze masterproef is opgebouwd uit vier delen. Deze delen werden telkens zo opgebouwd dat ze op zichzelf kunnen gelezen worden zonder de voorgaande delen te moeten hebben doorgenomen. Het eerste deel schetst het belang en de achtergrond van deze masterproef. Het inleidend hoofdstuk

bespreekt de relevantie en het doel van deze masterproef. In het tweede hoofdstuk wordt ingegaan op de literatuur over healing environment als kader en welke onderzoeken er bestaan over de toepassing ervan bij het ontwerpen van een kindvriendelijke tandartspraktijk.

Het tweede deel bespreekt de gebruikte methodologie om de ruimtelijke beleving van kinderen in een tandartspraktijk te onderzoeken. Hoofdstuk 3 beschrijft de onderzoeksvraag en hoe het veldwerk met betrekking tot de casestudies werd voorbereid. Nadien volgt in hoofdstuk 4 de bespreking van de methodologie om de beleving van kinderen te bevragen en dit vanuit de literatuur enerzijds en vanuit het veldwerk anderzijds. Deze sectie kan interessant zijn voor onderzoekers die werken rond ruimtelijk belevingsonderzoek bij kinderen.

Deel drie behandelt de inhoudelijke analyse van het veldwerk van de casestudies. Hoofdstuk 5 bespreekt de resultaten vanuit de case van een ziekenhuis, hoofdstuk 6 vanuit de case van een tandartspraktijk. Dit deel wordt afgesloten met een discussie en een conclusie in hoofdstuk 7. Dit deel kan interessant zijn voor architecten of ontwerpers van een tandheelkundige omgeving.

Tot slot vind je in het vierde en laatste deel de bibliografie met daarin zowel de wetenschappelijke bronnen als een overzicht van de interviews en gesprekken.

## HOOFDSTUK 2: CONTEXT

In dit hoofdstuk wordt een context gegeven met betrekking tot de gebouwde omgeving en zorg. Het start met een algemeen kader over *healing environment*, de wijze waarop ruimte positief kan bijdragen aan gezondheid. Nadien wordt beschreven wat een healing environment kan betekenen voor het ontwerpen van een kindvriendelijke tandheelkundige praktijk.

### 2.1 Healing environment

De gebouwde omgeving heeft invloed op hoe wij ons voelen. Daardoor heeft het ook impact op ons emotioneel en fysiek welbevinden. Onze gezondheid kan niet gescheiden worden van de gebouwde omgeving (Malkin, 2002). Een healing environment heeft dit idee als uitgangspunt. Healing environment betekent letterlijk “helende omgeving”. De omgeving heeft een helend effect op de mensen die er zich in bevinden. Zo’n omgeving is erop gericht stress te reduceren en welzijn en herstel te bevorderen (*Hedy d’Ancona prijs voor excellente zorgarchitectuur 2012, 2012*). Healing environment wordt vaak gebruikt in de context van zorggebouwen. Patiënten in ziekenhuizen worden blootgesteld aan verschillende stressoren die het genezingsproces negatief kunnen beïnvloeden (Sternberg, 2009). Een healing environment wil, via aandacht voor individuele behoeften van patiënten, juist het genezingsproces bevorderen.

Om het concept van een helende omgeving effectief toe te kunnen passen op de gebouwde omgeving, moet er een wetenschappelijke basis zijn. Het domein dat hierop gericht is, heet evidence-based design. Dit domein combineert verschillende disciplines zoals architectuur, omgevingspsychologie of geneeskunde (Ulrich, Berry, Quan, & Parish, 2010). Het ontstond toen Roger Ulrich in 1984 onderzocht hoe een zicht op de natuur vanuit een patiëntenkamer invloed heeft op het genezingsproces. Ulrich adviseerde hoe ziekenhuizen konden gebouwd worden vanuit deze principes (Sternberg, 2009). Evidence-based design geeft concrete data over wat het welbevinden positief beïnvloedt en streeft ernaar om dit toe te passen in de praktijk (Ulrich et al., 2010). Bij evidence-based design gaat het zowel om het wegnemen van stressoren als om het versterken van comfort (Sternberg, 2009).

Een healing environment kan beïnvloed worden door ontwerpfactoren. Deze ontwerpfactoren volgen geen vaste categorisering. Schreuder et al. delen deze in als *ruimtelijk comfort, privacy, autonomie*,

*zintuiglijk comfort, veiligheid en sociaal comfort* (Schreuder, Lebesque, & Bottenheft, 2016). Om het doel van de healing environment te verduidelijken, worden deze ontwerpfactoren in wat volgt kort toegelicht en aangevuld met inzichten van andere wetenschappelijke bronnen. De healing environment kan zowel effect hebben op patiënten, personeel als bezoekers (Ulrich et al., 2010). Voor deze masterproef wordt dit benaderd vanuit het perspectief van de patiënt.

### 2.1.1 Ruimtelijk comfort

Een ruimte wordt als comfortabel ervaren als deze toelaat om activiteiten te realiseren die een persoon er wil uitvoeren. In die zin gaat het ruimtelijk comfort over de dimensies van de ruimte en over het functionele. Uit onderzoek blijkt dat patiënten een grote ruimte met een hoog plafond verkiezen (Schreuder et al., 2016). In de context van ziekenhuizen waarbij patiënten overnachten, houdt dit ook in dat patiënten hun kamer kunnen personaliseren. Op die manier kan de ruimte persoonlijke behoeften vervullen. Ook properheid en netheid van de ruimte zijn hierbij belangrijke aspecten (Schreuder et al., 2016).

Wayfinding kan ook onder ruimtelijk comfort geplaatst worden. Een complex wayfinding systeem kan patiënten of andere bezoekers frustreren en stress bezorgen. Daarnaast kan dit leiden tot te laat komen of het missen van de consultatie. Een bevattelijke structuur van het gebouw, een duidelijke hoofdingang, de situering van belangrijke functies bij de centrale hal en een goede zichtbaarheid van belangrijke diensten, ondersteunen een eenvoudige wayfinding. Bijkomend kan het comfort van de bezoeker verhoogd worden door voldoende informatie via plannen van circulatiewegen, aanwijzers en informatiebalies (Ulrich et al., 2010).

### 2.1.2 Privacy

Te weinig privacy kan leiden tot stress, ergernis, slaapproblemen, een langer verblijf in het ziekenhuis, een hogere pijnveraring of een hogere medicatie-inname (Ulrich et al., 2010). Privacy betreft zowel visuele privacy, met betrekking tot zichtlijnen, als auditieve privacy (Schreuder et al., 2016). Lawaai blijkt één van de grootste stressoren voor zowel patiënten als personeel in een ziekenhuis te zijn. Daarnaast kan lawaai mondelinge communicatie tussen de patiënt en het personeel of familie verstoren (Ulrich et al., 2010). Er zijn verschillende mogelijkheden om lawaai te verminderen. Dit kan bijvoorbeeld door het geluid te absorberen met een akoestisch plafond (Blomkvist, Eriksen, Theorell, Ulrich, & Rasmanis, 2005) of het lawaai te blokkeren door te opteren voor éénpersoonkamers met akoestische muren ertussen (Gabor et al., 2003). Het verminderen van lawaai heeft een positief effect bij de patiënt (Ulrich et al., 2010).

### 2.1.3 Autonomie

Autonomie betreft de vrijheid van de patiënt om zelf acties te ondernemen en controle te ervaren. Een gebrek aan controle kan immers leiden tot stress of een hogere bloeddruk en op die manier het fysiek en emotioneel welbevinden verminderen (Ulrich et al., 2010). Kleine handelingen zoals de mogelijkheid om een raam te openen, een deur te sluiten, het licht zelf in te stellen, de temperatuur te kiezen, toegang te hebben tot internet en tv kunnen de autonomie verhogen (Schreuder et al., 2016; Ulrich et al., 2010).

### 2.1.4 Zintuiglijk comfort

Voorbeelden van zintuiglijk comfort zijn frisse lucht, een aangename temperatuur (Schreuder et al., 2016) en comfortabele meubels (Sternberg, 2009). Evengoed kan dit gaan over de integratie van

positieve afleiding zoals kunst, visuele stimuli op het plafond, videospelletjes, televisie en toegang tot internet (Ulrich et al., 2010). Daarnaast kan de aanwezigheid van groen het welbevinden positief beïnvloeden (Ulrich, 1984). Dit kan gerealiseerd worden door het integreren van planten in het interieur, het bieden van toegang tot tuinen of patio's of door aanwezigheid van ramen met zicht op natuur (Ulrich et al., 2010). Ramen maken het ook mogelijk om daglicht binnen te trekken in het gebouw. Daglicht vermindert immers stress, depressie, pijn en verkort het ziekenhuisverblijf (Alimoglu & Donmez, 2005).

Naast het wegnemen van lawaai kunnen er ook aangename geluiden voorzien worden om stress te reduceren. Voorbeelden hiervan zijn (relaxerende) muziek of natuurgeluiden (Navit et al., 2015; Ulrich et al., 2010). Wel blijkt dat het meeste effect bekomen wordt indien audio gecombineerd wordt met visuele stimuli. Een voorbeeld hiervan is het combineren van klassieke muziek met een natuurscene. Dit is effectiever dan enkel visuele stimuli (Lee et al., 2004) of enkel audiostimuli (Navit et al., 2015).

Er bestaat ook onderzoek over aromatherapie (Sternberg, 2009). Daaruit blijkt dat de geur invloed kan hebben op de gemoedstoestand en stress kan verminderen (Lehrner, Marwinski, Lehr, Johren, & Deecke, 2005). Zo blijkt dat de geur van sinaasappel een positieve invloed kan hebben. Deze geur verhoogt het comfort tijdens het wachten en geeft een warm gevoel. Lavendel zou ook een positieve invloed hebben op het welbevinden. Beiden zouden de perceptie van de wachttijd verlagen (Vilaplana & Yamanaka, 2015).

### 2.1.5 Veiligheid

Een gevoel van veiligheid bij de patiënt kan positief bijdragen aan het welbevinden. Onder veiligheid worden zichtlijnen, het hebben van overzicht, het zien van personeel en verlichting verstaan (Schreuder et al., 2016).

### 2.1.6 Sociaal comfort

Familie, vrienden, personeel en ander patiënten hebben invloed op het psychologisch welbevinden van de patiënt. Zij kunnen steun bieden in stressvolle situaties (Schreuder et al., 2016; Ulrich et al., 2010). Het interieur van een ruimte kan dan ook impact hebben op sociale interacties en deze al dan niet stimuleren. Sociaal comfort betekent ook dat de omgeving comfort biedt aan de mensen die steun geven door bijvoorbeeld rustige wachtruimtes, werkruimtes, de mogelijkheid tot overnachten te integreren (Ulrich et al., 2010).

### 2.1.7 Recente ontwikkelingen

Naast deze afzonderlijke ontwerpfactoren zijn er recente ontwikkelingen die enkele van deze ontwerpfactoren combineren. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van interactieve media in de zorgcontext. Er wordt onderzoek gedaan naar hoe deze systemen ingezet kunnen worden om angst en stress te reduceren. Interactieve media kunnen het wachten in de wachtzaal aangenamer maken door zowel afleiding te bieden, als sociale interactie te verhogen, als controle te geven. Een voorbeeld hiervan is het interactief systeem *ScreenPlay*, ontwikkeld door een multidisciplinair team geleid door Elaine Biddiss (Biddiss, McPherson, Shea, & McKeever, 2013). Dit medium laat toe om via lichaamsbewegingen op sensoren in een vloer, interactief te interageren met een scherm. Het systeem werd ontwikkeld voor kinderen om stress in de wachtzaal te reduceren en om bij te dragen aan een positieve stemming, het versterken van een gevoel van identiteit en controle en het bieden van een alternatief voor traditioneel speelgoed dat infecties kan overdragen. De reacties van patiënten op dit systeem zijn positief, zeker voor jonge kinderen (Biddiss et al., 2017). Daarnaast kunnen dergelijke systemen ook sociale interacties

uitlokken tussen kinderen en hun ouders, maar ook tussen kinderen en andere wachtenden waarbij er bijvoorbeeld wordt samengewerkt om een bepaalde projectie te bekomen (Biddiss et al., 2013).

## 2.2 Ontwerpen voor een kindvriendelijke tandheelkundige omgeving

Het aantal wetenschappelijke bronnen over het toepassen van de healing environment op zowel kinderen als op de afdeling tandheelkunde is beperkt. Toch zijn er enkele onderzoeken over hoe dit in praktijk verwezenlijkt kan worden (Cermak et al., 2015; Jayakaran, Rekha, Annamalai, Baghkomeh, & Sharmin, 2017; Navit et al., 2015; Panda, Garg, & Shah, 2015; Prabhakar, Marwah, & Raju, 2007). In het kader van deze masterproef wordt er op enkele onderzoeken dieper ingegaan. In deze sectie worden dezelfde ontwerpfactoren aangehouden zoals voorgesteld door Schreuder et al. (Schreuder et al., 2016). Op basis van voorgaande onderzoeken lijkt de nadruk voor een tandheelkundige omgeving voor kinderen te liggen op *zintuiglijk comfort*, *veiligheid* en *sociaal comfort*, eerder dan op *ruimtelijk comfort*, *privacy* en *autonomie*. Daarom worden deze laatsten in deze sectie niet beschreven.

### 2.2.1 Zintuiglijk comfort

Het decoreren van de tandheelkundige omgeving kan het comfort van het kind verhogen en het kind om zijn gemak stellen. Kinderen blijken muurtekeningen of -stickers te verkiezen in plaats van kale muren (Gaetano et al., 2017; Jayakaran et al., 2017). Daarnaast appreciëren kinderen ook decoratie in de vorm van speelgoed in de ruimte van de tandartsstoel (Jayakaran et al., 2017). In het algemeen vinden kinderen de aanwezigheid van kleur en daglicht belangrijk (Gaetano et al., 2017). Op de afdeling kindertandheelkunde van de Sapienza universiteit in Rome werd er daarom bijkomende heldere verlichting voorzien. Het gebruik van kleur vertaalde zich naar muren, plafonds of vloeren, maar ook naar de tandartsstoel en naar het uniform van de tandarts (Gaetano et al., 2017; Jayakaran et al., 2017). Wel blijkt er uit onderzoek geen eenduidige uitkomst te zijn over het uitlokken van angstreacties via een wit uniform (Alsarheed, 2011; Gooden, Smith, Tattersall, & Stockler, 2001).

Zintuiglijke stimuli tijdens de behandeling kunnen angst verminderen waardoor kinderen beter meewerken. Kinderen blijken graag te vertoeven in een geurende behandelruimte (Jayakaran et al., 2017) en verkiezen om tijdens de behandeling tekenfilms te kijken (Gaetano et al., 2017; Jayakaran et al., 2017) of muziek te luisteren (Jayakaran et al., 2017). Bij het luisteren naar audio opteren kinderen vaak voor het horen van verhaaltjes (Jayakaran et al., 2017). Het luisteren naar iets tijdens de behandeling kan stress aanzienlijk verlagen (Navit et al., 2015), hoewel er ook onderzoek is dat geen grote effecten vaststelt (Prabhakar et al., 2007). Het meest effectief blijkt het luisteren naar kinderrijmpjes te zijn, eerder dan naar instrumentele muziek. Dit komt omdat bij het horen van een verhaal, kinderen meer geconcentreerd zijn op wat er gezegd wordt en daardoor meer afgeleid zijn van de stimuli die ze als angstwekkend kunnen ervaren. Bekende muziek spreekt de kinderen meer aan dan eentonige muziek zonder tekst (Navit et al., 2015).

In de wachtruimte zoeken kinderen graag afleiding via het kijken van televisie, het lezen van boeken, het luisteren van muziek of het kijken naar een aquarium (Panda et al., 2015). Televisie is goed voor kinderen die nog niet kunnen lezen, ook voor kleine ruimtes waar er niet gespeeld kan worden. Van deze soorten afleiding verkiezen kinderen tijdens het wachten het lezen van boeken. Dit wordt gevolgd door tekenen (Panda et al., 2015). De afdeling kindertandheelkunde van de Sapienza universiteit in Rome werd volledig ingericht naar deze behoeften van kinderen. In de wachtzaal werd speelgoed voorzien, maar dit eerder voor jonge kinderen. Zij gingen ervanuit dat oudere kinderen zelf videospelletjes en dergelijke meenemen. Vanuit deze afdeling is er ook toegang tot een tuin zodat kinderen er kunnen spelen vóór of na de behandeling. Daarnaast laat deze tuin sociale interactie toe.

Verder wordt er recent onderzoek gedaan naar hoe virtual reality een oplossing kan bieden voor stress en angst in de tandheelkundige setting. In onderzoek met volwassenen bleek dat virtual reality stress, angst, pijnervaringen en verveling verminderde en dit vooral bij patiënten met een milde tot middelmatige angst (Wiederhold, Gao, & Wiederhold, 2014). Ook heeft het gebruik van virtual reality potentieel bij kinderen. Virtual reality kan namelijk het kind volledig afsluiten van de tandheelkundige omgeving door film of door spelletjes (Sullivan, Schneider, Musselman, Dummett Jr, & Gardiner, 2000). Op die manier kan storend gedrag, dat een resultaat is van angst, verminderen. Via de virtual reality bril wordt de focus op het geluid versterkt en dit neemt de aandacht van onaangename handelingen weg. Daarbij neemt het aantal negatieve ervaringen af (Wiederhold et al., 2014) wat ook de kans op het ontwikkelen van angst voor de tandarts reduceert (zie 1.1.3 *Belang van het tandartsbezoek voor kinderen*). Toch blijkt virtual reality niet altijd een groot effect te hebben op het stressniveau bij kinderen (Sullivan et al., 2000), maar kinderen lijken het wel leuk te vinden (Sullivan et al., 2000).

Een alternatief voor virtual reality is de audiovisuele video-bril. Dit is eenvoudiger omdat het minder apparatuur nodig heeft en minder kost. Kinderen waarderen ook dit medium en het blijkt hun gedrag te verbeteren. Bij kinderen die graag veel controle hebben zou het minder werken. Een ander probleem bij het gebruik van dergelijke brillen is dat die te groot kunnen zijn voor het hoofd van het kind en daardoor tijdens de behandeling kunnen afzakken. Dit kan op zijn beurt de tandartsen storen (Ram et al., 2010).

Tot slot wordt ook onderzoek gedaan naar sensorisch aangepaste tandheelkundige omgevingen. Dit wordt vooral onderzocht voor kinderen met autisme omdat zij vaker afwijkend gedrag vertonen (Cermak et al., 2015). Deze onderzoekers maakten in hun studie gebruik van zowel visuele stimuli (projecties op het plafond), auditieve stimuli (natuurmuziek) als een taststimulus (een druk die werd uitgeoefend op de kinderen doordat zij van schouders tot enkels werden ingewikkeld in de tandartsstoel). Bijkomend werd de ruimte verduisterd en werd de lamp aan de tandartsstoel vervangen door een lichtpunt op het hoofd van de tandarts. Deze lamp scheen enkel in de mond van het kind en dus niet in de ogen. Deze ingrepen verminderden stress en verbeterden daarmee ook het gedrag van deze kinderen. Zulke ingrepen zouden ook een positief effect hebben bij kinderen zonder autisme (Cermak et al., 2015).

### 2.2.2 Veiligheid

Het kan voor kinderen helpen om in de behandelruimte een prikbord te plaatsen om tekeningen van patiënten op te hangen. Dit kan geruststellend zijn voor andere patiënten. Zij zien zo dat leeftijdsgenoten ook op consultatie kwamen en erin geslaagd zijn dit tot een goed eind te brengen (Gaetano et al., 2017).

### 2.2.3 Sociaal comfort

Het blijkt dat kinderen graag hebben dat hun ouders aanwezig zijn tijdens een tandheelkundige behandeling (Jayakaran et al., 2017). Ook andere patiënten kunnen steun bieden. In de afdeling kindertandheelkunde van de Sapienza universiteit in Rome heeft men de behandelstoelen in een open behandelruimte geplaatst. Het zien van andere patiënten kan ertoe aanzetten dat het kind wil concurreren in gedrag waardoor dit zijn houding verbetert (Gaetano et al., 2017). In die zin geven de kinderen elkaar steun tot “goed” gedrag. De eerste consultatie wordt echter wel gedaan in een andere behandelruimte om te verhinderen dat ongekende stimuli stress geven (Gaetano et al., 2017).

Om te eindigen zijn er ook nog andere concepten die gebruikt kunnen worden om angst te verlagen en gedrag te verbeteren, maar die niet zozeer met de ruimte te maken hebben. Goed gedrag kan bijvoorbeeld bekrachtigd worden door het geven van een speelgoedje na de behandeling (Gaetano et



al., 2017). Verder zouden clowndokters helpen tegen angst (Vagnoli, Caprilli, Robiglio, & Messeri, 2005). Tot slot kan er informatie via posters en brochures ter beschikking gesteld worden in de wachtruimte (Gaetano et al., 2017). Het blijkt dat kinderen ook graag uitleg hebben van wat er gebeurt tijdens de behandeling (Jayakaran et al., 2017).



## DEEL 2: METHODOLOGIE



## HOOFDSTUK 3: METHODOLOGIE

### 3.1 Verkennende activiteiten

Voor deze masterproef deed ik een aantal voorbereidende activiteiten die samen met de literatuur een invloed hadden op het omschrijven van de onderzoeksvraag. Deze verkennende activiteiten zijn het doen van een praktijkstage op de dienst ruimteplanning van het UZ Leuven, een dag meelopen in een tandartspraktijk, het volgen van de keuzevakken “Geneeskundige psychologie en psychopathologie” en het vak “Architectuuractualia”. Deze activiteiten gaven enkele inzichten over de tandheeskundige omgeving en de psychologie van patiënten bij de tandarts.

#### 3.1.1 Inzichten m.b.t. de tandheeskundige omgeving

De dienst ruimteplanning van het UZ Leuven staat in voor de verdere uitbouw van de campus Gasthuisberg. Tijdens de praktijkstage kreeg ik de mogelijkheid om de tandheeskundige diensten, gevestigd in het Sint-Rafaëlziekenhuis, te verkennen. Ik kreeg er rondleidingen waarbij ook de lokalen achter de patiëntgerichte ruimtes getoond werden zoals bijvoorbeeld het chirurgisch dagcentrum of de centrale sterilisatieafdeling. Deze rondleidingen waren interessant omdat ik indrukken kreeg van hoe tandheeskundige ruimtes gebruikt worden, wat er allemaal aanwezig moet zijn en wat knelpunten kunnen zijn.

Tijdens deze praktijkstage kreeg ik ook de mogelijkheid om mee te lopen tijdens consultaties op de afdelingen tandheeskunde (studentenkliniek), parodontologie, orthodontie en restauratieve tandheeskunde. Zo kon ik de dagelijkse werking van deze diensten in de realiteit meemaken. Ik zag hoe de ruimtes werkelijk gebruikt werden en hoe de circulatie verliep. Tijdens het meelopen op consultaties zag ik mogelijke beperkingen in de infrastructuur. Zo waren sommige behandelruimtes nogal klein waardoor er niet veel bewegingsruimte was. Het aantal mensen in de behandelruimtes kon ook snel oplopen door studenten tandheeskunde, patiënten en hun begeleiders. Ook het geluid dat van een naburige patiënt door de muren komt, kan de werking van de tandartsen verstoren. Een student vertelde me dat op woensdag, bij consultaties met kinderen, dit hinderlijk kan zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er een kind in de naastliggende behandelruimte begint te wenen. Dan kan het andere kind ook in huilen uitbarsten.

Ook liep ik een dag mee in een groepspraktijk voor tandartsen. Ik zag de indeling van de publieke en private ruimtes en de circulatie. Deze praktijk verschilde van het UZ Leuven (campus Sint-Rafaël) vooral wat betreft architectuur (o.a. gebruikerscomfort, materialen, schaal).

Verder onderzocht ik voor het vak “Architectuuractualia”, gedoceerd in het eerste semester van de tweede master burgerlijk ingenieur-architect, hoe mensen in een wachtzaal van een chirurgische afdeling media gebruiken. Onder media verstond ik het waterkraantje, een digitaal scherm, analoge panelen met informatie over de dienst, een kinderhoekje, tijdschriften en de smartphone. Dit onderzoek behandelde vooral hoe het interieur van een wachtzaal idealiter ingericht wordt. Ik kwam hierbij tot de conclusie dat het meest gebruikte medium bij kinderen en volwassenen in de wachtzaal de smartphone is en dat kinderen en jongeren hun smartphone meer gebruiken dan ouderen. Zelfs hele kleine kinderen gebruikten de smartphone van een ouder om spelletjes te spelen tijdens het wachten. Verder ondervond ik dat kinderen en volwassenen een aparte doelgroep zijn. Zo werd het digitaal scherm meer gelezen door volwassenen. Een andere conclusie die ik maakte, was dat het interessant zou zijn een interactief systeem (eventueel op basis van de smartphone) te voorzien in de wachttruimte om sociale interactie tussen de verschillende doelgroepen te verhogen.

### 3.1.2 Inzichten m.b.t. de psychologie van patiënten bij de tandarts

Ik volgde het keuzevak “Geneeskundige psychologie en psychopathologie” aan de faculteit geneeskunde. De lessenreeks werd gebaseerd op het boek “Angst voor de tandarts” van de Jongh (de Jongh, 2006). Dit boek gebruikte ik later in de literatuurstudie van deze masterproef. Vanuit dit vak kreeg ik meer kennis over de psychologie achter het gedrag van patiënten en hoe angst voor de tandarts zich in stand houdt. Ook de beleving van patiënten bij de tandarts vanuit de tandartsstoel kwam inhoudelijk aan bod. Dit handelde eerder over de ruimte van de tandartsstoel en niet zozeer de hele tandheelkundige omgeving. Dit vak heeft me waardevolle inzichten bijgebracht. Een voorbeeld hiervan is dat zelfs kleine handelingen zoals het horen van een boor al kunnen leiden tot angst. Ook het platleggen van de behandelstoel en dus het veranderen van het perspectief van de patiënt, kan paniek veroorzaken. Het gaat dan vooral om een gevoel van controleverlies en onmacht.

Tijdens de stage op de dienst ruimteplanning kreeg ik, door het zien van en het bestuderen van projecten, inzichten in hoe architectuur invloed kan hebben op de psychologie van patiënten. Tijdens het meelopen op de dienst tandheelkunde observeerde ik wat patiënten deden tijdens wachttijden. Zo zag ik bijvoorbeeld dat enkele patiënten hun gsm gebruikten bij het wachten. Ik had ook contact met een hele angstige patiënt, bang voor de verdoving. Bij deze patiënt zag ik dat steun van een begeleider noodzakelijk was in de behandeling.

## 3.2 Onderzoeksvraag

Om te komen tot een onderzoeksvraag baseerde ik me op de verkennende activiteiten en de bestaande literatuur omtrent de bebouwde omgeving in relatie met angst voor de tandarts. Zo kwam ik tot twee hoofdvragen voor dit onderzoek.

### 1. *Hoe beleven kinderen een tandheelkundige omgeving?*

Via deze vraag ga ik op zoek naar welke elementen, handelingen en activiteiten aanleiding kunnen geven tot gevoelens zoals nervositeit, controleverlies, onmacht of angst. Ik wil ook bestuderen wat een bezoek ontspannen, aangenaam, comfortabel en plezierig maakt. Ik probeer hierbij de beleving van participanten te vertalen naar wat de ruimte kan bieden om aan hun ruimtelijke behoeften en noden te voldoen.

De focus ligt op kinderen. De kindertijd is namelijk cruciaal voor het ontwikkelen van angst voor de tandarts zoals de literatuurstudie uitwijst (Busato, Garbín, Santos, Paranhos, & Rigo, 2017; de Jongh, 2006; Emily Kettle et al., 2018; Seligman et al., 2017). Een kind ondergaat echter verschillende ontwikkelingsfasen van 0 tot 18 jaar. In deze masterproef kan ik niet heel deze range benaderen omdat dit te veel tijd in beslag zou nemen. Daarom focus ik me op de voorkeursleeftijd van 12 tot en met 14 jaar, met afwijking van 10 tot 16 jaar. Ik kies voor de doelgroep van 12 tot en met 14 jaar omdat dit een interessante groep is in transitiefase. Zo wordt de wisseling van het melkgebit naar het definitief gebit afgerond en worden eventueel behandelingen orthodontie opgestart die nieuwe ervaringen meebrengen. Ook het hebben van een gezond gebit is belangrijk op deze leeftijd omdat dit meespeelt in de ontwikkeling van het zelfbeeld (Levinson, 1990). Bovendien beginnen kinderen zelfstandig naar de tandarts te gaan wat kan bijdragen tot stress of onzekerheden. Uit statistieken blijkt dat het grootst aantal van de minderjarigen dat voor preventie naar de tandarts gaat tussen 12 en 14 jaar oud is, namelijk 57,4 % (Interuniversitaire Cel Epidemiologie RIZIV, 2015). Daarna daalt dit getal. Dit bereik kan nog verbeteren en zou hoog moeten blijven. Tot slot is deze leeftijdsgroep in staat hun beleving actief te expliciteren (AdLit, 2016).

Deze eerste vraag zal ik behandelen in twee stappen. Het bestuderen van de rol van ruimte in de beleving van 12- tot en met 14- jarigen in een tandheelkundige omgeving is uitdagend. Er zijn nog

onzekerheden over welke methodiek van onderzoek goede resultaten zal genereren. Bij het gebruik van bepaalde methoden tijdens het tandartsbezoek, kan het zijn dat participanten zich bekeken of ongemakkelijk voelen. Omdat ik niet weet hoe de participanten zullen reageren op een welbepaalde methode, zal ik aan hen de keuze laten hoe zij het liefst meewerken aan het onderzoek. Uit de genomen beslissingen van participanten, kan ik de gebruikte methodes evalueren, ook de voor- en nadelen van elke methode in kaart brengen en zoeken naar patronen. Hierbij is het doel informatie te bekomen die nuttig kan zijn voor onderzoekers in hetzelfde domein.

Vanuit de verzamelde data identificeer ik vervolgens hoe participanten het tandartsbezoek beleven. Hierbij maak ik een opdeling in de verschillende activiteiten of stopplaatsen in de route doorheen de tandheelkundige omgeving. Vervolgens analyseer ik welke emoties er waar spelen in deze route. Als ik uiteindelijk weet welke emoties de participanten ondervinden en waar of wanneer dit gebeurt, dan ben ik in staat om hun ruimtelijke beleving in kaart te brengen.

## 2. *Hoe kan de ruimte bijdragen aan het welbevinden van deze kinderen in een tandheelkundige omgeving?*

De kennis over hoe kinderen de ruimte ervaren vergelijk ik met informatie uit de literatuur over de healing environment en het ontwerpen voor kindvriendelijke tandheelkundige omgevingen. Hierbij probeer ik eerst algemene bevindingen af te leiden uit de antwoorden op vraag 1 wat betreft de beleving. Dan probeer ik te kijken naar hoe de ruimte hierop kan inspelen. Dit houdt niet enkel in dat ik kijk naar wat er aangepast kan worden. Ook kwaliteiten in de architectuur breng ik in rekening. Dit resulteert in bevindingen die ook richtinggevend kunnen zijn voor vervolgonderzoek. (Interieur)Architecten kunnen deze bevindingen gebruiken bij het ontwerpen van een tandheelkundige omgeving.

## 3.3 Veldwerk met betrekking tot de casestudies

### 3.3.1 Benadering

Om een antwoord te kunnen bieden op de onderzoeksvragen werd er kwalitatief onderzoek gedaan met kinderen. Hiervoor werden participatieve methodes gehanteerd namelijk tekenen, photovoice of het maken van notities in een notitieboekje. Ook werden traditionele methodes zoals observatie en interviews gedaan. Deze methodes werden gebruikt om inzicht te krijgen in de persoonlijke ervaringen van de participanten. Er werd daarbij gewerkt met twee casestudies: een ziekenhuis en een tandartspraktijk. Verschillen en gelijkenissen in belevingen tussen de cases konden zo onderzocht worden.

### 3.3.2 Onderzoeker

De onderzoeker is een studente burgerlijk ingenieur-architect en geraakte in de loop van haar studie geïnteresseerd in hoe architectuur invloed kan hebben op de beleving van mensen. Daarom wilde ze graag haar masterproef maken over architectuur in relatie met zorg en hoe ruimte positief kan bijdragen aan het welbevinden. Meer specifiek koos ze dan voor de afdeling tandheelkunde en voor de leeftijd van 10 tot 16 jaar. De onderzoeker heeft immers zelf ervaring binnen deze afdeling, maar ook binnen orthodontie en andere afdelingen zoals restauratieve tandheelkunde omwille van een fietsongeval op 13-jarige leeftijd. Hierbij had ze dezelfde leeftijd als de participanten van dit onderzoek wat het eenvoudiger kan maken om zich in te leven in de participanten. Bijkomend maakt dat ze vertrouwd is met vele tandheelkundige handelingen en de tandheelkundige omgeving kent waardoor het makkelijker kan zijn om participanten te begrijpen. Omdat de onderzoeker mee vanuit haar eigen ervaring kan nadenken over de data, kan dit een invloed hebben op het onderzoek.

### 3.3.3 Zoeken van cases

Er zijn twee mogelijkheden om met cases te werken in dit onderzoek. Een eerste mogelijkheid is om personen, waaronder tandartsen en patiënten, als case te zien. Deze visie veronderstelt dat personen vanuit hun ervaring en herinneringen verschillende tandheelkundige omgevingen kunnen vergelijken en erover vertellen. Een nadeel hiervan kan zijn dat het moeilijk is patiënten of tandartsen te vinden die ervaring hebben met meerdere tandheelkundige omgevingen. Daarbij komt dat het voor kinderen niet evident is om zich andere omgevingen tot in detail te herinneren. Een tweede mogelijkheid is dat er wordt gewerkt met een ruimtelijke case. Ik koos voor deze tweede optie omwille van de haalbaarheid. Met de tandheelkundige omgeving als focus kan de route van de patiënt bovendien ook effectief beleefd en gevolgd worden. Zo wordt er niet enkel verdergegaan op vage herinneringen.

Daarnaast verkoos ik om met meerdere ruimtelijke cases te werken om resultaten onderling te kunnen vergelijken. Het leek me bijkomend interessant om zowel een ziekenhuis als een tandartspraktijk als case op te nemen in het onderzoek. Zo kon ik het onderwerp van het onderzoek vanuit twee verschillende invalshoeken benaderen.

Er werden twee criteria gehanteerd voor het selecteren van cases. Het eerste criterium was de bereikbaarheid vanuit mijn woonplaats. Ik moest mij namelijk meermaals kunnen verplaatsen naar de case. Dit was nodig om afspraken te maken met de tandartsen en/of patiënten te volgen. Soms moest ik ook naar de woonplaats van de participanten gaan voor een interview of een gesprek. De verplaatsingen werden daarom bij voorkeur zo klein mogelijk gehouden.

Een tweede criterium was de bereidwilligheid van tandartsen om mee te werken aan het onderzoek. Dit is belangrijk omdat de rekrutering van participanten vanuit de tandartspraktijk of het ziekenhuis diende te gebeuren. Een vlotte rekrutering bespaart immers veel tijd.

Ik startte met het zoeken naar een ziekenhuis met een afdeling tandheelkunde. Ik maakte een afspraak met de verantwoordelijken van de dienst tandheelkunde om de deelname aan het onderzoek en de aanpak van het veldwerk in het ziekenhuis te bespreken. Tegelijk begon ik een zoektocht naar een tandartspraktijk. Zo contacteerde ik via e-mail enkele tandartspraktijken. Omdat ik van deze praktijken geen of een negatief antwoord kreeg, besloot ik de tandartspraktijk, waar ik een dag meeliep tijdens het verkennend onderzoek, te contacteren. Van hen wist ik dat ze enthousiast zouden reageren. Ik hield deze tandartspraktijk als back-up omdat deze iets moeilijker te bereiken was vanuit mijn woonplaats. Van hen kreeg ik meteen een positief antwoord en kon ik de volgende dag al op gesprek met de praktijkverantwoordelijke. In dit gesprek werd overlegd hoe het onderzoek aangepakt zou worden.

### 3.3.4 Rekruteren

In een gesprek met de verantwoordelijken werd mondeling uitleg gegeven over het opzet van het onderzoek en wat dit in de praktijk inhield voor de patiënten en tandartsen. Er werd overlegd hoe de rekrutering van participanten vanuit de case zou gebeuren.

#### 3.3.4.1 Dienst tandheelkunde van het ziekenhuis

Met het diensthoofd van tandheelkunde en een staflid van tandheelkunde overlegde ik hoe we praktisch te werk zouden gaan voor de rekrutering van participanten. Als snel bleek dit een ingewikkelde zaak omwille van de te volgen hiërarchie en privacy in het ziekenhuis.

Een voorstel vanuit het ziekenhuis was dat ik in de wachtzaal of bij het begin van een consultatie aanwezig zou zijn. Ik zou dan patiënten aanspreken en motiveren voor deelname aan het onderzoek. Mij leek dit geen goed idee. Het was namelijk van belang dat de participanten ook de beleving tijdens hun voortraject konden documenteren. Dit voortraject is inclusief het onderweg zijn, het toekomen in het ziekenhuis en het naar de wachtruimte gaan. Op die manier kon de totale beleving geanalyseerd



worden. Bovendien wordt er in deze masterproef ook bestudeerd welke methode geschikt is voor dit soort onderzoek. Om deze reden heeft de participant de keuze uit verschillende methodes van documenteren. Daarom moet duidelijk en op voorhand gecommuniceerd worden wat er verwacht wordt van de participant. Deze uitleg vergt enige tijd, maar is nodig om goed voorbereid aan de slag te kunnen gaan. Uiteindelijk deelden de betrokkenen van het ziekenhuis mijn mening, ook omdat het de rust in de wachtruimte kon verstoren. Als tegenvoorstel dacht ik aan een bekendmaking van het onderzoek via e-mail, het online platform “mynexuzhealth” of de herinnerings-sms van de afspraak. Geen van de voorstellen zouden volgens de verantwoordelijken van de dienst tandheelkunde werken omdat de dienst IT dan betrokken moest worden. Het werken met digitale bekendmaking wordt namelijk geprogrammeerd vanuit een centrale eenheid. Uiteindelijk besloten het diensthoofd en het staflid om participanten zelf te selecteren aan de hand van mijn criteria. De criteria waren dat de patiënt tussen 10 en 16 jaar oud moest zijn met een voorkeursleeftijd van 12 tot en met 14 jaar, afkomstig van de omgeving van het ziekenhuis en zowel patiënten die voor de eerste keer naar de afdeling komen als patiënten die er al eerder zijn geweest. Deze patiënten mochten zich aanmelden zowel voor de afdeling orthodontie als voor kindertandheelkunde. De lijst met potentiële participanten gaven de verantwoordelijken door aan een telefoniste. Aan de hand van een tekstje dat ik opstelde, belde de telefoniste de patiënten op. Het tekstje bevatte een zeer beknopte uitleg over het onderzoek. Nadat de telefoniste enkele patiënten opbelde en bevestiging kreeg van deelname, werden de gegevens van de patiënt (naam van de patiënt, datum van het tandartsbezoek, gsm-nummer van de ouder en de leeftijd van de patiënt) naar mij doorgestuurd. Ik nam dan zelf contact met hen op en maakte een afspraak voor een mondeling gesprek indien dit mogelijk was.

Vanuit het ziekenhuis werden er in een eerste ronde 4 patiënten voor kindertandheelkunde en 3 patiënten voor orthodontie aangereikt. Van de patiënten van kindertandheelkunde wilde geen enkele patiënt deelnemen aan het onderzoek nadat ik dit had toegelicht. In tegenstelling tot kindertandheelkunde wilden de 3 patiënten van orthodontie wel deelnemen aan het onderzoek. Nadien vroeg ik om extra patiënten te rekruteren binnen de afdeling kindertandheelkunde. Ik kreeg daarna 6 participanten door die een afspraak hadden begin mei. Ik kreeg er ook 3 door die een afspraak hadden midden mei. De participanten met een afspraak voor midden mei kon ik niet meer integreren in het onderzoek omdat hun consultaties te dicht lagen bij de deadline van de masterproef en ik dus niet meer in staat was de resultaten tijdig te verwerken. Van de participanten met een afspraak begin mei, wilde er nog één kind meewerken aan het onderzoek. Hierdoor kon ik ook een balans houden in het aantal participanten tussen de tandartspraktijk en het ziekenhuis.

#### 3.3.4.2 Tandartspraktijk

In een mondeling gesprek met de praktijkverantwoordelijke werd meteen voorgesteld om zelf patiënten te selecteren op basis van mijn criteria. Deze criteria waren dezelfde als die voor het ziekenhuis. Omdat dit een privépraktijk is, komen de patiënten niet van heel ver. Daarom viel het criterium van een nabije woonplaats weg. Een lijst werd doorgegeven aan het onthaal. De telefoniste belde net zoals in het ziekenhuis de patiënten op. Hierbij gebruikte ze ook een kort tekstje dat ik op voorhand opstelde. Bij interesse gaf de telefoniste de gegevens van de patiënt (naam van de patiënt, datum van het tandartsbezoek, gsm-nummer van de ouder en leeftijd van de patiënt) aan mij door. Hierna nam ik telefonisch contact op met de ouder om een afspraak te maken voor een mondeling gesprek.

#### 3.3.4.3 Participanten

Een overzicht van de participanten is weergegeven in *Tabel 3.1*. De gebruikte namen zijn fictief om de privacy van de participanten te respecteren. Initieel werd er een balans gehouden tussen het aantal participanten van de tandartspraktijk en het aantal participanten van het ziekenhuis. Omdat Jules ziek

werd op de dag van het tandartsbezoek, werd hij niet meer meegerekend in het onderzoek. Dit resulteerde in een totaal van 7 participanten. Daarnaast deed ik 2 pilootstudies met Fenne en Noek. Zij gingen beiden naar het ziekenhuis voor orthodontie. Beiden wonen in dezelfde buurt als ik, het is via deze relatie dat ik hen contacteerde voor dit onderzoek. Ik wist van tevoren wie deze kinderen waren, maar ik kende ze niet persoonlijk. Het zelf aanspreken van deze kinderen had dus beperkte invloed op het onderzoek.

Setting	Pseudoniem	Leeftijd	Geslacht
Tandheelkunde tandartspraktijk	Anaïs	12	Meisje
	Jules	12	Jongen
	Julie	13	Meisje
	Ninthe	11	Meisje
Orthodontie ziekenhuis	Annabel	12	Meisje
	Fenne	11	Jongen
	Joke	12	Meisje
	Noek	15	Meisje
	Nona	13	Meisje
Tandheelkunde ziekenhuis	Marie	12	Meisje

**Tabel 3.1** Overzicht van de participanten, inclusief twee pilootstudies

#### 3.3.4.4 Inleidend gesprek

Contactgegevens van participanten kreeg ik door via het secretariaat of een verantwoordelijke van de dienst tandheelkunde (ziekenhuis), of via het onthaal (tandartspraktijk), behalve voor de twee pilootstudies. Ik belde de ouder van de participant op om een moment vast te leggen voor een mondelinge toelichting. Het gesprek vond meestal plaats thuis bij de participant. Dit werd telkens met de ouders afgesproken volgens hun voorkeur.

Bij dit gesprek waren zowel de participant als een ouder betrokken. Indien de ouders niet van plan waren mee te luisteren, overtuigde ik hen indien mogelijk toch om even mee te volgen. Zo kon de participant bij verwarring achteraf vragen stellen aan de ouder. De ouder die dit gesprek mee volgde, was altijd de moeder die het kind later bij het tandartsbezoek vergezelde. Tijdens dit gesprek herhaalde ik kort het opzet van het onderzoek en wat ik verwachtte van de participant. Ik gaf uitleg over de mogelijke manieren van documenteren met bijhorende aandachtspunten. Bij het nemen van foto's is een aandachtspunt bijvoorbeeld dat er geen andere patiënten of tandartsen zichtbaar mogen zijn.

Verder werd besproken wat het vertrekpunt zou zijn in de route naar de tandarts. Ook had de participant de keuze of ik al dan niet aanwezig zou zijn in deze route. Bijgevolg volgde ik soms de hele route mee (1 keer), soms pas vanaf het ziekenhuis of de tandartspraktijk (5 keer) en soms vond de participant het niet nodig dat ik erbij was (3 keer). Ook de plaats en het moment van het interview werden vastgelegd.

Tot slot ontvingen zowel de participant als de ouder een Informed Consent Formulier. Dit formulier behandelde de volgende aspecten: *“Waarover gaat het onderzoek?”*, *“Hoe pak ik dit aan?”*, *“Wat gebeurt er met deze informatie?”*, *“Waarom kan deelname voor je interessant zijn?”*, *“Bij wie kan je terecht met vragen?”* en *“Hoe kan je deelnemen?”*. De participant en ouder konden deze formulieren na mijn bezoek herlezen. De Informed Consent Formulieren werden ondertekend door de participant en de ouder. Na dit gesprek hadden zowel de participant als de ouder de mogelijkheid om nog vragen te stellen.

Indien er geen datum paste voor een mondeling gesprek of ouders een extra moment in functie van het onderzoek niet zagen zitten, stuurde ik voor de consultatie plaatsvond een uitgebreide e-mail naar de ouder. Dit gebeurde in 3 van de 9 gevallen. Deze e-mail bevatte dezelfde informatie die ik anders mondeling zou geven. Ook ondertekende ik vooraf de Informed Consent Formulieren, scande ze in en stuurde ze mee door. De ouders namen dan samen met hun kinderen de e-mail en de Informed Consent Formulieren door. Indien ik niet meeding met het tandartsbezoek kon er op voorhand geen notitieboekje overhandigd worden. Ik vroeg dan in de e-mail aan de participant om zelf papier en een balpen mee te nemen naar het tandartsbezoek. Dit gebeurde één keer, bij Ninthe. Indien ik wel meeding met het tandartsbezoek gaf ik een notitieboekje af bij de start van de route die ik mee volgde. Ik liet dan ook de Informed Consent Formulieren ondertekenen aan het begin van de consultatie zodat ik deze in mijn bezit had.

Door de informatie over het onderzoek vooraf en mondeling te geven, waren de participanten goed geïnformeerd. Daarnaast maakten zij op een informele wijze al voor een eerste keer kennis met mij. Dit zou de participant op zijn gemak kunnen stellen en zou later bij het interview voor minder stress kunnen zorgen. Op zijn beurt kan het hebben van minder stress leiden tot betere resultaten.

### 3.4 Ethische aspecten

Voor het veldwerk van start kon gaan, was het belangrijk goedkeuring te krijgen bij een ethische commissie. Daarom werd het onderzoek eerst ingediend bij de Sociaal Maatschappelijke Ethische Commissie van de KU Leuven. Deze ethische commissie had bij de laatste indiening geen opmerkingen meer, maar verwees door naar de specifieke Ethische Commissie van het ziekenhuis omdat er gewerkt werd met patiënten van het ziekenhuis. Omdat er maar één Ethische Commissie van toepassing kon zijn op één onderzoek, vielen beide cases onder de verantwoordelijkheid van deze Ethische Commissie. De procedure voor de Ethische Commissie gebeurde zeer grondig en gedetailleerd waarbij ik nog heel wat bijkomende informatie heb uitgeschreven en antwoorden formuleerde op specifieke vragen. Zo moest ik bijvoorbeeld de beveiliging van dataopslag preciseren of moest ik verduidelijken dat ik zou werken met anonieme of gecodeerde data. Ik werkte met gecodeerde data waarbij enkel ik een link heb met de participanten. Schuilnamen werden daarom gebruikt om interviews te transcriberen en om analyses te maken voor deze masterproef. Ook mocht er in deze masterproef niet duidelijk zijn om welk ziekenhuis en om welke tandartspraktijk het ging. Daarom worden deze nooit bij naam vermeld. Verder moest ik duidelijk vermelden dat tandartsen de studie mogen weigeren en inspraak hebben. Bijkomend moest ik de Informed Consent Formulieren vervolledigen en preciseren. Daarbij werd er ook een vakje toegevoegd waarin de participant kon aanduiden of die toestemming gaf voor het gebruik van de data in vervolgonderzoek. Deze Ethische Commissie gaf uiteindelijk goedkeuring voor dit onderzoek.

Omdat ik bij de start van de masterproef ervanuit ging dat ik de aanvraag moest doen bij de Sociaal Maatschappelijke Ethisch Commissie van de KU Leuven liep ik vertraging op. Het rekruteren van participanten kon dan ook pas van start gaan na goedkeuring van de Ethische Commissie van het ziekenhuis. Omdat de Sociaal Maatschappelijke Ethische Commissie voordien geen opmerkingen meer had wat betreft onderzoek in een tandartspraktijk, begon ik voor goedkeuring van de Ethische Commissie van het ziekenhuis met het rekruteren van patiënten in de tandartspraktijk. Dit deed ik met de voorwaarde nergens (niet in de Informed Consent Formulieren of in de mondelinge uitleg) iets over een goedkeuring van een Ethische Commissie te vermelden.

## 3.5 Datacollectie

### 3.5.1 Participatieve methodes

Aan de participanten werd gevraagd hun bezoek te documenteren aan de hand foto's met een eigen gsm, tekeningen of notities in een notitieboekje. Dit notitieboekje werd door mij voorzien en overhandigd bij het inleidend gesprek. De eerste twee notitieboekjes hadden effen witte pagina's zodat de participant vrij kon zijn in zijn tekenen, schrijven en bladschikking. Achteraan in het boekje plakte ik een enveloppe met daarin stickers van emoji's. Deze stickers kon de participant gebruiken om gevoelens meer expliciet uit te drukken. Daarnaast gaf ik 10 gekleurde balpennen om creatief aan de slag te gaan. De boekjes en balpennen werden na elke participant doorgegeven nadat de documentatie van de vorige participant verwijderd werd. Omdat enkele consultaties van verschillende participanten overlaptten, moest ik twee bijkomende notitieboekjes voorzien. Deze twee hadden geen effen papieren, maar waren gelijnd. Ik merkte immers bij de andere notitieboekjes dat er niet veel getekend werd en sommige participanten zelfs hulplijnen tekenden om recht te kunnen schrijven. Ook bij deze boekjes voegde ik stickers en balpennen toe.

### 3.5.2 Observatie

Afhankelijk van de beslissing van de participanten en hun ouders, ging ik mee in de route die de participanten aflegden. Tijdens deze route observeerde ik de participanten en hun omgeving. Ik nam notities over hun gedrag, de verhouding ten opzichte van de moeder of tandarts, wat de participanten gebruikten, deden of zeiden. Als ik iets opmerkelijk bij de participant zag, dan vroeg ik hiernaar in het interview.

Het meegaan in de route kan de beleving beïnvloeden. Daarom probeerde ik mij telkens op de achtergrond te houden. Dit deed ik bijvoorbeeld door de wandeling doorheen de tandheelkundige omgeving niet te leiden. Ik liet de participant indien mogelijk op kop lopen. Ook nam ik in de behandelruimte niet de bezoekersplaats in. Deze zitplaats is voorzien voor een ouder of een begeleider. Zo kon de ouder op dezelfde plek plaatsnemen waar zij normaal altijd zit tijdens de consultatie. De ouder zat dan in de directe nabijheid van de participant. Het zou misschien onwennig kunnen zijn voor de participant als ik deze plaats inneem waar normaal de ouder zit. Ik nam dan plaats in een andere stoel die iets verder van de behandelstoel stond of ik bleef rechtstaan.

### 3.5.3 Interview

Na het tandartsbezoek volgde een semigestructureerd interview. In het interview werd het gedocumenteerd bezoek besproken. Als houvast voor het interview werd de verzamelde documentatie gebruikt. Toch stelde ik ook een interviewgide op die het gesprek mee zou kunnen leiden. Niet alle vragen van deze interviewgide stelde ik aan elke participant. Wat er besproken werd, was afhankelijk van het gesprek met de participant zelf. De interviewgide bestond wel uit vier grote delen die ik volgde: "*Opening*", "*Inleiding*", "*Vragen per plek in de route van het tandartsbezoek*" en "*Overzichtsvragen*". Eerst stelde ik enkele openingsvragen over de participanten zelf en met welk vervoersmiddel zij naar de tandarts gingen. Deze vragen zijn eenvoudig en hebben de bedoeling om participanten te laten wennen aan het interview (Mortelmans, 2009). Nadien volgde een bespreking van de manier van documenteren en hoe de participanten dit ervaren. Vervolgens werd de documentatie inhoudelijk besproken. Om te eindigen stelde ik enkele overzichtsvragen om de belangrijkste elementen naar boven te halen en het gesprek af te ronden. Na het interview had de participant de kans om zelf nog opmerkingen te geven of vragen te stellen.

Dit interview ging door op de locatie en tijdstip die bepaald werden door de participant en de ouder. In vijf gevallen was dit bij de participant thuis, direct na het tandartsbezoek of enkele dagen later. Soms ging het interview door op een andere plaats zoals bijvoorbeeld in het ziekenhuis of de tandartspraktijk zelf. Dit gebeurde bij vier participanten. Op voorhand overlegde ik met de verantwoordelijken van de case of er een lokaal ter beschikking was voor deze interviews. In het ziekenhuis werd dit een vergaderlokaal op de campus. In de tandartspraktijk was dit het keukentje of een kabinet dat op het moment niet in gebruik was. De dag voor het interview plaatsvond, stuurde ik een herinneringsmail naar de case. Zo waren de tandartsen van de case op de hoogte en was ik zeker van een plek voor het interview.

In de meeste gevallen gebeurde het interview enkel met de participant. In één geval, namelijk bij Anaïs, waren er extra aanwezigen namelijk de moeder en het broertje. Dit is omdat zij als één familie naar de tandarts gingen en het interview plaatsvond in de tandartspraktijk. Moeder en broer hielden zich wel duidelijk op de achtergrond en gaven weinig opmerkingen.

Van de interviews werden audio-opnames gemaakt om nadien te transcriberen en te analyseren. Hiervoor vroeg ik bij het begin van het interview mondeling toestemming aan de participant, ook was dit reeds vermeld in de Informed Consent Formulieren. Ook benadrukte ik dat er geen foute antwoorden zijn en dat de participant alles mocht zeggen. Het interview duurde zo'n 15 tot 20 minuten. Als bedanking kregen de participanten een kleine attentie.

### 3.6 Data-analyse

Al vanaf het begin van het inleidend gesprek startte ik met het verzamelen van data. Nadat ik terug thuis was schreef ik aspecten van het gesprek op waarvan ik dacht dat die op één of ander manier zouden kunnen bijdragen aan het onderzoek. Zo noteerde ik bijvoorbeeld de voorkeur van documentatie die participanten hadden, indien ze dit spontaan tijdens het gesprek vermeldde. Dan zou ik na het tandartsbezoek deze keuze kunnen vergelijken met de manier van documenteren die de participant effectief toepaste. Dit zou inzichten kunnen opleveren over de toegepaste methodieken. Indien de participant al bij dit inleidend gesprek vermeldde dat die geen angst ervaarde, dan schreef ik dit ook op.

Wanneer ik meeding met de observatie nam ik een schriftje mee en noteerde daarin op gepaste momenten wat ik zag. Na elke observatie die ik deed, typte ik deze bevindingen uit zodat ik ze ook beter onthield. Deze observatiepunten kon ik dan bevragen tijdens het interview. Toch was het niet altijd mogelijk om de observatie uit te schrijven en te herlezen alvorens het interview plaatsvond. Dit was bijvoorbeeld bij participanten die rechtstreeks na het tandartsbezoek in het ziekenhuis of tandartspraktijk geïnterviewd werden.

Na het veldwerk begon ik met de analyse van de data. Dit startte telkens vanaf wanneer het interview met de participant was afgerond. Ik schreef elk interview uit om dit grondig te kunnen analyseren. Indien het interview uitgetypt was, ging ik na welke elementen in het interview werden aangebracht. Zo schreef ik telkens enkele opvallende hoofdlijnen op die me zouden kunnen helpen bij de verdere analyse en ook bij veldwerk dat nog moest gebeuren bij andere participanten. De inzichten die ik hierdoor verkreeg paste ik toe in volgende interviews. Indien ik bijvoorbeeld bij een participant merkte dat geluid een grote focus was in de beleving, dan bevroeg ik dit ook in het interview met andere participanten.

Nadat ik alle interviews had getranscribeerd, legde ik alle bekomen data inclusief die van de observaties naast elkaar. Ik las elk interview meermaals en noteerde de belangrijkste aspecten die relevant waren voor dit onderzoek. Nadien probeerde ik deze inzichten te benoemen met thema's om zo patronen tussen de verschillende interviews op te sporen, zoals dit beschreven wordt door Dierckx de Casterlé et al. (Dierckx de Casterlé, Gastmans, Bryon, & Denier, 2012). Toch bleek het moeilijk om thema's te vinden die alle data coherent konden verbinden. Daarom stapte ik af van het categoriseren

in thema's en vertrok ik vanuit het volgen van de route in het tandartsbezoek. Ik deelde de route in activiteiten of stopplaatsen en zocht hierbij naar gelijkenissen en verschillen. Dit leek me meer logisch omdat dit het vertrekpunt van de masterproef was. Op die manier kon ik ook analyseren welke gevoelens de participant ondervond en waar in de route dat was.

In een discussie combineerde ik de inzichten van het ziekenhuis met die van de tandartspraktijk. Om deze resultaten te kunnen vergelijken en te kunnen relateren aan de literatuur werkte ik met thema's zoals ze aangereikt werden in de literatuur. Zo kon ik gemakkelijk de link tussen beiden leggen. Ik zocht naar gelijkenissen en verschillen en probeerde verklaringen te zoeken vanuit de literatuur, maar ook vanuit mijn eigen ervaring als studente burgerlijk ingenieur-architect. Ik probeerde vanuit de invalshoek van architectuur te kijken en probeerde telkens een antwoord te bieden op de vraag hoe ruimte aan de beleving kan bijdragen om comfort te verhogen en stress te reduceren.

### 3.7 Technieken om betrouwbaarheid te verhogen

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen, kreeg ik feedback van mijn promotor en copromotor op de aanpak van het onderzoek, tussentijdse schrijfsels, interviews of bevindingen. Zij gaven hun bedenkingen bij wat ik voorstelde en gaven aandachtspunten die ik meenam naar mijn veldwerk. Daarnaast deed ik ook twee pilootstudies die me hielpen mijn aanpak te evalueren en bij te sturen zoals wat betreft de observatie of interviews.

## HOOFDSTUK 4: ANALYSE METHODOLOGIE

Vóór het starten van het veldwerk voor deze masterproef wilde ik weten welke methode het meest geschikt is zodat participanten gemotiveerd zijn om aan mijn onderzoek deel te nemen. Bovendien is het doel van het veldwerk om kwalitatieve data te generen die inzicht geven in de beleving van kinderen. Al snel bleek het niet evident te zijn om een geschikte methode te vinden. Er was weinig informatie voorhanden over hoe onderzoek naar de gebouwde tandheelkundige omgeving vanuit het perspectief van het kind kon gebeuren. De moeilijkheid lag in de combinatie van drie deelaspecten in belevingsonderzoek: kinderen, tandheelkunde en ruimte.

Een moeilijkheid binnen de categorie "kinderen" is de specifieke leeftijd van de participanten, namelijk 10 tot 16 jaar met een voorkeur voor 12 tot en met 14 jaar. Deze leeftijd ligt op de grens tussen het kind zijn en de adolescentie. Het is de leeftijd "*waar sterke autonomiedrang zich volop begint te tonen*" (Integrale jeugdhulp, 2018). Participanten in deze leeftijdsrange kunnen qua mentaliteit, vaardigheden, interesse en dergelijke erg verschillen. Daarom besliste ik meerdere methodes te hanteren. Ik analyseer deze dan ook in deze masterproef om andere onderzoekers, werkzaam in hetzelfde domein, te helpen. Daarom bestaat dit hoofdstuk uit twee delen: enerzijds methodologische inzichten die aangereikt worden vanuit de literatuur en anderzijds een evaluatie van de gebruikte methodes in het veldwerk dat ik deed. Dit vormt de eerste stap om een antwoord te bieden op de eerste onderzoeksvraag (zie 3.2 *Onderzoeksvraag*).

### 4.1 Methodologische inzichten uit literatuur

Dit deel beschrijft verschillende methodes die onderzoekers gebruikten voor belevingsonderzoek. Voor de selectie van deze onderzoeken zocht ik op belevingsonderzoek met betrekking tot kinderen, medische contexten en ruimte. Dit zou inzicht geven in elke focus van de masterproef. Deze inzichten zou ik combineren in dit onderzoek. In deel 4.1.1 *Methodes* beschrijf ik participatieve methodes, observatie en interview. Daarna volgt in deel 4.1.2 *Combinatie methodes* informatie over het

combineren van de verschillende methodieken. Telkens wordt beschreven wat de methode inhoudt en wat de aandachtspunten zijn.

## 4.1.1 Methodes

### 4.1.1.1 Participatieve methodes

Participatieve methodes zijn technieken waarbij de participant een opdracht krijgt zoals bijvoorbeeld een tekening maken, foto's nemen, schrijven enzoverder. Deze methodes blijken de voorkeur te genieten boven een standaard interview in onderzoek met kinderen (Punch, 2002). Kinderen zijn het vaak niet gewoon om een gesprek te voeren met enkel de onderzoeker (Punch, 2002). Zo'n interviewsetting waarbij het kind vragen van een volwassene moet beantwoorden, kan ongemakkelijk aanvoelen voor het kind. Bovendien hebben sommige kinderen een korte aandachtspanne wat dit gesprek bemoeilijkt (Einarsdóttir, 2007; Punch, 2002).

Participatieve methodes werken indirect en zijn toegankelijker voor kinderen. Zij zijn het namelijk meer gewend om opdrachtes uit te voeren zoals in school wordt aangeleerd (James, Jenks, & Prout, 1998). Deze participatieve technieken genereren kwaliteitsvolle data omdat ook kennis die niet bewust aanwezig is bij het kind, op deze manier naar boven komt (Pelander, Lehtonen, & Leino-Kilpi, 2007).

In deze sectie wil ik geen algemeen overzicht geven van participatieve methoden, maar beschrijf ik enkel de participatieve technieken tekenen, photovoice, wandelen en enkele andere technieken omdat deze technieken het meest gebruikt worden en relevant zijn voor deze masterproef.

#### ***Tekeningen***

Bij tekenen visualiseert het kind zijn gedachten, belevingen of ervaringen (Einarsdóttir, 2007). Zo wordt iets mentaal omgezet naar iets tastbaar. Deze werkwijze structureert de gedachten en geeft meer informatie over een bepaald thema (Horstman, Aldiss, Richardson, & Gibson, 2008). In de context van ziekenhuizen kan de onderzoeker bijvoorbeeld aan de participant vragen om een tekening te maken van een persoon in dezelfde situatie als de participant, hoe die persoon zich voelt of wat die denkt (Bryan et al., 2019). Of in onderzoek naar de omgeving kan er gevraagd worden om een plattegrond te tekenen waarbij er denkbeeldig gelopen wordt van de ene ruimte naar de andere (Meire, persoonlijke communicatie, 2019). Dit kan werken bij kinderen vanaf vier jaar omdat zij reeds een besef van schaal hebben ontwikkeld (Blaut, Stea, Spencer, & Blades, 2003). Zaken die voor het kind opvallen komen op die manier naar voor (Meire, persoonlijke communicatie, 2019). Met tekenen kunnen kinderen hun fysieke maar ook sociale omgeving visualiseren (Darbyshire, MacDougall, & Schiller, 2005).

Als onderzoeker wil je te weten komen wat het kind heeft getekend en waarom het dat juist heeft getekend. Belangrijk is dan dat de onderzoeker de tekening niet zelf interpreteert vanuit het perspectief van de volwassene. Er moet juist een verklaring aan het kind worden gevraagd als controle (Pelander et al., 2007). De onderzoeker vraagt dit best op een open en terughoudende manier zodat de kinderen zich niet beledigd voelen. Het is beter te vragen of de kinderen kunnen uitleggen wat zij getekend hebben en eventueel te vragen waarom zij dat getekend hebben. Dit is een betere manier dan te vragen "Wat heb je getekend?". Zo induceert de onderzoeker geen gevoel van onzekerheid of belediging bij de kinderen (Punch, 2002). Om meteen te kunnen inspelen op wat de participant tekent, blijkt dat de onderzoeker bij het maken van de tekening beter aanwezig is (Meire, persoonlijke communicatie, 2019).

Het hanteren van deze methode heeft enkele voordelen voor kinderen. Zo kunnen kinderen kiezen wat ze in beeld brengen (Punch, 2002). Kinderen werken actief mee aan het onderzoek (Boyden & Ennew, 1997; Einarsdóttir, 2007) en krijgen op die manier controle in de expressie van hun gedachten (Boyden & Ennew, 1997). Dit is waarom het onderzoek voor de participant minder bedreigend zou aanvoelen (Horstman et al., 2008). Ook krijgen kinderen meer tijd. Enerzijds tijd om na te denken (Carter & Ford,

2013), er moet namelijk niet meteen een antwoord gegeven worden op een vraag. Anderzijds krijgen participanten tijd om te wennen aan de onderzoeker en de setting (Boyden & Ennew, 1997). In een context die meer vertrouwd aanvoelt, zullen participanten meer op hun gemak zijn. Verder kunnen de participanten creatief aan de slag gaan (Boyden & Ennew, 1997; Einarsdóttir, 2007). Zij kunnen creatief zijn in de kleuren die zij gebruiken, maar zelfs ook in de bladschikking. Zo kunnen de participanten er voor kiezen om het hele blad of slechts een deel ervan te gebruiken, of om het blad horizontaal of verticaal te gebruiken (Horstman et al., 2008). Het tekenen is een proces waarin wijzigingen of toevoegingen kunnen gemaakt worden (Boyden & Ennew, 1997; Punch, 2002). Dit kan ook gecombineerd worden met tekst (Darbyshire et al., 2005). Hierbij kan de onderzoeker het schrijven overnemen als de kinderen niet vaardig genoeg zijn (Bryan et al., 2019).

De onderzoeker kan bij een analyse van de tekening vragen naar objecten, vormen, kleuren, activiteiten, mensen en hun gevoelens (Burns & Grove, 2001). Tijdens het tekenen kan hij ook aandacht geven aan wat de kinderen als eerste op het blad zetten (Pelander et al., 2007). De onderzoeker kan zo de chronologie van getekende elementen in het oog houden en inzicht krijgen in het belang van deze elementen. Al deze aspecten kan de onderzoeker mee in beschouwing nemen tijdens de analyse. De tekening met bijhorende interpretaties vormt daarmee een grote bron van data.

Situaties waarbij kinderen op een vraag moeten antwoorden met “Ik weet het niet”, wordt met tekenen vermeden. Er kunnen dingen uitgedrukt worden die moeilijk mondeling zijn uit te drukken of omdat de kinderen verbaal nog niet sterk genoeg zijn (Pelander et al., 2007).

Een beperking bij deze methode is dat niet alle kinderen geïnteresseerd zijn in tekenen (Carter & Ford, 2013; Einarsdóttir, 2007). Daarnaast is deze opdracht voor sommigen een drempel. Deze kinderen zeggen dat ze niet goed kunnen tekenen (Bryan et al., 2019). Dit blijkt uit onderzoek vooral het geval te zijn bij oudere kinderen. Zij weigeren frequenter om te tekenen omdat ze hun tekenvaardigheid laag inschatten (Carter & Ford, 2013).

Soms gebeurt de tekenopdracht in groep of komen kinderen met elkaar in contact tijdens het tekenen. Het is dan mogelijk dat kinderen elkaar beginnen na te doen. Ook is het mogelijk dat ze gaan kopiëren van boeken en dergelijke (Einarsdóttir, 2007; Punch, 2002). Bijkomend kunnen familieleden keuzes tijdens het tekenen beïnvloeden (Bryan et al., 2019). Er zijn dus heel wat partijen die invloed kunnen hebben op het tekenen.

Tot slot is het maken van één tekening op één tijdstip eigenlijk niet voldoende. Om data betrouwbaar te maken, zouden meerdere tekeningen doorheen de tijd gemaakt moeten worden zodat het geen momentopname wordt (Di Leo, 1983). Ook de plaats en setting waarin de kinderen de opdracht uitvoeren, kunnen invloed hebben op de data. Deze zou voor elke participant hetzelfde type omgeving moeten zijn, bijvoorbeeld telkens de thuisomgeving of telkens de ziekenhuisomgeving (Pelander et al., 2007).

### ***Photovoice***

Bij photovoice kijkt de onderzoeker door de ogen van het kind met behulp van foto's die de participant maakt. De participanten nemen foto's van personen, plaatsen of andere dingen die belangrijk voor hen zijn. Deze techniek geeft de mogelijkheid de kinderen te laten nadenken over hun omgeving (Darbyshire et al., 2005). Aanvullend kan de onderzoeker ook vragen om bij de foto's, nadat ze afgedrukt zijn, telkens te schrijven waarom de participanten die foto's hebben genomen en wat zij erover willen zeggen (Darbyshire et al., 2005).

De intenties van deze methode komen grotendeels overeen met die van tekenen. Eerst en vooral krijgen de kinderen macht. Zij beslissen zelf waarvan zij een foto willen nemen en bepalen zo ook de data voor het onderzoek (Einarsdóttir, 2007; Van Gils & Willekens, 2010). De kinderen kiezen ook waarover zij juist



niet willen praten (Van Gils & Willekens, 2010). Door het actief meewerken, ervaren de kinderen een autonomie en een gevoel van controle (Darbyshire et al., 2005). Bovendien zorgen de foto's voor een houvast tijdens een bijkomend gesprek met de onderzoeker. Aan de hand van deze foto's kunnen kinderen zich dingen herinneren en hebben ze iets tastbaar om over te reflecteren. Deze reflectie door de kinderen is essentieel want in onderzoek naar de beleving van kinderen ligt de nadruk op hun perspectief, niet dat van de onderzoeker (Einarsdóttir, 2007). Als laatste kan deze techniek zeker gebruikt worden bij jonge kinderen die het schrijven nog niet helemaal onder de knie hebben of die moeite hebben om zichzelf verbaal uit te drukken. Zij kunnen zich aan de hand van deze techniek visueel uitdrukken (Einarsdóttir, 2007).

Net zoals bij tekenen is interesse voor deze methode afhankelijk van het kind (Einarsdóttir, 2007). Oudere studies beschrijven het succes bij kinderen van het gebruik van wegwerpcamera's (Darbyshire et al., 2005). Wegwerpcamera's zijn objecten die kinderen niet zo goed kennen. Doordat zij vaak nieuwsgierig zijn, kan een ongekend object juist interesse gaan opwekken. Als gevolg daarop kan het gebeuren dat kinderen de wegwerpcamera's willen uittesten. Ze beginnen dan willekeurig foto's te nemen en dit niet meer met oog op de studie of wat er juist van hen gevraagd wordt (Einarsdóttir, 2007). Wel kunnen digitale foto's ook hun voordelen hebben. Kinderen kunnen bijvoorbeeld meteen de genomen foto bekijken en bespreken in het interview.

Verder is het nemen van foto's niet altijd evident. Zo moet er tijd voor genomen worden (Meire, persoonlijke communicatie, 2019), hoewel anderen zeggen dat het nemen van foto's snel gaat (Einarsdóttir, 2007). Dit zal vermoedelijk samenhangen met de context. Indien aan kinderen gevraagd wordt om in de thuisomgeving foto's te nemen, zal dit als snel worden waargenomen. Wanneer dit gebeurt tijdens een bezoek in een ziekenhuis bijvoorbeeld, kan het zijn dat de participant het gevoel heeft dat het snel moet gebeuren en er niet veel tijd is. Er moet dan expliciet tijd voor voorzien worden. Bijkomend kan het fotograferen in een publieke ruimte een drempel vormen wanneer er andere mensen op de foto staan. Daarom blijkt deze methode geschikt voor thuisomgevingen (Meire, persoonlijke communicatie, 2019).

Indien de foto's op school genomen worden, bestaat de kans dat kinderen elkaar gaan kopiëren en elkaar gaan beïnvloeden (Einarsdóttir, 2007). Een oplossing is om de taak niet in groep te laten uitvoeren (Punch, 2002). Ook de aanwezigheid van volwassenen kan tot andere resultaten leiden dan wanneer het kind zelfstandig te werk gaat (Einarsdóttir, 2007).

Ten slotte heet de methode 'photovoice' en gaat het om de stem van het kind. Het is dus belangrijk dat het kind uitleg kan geven over de genomen foto's. De interpretatie van het kind is onmisbaar om te de foto te begrijpen (Darbyshire et al., 2005; Einarsdóttir, 2007).

### ***Wandeling***

Deze onderzoeksstrategie wordt voornamelijk gebruikt bij onderzoek naar de omgeving. Het interview met de participant vindt al wandelend plaats of op een plek tijdens de wandeling. Het interview is eerder een informeel gesprek. Het ter plaatse gaan, maakt het mogelijk om dadelijk te bespreken wat de participant ervaart. De participant krijgt namelijk zintuiglijke impulsen vanuit de omgeving. Omdat de participant zich meer bewust is van de omgeving, kan hij zijn gedachten meer expliciteren. Dit maakt het verschil met een interview in een kamer (Coemans, Vandenabeele, & Hannes, 2018). Evenzeer kan de onderzoeker mee de omgeving van de participant ervaren (Pink, 2009). Toch kan het zijn dat het moeilijk blijft om zich mondeling uit te drukken over de ruimte, ook al gaat men ter plaatse. De wandeling kan dan gecombineerd worden met andere methodes. Zo kan dit gecombineerd worden met photovoice. Tijdens de wandeling neemt de participant foto's van wat belangrijk is voor het onderzoek. Of er kan gefocust worden op de zintuiglijke waarneming zoals bijvoorbeeld het gehoor. Bij een geluidenwandeling wordt er gevraagd te concentreren op geluiden. Hierbij kan een audio-opname

handig zijn om dit nadien in een gesprek te bespreken (Adams et al., 2008). Audio-opnames of foto's kunnen de data mee ondersteunen (Coemans et al., 2018).

Wanneer kinderen de participanten zijn, kunnen zij de onderzoeker rondgidsen. Hierbij worden ze zelf aan het woord gelaten en laten ze zien wat ze willen (Einarsdóttir, 2007). Zo kunnen de kinderen vertellen wat zij meestal doen op die plek, wat zij leuk of belangrijk vinden, waar zij zich comfortabel voelen en waar juist niet (Einarsdóttir, 2007).

### **Andere technieken**

In de literatuur worden nog vele andere participatieve methoden beschreven. De onderzoeker kan er heel creatief mee omgaan, bestaande methodes aanpassen of kan er zelf verzinnen. Hier volgen enkele andere gebruikte participatieve methoden.

#### *Dagboek*

Participanten kunnen een dagboek bijhouden waarin ze het verloop van hun dag beschrijven. In de studie van Punch (2002) bleek het gebruik van een dagboek een goede methode. Hierbij beperkten de kinderen zich niet enkel tot schrijven, maar tekenden ze er ook in (Punch, 2002). Zulke dagboeken geven informatie over alledaagse aspecten in het leven van het kind, en ook bepaalde routines (Herron, Dansereau, Wrathall, Funk, & Spencer, 2018; Punch, 2002).

#### *Stickers*

Stickers kunnen gebruikt worden op verschillende manieren. De onderzoeker kan bijvoorbeeld werken met een kaart waarop de participanten post-its of stickers aanbrengen waarin ze hun ideeën uitdrukken (Davidson, 2017). De onderzoeker kan ook bijvoorbeeld werken met een schaalvraag. Hij stelt dan een vraag waarbij de participanten als antwoord een sticker moet plakken in een categorie (zoals "nooit", "weinig", "soms" of "vaak") die voor hen van toepassing is. De kinderen lichten daarna toe waarom zij daar een sticker geplakt hebben (Bryan et al., 2019).

Bij deze methode zijn er enkele beperkingen. Als het gaat om een lange vragenlijst kan het zijn dat dit enige tijd in beslag neemt. Eerst moet het kind namelijk bij elke vraag een sticker plakken om dit antwoord nadien toe te lichten. De participant kan dit als langdradig ervaren. Ook kan het zijn dat het kind de sticker in de foute categorie plakt. Dan moet de onderzoeker alle vragen controleren op de correctheid van het antwoord van het kind. Tot slot moet er gelet worden op de terminologie. Als de participant een woord niet begrijpt, moet die de betekenis vragen aan de onderzoeker of familie. Deze onderbreking kan de tijd rekken (Bryan et al., 2019).

### **4.1.1.2 Observatie**

Observatie vormt vaak nog een belangrijke bron van dataverzameling. Zo blijkt in het onderzoek van Bryan et al. dat essentiële informatie bekomen werd door observatie. De onderzoeker kan bijvoorbeeld op die manier weten wat de karakters zijn van kinderen en of dit een oorzaak is waarom zij niet zouden willen meewerken aan het onderzoek (Bryan et al., 2019), indien dit van toepassing is. In deze studie bleek observatie zelfs relevanter te zijn dan de tekenmethode. De tekenmethode werd echter niet in alle gevallen gebruikt. Bovendien kan de observator verschillen opsporen in wat participanten doen en vertellen dat ze doen. Dit komt niet altijd overeen (Punch, 2002).

Om te weten wat de onderzoeker moet observeren, kijkt hij in eerste instantie naar zijn onderzoeksvraag. Er zijn verschillende wijzen waarop een onderzoeker kan observeren. Hij kan bijvoorbeeld alles opschrijven wat hij observeert. De bekomen informatie bevat dan veel details. Een andere optie is dat de observator focust op het visuele. Hierbij neemt hij alles wat hij ziet op in zijn geheugen of veldnota's. Of de observator kan zich concentreren op gesprekken tussen mensen en wat zij juist zeggen. Evenzeer kan de observator op voorhand enkele categorieën in het achterhoofd houden.

Wanneer hij dan iets waarneemt, zal hij deze gebeurtenis klasseren onder een bepaalde categorie. Andere observators letten op de chronologie van activiteiten. Hierbij wordt aandachtig gelet op de tijd en wanneer in de tijd iets gebeurt. Ook kan er gekeken worden naar de interactie tussen mensen, hoe zij ten opzichte van elkaar staan en hoe ze met elkaar omgaan. Tot slot kan een observator zijn observaties terugkoppelen naar zichzelf. Hij kijkt hierbij naar zijn eigen ervaringen (Mortelmans, 2009).

Observatie hoeft niet formeel te gebeuren. De onderzoeker kan ook tijdens een informele activiteit, zoals wanneer de participant speelt, observeren. Hij kan dan met de participant of zijn familie op het moment zelf interageren over wat er aan het gebeuren is (Bryan et al., 2019). In dit geval spreekt men van participerende observatie (Mortelmans, 2009).

Een nadeel van observatie is dat mensen zich ongemakkelijk kunnen voelen. Dit geldt voor de participant, maar ook voor de mensen in de nabije omgeving. Het blijkt wel dat kinderen snel gewoon worden aan de aanwezigheid van een observator. Volwassenen, zoals bijvoorbeeld het personeel in een ziekenhuis daarentegen, moeten langer wennen aan een observator. Zij zullen meer voorzichtig te werk gaan dan dat ze in een andere situatie zouden reageren. Een audio-opname tijdens de observatie kan het gevoel om op zijn hoede te zijn, versterken (Bryan et al., 2019). Om met de onwennigheid van mensen om te gaan, is het goed om je als observator zo onopvallend mogelijk te gedragen. Wanneer deze mensen minder aandacht hebben voor de observator, zullen ze minder behoedzaam handelen (Mortelmans, 2009).

#### 4.1.1.3 Interview

Een gestructureerd interview hanteert het principe van een vastliggende vragenlijst. De onderzoeker volgt chronologisch de vragen en krijgt daarop telkens een antwoord van de participant. Deze manier van interviewen lijkt niet de beste aanpak bij kinderen. Deze werkwijze kan de machtsverhoudingen tussen kinderen en onderzoeker benadrukken. Als gevolg daarvan hebben de kinderen geen controle op de onderwerpen die besproken worden en kunnen zij het interview als opdringerig aanvoelen.

Beter blijkt een interview waarin creatieve methodes zoals tekenen of schrijven worden gebruikt (Carnevale, Macdonald, Bluebond-Langner, & McKeever, 2008). Zo kunnen tekeningen of aantekeningen als houvast dienen voor de kinderen en op die manier mee het interview leiden (Meire, persoonlijke communicatie, 2019). Het kind heeft dus macht door te kiezen waarover hij praat. Er ontstaat dan een open gesprek tussen de interviewer en het kind. De interviewer luistert naar de ideeën van het kind (Boyden & Ennew, 1997; Gollop, 2000). Tussen een gestructureerd interview en een open gesprek bestaat er ook nog het semigestructureerd interview. Hierbij houdt de interviewer in zijn achterhoofd wat hij te weten wil komen en zal dat dan op een gepast moment bevragen (Meire, persoonlijke communicatie, 2019).

#### ***Omgeving van het interview***

Verder is het goed om aandacht te besteden aan waar het interview zal plaatsvinden. Er zijn heel wat factoren waar rekening mee gehouden moet worden. Zo kunnen geluiden of bewegende beelden (bijvoorbeeld een tv) in de ruimte ervoor zorgen dat de participant wordt afgeleid (Bryan et al., 2019). In een ziekenhuis of publieke ruimte is het mogelijk dat het personeel of andere mensen het interview onderbreken doordat ze de ruimte binnen- en buitengaan. Dit is lastig voor kinderen die voor een korte tijd hun aandacht kunnen vestigen (Bryan et al., 2019). Bovendien kan het ook een drempel zijn om te praten over personeel terwijl diezelfde mensen de ruimte binnen- en buitengaan (Bryan et al., 2019).

Onderbreking van het gesprek kan ook gebeuren door aanwezige familie. Dit kan storing geven, maar hoeft niet altijd negatief te zijn. Zo kunnen ouders bijvoorbeeld de medewerking van hun kinderen stimuleren in het interview door telkens een beetje te helpen. En dit kan zelfs leiden tot betere

resultaten en diepere inzichten. Toch moet de onderzoeker er op toezien dat het perspectief van de ouder het perspectief van het kind niet overheerst (Carter & Ford, 2013).

Achtergrondgeluid kan dus afleiding bieden voor de participant, maar evengoed voor de onderzoeker. Achtergrondgeluid kan de audio-opname van een gesprek minder verstaanbaar maken. Wanneer de participant dan nog zacht of onduidelijk spreekt, is het soms helemaal moeilijk voor de onderzoeker om de audio-opname te transcriberen en te analyseren (Bryan et al., 2019).

Naast het benaderen van de plaats als een storingsvrije ruimte, moet er ook gekeken worden vanuit de doelgroep: kinderen. Indien mogelijk is deze plaats "*flexibel en informeel*" (Carter & Ford, 2013). Veel ruimtes worden namelijk beheerd door volwassenen (Punch, 2002). In zulke ruimtes hebben kinderen weinig controle en kunnen de interviews voor hen te formeel aanvoelen. Het resultaat hiervan kan zijn dat de kinderen druk ondervinden om verwachtingen in te lossen.

In een schoolse omgeving bijvoorbeeld, die ook beheerd wordt door leerkrachten en ander personeel, kunnen de participanten druk ondervinden om "juist" te antwoorden (Punch, 2002). Die omgeving kan effect hebben op de data die het interview zal generen. Uit onderzoek blijkt dat er op informele plaatsen meer interactie gebeurt tussen participanten en de onderzoeker (Darbyshire et al., 2005). Een informele omgeving kan bij de kinderen thuis zijn of in het ziekenhuis terwijl ze spelen. Een goede aanpak voor het vinden van een plaats waar de kinderen zich op hun gemak voelen, is om de kinderen te laten kiezen waar het interview kan doorgaan. Dit stimuleert het gevoel van controle (Darlington & Scott, 2002). Indien de kinderen zich toch ongemakkelijk voelen, is het aan de interviewer om te bevestigen dat er geen juiste antwoorden worden verwacht en om hen op hun gemak te stellen (Punch, 2002).

### **Validiteit van het interview**

De data die de onderzoeker krijgt vanuit het interview zijn afhankelijk van het moment. Zo kunnen de participanten hun perspectief hervormen doorheen de tijd. Het perspectief kan zelfs strijdig worden met initiële ideeën omdat de participanten zelf nieuwe inzichten verwerven. Ook hangen de resultaten samen met de wijze waarop de interviewer de vragen stelt (Einarsdóttir, 2007). Omdat de data gebonden zijn aan de context, vormt dit een limitatie bij het interview. Om hier mee om te gaan, zou de onderzoeker nog een tweede moment kunnen afspreken met de participant. Op dit moment kan de onderzoeker extra "*details, verduidelijking of andere voorbeelden*" bevragen (Darbyshire et al., 2005).

Ook Johan Meire, belevingsonderzoeker bij het Expertisecentrum Kind & Samenleving, haalt aan dat na de data-analyse en de verwerking het interessant zou kunnen zijn om participanten terug te contacteren en een terugkoppeling te vragen over de resultaten van het onderzoek. De onderzoeker kan dan de meningen en ideeën van de kinderen op de resultaten controleren om foutieve interpretaties te vermijden (Meire, persoonlijke communicatie, 2019).

## **4.1.2 Combinatie methodes**

Uit literatuur over onderzoeksmethodes om zicht te krijgen op de beleving van kinderen, kan besloten worden dat er niet één beste methode is (Punch, 2002). De keuze voor de methode is afhankelijk van de setting, de onderzoeksvraag, de interesse en leeftijd van de participanten en of de techniek praktisch uit te voeren is. Ook hoeft de aanpak zich niet te beperken tot het gebruik van één methode. Het is namelijk goed verschillende technieken met elkaar te combineren (Punch, 2002). Zo kunnen verschillen in vaardigheden, ervaringen en interesses tussen kinderen mee in rekening gebracht worden (Einarsdóttir, 2007; Lambert et al., 2014; Punch, 2002). Kinderen kunnen best zelf kiezen welke methode ze willen gebruiken uit het aanbod. Door de keuze aan de kinderen te laten, ervaren deze een gevoel van controle (Aldridge, 2012; Darbyshire et al., 2005).

Door dit te doen, zullen de participanten een zekere interesse tonen, minder snel verveeld zijn en minder snel afhaken. De onderzoeker moet hier voldoende aandacht aan besteden en kiest dus best technieken die volgens hem ook voldoende informatie zullen opleveren. (Punch, 2002). Op basis van de data die participanten genereren, zullen er misschien aanpassingen aan de onderzoeksstrategie gemaakt moeten worden. Daarom moet ook de onderzoeker creatief en flexibel zijn bij de uitvoering van zijn onderzoek (Darbyshire et al., 2005).

Een ander voordeel van het gebruik van verschillende methodes is dat ze complementair kunnen werken en informatie naar voren kunnen brengen die met behulp van een enkelvoudige methode niet tot uiting komt. Visuele technieken kunnen bijvoorbeeld gecombineerd worden met mondelinge technieken zoals bij het nemen van foto's tijdens een wandeling (zie 4.1.1.1 *Participatieve methodes*). De verschillende mogelijkheden tot uitdrukken laat de participanten toe om hun ideeën toch over te brengen. Zeker in belevingsonderzoek naar ruimte kan dit belangrijk zijn omdat het moeilijk kan zijn om gevoelens en gedachten hierrond te verwoorden. Daarbij hebben kinderen een minder uitgebreide woordenschat dan volwassenen wat een combinatie van methodes nog noodzakelijker maakt. Deze combinatie zal tot een grotere verzameling van data en diepere inzichten leiden (Coemans et al., 2018; Darbyshire et al., 2005; Einarsdóttir, 2007). De resultaten vanuit verschillende methodes kunnen elkaar verduidelijken en daardoor heeft de onderzoeker meer vat op de betekenis van data (Darbyshire et al., 2005). Daarnaast worden zo ook verkeerde interpretaties vermeden omdat de resultaten van verschillende technieken elkaar controleren en contradictorische inzichten aan het licht kunnen brengen (Ennew & Morrow, 1994).

Om samen te vatten blijkt dat in onderzoek met kinderen beter traditionele methodes gecombineerd worden met meer indirecte methodes (INTRAC, 1997) om hen toe te laten hun beleving van ruimte uit te drukken. Met traditioneel bedoel ik de technieken die vooral bij volwassenen worden gebruikt zoals een interview of een observatie. De indirecte technieken zijn zowel visuele als geschreven technieken zoals bijvoorbeeld tekenen, photovoice, of een dagboek bijhouden. Bij de combinatie van technieken is de machtsverhouding tussen participant en onderzoeker meer in evenwicht. Eigenlijk zou je als onderzoeker het kind op zoveel mogelijke manieren controle moeten laten ervaren om stress te vermijden (Punch, 2002) en ze bereid zijn je in hun wereld toe te laten.

## 4.2 Bevindingen methodologie

Voor het veldwerk combineerde ik zowel traditionele als indirecte methodes. Uit de literatuur blijkt namelijk dat onderzoek met kinderen het best op een andere manier aangepakt wordt dan onderzoek met volwassenen (zie 4.1.2 *Combinatie methodes*). Om de participanten te motiveren voor het verzamelen van data, werkte ik met een toolbox met participatieve methodes (Bryan et al., 2019). Uit de toolbox kon de participanten zelf een methode kiezen en dus ook op welke wijze zij zouden meewerken in dit onderzoek.

Ik voorzag hierbij visuele methodes zoals het nemen van foto's doorheen de route in hun tandartsbezoek en de mogelijkheid tot het maken van tekeningen. Ik integreerde deze visuele methodes om opening te bieden naar de focus van ruimte. Deze visuele methodes leken mij ook kindvriendelijk. Foto's werden genomen met de eigen gsm van de participanten omwille van de haalbaarheid.

Daarnaast voorzag ik de mogelijkheid tot het maken van aantekeningen met notities. Ik voorzag voor de participant een notitieboekje en gekleurde balpennen (zie 3.3.4.4 *Inleidend gesprek*). In dit boekje konden de participanten tekeningen of schetsen maken over situaties, gevoelens, objecten of elementen die voor hen van belang waren in de beleving van de tandheelkundige omgeving. Deze methode voegde ik toe om een diversiteit aan zowel mondelinge, visuele als schrijftechnieken te

hebben. Zo probeerde ik rekening te houden met de voorkeuren van elk kind. Ik koos er ook voor om stickers toe te voegen. Bij het lezen van literatuur over angst voor de tandarts bij kinderen, las ik immers in een studie dat onderzoekers emoties bij kinderen maten aan de hand van menselijke figuren. Deze figuren drukten emoties uit en op basis hiervan konden kinderen aanduiden hoe ze zich voelden tijdens een tandartsbezoek (Busato et al., 2017). Vanuit dit onderzoek leerde ik dat het gebruik van figuren kon helpen bij het uitdrukken van emoties. Verder vond ik het interessant dat in de studie van Lambert et al. kinderen met verschillende materialen creatief aan de slag konden gaan (Lambert et al., 2014). Deze materialen beperkten zich niet enkel tot papier en schrijfgereef. Deze twee onderzoeken in combinatie met de studie van Bryan et al. waarbij een stickertechniek werd gebruikt (Bryan et al., 2019), inspireerden me voor het gebruik van stickers in dit onderzoek. Ik bedacht dat het gebruik van stickers een meerwaarde zou kunnen zijn omdat de participant zo misschien beter zijn gevoel zou kunnen uitdrukken dan enkel met tekst en eventuele tekeningen.

Deze methodes vulde ik aan met traditionele methodes waaronder observaties en interviews. De observatie liep gelijktijdig met de participatieve methodes. De participanten mochten voor dit onderzoek kiezen of ik hen mee zou volgen in hun route doorheen de tandheelkundige omgeving (zie 3.5.2 *Observatie*). De redenering hierachter was dat deze keuze de participanten meer op hun gemak zou stellen omdat een tandartsbezoek voor sommige kinderen stresserend is. Via observaties zou ik een globaal beeld kunnen krijgen van de tandheelkundige omgeving, tandheelkundige handelingen en inzicht krijgen in het gedrag van de participanten. Met deze informatie in het achterhoofd konden interviews beter begrepen worden en kon er naar bepaalde geobserveerde situaties gevraagd worden. Het interview vond altijd na het tandartsbezoek en na de observatie plaats. De interviews deed ik om de documentatie van de participanten te begrijpen vanuit hun perspectief.

In deze sectie start ik met de resultaten van de toegepaste methodes die nadien in de discussie verder worden besproken en geïnterpreteerd. Nadien eindig ik met een conclusie met enkele algemene bevindingen vanuit dit veldwerk. Deze bevindingen kunnen andere onderzoekers in hetzelfde domein helpen bij het zoeken naar een gepaste methode.

## 4.2.1 Toegepaste methodes

### 4.2.1.1 Participatieve methodes

Dit deel bevat de resultaten van de participatieve methodes *tekeningen*, *photovoice* en *notities*. In het stuk notities wordt ook dieper ingegaan op de gebruikte bijhorende materialen, namelijk *stickers* en *balpennen*. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan het tijdstip waarop de notities werden gemaakt en of er moeilijkheden bij waren.

#### **Tekeningen**

Het maken van tekeningen of schetsen in het notitieboekje had in dit onderzoek weinig succes. Enkel Julie maakte een schets van een glas water (zie *Figuur 4.1*). Wel tekenden Joke, Marie, Noek en Nona kleine smileys in de tekst. Deze tekeningetjes dienden eerder als een extra aanvulling van de notities en voegden weinig meerwaarde toe aan de inhoud van de tekst. Ook had ik bij de tekening van Julie de indruk dat die gemaakt werd om een mooie bladschikking te bekomen. Bovendien merkte ik tijdens de observatie van Joke dat haar moeder haar herinnerde aan het maken van tekeningen. Zo zei Jokes moeder bijvoorbeeld: “*Je kan ook zelf smileys tekenen*”. Het lijkt er op dat Joke toch iets tekende omdat deze mogelijkheid vermeld werd in de uitleg van het onderzoek. De tekeningen stonden nooit op zichzelf of ze werden nooit als een aparte methode gebruikt.

Indien ik aan de participanten vroeg waarom zij niet getekend hadden, dan haalden zij redenen aan zoals “*ik kan niet goed tekenen*” (Annabel) of “*ik had zo niet echt het idee wat ik moest tekenen*” (Nona). De uitdrukking van Annabel geeft aan dat ze in haar ogen niet vaardig genoeg is. Ook de manier waarop ze dit zei, geeft aan dat haar interesse niet bij tekenen ligt. Nona daarentegen zegt dat het moeilijk is te weten waarvan ze een tekening zou kunnen maken. Eveneens zou hetzelfde bij Fenne kunnen hebben meegespeeld. Ik was namelijk verwonderd dat hij niet getekend had. Zijn mama vermeldde immers bij het inleidend gesprek (zie 3.3.4.4 *Inleidend gesprek*) dat tekenen iets voor Fenne was.



**Figuur 4.1** Schets glas water (getekend door Julie)

### **Photovoice**

Het nemen van foto's doorheen de route die de participant aflegde, werd meer toegepast dan de tekentechniek. Vier participanten gebruikten deze methode. Eén van deze vier vertelde in het interview dat ze het nemen van foto's was vergeten, en maakte dan toch één foto. Dit was Noek. Daarom wordt ze meegerekend als een gebruiker van deze participatieve methode. De photovoicetechniek werd in alle gevallen gecombineerd met het maken van notities in het notitieboekje. Photovoice werd dus niet als alleenstaande methode gebruikt.

Zowel de participanten als hun moeders namen foto's tijdens het tandartsbezoek. Wie de foto's nam, was afhankelijk van de situatie. De participant maakte vooral foto's als die daar tijd voor had. Dit was bijvoorbeeld op weg naar de tandarts, bij het toekomen in het gebouw, en tijdens het wachten in de wachtzaal. Indien de participant voor de behandeling in de behandelstoel lag, was het de moeder die de foto's nam ofwel werden er op dat moment geen foto's gemaakt. Indien de mama de foto nam, was dit altijd met haar kind in beeld. Zij nam dus niet zozeer foto's van specifieke elementen of objecten, maar eerder van de activiteit die het kind deed. Toch waren niet alle foto's, die de moeder nam, vanuit een eigen standpunt. Soms gaven de participanten aan hun mama een teken voor het nemen van foto's.

Indien de participanten zelf verantwoordelijk waren voor de foto's, namen ze er niet zoveel in vergelijking met wanneer de ouder hulp bood. Dit is bijvoorbeeld zo bij Noek. Zij nam slechts één foto in de wachtzaal (zie *Figuur 4.2*). Ook Nona nam zelfstandig foto's. Met haar had ik voordien geen inleidend gesprek en sprak ik af in het ziekenhuis. Het was pas vanaf dan dat ze in het bezit was van het notitieboekje. Als je de foto's bekijkt is het duidelijk te zien dat ze op dat moment geen foto's meer neemt, maar overschakelde op het gebruik van het notitieboekje.

De meest voorkomende reden waarom de participanten geen foto's namen, was omdat ze het vergeten waren. Toch blijkt uit de interviews dat de meesten wel de intentie hadden om foto's te nemen. Fenne vertelde in het interview ook dat zijn mama niets meer had gezegd over het nemen van foto's. Daarom had hij het ook niet gedaan. Daarnaast merkte ik bij de observatie van Noek dat de batterij van haar gsm bijna leeg was en ze wilde die dan ook graag sparen. Zij heeft uiteindelijk één foto genomen met de gsm van haar moeder. Een andere verklaring waarom participanten geen foto's namen, werd gegeven door Anais. Zij zei dat het ongemakkelijk voor haar was. Zo vertelde ook Annabel in het inleidend gesprek dat ze geen foto's zou nemen, toen ik uitlegde hoe om te gaan met de privacy van andere patiënten en personeel. In het interview na het tandartsbezoek vertelde ze dan weer dat ze foto's was vergeten te nemen en dat ze het anders wel zou doen. Een ander voorbeeld die het ongemakkelijk gevoel dat participanten hadden bij het nemen van foto's bevestigt, zijn de foto's die ze namen in de wachtruimte van het ziekenhuis. Op deze foto's is vooral de vloer te zien (zie *Figuur 4.2* en *Figuur 4.3*).



**Figuur 4.2** Vloer wachtruimte (foto genomen door Noek)



**Figuur 4.3** Vloer wachtruimte (foto genomen door Joke)

Uiteindelijk was er slechts één participant, Ninthe, die photovoice verkoos boven de andere methodes. Haar argument was dat een foto sneller vast te leggen was dan het schrijven. Bovendien bevat een visueel beeld volgens haar eigenlijk alles wat moeilijk te beschrijven is met tekst. Ninthe ging naar de tandartspraktijk. Ze vertelde ook dat er niemand in de wachtruimte zat.

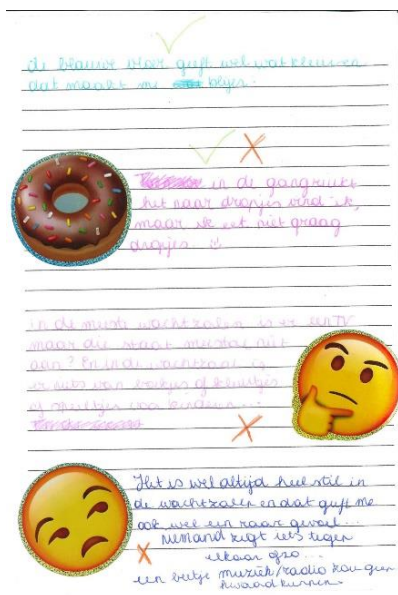
### **Notities**

De participanten hadden de mogelijkheid om hun beleving in kaart te brengen door het maken van notities in een notitieboekje (zie *Figuur 4.4*, *Figuur 4.5*, *Figuur 4.6*, *Figuur 4.7*). Het maken van notities is duidelijk de meest verkozen methode. Elke participant gebruikte deze techniek. De meerderheid van de participanten vond dit een leuke methode (Annabel, Fenne, Joke, Noek, Nona). Ook werd de methode als "handigste" benoemd door Julie. Zij vertelde in tegenstelling tot Ninthe (zie 4.2.1.1

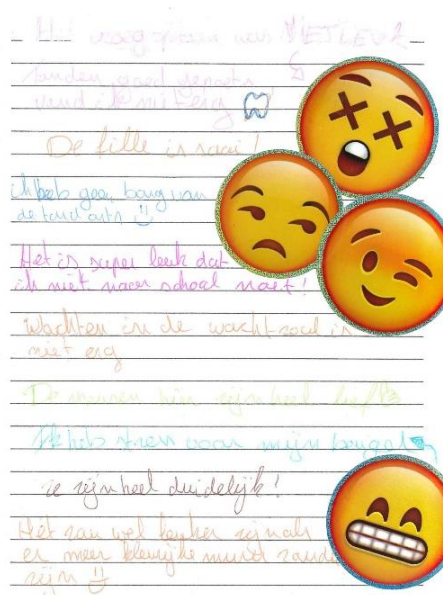


Participatieve methodes), dat je met schrijven meer uitleg kan geven dan met een beeld. Dit bevestigt ook Marie: "Dan kan ik zo het best vertellen wat er is gebeurd".

Toch was niet iedereen even enthousiast over het schrijven. Anaïs bijvoorbeeld, was eerder onverschillig ten opzichte van deze methode. Ik had het gevoel dat ze deze techniek had gekozen door eliminatie van de andere technieken. Ze zegt zelf dat dit de "beste" keuze was voor haar. Ook Ninthe gaf, zoals eerder vermeld, niet de voorkeur aan het schrijven. Ninthe was niet in het bezit van een notitieboekje zoals de andere participanten. Aan haar kon ik geen notitieboekje met stickers en gekleurde balpenen overhandigen vóór het tandartsbezoek omdat er geen enkele datum paste voor een inleidend gesprek. Door de scheiding van haar ouders was ze namelijk niet altijd bij haar mama, met wie ik afsprak voor dit onderzoek. De dag van het tandartsbezoek zelf kon ik niet aanwezig zijn. Iedereen die wel in het bezit was van het notitieboekje, gebruikte het ook.



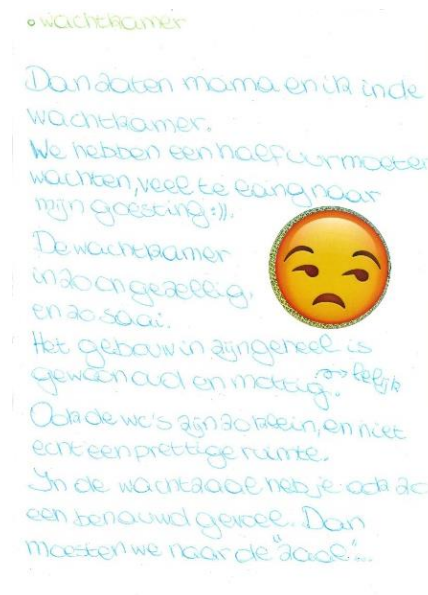
Figuur 4.4 Fragment notitieboekje Nona



Figuur 4.5 Fragment notitieboekje Joke



Figuur 4.6 Fragment notitieboekje Noek



Figuur 4.7 Fragment notitieboekje Annabel

### Stickers

Participanten hadden de mogelijkheid om stickers van emoji's te gebruiken in het notitieboekje (Figuur 4.8). Alle participanten gebruikte stickers, behalve Ninthe. Zoals hierboven vermeld, kon ik aan haar geen notitieboekje overhandigen. Annabel, Fenne, Julie en Nona vertelden dat ze het leuk vonden stickers te plakken. Anaïs en Joke vonden dit zelfs het tofst aan het documenteren van hun tandartsbezoek. Joke bijvoorbeeld vond het leuk om een sticker uit te zoeken die bij haar beleving paste. Julie, Marie en Noek gebruikten de stickers als een visualisatie en ter aanvulling van hun notities. Noek zei ook in het interview: *“dan kan ik zo een beetje makkelijker uitdrukken hoe dat het zo was”*. Ook Marie vertelde: *“dan kon ik wel duidelijker maken hoe ik mij een beetje voelde”*. Uit wat Julie, Marie en Noek vertelden en uit een analyse van de notities, blijkt dat het plakken van de stickers altijd gebeurde in combinatie met het schrijven. De stickers waren een verduidelijking van de notities.



Figuur 4.8 Stickervellen

De stickervellen bevatten emoji's maar ook andere objecten (zie Figuur 4.8). De meest gebruikte stickers door de participanten zijn emoji's die bepaalde gevoelens uitdrukken. De participant kon de sticker ook interpreteren op zijn manier. Zo gebruikte Fenne een sticker van een emoji waarbij slijm uit de mond komt. Fenne zegt hiervan dat hij dat plakte omdat *“speeksel past bij de tandarts”*. Marie gebruikte diezelfde emoji, maar in een context waarin ze positief praatte over de tandartsen. Ze gebruikt dit als illustratie van het mouwvegen dat ze hierbij doet.

### Balpennen

Daarnaast voorzag ik 10 gekleurde balpennen om creatief aan de slag te gaan of om met kleurencodes te kunnen werken. Vanuit de notities die de participanten maakten, zie ik dat de verschillende kleuren vooral gebruikt werden om structuur te geven aan de notities. Zo hebben titels of notities over verschillende thema's, een andere kleur. Nona bijvoorbeeld werkte met oranje kruisjes bij puntjes die ze opschreef en die ze niet leuk vond. Groene vinkjes wezen dan op aspecten die ze goed vond (zie Figuur 4.4). Verder kon er in enkele gevallen afgeleid worden wanneer de notitie gemaakt werd. Op een ander tijdstip werd bijvoorbeeld met een andere kleur geschreven.

Eveneens heb ik het idee dat de verschillende kleurtjes gewaardeerd werden door de participanten. Ik heb deze indruk omdat het lijkt dat enkele kinderen graag de verschillende kleurtjes

uittestten. Bij de observatie van Joke zag ik dat ze elk puntje in een andere kleur opschreef en hierbij eerst (luidop of niet) koos in welke kleur ze dit zou doen. Ook kreeg ik de vraag van Anaïs of ze de balpennen mocht houden. De mama van Nona zei mij eveneens dat haar dochter het zo'n toffe kleurtjes vond.

### **Tijdstip**

Wanneer de participant notities maakte, hing af van het tijdstip van het geplande interview. Indien het interview direct na het tandartsbezoek plaatsvond, was de participant genoodzaakt te documenteren tijdens het tandartsbezoek. Dit gebeurde dan voornamelijk tijdens het wachten in de auto, in de wachtzaal of in de behandelstoel<sup>1</sup>. Het documenteren na de behandeling leek niet altijd vlot te verlopen. Dit was bijvoorbeeld het geval bij Fenne. Hij deed al voorbereidend werk de avond voor het tandartsbezoek. Hij schreef namelijk op welke gevoelens hij toen had. Na het bezoek, moest hij het tandartsbezoek zelf nog documenteren. Hij deed dit in de autorit terug naar huis. Tijdens de terugrit met Fenne merkte ik dat hij moeite had met het schrijven in de auto. Na een tijdje zei hij dat hij moest stoppen met schrijven omdat hij anders misselijk werd. Een ander voorbeeld is het tandartsbezoek van Anaïs. Zij moest ook nog documenteren na haar tandartsbezoek. Ik had er niet bij stilgestaan om haar extra tijd te geven na haar bezoek. Hierdoor moest ze tijdens het interview nog enkele stickers plakken.

Participanten die later een interview hadden, documenteerden niet tijdens hun tandartsbezoek. Zij namen nadien thuis de tijd om alles op te schrijven en te documenteren. Dit gebeurde soms direct na het bezoek omdat alles dan nog “vers” in het geheugen zat, zoals Annabel het verwoordde. Noek echter werkte zowel vóór als na het bezoek. Zo schreef ze voor het bezoek in staakwoorden op wat ze dacht dat ging gebeuren. Als ze dan thuis was schreef ze dit netjes uit.

Het feit dat het opschrijven in sommige gevallen gebeurde tijdens het wachten, heeft invloed op de beleving van het tandartsbezoek. Voor sommigen werd dit bezoek een leukere ervaring. Zo vertelde Fenne dat hij ernaar uitkeek om op consultatie te gaan omdat hij dan mee kon werken aan het onderzoek. Ook Joke vertelde dat ze het leuk vond zich bezig te houden met het invullen van het notitieboekje tijdens het wachten. Nona zei dan weer dat het werken met stickertjes en kleurtjes haar blij maakt.

### **Hindernissen**

Veel moeilijkheden waren er niet bij deze methode. Elke participant gaf van tevoren aan dat de opzet en de verwachtingen van het onderzoek duidelijk waren. Toch vertelden enkele ouders me dat het een moeilijk opdracht was om op een andere manier naar een alledaagse omgeving te kijken (mama Julie en mama Nona). Dit is vooral omdat de participanten deze omgeving gewoon zijn. Om de ouders gerust te stellen, bevestigde ik dan dat het documenteren van de beleving over alles mocht gaan en zich niet enkel tot de ruimte hoefde te beperken. Het was mijn taak namelijk om de beleving van de kinderen om te zetten naar hoe de ruimte hieraan aangepast kan worden. Eveneens vertelden Joke en Julie in het interview dat ze soms niet goed wisten wat ze konden opschrijven. Zoals ze zelf aangeven, kwam dit omdat ze geen moeite hadden om naar de tandarts te gaan. Daarom moesten ze hier bewust over nadenken. Daarnaast hoorde ik van de mama van Julie dat Julie zich soms afvroeg of het ook oké was als ze ergens geen mening over had. De mama wist gelukkig dat dit zeker goed was en bracht dit zo ook over aan haar dochter.

Verder merkte ik dat de participanten soms wat onzeker waren over wat ze hadden opgeschreven. Ze vroegen dan ook bevestiging aan hun ouder. Joke bijvoorbeeld toonde tussendoor aan haar mama

---

<sup>1</sup> Het documenteren in de behandelstoel is enkel van toepassing in het ziekenhuis. Omdat het een universitair ziekenhuis betreft, worden consultaties gedaan door assistenten onder supervisie. Assistenten moeten hun werk laten nazien door de supervisor. Het aantal supervisors op de dienst is beperkt. Bij het halen van de supervisor kan het zijn dat de patiënt enkele minuten moet wachten.

wat ze reeds had opgeschreven en vroeg of het goed was. Ook Fenne vroeg bevestiging tijdens het schrijven in de auto. In deze twee situaties antwoordde hun mama positief en zij gaf hen nog wat inspiratie door enkele neutrale vragen te stellen over hun beleving.

Een andere moeilijkheid was spelling en het verwoorden van ideeën. Zo wilde Anaïs bijvoorbeeld formeel schrijven, maar wist ze bij sommige woorden niet goed of dit spreektaal was of niet. Hiervoor vroeg ze hulp aan haar mama. Ook Julie had moeite met haar ideeën onder woorden te brengen. Ze vertelde in het interview dat ze zelf wel bepaalde gedachtes had, maar dat ze hulp van haar mama kreeg om ze te verwoorden.

#### 4.2.1.2 Observatie

Vaak maakte het voor de participant en de ouder niet uit of ik meeding tijdens het tandartsbezoek om te observeren. Ofwel was het de ouder die dan besliste dat ik niet mee moest gaan omdat zij dacht dat het niet relevant zou zijn voor mij. In dit geval ging ik niet mee naar de consultatie. Ofwel liet de ouder de keuze aan mij. In dit geval, ging ik altijd mee tijdens het tandartsbezoek. Meestal stelde de ouder dan voor om af te spreken aan het onthaal van het ziekenhuis of van de tandartspraktijk. Zij gingen ervan uit dat daar afspreken voor mij praktischer zou zijn. Het verplaatsen naar de participanten thuis was inderdaad niet altijd eenvoudig. Ik volgde wat de ouder voorstelde en drong niet aan om toch van thuis al mee te gaan. Eenmaal volgde ik wel de hele route, vertrekkend en eindigend thuis bij de participant.

Een eerste observatie deed ik tijdens de pilootstudie van Noek. In dit geval wachtte ik haar en haar mama op aan het onthaal van het ziekenhuis. Ik volgde haar doorheen het ziekenhuis en observeerde de omgeving (fysiek en sociaal), hoe ze hiermee reageerde, wat ze deed of zei en haar gedrag. Een eerste moeilijkheid die ik als onderzoeker tijdens het observeren ondervond, was om mij op de achtergrond te houden, maar ook niet te ernstig over te komen. Ik wilde enerzijds de participant niet beïnvloeden in haar beleving. Anderzijds wilde ik haar en haar mama niet het gevoel geven dat ik hen nauwlettend in het oog hield. De moeilijkheid bestond dan ook uit het vinden van een evenwicht. Als ik iets opmerkelijk zag, schreef ik dit bijvoorbeeld niet onmiddellijk op. Ik wachtte tot een goed moment waarbij de participant zelf was afgeleid zoals bijvoorbeeld tijdens de behandeling.

Een andere moeilijkheid voor mij was in de behandelruimte van orthodontie in het ziekenhuis. Het was er heel druk en de ruimtes zijn daar klein. Omdat ook de mama aanwezig was, was er weinig plaats voor extra aanwezigen in de behandelruimte. Ook hadden de orthodontisten bewegingsruimte nodig om tot kasten en dergelijke te kunnen komen. Ik voelde dat ik in de weg stond en om de consultatie niet te storen ben ik na een tijdje even terug in de wachtzaal gaan zitten. Zo had ik toch al een initieel beeld kunnen vormen van de consultatie. Na de consultatie volgde ik Noek dan terug verder. Na deze pilootstudie nam ik me voor om bij toekomstige participanten wel te blijven observeren indien dit de orthodontisten niet zou storen. Observatie bleek toch ook een belangrijke bron van informatie te zijn. De volgende keren in diezelfde behandelruimtes ben ik dan ook blijven observeren en dit verliep telkens vlot.

#### 4.2.1.3 Interview

Ik deed een interview met elke participant. Dit interview bestond uit vier delen (zie 3.5.3 *Interview*). Het derde en grootste deel van het interview vertrok vanuit de documentatie die de participant had verzameld. Tegelijk werkte ik ook met een interviewgide als houvast voor mij als onderzoeker. De interviewgide bevatte niet enkel een te volgen structuur (hiermee bedoel ik de vier delen: *Opening, Inleiding, Vragen per plek in de route van het tandartsbezoek, Overzichtsvragen*), maar ook vragen waar ik een antwoord op wilde. Die vragen hield ik in mijn achterhoofd tijdens het gesprek en stelde ik op een gepast moment. Omdat het derde deel van het interview vertrok vanuit de documentatie, hadden de kinderen de mogelijkheid om in dit deel het interview zelf te leiden.

Om dit deel te starten, vroeg ik meestal aan de participanten om uit te leggen wat zij gedocumenteerd hadden. Soms begonnen de participanten dan met het voorlezen van alles wat zij opgeschreven hadden of met het uitleggen van alle foto's die zij hadden gemaakt. Omdat de participant op deze manier nogal snel door de documentatie ging, was ik genoodzaakt de participant te onderbreken met enkele bijkomende vragen. Zo kon ik elk aspect in de beleving proberen te begrijpen en kon dit uitgebreid besproken worden.

### ***Plaats***

De plaats van het interview werd bepaald door de participant en de ouder (zie 3.5.3 *Interview*). Zo was dit bij Annabel, Fenne, Marie, Julie en Noek thuis. Bij Anaïs was dit in een leeg kabinet in de tandartspraktijk en bij Nona en Joke was dit in een vergaderlokaal in het ziekenhuis. Ninthe haar interview vond plaats in een lokaal bij de manege in de buurt waar ze woont. Dit was omdat haar mama en zichzelf hier vaak samen aanwezig waren. Tijdens het gesprek met Ninthe kon haar moeder de paarden verder verzorgen.

Op basis van deze verschillende plaatsen ondervond ik dat het gunstig was dat het interview plaatsvond in een stille ruimte met weinig afleiding. Dit was zo in het vergaderlokaal in het ziekenhuis, het lokaaltje van de manege en in sommige gevallen bij de participant thuis. Onder afleiding versta ik achtergrondlawaai zoals muziek of mensen die praten, beweging van mensen of bewegende beelden zoals een tv. Weinig afleiding zorgde ervoor dat de focus van zowel de participant als de interviewer op het interview bleef. Het interview kon dan vlot verlopen. Ik merkte bijvoorbeeld dat het interview van Anaïs iets moeizamer verliep dan de andere interviews. Op het moment van het interview klonk op de achtergrond nogal luid de radio. Ook waren haar mama en haar broertje hierbij aanwezig. Het broertje liep rond in de ruimte wat ook voor afleiding zorgde. Ik merkte bij zowel Anaïs als mezelf dat we soms wat moeite hadden om de aandacht op het interview te houden. Ook in het interview van Fenne was er bij enkele momenten wat achtergrondbeweging en -lawaai. Dit was echter gering, maar zorgde toch dat ik soms extra energie moest opbrengen om mijn concentratie te bewaren. Zulke situaties zijn onvermijdelijk en vaak was de afleiding in de thuisomgeving verwaarloosbaar. Meestal verdwenen de ouders en andere gezinsleden als het interview begon. Ook tijdens een interview waarbij een ouder aanwezig was, hield zij zich op de achtergrond. Hier en daar gaf zij een opmerking, maar niet in de mate dat dit het interview stoorde.

### ***Tijdstip***

Meestal vond het interview niet direct plaats na het tandartsbezoek. De tijd tussen het bezoek en het interview varieerde dan van enkele uren tot 12 dagen. Omdat het interview expliciet ingepland werd en er tijd voor genomen werd, maakte dat deze participanten fris en geconcentreerd mee werkten aan het interview. In enkele gevallen ging het interview onmiddellijk na het tandartsbezoek door.

Een voordeel van een interview dadelijk na de behandeling was dat de participant alle verzamelde documentatie bij de hand had. In sommige gevallen waarbij het interview later gebeurde, vergat de participant documentatie mee te nemen of te vermelden. Dit was zo bij Ninthe. Zoals eerder vermeld vond het interview plaats in de manege op een andere dag. Zij had naast foto's ook notities gemaakt. De notities was ze echter vergeten. Nadien vroeg ik haar mama om ze nog door te sturen, maar dit heeft ze niet meer gedaan. Ook Noek haar interview vond plaats de dag na het bezoek. Zij vergat de ene foto die ze had gemaakt tijdens het bezoek. Bij mengen van methodes, is het waarschijnlijker dat één methode vergeten kan worden.

## 4.2.2 Combinatie methodes

Uit de evaluatie van de verschillende methodes, blijkt dat soms verschillende methodes tegelijk werden gehanteerd bijvoorbeeld het nemen van foto's en het notitieboekje. De data van deze twee methodes overlappen elkaar, maar tegelijk vulden ze elkaar ook aan. Zo konden er bijvoorbeeld situaties herinnerd worden bij de ene methode die niet zouden ter sprake komen als er enkel gewerkt werd met de andere methode. Daarnaast maakte het totaalconcept van het notitieboekje het voor sommige participanten aantrekkelijk om het te gebruiken. De afwisseling in materialen en methodieken (schrijven, stickers plakken, verschillende kleurtjes gebruiken, eventueel tekenen) maakt het voor de participanten interessant. Nona haalt ook aan dat ze het leuk vond om met al die materialen te werken. Ze zei hierover het volgende: *“ik vind dat leuk zo stickertjes en verschillende kleurtjes, dat maakt me blij”*. Ook Annabel lijkt het leuk te vinden verschillende dingen te combineren in het notitieboekje. Zij was het nemen van foto's vergeten, maar zegt wel indien ze foto's genomen had, ze die mee in het notitieboekje had geplakt.

## 4.2.3 Informatie vooraf

Zoals reeds vermeld (zie 3.3.4.4 *Inleidend gesprek*), sprak ik op voorhand af met de participant om uitleg te geven. De Informed Consent Formulieren die ik toen gaf, werden nog nagelezen door sommige participanten vóór het vertrek naar het tandartsbezoek. Zo haalde Anaïs bijvoorbeeld aan dat ze dit formulier zelfs nog twee keer had nagelezen. Uit de interviews bleek dat informatie op deze manier goed overkwam en alles duidelijk was. Indien ik een e-mail stuurde met uitleg merkte ik dat deze grondig werd gelezen door de ouder, die het doorgaf aan het kind. Soms werd de e-mail afgeprint of meegenomen tijdens het bezoek. In de e-mail schreef ik enkele vragen die zouden kunnen helpen bij het documenteren zoals bijvoorbeeld *“Wat in de route vindt uw dochter leuk of minder leuk?”*, *“Waar passeert uw dochter en wat valt op?”*, *“Wat gebruikt uw dochter in haar route?”* enzoverder. Bij de observatie van Joke zag ik dat ze die vragen digitaal op haar gsm meenam en deze overliep bij het invullen van het notitieboekje. Ze gebruikte het als een houvast voor het documenteren.

## 4.3 Discussie

### 4.3.1 Toegepaste methodes

#### 4.3.1.1 Participatieve methodes

##### *Tekeningen*

Hoewel tekenen een methode is die in belevingsonderzoek met kinderen frequent wordt toegepast (Bryan et al., 2019; Darbyshire et al., 2005; Lambert et al., 2014; Pelander et al., 2007; Punch, 2002), had deze techniek in dit onderzoek weinig succes. Uit de resultaten blijkt dat participanten niet kozen voor tekenen omdat dit hen niet interesseert of omdat ze niet weten wat ze kunnen tekenen. Interesse is afhankelijk van het karakter van het kind, dit is dus iets wat buiten het bereik van de onderzoeker ligt. Wanneer de participanten zeggen dat ze niet weten wat ze kunnen tekenen, kan er wel interesse zijn. Misschien maakt dan de manier waarop de opdracht overgebracht wordt het moeilijk om de opdracht uit te voeren. Ik gaf als onderzoeker bewust niet veel richting over het tekenonderwerp. Ik wilde op deze manier het tekenen spontaan en vrij laten gebeuren. In tegenstelling tot dit onderzoek, ging men in andere studies wel concreter en meer sturend te werk. Daarin werd er een kader gegeven aan de participanten van wat zij moesten tekenen. De studie van Lambert et al. bijvoorbeeld vraagt om een (ideale) ziekenhuiskamer te tekenen. Hierbij vertellen de onderzoekers dat het ontwerp alles moet bevatten om het zo comfortabel mogelijk te maken (Lambert et al., 2014). Een ander voorbeeld is de

studie van Pelander et al. Zij vragen aan de kinderen om een ideale ziekenhuisomgeving te tekenen. Hierbij moeten de kinderen ook denken wie of wat er aanwezig moet zijn (Pelander et al., 2007). Zo'n kader kan kinderen helpen in onderzoek naar de beleving van ruimte. Wat ik hieruit kan besluiten is dat ik als onderzoeker op voorhand meer richting kon geven voor het tekenen. Ik kon bijvoorbeeld algemene thema's voor tekeningen aanreiken zoals bijvoorbeeld mensen, gevoelens, de omgeving en zo verder. Zo heeft de participant niet veel richting, maar toch al een idee waarover dit kan gaan en hierdoor een kader.

Een ander punt bij studies die de tekentechniek gebruiken, is dat de onderzoeker vaak aanwezig is op het moment van het tekenen zelf. Zo kan hij meteen inspelen op wat het kind tekent of bevestiging en antwoord geven als het kind vragen heeft. Bij mijn veldwerk was dit niet altijd het geval. Dikwijls was ik niet bij het documenteren aanwezig. Indien ik er wel bij was, was dit tijdens het volgen van de route die de participant aflegde. Ik observeerde dan tegelijk. Mijn aandacht ging op dat moment niet enkel naar de participant. Dit kon het voor de participant bemoeilijken om vragen te stellen.

Uit de resultaten blijkt ook dat het niet weten wat te tekenen, bij Fenne misschien ook meegespeeld kan hebben. In dit geval, kon het ook zijn dat er gewoon geen tijd genoeg was om te tekenen omdat het interview met Fenne rechtstreeks na het tandartsbezoek plaatsvond. Ik kan me voorstellen dat tekenen tijdens het tandartsbezoek praktisch moeilijk kan zijn: de participant is onderweg in zijn route en moet zich vaak verplaatsen, het is niet praktisch om zich telkens te installeren of er is soms geen vaste ondergrond ter beschikking (bijvoorbeeld in de auto). Dan zou het kunnen dat de participanten kiezen om het tekenen uit te stellen tot thuis waarbij zij alles op dat moment afwerken. Thuis kan je namelijk wel de tijd en plaats nemen als je een mooie tekening wil maken. De tekeningen mochten voor dit onderzoek schetsmatig blijven, maar misschien zijn sommige kinderen toch geneigd om een mooie tekening te maken. Een laatste oorzaak waar ik aan denk in het geval van Fenne is dat zijn mama het notitieboekje benoemde als een dagboek. Het kan zijn dat Fenne het woord "dagboek" eerder linkt met schrijven omdat er geen nadruk is op het woord "tekenen". De zin "denk je eraan je dagboek in te vullen" kan ervoor zorgen dat Fenne vergeet te tekenen. Als onderzoeker gebruikte ik niet de benaming "dagboek", het is de interpretatie van de mama.

Tot slot kan het zijn dat de leeftijd een rol speelt in de interesse voor tekenen. Tekenen blijkt in dit onderzoek niet populair te zijn bij de leeftijd van elf tot vijftien jaar. Ook in de literatuur bleek dat oudere kinderen meer gêne hebben om te tekenen omdat ze hun tekenvaardigheid laag inschatten (Carter & Ford, 2013). Het kan eveneens zijn dat jongere kinderen meer in staat zijn zich creatief uit te drukken omdat ze nog een groot verbeeldingsvermogen hebben. Dit vermogen zwakt af naarmate kinderen ouder worden en zou kunnen resulteren in inspiratieloosheid.

### **Photovoice**

Het blijkt dat niet enkel de participanten foto's nemen in hun tandartsbezoek. Sommige foto's werden door de ouder genomen. Omdat de ouders in die gevallen actief meewerken aan het verzamelen van data, hebben zij invloed op de materie die gebruikt wordt om de beleving van hun kinderen in kaart te brengen. Deze bedenking had ik ook voor de start van het onderzoek. Ik besepte namelijk dat ouders invloed zouden kunnen hebben op het onderzoek omdat het praktisch niet haalbaar zou zijn voor de participant om zelf alle foto's te nemen. Om deze reden is de bespreking van de foto's in het interview van belang. Het is dan aan de participanten om hun interpretatie van de foto's te geven. Op die manier worden hun visies immers geëxpliciteerd.

Daarnaast kon het zijn dat de participant pas in het bezit was van het notitieboekje vanaf het ziekenhuis. Dit was zo bij Nona. Vanaf dan schakelt ze over naar het maken van notities in het notitieboekje. De focus op foto's verdween omdat het praktisch misschien moeilijk was beide technieken zelfstandig te combineren. De mama van Nona hielp immers niet bij het nemen van foto's. Het kan ook zijn dat haar interesse meer bij het notitieboekje lag.

Verder blijkt uit de resultaten dat de meest voorkomende reden om geen foto's te nemen was dat de participant het vergeten was. Het vergeten kan komen doordat de tijd tussen het inleidend gesprek en de consultatie iets te lang was. Of misschien werden de gegeven documenten (Informed Consent Formulieren) niet meer gelezen waardoor de participant deze mogelijkheid gewoon vergat. Hierin hebben ouders ook een belangrijke rol. Zij kunnen voor het vertrek naar de tandarts samen met het kind de opdracht van het onderzoek en wat er verwacht wordt nog eens overlopen en opfrissen. Ook kunnen zij hun zoon of dochter herinneren aan het nemen van foto's. Zoals in de resultaten vermeldde Fenne immers dat zijn mama hier niets meer over had gezegd.

Naast de ouder zou eveneens de onderzoeker de participant kunnen herinneren door zelf een fototoestel bij het inleidend gesprek af te geven (bijvoorbeeld een wegwerpfototoestel). Dit gebeurde in enkele andere studies (Darbyshire et al., 2005; Einarsdóttir, 2007; Punch, 2002). Deze studies zijn echter van enkele jaren geleden. Tegenwoordig is elke elf- tot vijftienjarige in het bezit van een smartphone die kwalitatieve foto's kan nemen. Het was om deze reden en omdat een fototoestel in mijn geval niet haalbaar was, dat ik het onderzoek op deze manier uitvoerde. Een nadeel van het gebruik van een eigen smartphone is dat de verantwoordelijkheid bij de participant ligt om een volle batterij te hebben bij het vertrek naar de tandarts. Dit volgt uit de observatie van Noek.

Een andere verklaring waarom participanten geen foto's nemen, was dat het ongemakkelijk was zoals dit naar boven kwam uit de verklaringen van Anaïs en Annabel. Dit komt overeen met wat Johan Meire hierover zegt. Het kan namelijk voor een kind niet evident zijn om foto's te nemen als daar andere mensen opstaan (Meire, persoonlijke communicatie, 2019). Dit bleek ook zo het geval te zijn in de wachtruimte van het ziekenhuis. De wachtruimte van het ziekenhuis is immers telkens drukbezet. Het is dan moeilijk om zomaar een foto in de wachtzaal te nemen omwille van privacy redenen, eveneens omdat dit de aandacht van andere wachtenden kan trekken.

Tot slot bleek dat het nemen van foto's niet veel verkozen werd als methode. Enkel Ninthe verkoos foto's. Het feit dat zij naar de tandartspraktijk gaat en er minder volk in de wachtzaal aanwezig is dan in het ziekenhuis, maakte het nemen van foto's misschien gemakkelijker dan in een druk bevolkte omgeving. In dit geval moet de participant enerzijds geen rekening houden met de privacy van andere aanwezigen. Anderzijds ondervindt de participant geen sociale drempel, er zijn namelijk geen mensen die hierop toekijken (datgene wat Anaïs juist aanhaalt als een drempel). Een ander aspect dat me hierbij opvalt, is dat Ninthe de jongste participant was. Misschien kan het zijn dat ze communicatief nog niet zo vaardig was als de oudere participanten. Dan is het nemen van foto's voor haar eenvoudiger. Op het moment van het onderzoek was ze elf jaar en is er niet veel verschil in leeftijd met de andere participanten. Op deze leeftijd is ze in principe wel in staat zich schriftelijk uit te drukken. Dan gaat het in dit geval gewoon om een keuze vanuit interesse.

### **Notities**

Uit de resultaten bleek dat het maken van notities het meest verkozen werd door de participanten. Julie vond deze methode het handigst. Het kan zijn dat ze de methode handig vond omdat deze techniek meer flexibel is in tijdsbesteding. Daar waar foto's direct op het moment genomen moeten worden, kan het maken van notities uitgesteld worden tot een later tijdstip. Daarnaast kan het voor haar handiger zijn om wat ze denkt, voelt en doet in de ruimte te beschrijven.

Het feit dat Ninthe het nemen van foto's verkiest boven het maken van notities in een notitieboekje kan ook beïnvloed zijn door het feit dat zij geen notitieboekje zoals de andere participanten ter beschikking had. Indien zij wel zo'n notitieboekje ter beschikking zou hebben gehad, zou het kunnen zijn dat ze er wel graag mee werkte omdat er stickers en dergelijke bijgevoegd waren. Het boekje voorzag ik zelf als onderzoeker. Omdat het boekje voor de participant beschikbaar was, lijkt het mij logisch dat de participanten het dan ook benutten. Het kan zijn dat ze zich een beetje verplicht voelden om het dan te gebruiken. Eveneens is het een "vreemd" object dat de participant bewust moest meenemen in het



bezoek (in tegenstelling tot een eigen gsm bij photovoice). De participant zal het daarom minder snel vergeten. Ondanks deze bedenkingen werd het notitieboekje gewaardeerd door de participanten.

### **Stickers**

Een voordeel van het gebruik van stickers voor de onderzoeker is dat je zonder de tekst te lezen, op een eerste zicht al een beeld kan hebben van welke emoties de participant ondervond. Daarnaast kan je zien welke emoji's terugkeren en zo zou je patronen in gevoelens kunnen opsporen. In dit onderzoek echter namen slechts negen participanten deel. Dit aantal blijkt te weinig te zijn om belangrijke patronen te bemerken.

Een andere bedenking waarom er nu zo weinig getekend is (zie 4.2.1.1 *Participatieve methodes*), zou te maken kunnen hebben met de bijgevoegde stickers. Deze stickers van emoji's maakten dat de participanten hun gevoelens niet meer handmatig moesten uitdrukken. Ze konden hun gevoel opzoeken tussen de stickers en deze sticker plakken. Het onderzoek gaat namelijk over de beleving en een groot deel hiervan behandelt ook hoe kinderen zich voelen. Natuurlijk zullen de emoji's niet alle gevoelens omvatten, maar zij geven wel standaard emoties weer. Indien het gevoel niet tussen de stickers te vinden was, had de participant nog altijd de mogelijkheid om zelf een gevoel te tekenen zoals dit ook door enkele participanten gebeurde.

Een laatste bedenking bij het gebruik van stickers is dat de kans bestaat dat de participanten vertrekken vanuit de sticker. Dit wil zeggen dat ze eerst een sticker uitkiezen en dan bedenken welk element in hun beleving ze aan de sticker kunnen koppelen. Dit kan op die manier verlopen omdat de participanten aangaven dat ze het gebruik van stickers zo tof vonden. Toch moeten de stickers inhoudelijk relevant blijven.

### **Balpenen**

Uit de resultaten bleek dat sommige participanten de verschillende gekleurde balpenen appreciëren. Dit kan te maken hebben met het geslacht van de participanten. Acht van de negen participanten waren meisjes. Evenzeer kan het zijn dat ook jongens dit appreciëren.

### **Tijdstip**

De data kan afhankelijk zijn van het moment waarop gedocumenteerd wordt. Zoals bleek uit de resultaten was Fenne genoodzaakt om dit op de terugweg naar huis te doen. Omdat hij misselijk werd in de auto en besloot te stoppen, beïnvloedde dit de hoeveelheid data. Ook Anaïs wilde nog stickers plakken tijdens het interview omdat dit rechtstreeks plaatsvond na het tandartsbezoek. Eigenlijk had ik in die gevallen eerst tijd moeten laten om de documentatie af te werken. De participanten die ik nadien volgde, heb ik wel telkens wat tijd gegeven na hun tandartsbezoek. Zo konden zij de documentatie afwerken alvorens te beginnen met het interview.

Verder bleek dat Noek werkte aan de hand van staakwoorden die ze vóór haar tandartsbezoek opschreef. Noek gaat immers op regelmatige basis naar de orthodontist. Zij is reeds vertrouwd met de omgeving en de tandheelkundige handelingen. Dit kan het gebruik van staakwoorden vergemakkelijken.

Een laatste aandachtspunt met betrekking tot het tijdstip van documenteren is dat het idealer is als het interview niet direct na het bezoek zou plaatsvinden. Zo kunnen de participanten hun bezoek thuis uitschrijven, hebben zij de tijd om alles op een rijtje te zetten en wordt hun beleving bij de tandarts in beperkte mate beïnvloed. Een nadeel hiervan is wel dat als de participanten niets noteren of documenteren tijdens het bezoek, er een kans is dat zij aspecten van de beleving vergeten. Natuurlijk moet het voor de participant en ouders dan ook mogelijk zijn om op een andere dag nog af te spreken voor een interview. Ik merkte bij enkele participanten dat hun ouders het onderzoek liever in één keer afhandelden en dan ook verkozen om het interview rechtstreeks na het tandartsbezoek te doen.

### ***Moeilijkheden***

Voor het documenteren van de beleving van ruimte, blijken er moeilijkheden te ontstaan. Die moeilijkheden kwamen zowel terug bij de kinderen als hun ouders, aangezien ouders ook aangaven dat het hen een moeilijke opdracht leek. Het uitdrukken van de beleving lijkt niet evident. Dit was ook zo bij Julie die wel bepaalde ideeën had, maar haar mama nodig had om ze uit te kunnen drukken in het notitieboekje.

Ouders kunnen kinderen in deze context helpen door bevestiging te geven dat ze het goed doen, extra vragen te stellen en bij het helpen van het verwoorden van ideeën. Om deze redenen is het toch belangrijk dat de ouder mee betrokken wordt in het onderzoek en dat de informatie over het opzet en de verwachtingen ook de ouder bereikt. Zo kunnen de kinderen makkelijk terugkoppelen naar hun ouder. Voor het kind is de drempel lager om verduidelijking aan de ouder te vragen dan aan mij als onderzoeker. Dit merkte ik op tijdens de observaties. Daarnaast kan de ouder het kind ook stimuleren in de medewerking aan het onderzoek door zelf soms enkele vragen te stellen. Dit kan leiden tot meer data en verdieping van de inzichten.

#### **4.3.1.2 Observatie**

Observatie kan ervoor zorgen dat participanten minder op hun gemak zijn. Als de participant het gevoel heeft geïsoleerd te worden, kan dat uiteindelijk ook effect hebben op de manier van gedragen, de beleving en de data die verkregen wordt. Dit idee wordt bevestigd in de literatuur (Bryan et al., 2019). De studie van Bryan et al. haalde ook aan dat de aanwezigheid van een observator evenzeer effect kon hebben op het personeel (Bryan et al., 2019). Uit mijn observaties leek dit niet het geval. In het ziekenhuis is men gewoon dat er extra aanwezigen zijn die meekijken tijdens de behandeling. Het betreft een universitair ziekenhuis en assistenten moeten hun kennis doorgeven aan andere studenten. Kijkstages komen daar vaak voor. Maar ook in de tandartspraktijk leek mijn aanwezigheid niet van belang voor de tandartsen. Er heerste een heel ontspannen sfeer. De situatie kan voor de onderzoeker ongemakkelijk aanvoelen, maar dit wil niet zeggen dat dit andere mensen stoort.

De observatie vond ik een meerwaarde. Als onderzoeker krijg je een beter beeld over de route die de participant aflegde, wat die allemaal deed, hoe de omgeving was, welke geuren je rook of geluiden er waren, wie er aanwezig was en hoe de sfeer was. Dit zorgt ervoor dat de onderzoeker meer vat heeft op het tandartsbezoek en maakt dat het interview met de participant voor de onderzoeker ook makkelijker te volgen is. Zeker in onderzoek waarin de ruimte een belangrijke rol speelt, is het goed de omgeving zelf eens te ervaren. Daarnaast kunnen er tijdens het interview gerichte vragen gesteld worden over bepaalde activiteiten of plaatsen waarvan de participant uit zichzelf niets vertelt. Evenzeer kan de onderzoeker zelf indrukken krijgen van hoe de participant zich in bepaalde situaties gedraagt en of wat hij vertelt overeenkomt met wat de onderzoeker heeft gezien. Dit is ook wat Punch aanhaalt als een voordeel in een onderzoek naar een gepaste methode voor kinderen (Punch, 2002). Indien dit niet overeenkomt kan er verduidelijking gevraagd worden. De verkregen data zullen dan betrouwbaarder zijn. Ik ondervond dat hoe meer je als onderzoeker kan observeren, hoe meer informatie je krijgt en hoe duidelijker het beeld is dat je je vormt.

#### **4.3.1.3 Interview**

Uit de resultaten blijkt dat er enkele moeilijkheden zijn bij het uitvoeren van het interview. Hoewel je als onderzoeker de participanten wil laten uitspreken en hen de controle en leiding wil geven in het gesprek, is dit toch niet zo gemakkelijk. Het doel van het interview is namelijk om nuttige data te verzamelen en je bent als onderzoeker verantwoordelijk om dit doel te bereiken. Indien de participant weinig had gedocumenteerd, deed ik dan ook meer beroep op de interviewgide waardoor ik bij momenten meer de leiding nam in het interview. Bij participanten die meer hadden gedocumenteerd

liep het interview vaak vlotter en moest ik niet altijd bijkomende vragen stellen omdat de participanten hun beleving goed uitlegden. Hoe het interview ging, was aan de ene kant afhankelijk van de participant. Sommige participanten zijn heel mondig en zeggen gewoon wat ze denken. Andere participanten zijn meer verlegen en introvert. Aan de ander kant had hun volgorde in het onderzoek ook effect op het interview. Naarmate ik meer interviews deed, wist ik namelijk beter welke vragen ik wilde stellen.

Wat ik hieruit kan besluiten, is dat een goede interviewgide zeker nodig is. Ook al wil je als onderzoeker een open gesprek, toch is het goed om extra vragen als back-up te hebben. Indien het interview minder vlot gaat, kan de onderzoeker de participant een aanzet geven en terugvallen op de interviewgide. De moeilijkheid voor de onderzoeker is om vragen op een open manier te stellen zodat de participant meer geneigd is te vertellen en gestimuleerd wordt om antwoorden te geven.

Tijdens sommige consultaties moest er ook vaak gewacht worden. Daarom zou het kunnen dat het tandartsbezoek als zijn geheel als langdradig aanvoelde voor enkele participanten en hun ouder indien het interview plaatsvond in het ziekenhuis of tandartspraktijk na het tandartsbezoek. Zeker indien daar nog een interview aan gekoppeld werd. Ik leek ook een verschil te merken wanneer het interview plaatsvond in het ziekenhuis of de tandartspraktijk zelf en thuis bij de participant. Bij Fenne bijvoorbeeld vond het interview thuis plaats. In het begin van het interview leek hij wat verward. Dit kan komen door vermoeidheid van het tandartsbezoek. Indien het interview plaatsvond in het ziekenhuis of de tandartspraktijk viel me de vermoeidheid niet zozeer op. Misschien beschouwt de participant in dit geval het onderzoek als deel van het tandartsbezoek. In het geval van Fenne zou het kunnen dat het tandartsbezoek voor hem mentaal al afgerond is als hij terug thuis is. Toch waren deze participanten wel in staat goed mee te werken tijdens het interview.

### 4.3.2 Combinatie methodes

De participanten komen uit de leeftijdsrange van 11 tot en met 15 jaar, in een scharniermoment tussen kind en volwassenheid. Daarom kan het werken met een toolbox interessant. Zoals ook uit de literatuur blijkt, is het goed rekening te houden met de verschillen tussen kinderen (Coad & Coad, 2008; Einarsdóttir, 2007; Lambert et al., 2014; Punch, 2002). De participant kan een methode kiezen die het best aansluit bij zijn vaardigheden en interesses. Indien de methode meer aansluit bij de interesses van de participant, zal die meer gemotiveerd zijn om data te verzamelen. Diepere inzichten kunnen het gevolg zijn. Dit bleek zo ook uit de resultaten. Ninthe bijvoorbeeld koos voor het nemen van foto's omdat ze dit de gemakkelijkste methode vond voor dit soort onderzoek.

Uit de resultaten bleek ook dat het totaalconcept van het notitieboekje het interessant maakte voor participanten om het te gebruiken. Participanten kunnen hun notitieboekje zien als een middel om hun persoonlijke beleving uit te drukken. Zij kunnen het echt individualiseren. Natuurlijk zijn de meesten onder de participanten meisjes wat kan meespelen in de gekozen methodieken.

Naast de participatieve methodes waren ook de traditionele methodes (observatie en interview) een goede bron van informatie. Het interview mocht zeker niet ontbreken om de interpretatie van de participanten mee te krijgen en gerichter hun beleving te kunnen bespreken. Enkele participanten vonden het namelijk moeilijk te weten wat ze schreven. Zo kon je als onderzoeker specifieke vragen stellen die misschien niet gedocumenteerd waren, maar waar de kinderen wel onbewust een mening over hadden. Ook literatuur bevestigt het belang van het interview voor het vermijden van fouten en om zicht te krijgen op de wereld van het kind (Carter & Ford, 2013).

### 4.3.3 Informatie vooraf

Uit de resultaten blijkt dat de informatie die vooraf gegeven werd ook benut werd. Participanten konden, indien ze in het bezit waren van een mail, deze meenemen tijdens het tandartsbezoek. Het feit

dat Joke enkele richtinggevende vragen bij haar had tijdens het bezoek was eigenlijk een goede manier om te kunnen reflecteren over de omgeving. Sommige participanten gaven namelijk aan dat ze soms moeite hadden om te weten wat ze zouden documenteren (zie 4.2.1.1 *Participatieve methodes*). Hoewel ik dit toelichtte in een inleidend gesprek, zou een toegevoegde vragenlijst in het notitieboekje wel kunnen helpen bij het bewust nadenken over de alledaagse omgeving en bij het op weg zetten van het documenteren.

Een ander voordeel van de informatie die ik vooraf gaf in een inleidend gesprek was dat de participant op een informele wijze kennis kon maken met mij (zie 3.3.4.4 *Inleidend gesprek*). Nadat ze mij hadden gezien, zelf van mij hoorden wat er verwacht werd en de mogelijkheid hadden tot het stellen van vragen, stelde dit hen gerust. Zo zag ik Ninthe pas bij het interview. Bij aanvang zei haar mama dat Ninthe een beetje zenuwachtig was. Bij andere participanten werd dit nooit vermeld. Het kan dus zijn dat zo'n eerste ontmoeting stressverminderend werkt voor het kind. Het kan ook zijn dat Ninthe van nature een beetje zenuwachtiger was.

## 4.4 Conclusie

De methode die het meest verkozen werd door participanten tussen 10 en 16 jaar in dit belevingsonderzoek naar de tandheelkundige omgeving, is het notitieboekje met bijgevoegde stickers. Participanten vonden dit leuk om te doen, ook tijdens het wachten in hun route doorheen het ziekenhuis of de tandartspraktijk. Via stickers met emoji's konden ze beter gevoelens uitdrukken en die aanvullen met tekst. Enkele participanten vonden het handig om activiteiten en gedachten via tekst te beschrijven. Hoewel ik in eerste instantie dacht dat visuele methodes meer mogelijkheden boden tot het uitdrukken van de beleving van ruimte, blijkt dit dus niet het geval. Er werden wel foto's genomen, maar omdat participanten de mogelijkheid tot het nemen van foto's vergaten of het ongemakkelijk vonden om in een publieke context foto's te nemen, was dit aantal beperkter. Toch ervoeren enkele participanten ook moeilijkheden om zich via woorden uit te drukken. Ze hadden wel bepaalde ideeën, maar vroegen hun ouder om hulp om deze uit te drukken. Daarnaast bleek dat participanten niet altijd over alles een mening hadden. Dit heeft te maken met het aanvoelen van de tandheelkundige omgeving als alledaags en vertrouwd. Daarbij gaven de meeste participanten ook aan dat zij geen angst ondervinden tijdens hun tandartsbezoek.

Tekeningen werden er niet veel gemaakt. Dit kan te maken hebben met de leeftijd of praktische moeilijkheden om te tekenen tijdens het onderweg zijn. Het kan ook zijn dat de focus ruimte dit bemoeilijkt. Participanten wisten soms niet wat ze zouden kunnen tekenen. In dat geval zou het geven van een kader de participant kunnen helpen. Ik kon bijvoorbeeld algemene thema's voor tekeningen aanreiken zoals bijvoorbeeld mensen, gevoelens, de omgeving. Zo heeft de participant geen gedetailleerde richting, maar toch al een idee waarover een tekening kan gemaakt worden.

In enkele gevallen werden participatieve methodes gecombineerd waardoor er meer gedetailleerde data bekomen werd.

Daarnaast was de observatie een meerwaarde voor de verzameling van data. Patiënten vonden de aanwezigheid van een observator vaak niet erg, mogelijks omdat zij niet veel stress ervaren in de tandheelkundige omgeving. Interviews waren absoluut noodzakelijk om de documenten te interpreteren en foutieve interpretaties door de onderzoeker te vermijden. Het gaf het kind de gelegenheid om zijn visie extra te expliciteren.

Een interviewgide is hierbij zeker nodig. De focus in dit onderzoek ligt op de tandheelkundige omgeving. Kinderen halen in een open gesprek ook andere aspecten aan zoals de houding van de tandarts. De interviewgide helpt om de gewenste data relevant voor de tandheelkundige omgeving te bevragen.

Tot slot speelden de ouders ook een rol in het onderzoek. Zo konden ouders het opzet van het onderzoek verduidelijken indien de participant toch nog vragen had en ik er niet was. Ook vroegen de participanten bevestiging aan hun ouder over de documentatie die ze maakten. Daarnaast konden ouders de participant stimuleren om na te denken over hun beleving en bij het documenteren. Daarom is het belangrijk dat de ouder ook voldoende ingelicht wordt over het onderzoek. De hulp van een ouder kon zeker gunstig zijn bij een participant die niet altijd het initiatief nam om de opdracht zelfstandig uit te voeren. Indien het kind zelfstandig genoeg was, was de hulp van de ouder overbodig.



## DEEL 3: ANALYSE CASESTUDIES



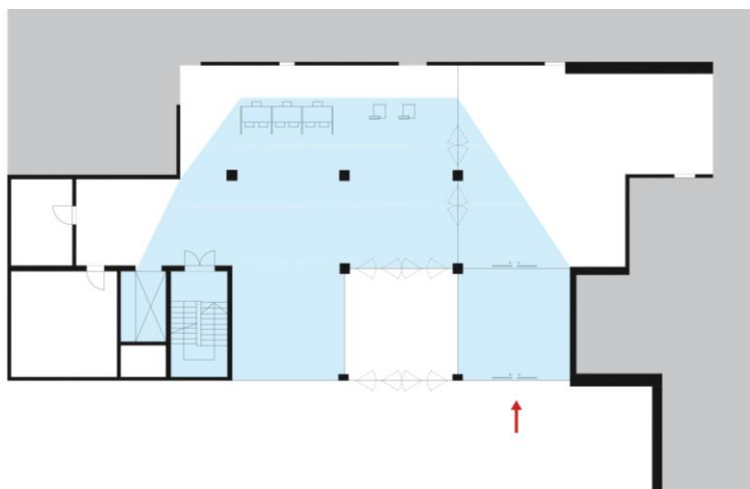


## HOOFDSTUK 5: CASESTUDIE ZIEKENHUIS

### 5.1 Context

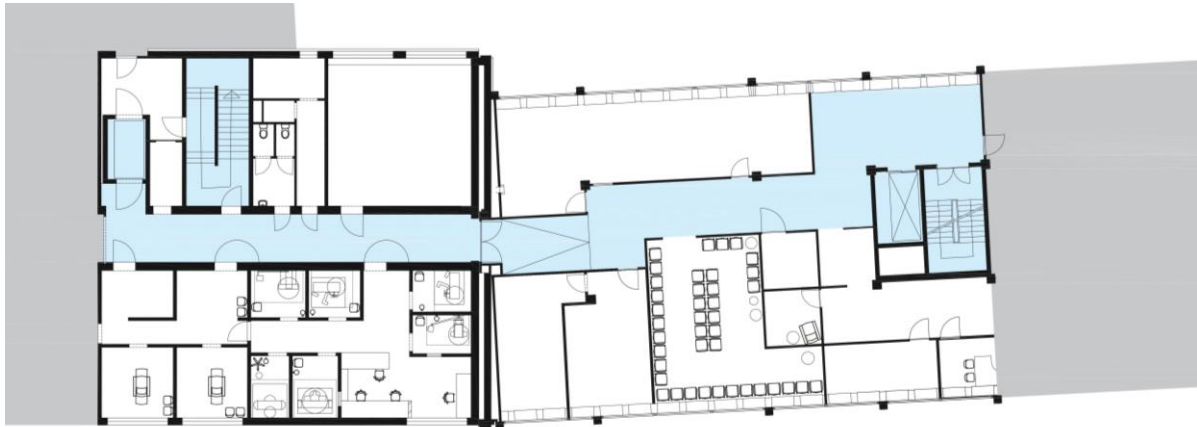
Het ziekenhuis is een universitair ziekenhuis. Op de website wordt vermeld dat ze, samen met de universiteit van de stad, werkt aan een campus die onderwijs, onderzoek en zorg samen integreert. Momenteel zijn de diensten van het universitair ziekenhuis verspreid over drie campussen. In 2002 werd er een masterplan opgesteld om slechts twee campussen in gebruik te houden. Eén campus, de stadscampus, zal dus op lange termijn verdwijnen. Dit is de campus waarin de dienst tandheelkunde momenteel gevestigd is. Enkele andere diensten op de stadscampus werden al overgebracht. De hoofdcampus zal zo het centrum worden voor alle acute zorgen. Volgens een medewerkster van de dienst ruimtelijke planning van het ziekenhuis, is de doelstelling op korte termijn om de afdelingen in de stadscampus te centraliseren in enkele blokken van de campus. Het ander deel van de campus zal afgebroken worden en verbouwd worden tot woningen en tot een woon-zorgzone met en gebouw voor transmurale zorg. Deze campus is dus al een oudere campus die reeds verschillende verbouwingen en veranderingen onderging.

Omdat de route tot de wachtruimte voor orthodontie en tandheelkunde door verschillende blokken op de campus loopt, wordt hier even dieper op ingegaan. Patiënten komen binnen langs het onthaal (zie *Figuur 5.1*). Via het onthaal nemen ze de trap of lift naar verdieping 2 (zie *Figuur 5.2*). Op verdieping 2 lopen de patiënten de gang door om een andere trap of lift te nemen tot verdieping 3 (zie *Figuur 5.3*), waar de afdeling orthodontie is, of tot verdieping 4. Vanaf verdieping 4 kan het vernieuwde deel voor tandheelkunde bereikt worden via een laatste trap of lift (zie *Figuur 5.4*).



**Figuur 5.1** Plan onthaal – ziekenhuis

De rode pijl geeft de inkom aan, de blauwe oppervlakken zijn de plaatsen waar patiënten komen vooraleer ze de trap of lift nemen naar verdieping 2.



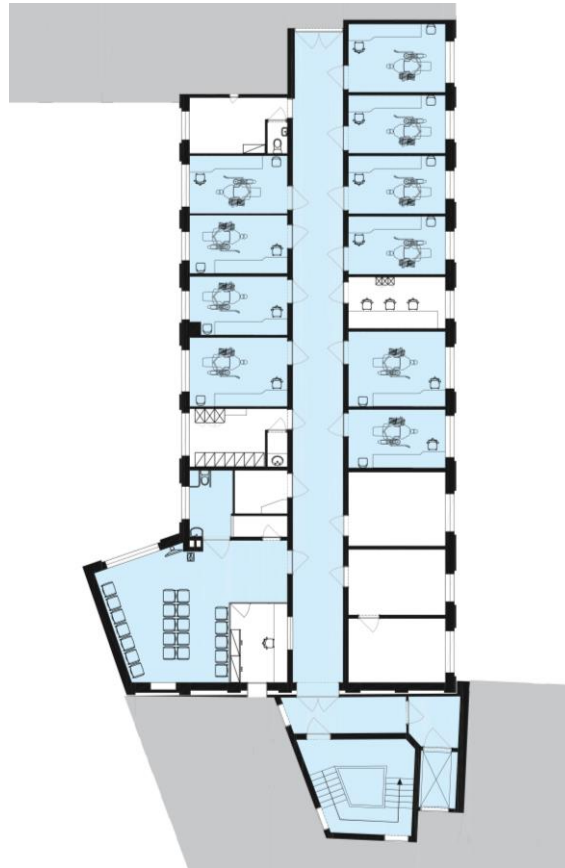
**Figuur 5.2** Plan verdieping 2 – ziekenhuis

Toekomen op deze verdieping gebeurt via de rechterkant en via de linkerkant kan de trap of lift naar verdieping 3 of 4 genomen worden.



**Figuur 5.3** Plan verdieping 3 – ziekenhuis

Hier bevindt zich de behandelruimte voor orthodontie. Verdieping 3 en 4 liggen boven elkaar en hebben een gelijkaardige planopbouw. Via verdieping 4 wordt verder de trap of lift aansluitend aan de wachtruimte genomen om het vernieuwde deel te bereiken.



**Figuur 5.4** Plan verdieping 4 – ziekenhuis

Dit is het plan van het vernieuwde deel voor tandheelkunde. Toekomen gebeurt via de trap of lift aan de onderkant van het plan.

## 5.2 Gevolgde route

### 5.2.1 De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen

De meeste participanten geven aan dat ze geen angst hebben voor een tandartsbezoek. Hierdoor ervaren ze vaak ook geen stress tijdens de voorbereiding, het vertrek en het onderweg zijn naar het ziekenhuis. Joke bijvoorbeeld zegt in het interview dat ze niet bang is voor de tandarts, ze vindt het juist leuk om niet naar school te moeten gaan. Ontbijten doet ze rustig en ze maakt zich op haar gemak klaar om te vertrekken. Enkel het vroege opstaan vindt ze minder tof. Daarnaast vertelt ook Marie dat ze geen stress heeft. Zij gaat al van heel jonge leeftijd regelmatig naar de tandarts omwille van medische redenen. Voor haar is een tandartsbezoek routine en vindt ze het zelfs leuk. Toch gaf Marie aan dat ze, toen ze jonger was, meer angst had. Tandheekkundige handelingen waren toen nieuw voor haar. Marie wijst er ook op dat ze toen graag haar hond bij haar zou gehad hebben tijdens het tandartsbezoek. Dan zou ze hem kunnen aaien bij stressvolle momenten, maar dit was natuurlijk nooit mogelijk. Nu weet Marie veel beter wat haar te wachten staat. Bijkomend ging Marie vóór haar consultatie bij de tandarts, eerst winkelen in de stad. Ze zegt zelf dat dit voor haar een “*extraatje*” is bij het tandartsbezoek wat ze leuk vindt.

Verder wees de pilootstudie met Fenne uit dat hij zin had om naar de tandarts te gaan en ernaar uitkeek. Hij schreef namelijk de avond vóór het tandartsbezoek in het notitieboekje dat ik hem gaf het

volgende: *“Ik ben benieuwd wat de tandartsen gaan zeggen. Ik kijk er naar uit.”* Ook had de deelname aan dit onderzoek een invloed. Fenne vond het namelijk leuk dat hij mocht participeren. Los hiervan was hij ook benieuwd naar wat de tandartsen zouden zeggen, hij wilde weten hoe zijn tanden geëvolueerd waren. Toch vertelde Fenne dat hij niet altijd zin heeft in een tandartsbezoek en dat hij soms wel schrik heeft dat de tandarts hem pijn gaat doen. De mama van Fenne vertelde me dat hij een fietsongeval heeft gehad waardoor hij voor extra verzorging van zijn tanden naar het ziekenhuis moest. In de periode na het fietsongeval relateerde hij dan ook een tandartsbezoek met dit ongeluk. Dit maakte dat Fenne meer stress ervaarde voor een tandartsbezoek. Voor dit onderzoek ging Fenne op consultatie orthodontie. Fenne legt voor deze afdeling minder de link met het ongeval omdat zijn leeftijdsgenoten ook naar de orthodontist gaan. Volgens zijn mama voelt een consultatie op de afdeling orthodontie voor Fenne als een alledaagse activiteit voor jongeren aan. Ook heeft Fennes mama voor het bezoek uitgelegd wat de orthodontisten zouden doen. Dit stelde Fenne op zijn gemak. Door het feit dat Fenne weet wat er zal gebeuren, ervaart hij minder stress. Dit is iets wat ik ook merk bij andere participanten. Indien de participanten niet wisten wat hen te wachten stond, zorgt dit voor spanning. Hierboven werd al het voorbeeld van Marie gegeven. Toen ze jonger was, had ze meer stress. Maar ook Nona lijkt het bezoek spannend te vinden omdat ze niet goed weet wat er gaat gebeuren, hoewel ze vertelt dat ze niet zenuwachtig was of schrik had in haar route naar de tandarts. Voor Nona was het ook één van de eerste keren dat ze naar de afdeling orthodontie in het ziekenhuis kwam.

Indien de participanten van thuis vertrekken, start hun route naar de tandarts altijd met het poetsen van hun tanden. Als de participanten van de school of elders komen, dan poetsen ze hun tanden in het ziekenhuis zelf. Enkel in de pilootstudie met Noek werden de tanden niet gepoetst. De meeste participanten vinden het belangrijk dat ze een proper gebit hebben wanneer ze op tandartsbezoek gaan. Joke bijvoorbeeld zegt dat ze haar tanden poetst zodat ze zeker weet dat ze geen *“gele tanden”* heeft. Ook Annabel zegt: *“voor dat ik naar de tandarts [...] ga, poets ik altijd mijn tanden omdat ik dat proper vind.”* Tot slot vertelt Marie dat ze liever van thuis vertrekt omdat ze dan de tijd heeft om haar tanden deftig te reinigen. Dit is minder het geval als ze van ergens anders komt.

Nadien vertrekken de participanten van thuis of van de school naar het ziekenhuis. Bij het vertrek worden soms nog snel spullen gezocht die de participant mee moet nemen naar de tandarts of orthodontist. Dit bleek zo uit de observatie van de pilootstudie met Fenne. Zijn mama zocht voor het vertrek nog snel zijn beugel omdat deze mee moest voor de consultatie orthodontie. De meeste participanten vertrekken vervolgens met de auto naar het ziekenhuis, vergezeld door hun moeder. Indien ze alleen gaan, is dit met de bus of fiets. Toch verkiezen de meeste participanten de auto. Volgens hen gaat dit sneller en gemakkelijker. Het valt me op dat ook Annabel dit vindt. Haar autorit naar het ziekenhuis duurt zeven minuutjes. Een fietsrit duurt 10 minuutjes. Toch vindt ze de auto sneller en gemakkelijker, hoewel je met de fiets tot bijna voor de deur van het ziekenhuis kan gaan. Deze fietsenstalling stond op de dag van de consultatie wel redelijk vol, dus in dat geval zou er misschien een andere plaats voor de fiets gezocht moeten worden. Wanneer de rit met de auto gedaan wordt, moet deze eerst nog geparkeerd worden om dan een kleine afstand te voet te gaan. Uit de pilootstudie met Noek bleek dat ook Noek liever met de auto ging. Zij vertrok voor dit onderzoek van de school met de bus. Ze rekende eerst zo’n 24 minuten om van de school naar de bushalte te stappen. Daarna was ze nog eens 45 minuten onderweg met de bus. Dit vond ze helemaal niet leuk. Het onderweg zijn duurt namelijk langer dan de consultatie zelf. In dit geval is er wel duidelijk een tijdsverschil tussen de twee vervoersmiddelen, in tegenstelling tot bij Annabel. Bij het nemen van de bus heeft Noek vooral het gevoel dat ze moet doordoen. Ze mag de bus niet missen, want dan is ze te laat. Ik kan me voorstellen dat een autorit haar dan meer op haar gemak stelt omdat ze dan kan kiezen wanneer ze vertrekt en de consultatie niet mist. Noek is vijftien jaar en is de oudste participant. Om deze reden en omdat ze heel regelmatig naar de orthodontist gaat, is het niet vreemd dat zij als enige de bus neemt. Andere

participanten zijn jonger en komen niet allemaal regelmatig naar het ziekenhuis. Zij worden vergezeld door hun moeder. Toch wordt in één geval het nemen van de bus verkozen boven de auto. Dit was zo in de pilootstudie met Fenne. Hij vindt het leuk dat de bus snel gaat en “wiebelt”. De autorit lijkt voor hem trager te gaan. Toch maakt hij de autorit aangenamer door naar eigen muziek via oortjes te luisteren, naar buiten te kijken en soms te praten met zijn mama. Op het einde van het interview vermeldde Fenne zelfs dat hij de autorit leuk vindt omdat hij dan kan babbelen met zijn mama. Ook vertelt Fenne dat hij zich heel ontspannen voelt tijdens het onderweg zijn. Het met de auto gaan kan ook nadelen hebben. Joke bijvoorbeeld stond in de file (zie *Figuur 5.5*) en ze benoemde dit als “saa”. Ze werd er ook wat van geïrriteerd. Op zo’n momenten wil ze dan graag weten wat er gebeurd is en/of waarom ze stilstaat.



**Figuur 5.5** File – ziekenhuis (foto genomen door Joke)



**Figuur 5.6** Toekomen op de parking – ziekenhuis (foto genomen door Nona)

Indien de participant met de auto is, komt die toe op de parking (zie *Figuur 5.6*). Joke vindt het aankomen op de parking aangenaam omdat ze weet dat ze er dan bijna is. Tijdens het stappen naar het ziekenhuis praat ze dan met haar mama over wat ze denkt dat er zal gebeuren. Ook Nona lijkt het aankomen op de parking aangenaam te vinden, maar omwille van een andere reden dan Joke. Nona vindt het namelijk leuk dat er op de parking bomen zijn (zie *Figuur 5.6*). Hier zegt ze het volgende over: “Ja dat vond ik wel leuk zo al die groene bomen, dat gaf me wel een blij gevoel”. Nona lijkt tijdens haar hele route de aanwezigheid van planten te waarderen omdat dat leven brengt. Het toekomen aan het ziekenhuis daarentegen gaf Nona een “gevangenisachtig gevoel” omwille van de kapotte ramen en oud hout dat ze zag (zie *Figuur 5.7*).

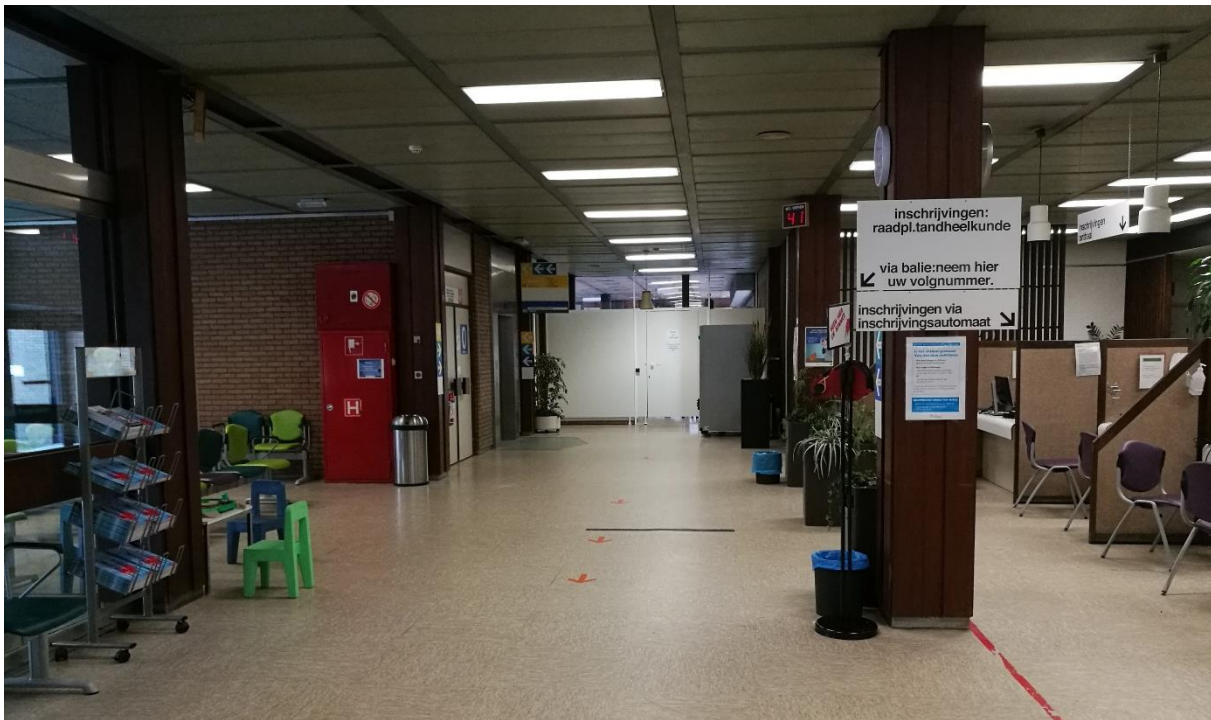


**Figuur 5.7** Toekomen aan het ziekenhuis – ziekenhuis (foto genomen door Nona)

Ook de toegang tot het ziekenhuis werd door verschillende participanten anders ervaren. Annabel zegt over het binnengaan van het gebouw het volgende: *“Als je zo binnenkomt in het gebouw, dan krijg je zo direct zo kei veel warme lucht op je af. Dat vind ik niet leuk. Nee dan ben je zo van buitenlucht en dan ineens krijg je zo kei veel warme stoom zeg maar, op je af. Dat vind ik niet leuk.”*. Het voelen van de warme lucht is voor Annabel even schrikken. Op het moment van de consultatie was het ook een warme dag, en Annabel krijgt dan liever geen warme lucht op zich. In eerste instantie lijkt het dus dat Annabel deze *“warme stoom”* als negatief ervaart. Toch geeft ze later in het interview aan dat ze hierover praat met haar mama. Het praten met haar mama vindt ze het leukste in haar tandartsbezoek. Annabel vindt dit leuk omdat zij en haar mama vaak dezelfde mening delen. Als Annabel iets zegt, dan bevestigt haar mama dit.

De toegang tot het ziekenhuis verloopt via deuren die automatisch opengaan. Ik merkte tijdens de observatie van de pilootstudie met Fenne dat hij naar de deuren sprong om ze te openen. Hij leek de deuren op een spelende manier te willen controleren. Dit was echter wel bij het buitengaan en niet bij het binnengaan. Dit voorbeeld suggereert dat Fenne de toegang op een andere manier beleeft dan Annabel.

## 5.2.2 Het onthaal



**Figuur 5.8** Onthaal – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)

Het onthaal (zie *Figuur 5.8*) is de plaats waar de patiënt zich moet inschrijven. Dit kan aan een balie na het nemen van een volgnummer of elektronisch via een automaat. In de meeste gevallen gebruikten de participanten de automaat. De participanten schreven zichzelf in, maar met hun moeder naast zich. Zij gaf dan instructies wanneer dit nodig was. Tijdens de observatie van de pilootstudie met Noek, merkte ik dat ze zichzelf inschreef zonder hulp van haar moeder. Noek kent de werking van het ziekenhuis ondertussen al goed, zij is ouder dan de andere participanten en zelfstandiger. Zij is de enige die soms al alleen naar de tandarts komt. Ook heb ik de indruk dat het inschrijven aan de balie vooral gebeurde bij participanten die nog niet vaak in het ziekenhuis waren geweest. Indien participanten zich aan de balie inschreven dan moesten ze eerst een nummertje trekken en wachten in een wachtzaaltje. Joke zei daarover het volgende: *“En dan moet je daar zo’n nummertje trekken en zo en dan, ja, dat doet ons mama meestal want ja, ik snap dat niet.”*. Dit citaat suggereert dat het voor sommige kinderen niet duidelijk is hoe ze zich moeten inschrijven. In dit geval heeft de mama een duidelijke taak.

Over de ruimte van het onthaal zelf worden weinig opmerkingen gegeven door de participanten. Nona was de enige die iets hierover documenteerde. Ze vond het onthaal nogal donker. Ze beschrijft dit als *“de donkere muren, de donkere kleuren, zo de terracottategels”*. Ook zegt ze dat ze het gevoel had alleen te zijn in de wachtzaal. Er was namelijk weinig volk, vertelt Nona. Het is de combinatie van die donkere kleuren en weinig volk dat haar een raar en eenzaam gevoel gaf. Dit maakt haar een beetje angstig. Ook de foto’s die ze nam, tonen de leegheid (zie *Figuur 5.9*). Het feit dat er weinig volk leek te zijn, kan wel verklaard worden. Vroeger was er namelijk meer volk in het ziekenhuis omdat er ook andere diensten gevestigd waren (zie *5.1 Context*). Omdat die diensten verhuisd werden, kan het inderdaad zijn dat het onthaal verlaten aanvoelt. De ruimte is proportioneel groter dan nodig voor het aantal mensen die er momenteel komen. Dit merk ik ook in de foto die Nona nam van de inschrijvingsbalies (zie *Figuur 5.9*). Niet aan alle balies zit een medewerker. Nona apprecieert wel de aanwezigheid van groene planten. Dat maakt de ruimte volgens haar levendiger.



**Figuur 5.9** Lege inschrijvingsbalies – ziekenhuis (foto genomen door Nona)

### 5.2.3 De circulatie tot de wachtruimte

Om naar de wachtzaal te gaan, nemen patiënten eerst vanaf het gelijkvloerse onthaal de trap of lift naar verdieping 2. Op verdieping 2 nemen ze vervolgens een andere trap of lift naar verdieping 3 voor orthodontie of naar verdieping 4 voor tandheelkunde. Het vinden van de weg verloopt niet altijd gemakkelijk. Annabel bijvoorbeeld zegt dat ze de weg via de trap niet kent en zij neemt de lift. Dit suggereert dat haar keuze voor de lift mee beïnvloed wordt door het feit dat ze de weg via de trap niet kent. Misschien is het voor Annabel gemakkelijker om gewoon het knopje van de gewenste verdieping in te drukken zodat ze zeker weet dat ze op de juiste verdieping terecht zal komen, hoewel ze dit zo niet ter sprake brengt in het interview. Toch geeft Annabel ook aan dat haar mama mee de gevolgde route beslist. Net zoals Annabel vermeldt ook Joke dat ze moeilijker haar weg vindt via de trap dan met de lift. Joke zegt hier namelijk het volgende over: *“Soms ga ik met de trap, maar ja, ik vind het daar echt groot en dan weet ik niet waar ik moet stoppen met de trap.”*. Bovendien lijkt de pilootstudie met Noek te bevestigen dat het via de trap moeilijk is om je weg te vinden. Noek benoemt het trappensysteem als *“raar”* en *“ingewikkeld”*. Zij vertelt ook dat ze niet goed weet waarlangs ze juist overal passeert, hoewel ze al 1,5 jaar voor orthodontie naar het ziekenhuis komt. Noek neemt wel de trap in tegenstelling tot Annabel en Joke.

Vanuit deze participanten lijkt het erop dat moeilijkheden voor wayfinding ontstaan bij het nemen van de trap. Toch zijn er ook andere elementen die dit mee beïnvloeden. Architecturale elementen die op elkaar lijken, kunnen voor verwarring zorgen. Zo haalt Annabel aan dat alles in het ziekenhuis *“zo hard op elkaar lijkt”*. Ze zegt wel dat dat altijd zo is in ziekenhuizen en dat de wachtzaal wel goed aangeduid staat met pijlen. Toch heeft Annabel al meegemaakt dat ze in de verkeerde wachtruimte zat. En als ze in de juiste wachtruimte zat, dan twijfelde ze er soms aan of ze wel juist zat. Ook zag ik tijdens mijn observatie met Joke dat zij en haar mama even fout waren in hun route naar de wachtzaal. Ze liepen namelijk even een andere afdeling binnen op dezelfde gang van de wachtzaal, terwijl ze dachten dat het de wachtruimte was.

Marie was de enige participant die voor kindertandheelkunde naar het ziekenhuis ging. Op verdieping 4 moest zij nog een derde, andere trap naar boven nemen. Zo kwam ze terecht in een vernieuwd deel van het ziekenhuis. Marie vertelde in het interview dat ze het leuk vond om naar het vernieuwde deel te gaan omdat dat eens iets anders was. Marie komt al van jongs af aan naar dit

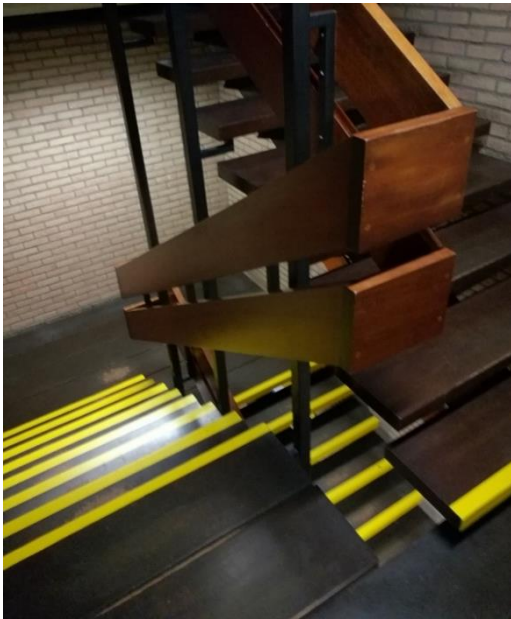


ziekenhuis (zie 5.2.1 *Het onderweg zijn en toekomen*). Ze vermeldt ook dat de wachtruimte makkelijk te vinden was omdat de wachtzaal aangeduid was met een pijl. De pijltjes en borden lijken hun werk te doen, zoals eveneens Annabel hierboven aangaf. Ook Nona en Joke merkten de bordjes op. Toch merkte ik bij de observatie van Marie dat ze moeite had bij het vinden van de weg, ondanks de aanwezigheid van de pijl. Zo drukte ze bijvoorbeeld in de lift op de knop van verdieping 3 in plaats van verdieping 4. Marie is zelf ook in behandeling bij de afdeling orthodontie in dit ziekenhuis, dus vandaar waarschijnlijk de verwarring. Het zou ook gewoon een vergissing kunnen zijn. Daarnaast beschreef ze in het interview de weg die ze aflegt voor orthodontie en niet die voor tandheelkunde. Bovendien waren Marie en haar moeder nog niet in het nieuwe deel geweest en wisten ze niet zeker hoe ze moesten gaan om de wachtzaal te bereiken. Daarom vroegen ze aan een voorbijgaande tandarts de weg. Op het einde van het interview liet Marie toch merken dat ze haar weg in het ziekenhuis niet zo goed kent. Zo vertelt ze bijvoorbeeld het volgende over de circulatie: *“Ik vind dat altijd wel leuk om in de terugweg, [...] dat ik zelf mijn weg begin te zoeken, maar dan loop ik wel altijd verloren, dat is een soort doolhofje, het zoeken naar de uitgang.”* Ze gaf ook aan dat ze haar mama’s hulp nodig heeft om tijdens het tandartsbezoek haar weg te kunnen vinden in het ziekenhuis. Deze rol van de ouder is iets wat ik ook zie bij andere participanten. De moeder heeft in veel gevallen de rol om de participant te leiden tot de consultatie. Zo zegt Joke bijvoorbeeld *“als ons mama hier niet was dan zou ik echt al lang verdwaald zijn, want ik weet echt nergens van een verdieping of zo”*. De observatie van Joke bevestigt deze uitspraak. Ik zag dat Jokes moeder degene was die zei op welke verdieping ze moesten zijn en die de weg wees. Bij de pilootstudie van Noek was het dan weer Noek zelf die de weg leidde. Zij is dan ook ouder en zelfstandiger dan de andere deelnemers.

### 5.2.3.1 Trappenhal

Iets wat meespeelt in de beleving van de participanten en waar ik vooraf niet had bij stilgestaan, zijn de trappen als architecturaal element. Er waren namelijk enkele participanten die daar een expliciete mening over hadden. Hoe dit ervaren werd, hing af van persoon tot persoon. Zo benoemt Annabel de trappen die leiden naar verdieping 2 (zie *Figuur 5.10*) als *“enge, vieze, houten trappen”*. Ze vindt de trappen eng omdat ze het gevoel heeft dat die niet stevig zijn. De trappen bewegen namelijk een beetje als je er op stapt. Ook kan je vanaf de leuning van boven naar beneden kijken. Annabel zegt hierover het volgende: *“En als je zo naar beneden kijkt, oeh, dan krijg ik echt hoogtevrees precies. Ja dat vond ik echt niet leuk”*. Zij stelt dan ook voor om op deze opening een plaat te leggen zodat je niet tot beneden kan zien. Ook Nona spreekt over de trappenhal naar verdieping 2 en ook over de trappenhal naar verdieping 3 (zie *Figuur 5.11*). Zij beschrijft deze hallen als donker en zegt dat de donkere sfeer van het gelijkvloers wordt doorgezet in de trappenhallen. Ze heeft hierbij hetzelfde angstige gevoel.

Uit de pilootstudie met Fenne blijkt dat hij de trappen naar verdieping 2 op een andere manier beleeft dan Annabel en Nona. Tijdens de observatie van Fenne hoorde ik hem tegen zijn mama zeggen dat hij het vermoeiend vond zoveel trappen te doen. Tegelijk geeft hij in het interview aan dat de trappen veren en dat hij dit leuk vindt. Het geeft hem geen onveilig gevoel zoals dit het geval is bij Annabel en Nona, maar het geeft hem eerder een kans om al spelend te interageren met de omgeving. Daarnaast praat Fenne ook over deze vering met zijn mama. Aanvullend hierop ontdekte Fenne bij het begin van de trappen een lichtschaakelaar. Hij vroeg zich af waar de schakelaar voor diende, hij testte de schakelaar en er ontstond een gesprek met zijn mama. De trappen vormen dus een onderwerp voor een gesprek en voor interactie met de ouder.



**Figuur 5.10** Trappenhal naar verdieping 2 – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)



**Figuur 5.11** Trappenhal naar verdieping 3 en 4 – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)

### 5.2.3.2 Lift

De meeste participanten spreken niet over hun beleving in de lift. Enkel Annabel heeft hierover een uitgesproken mening. Hier volgen enkele uitspraken die haar gevoel in de lift (zie *Figuur 5.12*) illustreren: *“eerst moest je zo in de warme liften kruipen en dat vond ik echt niet leuk. Ooh dat is daar altijd zo kei benauwd in de liften. En dat is zo super klein. En ik vind dat dat plafond van die liften daar ook kei laag hangt. Dus dan heb je zo het gevoel dat je opgesloten zit of zo. Dus dat vond ik niet leuk.”*, *“door de kleine ruimte krijg ik zo automatisch het gevoel dat je zowat misselijk wordt of zo”* en *“als je bijvoorbeeld naar ergens anders gaat, daar is een lift zo ruim en daar kan je zo kei goed in ademen. En hier is ook warme lucht en zo en dat vond ik niet zo leuk”*. De nadruk ligt hier vooral op een benauwd gevoel dat Annabel ondervindt. Dit is een gevoel dat op verschillende punten in haar route terugkeert. Zo sprak Annabel reeds over een *“warme stoom”* bij het binnenkomen van het gebouw dat aanleiding geeft tot een gevoel van benauwdheid (zie 5.2.1 *De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen*). Verder was de lift ook klein en hing het plafond laag volgens Annabel. Zo zegt ze ook *“maar eerst moest je in die warme liftjes kruipen”*. Het woord *“kruipen”* benadrukt de kleine ruimte en de benauwdheid die ze ervaart. In het interview vertelde Annabel me dat ze telkens ertegenop ziet om de lift te nemen en dat ze dit het minst leuke van haar bezoek vindt. Toch zegt ze dat ze haar rustig voelt als ze de lift neemt. Wat ook opvalt is dat, hoewel Annabel ertegenop ziet om de lift te nemen, ze toch de lift neemt in plaats van de trap. Ze gaf reeds aan dat ze de weg via de trap niet kent en dat haar mama mee beslist om de lift te nemen (zie hierboven). Haar mama bepaalt dus mee haar route door het ziekenhuis. Annabel drukt zich sterk uit, maar haar beleving in de lift belemmert haar niet om telkens opnieuw dezelfde route te nemen.



**Figuur 5.12** Lift – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)



**Figuur 5.13** Gang verdieping 3 met planten en "karretjes met medicijnen" – ziekenhuis (foto genomen door Joke)

### 5.2.3.3 Gangen

De participanten ervaren de gangen als positief. Annabel vindt de gangen aangenaam. Ze zijn tamelijk breed en licht waardoor deze minder benauwd aanvoelen. Ook Nona spreekt positief over de gangen. Zij apprecieert de aanwezigheid van kleur. De turquoise kleur van de vloer (zie *Figuur 5.13*) en ook van de bordjes geeft haar een "blijer gevoel" dan dat ze had op het gelijkvloers en in de donkere trappenhallen. In het algemeen zijn er volgens haar veel donkere plekken in het ziekenhuis en zou ze meer kleur willen. Daarnaast merkt Joke de aanwezigheid van planten en "karretjes met medicijnen" in de gangen op (zie *Figuur 5.13*), maar staat hier onverschillig tegenover.

Tijdens de route doorheen de gangen merken enkele participanten geuren op. Dit is vooral op de gangen van verdieping 2 en verdieping 3. Tijdens de observatie van de pilootstudie met Fenne zei hij toen we op verdieping 2 aankwamen: "Mama, dat ruikt hier zo anders." Deze geur geeft dus aanleiding tot interactie met zijn moeder. In het interview met Fenne praat hij ook over "de geur van het ziekenhuis", dat deze "zo helemaal anders" is en dat hij dit tof vindt. Fenne veralgemeent de geur tot het hele ziekenhuis en op die manier wordt de geur een soort kenmerk voor het ziekenhuis. Daarnaast vertelt Nona in het interview dat de gang op verdieping 3 "naar dropjes ruikt". Omdat ze niet graag dropjes eet, geeft dit haar een "misselijk gevoel". Zij geeft aan dat ze liever een minder uitgesproken en "normale geur" zou hebben in het ziekenhuis. Annabel spreekt over een "geur van zure tandpasta" en vindt de geur een beetje vies. Het blijkt dus dat er door sommige participanten een geur opgemerkt wordt, maar ze nemen deze allemaal op een andere manier waar. De ene zal van de geur vinden dat die lekker ruikt, de andere niet. Wat wel voor iedereen geldt, is dat de geur een kenmerk in of van het ziekenhuis kan zijn. De geur kan op die manier dan ook invloed hebben op de wayfinding.

## 5.2.4 De Wachtruimte

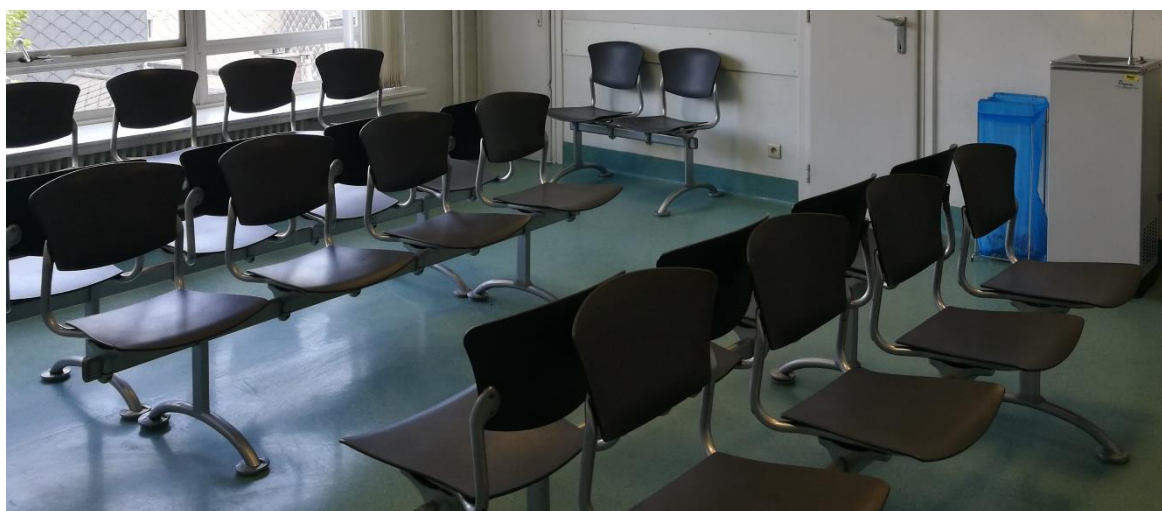
In de wachtruimte voelen de meeste participanten zich op hun gemak. Zij geven ook aan dat ze bij de start van hun tandartsbezoek, thuis of elders, geen grote angst of stress ondervinden (zie 5.2.1 *De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen*). Toch voelen de participanten soms spanningen in de wachtruimte. De pilootstudie met Noek wijst uit dat ze een afwachtende houding had in de wachtruimte. Zij heeft nooit veel zenuwen tijdens het tandartsbezoek. Toch geeft ze toe dat ze tijdens het wachten soms een beetje “*gestrest*” is omdat ze niet weet wat de tandartsen zullen doen. Het is eveneens tijdens het wachten dat Noek honger heeft. Dit hongergevoel houdt haar aandacht vast. In situaties waarin ze wordt afgeleid, verdwijnt dit hongergevoel. Verder blijkt uit de pilootstudie met Fenne dat de wachtruimte voor hem een plek kan zijn waar hij stress ondervindt. Hij lost dit dan op door afleiding te zoeken. Zoals hij zelf zegt kan hij via het kijken van filmpjes zijn gedachten verzetten en dat vindt hij ook het leukste aan het tandartsbezoek. Tijdens deze consultatie echter was hij, zoals hij zelf zegt “*heel relaxed*” (zie 5.2.1 *De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen*).

Ook de wachttijd kan de beleving van de participant beïnvloeden. Wanneer participanten meteen worden geroepen, appreciëren ze dit en ervaren ze dit als positief. Joke en Marie bijvoorbeeld moesten niet lang wachten. Marie zei hierover: “*wij zaten daar net neer en ze kwamen ons halen. Dat is ook wel leuk dat je niet moet wachten.*” Dit idee wordt ook bevestigd door participanten die langer moesten wachten. Tijdens de observatie van de pilootstudie met Noek bleek dat zij een half uur in de wachtruimte was. Noek vindt het wachten echt niet leuk en geeft ook aan dat ze dit het vervelendste in haar bezoek vindt. Zij is namelijk lang onderweg met de bus en haar hele route naar de behandelruimte duurt langer dan de behandeling zelf. Het wachten kan het bezoek langdradig en vermoeiend maken. Noek krijgt ook honger wat vervelend is. Net zoals Noek vindt Annabel het wachten ook niet leuk. Ze vertelt hierover het volgende: “[...] *dan hebben we daar een half uur moeten wachten. Dus dat vond ik wel niet leuk en dat was best lang.*” En “*we zaten daar maar een half uur. Maar nog leek dat voor mij een uur, want dat was echt, ja dat was saai.*”

### 5.2.4.1 Afleiding

Afleiding blijkt dus wel nodig te zijn om enerzijds stress te verminderen en anderzijds verveling te vermijden. De meest voor de hand liggende vorm van afleiding is het praten met andere mensen en specifiek met de ouder. Joke zegt bijvoorbeeld dat ze het wachten in de wachtruimte niet zo erg vindt omdat ze aan de ene kant geen pijn heeft, maar anderzijds ook omdat ze dan kan babbelen met haar mama. Ook merkte ik tijdens de observaties van de pilootstudie met Noek en van Marie dat zij soms babbelden met hun mama. Toch is het voor de participanten niet altijd zo gemakkelijk om in de wachtruimte te praten. Enkele participanten zeggen namelijk over de wachtruimte dat ze er een stilte ervaren die hen weerhoudt om zelf te praten. Zo zegt Joke dat het in de wachtzaal altijd “*stil en awkward*” is. Ook Nona zegt hierover het volgende: “*En iedereen zit daar zo, dat is zo’n hele stilte*”. Nona geeft aan dat ze dit niet aangenaam vindt. Zowel Joke als Nona hebben het gevoel dat andere mensen in de wachtzaal hen aankijken en meeluisteren als ze iets zeggen. Hierdoor voelt het praten ongemakkelijk aan. Zowel Joke als Nona suggereerden in het interview om muziek via een radio hoorbaar op de achtergrond te laten spelen. Op die manier is er al achtergrondgeluid die de stilte doorbreekt, zal het praten minder opvallen of kunnen mensen minder gemakkelijk meeluisteren. Toch kan het ook zijn dat andere elementen de stilte mee bepalen. Een voorbeeld hiervan is een ruimte-indeling die ongemakkelijke situaties veroorzaakt. Orthodontie is een drukke afdeling en het is ook logisch dat de volledige capaciteit benut wordt. Dit maakt echter dat zitplaatsen op een zo efficiënt mogelijk wijze geplaatst worden: rijtjes naast elkaar en tegenover elkaar (zie *Figuur 5.14*). Zo zegt Annabel bijvoorbeeld: “*het was wel een grote wachtzaal he, maar al die stoelen stonden daar zo helemaal tegen elkaar gepropt*” en ook “*En die [de wachtruimte] zat boemvol deze keer, er was bijna*

*geen plaats meer*". De ongemakkelijke sfeer kan ontstaan doordat patiënten dicht op elkaar en deels in elkaars persoonlijke ruimte zitten. Annabel wijst ook op de *"grote wachtzaal"* die hierdoor *"benauwd"* aanvoelt. Annabel apprecieert wel dat het raam openstond en er buitenlucht binnen kwam. Marie daarentegen ging naar een andere wachtzaal omdat zij voor een mondonderzoek ging en niet voor orthodontie. Deze wachtruimte bevond zich in een vernieuwd deel van het ziekenhuis. Tijdens mijn observatie merkte ik dat het er heel rustig was en er weinig mensen in de wachtzaal zaten. Dit viel Marie ook op want zij zei in het interview: *"daar zat véél minder volk als er normaal in die andere zit"*. Daarnaast vertelde Marie dat er in deze wachtruimte weinig lawaai was. Ze zei zelfs dat er minder lawaai was dan in het oudere gedeelte (daar waar Joke en Nona zaten). Dit is een beetje in tegenspraak met wat Joke en Nona vertelden. Marie zegt namelijk dat er in de wachtzaal voor orthodontie meer lawaai is van mensen die er praten omdat het daar drukker is en er meer mensen in de wachtzaal zitten. Ook is die wachtzaal naar de straatkant georiënteerd waardoor er meer lawaai van buitenaf te horen is. Marie vertelt dit uit haar ervaring en herinnering.



**Figuur 5.14** Zitplaatsen wachtzaal orthodontie – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)

Iets wat participanten frequent gebruiken in de wachtruimte is hun smartphone. Joke zegt bijvoorbeeld dat ze meestal in de wachtzaal op haar gsm zit. Dit is ook het geval in de pilootstudie met Noek. Tijdens de observatie merkte ik dat zij regelmatig op haar gsm keek, hoewel haar batterij bijna leeg was en haar mama aanraaide om deze te sparen. Noek vertelt ook dat ze haar gsm gebruikt omdat er wifi is. Annabel merkt wel op dat deze wifi niet altijd goed is. En dit wordt ook bevestigd door de pilootstudie met Fenne. Hij zou namelijk graag goede wifi in het ziekenhuis hebben. Participanten gebruiken hun smartphone bijvoorbeeld voor het luisteren van eigen muziek of het bekijken van filmpjes, maar ook voor praktische zaken zoals het bekijken van de uurregeling van de bussen. Er was één participant die het onaangenaam vond dat veel mensen in de wachtruimte hun smartphone gebruikten. Hoewel Nona zelf normaal in de wachtzaal haar gsm gebruikt (deze keer was ze het notitieboekje aan het invullen), vindt ze het eigenlijk *"supersociaal"* dat iedereen op zijn gsm zit. Ze geeft ook aan dat er eigenlijk niets anders was om zich mee bezig te houden: *"Er was geen radio en de tv stond niet aan. Er was zo niks. Iedereen zat zo op zijn gsm."* Toch waren er wel tijdschriften aanwezig in de wachtzaal. Volgens Nona geeft dit asociale gedrag mee aanleiding tot de ongemakkelijke stilte die in de wachtzaal hangt.

Hierboven wees Nona er al op dat er een scherm was, maar dat deze niet aanstond. Dit wordt bevestigd door andere participanten. Nona vertelt dat ze dat *"nutteloos"* vindt omdat het volgens haar wel voor afleiding kan zorgen als je een lange tijd moet wachten. Annabel wees op de inhoud van het scherm: *"daar hangt zo een tv en dan komen daar zoveel prentjes op van tanden en soms komen daar zo van die*

*prentjes op met allemaal rotte tanden en dat vind ik ook kei onaangenaam, want ja, allez ik weet wel dat je dat, ja de werkelijkheid moet inzien, maar dat is gewoon niet zo leuk om daarnaar te kijken*". Voor Annabel is de inhoud niet geschikt.

Een andere manier om afleiding te zoeken, is het lezen van boekjes of tijdschriften. Deze zijn aanwezig in de wachtruimte. Uit de pilootstudie met Fenne blijkt dat hij soms leest in de wachtruimte. Hij neemt boekjes mee van thuis of leest de aanwezige boekjes in de wachtzaal. Toch blijken de tijdschriften niet altijd aanwezig of zichtbaar te zijn. Zo zegt Nona: *"En in de wachtzaal waar wij zaten, was er ook zo niets van kleurtjes of boekjes of tijdschriften of zo om u bezig te houden."*. Zo zegt ook Annabel: *"maar zo boekjes of zo dat ligt daar, allez dat ligt daar wel, maar ik vind dat nooit. Dat ligt zo altijd weg achter iets"*. Annabel geeft ook aan dat het voor haar logischer zou zijn om de boekjes op een tafeltje in het midden te plaatsen.

#### 5.2.4.2 Voorzieningen

Aansluitend aan de wachtruimte zijn er vrouwen- en mannentoiletten. Daar is ook een lavabo die door participanten gebruikt wordt om hun tanden te poetsen (zie *Figuur 5.15*). Dit gebeurt als de participanten niet van thuis komen, maar bijvoorbeeld rechtstreeks van school. Uit de pilootstudie met Noek blijkt dat zij haar tanden normaal in het ziekenhuis poetst, maar dat ze deze keer haar tandenborstel vergeten was. Ze poetst haar tanden daarom niet. Ze vertelt dat de orthodontist dat niet zo erg vindt. Daarnaast zegt ze dat ze enkel haar tanden poetst als ze vroeger is dan het uur van de afspraak. Indien ze juist op het afgesproken uur of erna toekomt, poetst ze haar tanden niet meer. Soms moet ze toch nog even wachten. De lavabo zit echter wel achter een deur. Hierdoor zou het kunnen dat, als je afgeroepen wordt in de wachtzaal, je nog in de wc je tanden aan het poetsen bent. Noek zegt dat ze dit nog nooit voorgehad heeft, maar houdt er onbewust toch rekening mee. Naast Noek kwam ook Marie niet rechtstreeks van thuis. Volgens haar mama kocht Marie een tandenborstel in de stad en poetste ze haar tanden in een ander deel van de ziekenhuiscampus om vervolgens naar het onthaal voor tandheelkunde te gaan. Waarschijnlijk poetste Marie haar tanden op voorhand in het ziekenhuis omdat ik haar opwachttte bij het onthaal voor de observatie. Zo hoefde ze niet meer haar tanden te poetsen in de wachtzaal en spaarde ze tijd.



**Figuur 5.15** Lavabo bij vrouwentoiletten – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)

Over de ruimte van de toiletten spreekt enkel Annabel. Voor haar voelt ook deze ruimte weer benauwd aan. Ze vindt het een kleine en een *“niet echt prettige ruimte”*. Bijkomend vindt ze het *“een héél vieze wc”*. In het algemeen vindt Annabel dat het ziekenhuis er oud uitziet en dat vindt ze niet zo leuk.

In de wachtruimte is er ook een waterkraantje aanwezig voor patiënten die dorst hebben. De participanten waarderen dit toestel. Tijdens het interview in de pilootstudie van Noek vertelde ze dat ze de aanwezigheid van het waterkraantje goed vindt en dat ze dit ook regelmatig gebruikt. Ook blijkt uit de pilootstudie met Fenne dat hij vaak water drinkt. Hij vindt het leuk dat het water heel koud is. Annabel vindt het zo goed dat ze er zelfs nog meer van verwacht. In haar ideale tandheelkundige omgeving mag dat een groot automaat zijn waar je plat water, bruisend water en andere dingen kan uithalen.

### 5.2.4.3 Interieur

Omdat drie participanten en twee pilootstudies voor orthodontie gingen en slechts één participant voor tandheelkunde, werd er vooral gesproken over de wachtzaal voor orthodontie. Uit de pilootstudie met Fenne blijkt dat hij deze wachtruimte goed vindt en niets zou veranderen. Toch zijn de meningen hierover verdeeld. Enkele participanten beschrijven de wachtruimte als *“kei ongezellig en saai”* (Annabel) of *“kaal”* en *“[alles wat er ophangt is] in dezelfde kleur dan de muur”* (Joke). De pilootstudie met Noek bevestigt deze ideeën. Zij benoemt de wachtruimte als *“heel normaal, [...] zo saai”*. Deze meisjes doen ook een voorstel tot verbetering. Noek zegt dat ze graag wat kleur heeft om het grijs te doorbreken. Ze suggereert dan ook om er een schilderij op te hangen. Dit is ook iets wat Annabel aanbrengt, zij zou ook graag iets met kleur hebben. Toch zag ik dat er al een afbeelding aan de muur hing ter decoratie. Deze werd door beide participanten dus niet opgemerkt. Iets anders wat Noek leuk zou vinden om naar te kijken zijn tekeningen van kindjes die op de dienst geweest zijn.

### 5.2.5 De behandelruimte

De behandelzaal orthodontie is een open ruimte met tussenmuren van zo’n anderhalve meter hoog (zie *Figuur 5.16*). Sommige participanten vinden deze open ruimte niet aangenaam. Annabel vindt de ruimte druk, ondervindt weinig privacy en zou dit graag anders hebben. Bijkomend had ze het gevoel dat ze te dicht bij de naburige patiënt zat, omdat ze bijna kon zien wat er naast haar gebeurde als haar stoel omhoogging. De pilootstudie met Fenne bevestigt Annabels ervaring van de drukte. Fenne zegt namelijk: *“Wat ik niet zo tof vind is dat het soms echt heel druk is en dat dan zowat uit de hand loopt.”* Zowel Fenne als Annabel hebben de voorkeur voor meerdere ruimtes of aparte kabinetten. Voor Annabel zouden tussenmuren die doorlopen tot aan het plafond het gevoel van privacy kunnen versterken. Joke daarentegen ergert zich niet zo hard aan het open karakter van de ruimte. Voor haar is een helemaal afgesloten kabinet niet nodig. Ook Nona vindt de open ruimte niet zo erg. Zij vindt het juist leuk dat ze andere patiënten kan zien omdat ze op die manier weet dat ze niet de enige is. Het geeft haar eigenlijk een soort vertrouwen of steun om andere patiënten te zien die dezelfde behandelingen ondergaan. De meningen van de participanten met betrekking tot de open indeling van de behandelzaal zijn dus verdeeld.



**Figuur 5.16** Open behandelruimte orthodontie – ziekenhuis (foto genomen door onderzoeker)

De meeste participanten vinden de afzonderlijke behandelruimtes klein. Zowel Nona als Annabel halen dit aan. Annabel zegt daarbij ook dat zij op een bepaald moment de apparatuur op haar voelde liggen wanneer haar stoel omhoogging. Dit vond ze raar. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er op dat moment niet genoeg plaats was om de apparatuur naar de zijkant te schuiven. Daarnaast zegt Annabel ook dat haar mama tegen de apparatuur botste toen ze naast de tandartsstoel door moest gaan. Ook de mama van Nona zei tijdens de observatie dat ze de ruimte klein vond als ze zich langs de tandartsstoel moest verplaatsen. Bijkomend wijst de pilootstudie met Noek uit dat ze de ruimte klein vond. Wel zegt ze dat zijzelf hier niet veel van merkt omdat ze in de stoel ligt en de kleine ruimte haar dan niet uitmaakt. Hiermee suggereert ze wel dat haar mama de ruimte als klein kan ervaren. Het blijkt dus dat de kleine ruimte vooral een invloed heeft op de ouders. Op de afdeling orthodontie komen er namelijk veel ouders mee.

In tegenstelling tot orthodontie is het kabinet bij tandheelkunde vrij groot. Marie vermeldt ook niets over de grootte van de ruimte tijdens het interview, waarschijnlijk omdat ze er geen problemen mee heeft.

### 5.2.5.1 Ervaring vanuit de tandartsstoel

#### **Horen**

De verschillende behandelruimtes zijn niet van elkaar afgesloten (zie *Figuur 5.16*). Hierdoor horen participanten verschillende geluiden tijdens de behandeling. Annabel bijvoorbeeld vertelt in het interview dat ze er “*kei veel lawaai*” hoorde. Ze hoorde mensen praten en papieren “*fladder*” en verschuiven. Op sommige momenten kunnen Annabel en haar mama de orthodontist niet verstaan omwille van het lawaai. Het achtergrondgeluid vindt ze dan ook “*irritant*”. Daarnaast zegt Annabel ook dat het druk was in de zaal: “*dat was daar superdruk en die liepen daar allemaal door elkaar*”. Er waren namelijk veel mensen in de zaal aanwezig en elke tandartsstoel was bezet. Voor Annabel lijkt het dat iedereen heel dicht op elkaar zit en dit vindt ze niet aangenaam. Hierdoor hoort Annabel wat de orthodontist in de behandelruimte naast haar zegt. Ze beseft dat andere patiënten haar ook horen, hetgeen ze raar vindt. Ook Joke herinnert zich pratende mensen op de achtergrond, maar voor haar



stoort het lawaai minder. Toch vindt ze het de moeite waard om het achtergrondlawaai te beperken. Daarom zou ze het leuker vinden moest de ruimte in kleinere ruimtes opgesplitst worden van zo'n twee tot drie patiënten. Op die manier zou het lawaai al aanzienlijk verminderen. Uit de pilootstudie met Noek blijkt dat ze zowel voor- als nadelen ziet in de open ruimte. Enerzijds vermeldt ze dat het soms vervelend kan zijn dat ze veel geluiden rondom haar heeft (overeenkomstig met Annabel en Joke). Aan de andere kant lijkt ze de open ruimte positief te vinden. Noek vindt de behandelzaal namelijk *“gezelliger”* dan een apart kabinet. Daarbij zegt ze ook dat het achtergrondlawaai de stilte doorbreekt en dat er minder ongemakkelijke momenten zijn als er niets gezegd wordt. Nona herhaalt deze motieven. Zij vindt het lawaai namelijk aangener dan de stilte in de wachtzaal.

In tegenstelling tot de behandelruimte orthodontie heeft de afdeling tandheelkunde wel aparte en afgesloten kabinetten. Tijdens de observatie van Marie vond ik het zelf heel rustig en stil in het kabinet. Marie merkte de stilte niet zo op, want zij sprak hier niet over tijdens het interview.

### Voelen

In de tandartsstoel ondervinden de participanten zowel aangename als onaangename tactiele gewaarwordingen. Nona zegt dat ze het leuk vindt als de tandartsen haar behandelen en met haar bezig zijn. Voor haar voelt dit hetzelfde aan als bij de kapper. Nona zegt hierover het volgende: *“dan vind ik dat heel leuk als ze zo aan mij zitten te prullen en zo”*. Ook Marie vertelt dat sommige apparaten tijdens het behandelen leuk aanvoelen. Dit geldt bijvoorbeeld voor het blazertje dat lucht en water blaast. Eveneens zijn er momenten dat de participanten pijn ervaren. Zo vertelde Noek tijdens haar pilootstudie dat de tandartsen haar soms wel eens pijn doen. Tijdens het interview van de pilootstudie met Fenne beschreef hij het minst leuke moment in zijn tandartsbezoek als het moment wanneer *“ze zo met twee mensen zo in mijn mond zitten te wroeten en [...] met zo die spiegeltjes en die dingen dat ze zo uw wangen uit elkaar een beetje trekken.”* Ook Marie beschrijft ditzelfde gevoel. Zij drukt zich als volgt uit: *“dat spiegeltje [...] dat tegen mijn tandvlees duwde [...] deed soms wel zeer”*. Tijdens deze pijnlijke situaties wordt comfort erg gewaardeerd. Uit het interview van Marie blijkt namelijk dat zij een comfortabele tandartsstoel belangrijk vindt.

Toch hoeven de participanten geen echte pijn te ondervinden om te spreken van vervelende situaties. Zo vertelde Marie dat ze soms moeilijkheden had bij het slikken. In zo'n situatie heeft ze geen pijn, maar voelt dit lastig aan. Een ander voorbeeld bij Marie is dat ze een product in haar mond moest doen waardoor haar tong de hele dag nog roos zag. Dit vond ze niet tof

### Zien

Er kunnen aspecten aan de tandartsstoel zijn die stress of angst opwekken. Joke bijvoorbeeld zegt dat ze het spannend vindt om in de tandartsstoel te gaan zitten. Het ziet er voor haar namelijk enger uit dan dat het in werkelijkheid is. Niet alleen het perspectief op de stoel, maar ook het perspectief vanuit de stoel kan angstwekkend zijn. Nona bijvoorbeeld wijst erop dat ze niet goed weet wat er gebeurt wanneer er verschillende mensen (supervisor, assistenten, moeder en observator) rond haar staan. De kleine ruimte heeft hier ook invloed op. Verder kan het zien van apparatuur het stressniveau verhogen wanneer je als patiënt in de stoel zit. Nona geeft bijvoorbeeld de opmerking dat het zien van al de *“machines”* haar een beetje angstig maakt. De reden hiervoor is dat ze niet weet wat de tandartsen zullen gebruiken of wat er allemaal zal gebeuren. Dit aspect van angst kwam eerder bij de route naar het ziekenhuis ook naar boven.

Het zien van apparatuur kan ook andere gevoelens oproepen. Sommige participanten laten merken dat ze niet van alle apparatuur weten waarvoor het dient en zijn nieuwsgierig. Zo vertelt Marie dat er een *“tv'tje”* aan haar stoel hing. Dit *“tv'tje”* stond niet aan en Marie vroeg zich af waarvoor het diende. De tandarts vertelde mij eerder dat dit *“tv'tje”* nog niet aangesloten was aan de computer, maar dat patiënten hierop in de toekomst mee zouden kunnen kijken naar foto's van hun gebit. Toen ik dit vertelde aan Marie, gaf ze aan dat ze hier ook graag gebruik van zou maken. Een ander voorbeeld bij

Marie is dat zij een “veiligheidsbril” moest opzetten tijdens het polijsten van haar tanden. Marie zegt hier het volgende over: “En op een bepaald moment zette die [mondzorg-assistent] mij ook een veiligheidsbril of zo op. Ik weet niet waarom dat was.”. Marie vond dit vreemd omdat het polijsten volgens haar niet spatte in haar ogen. Ze vraagt zich dan ook af waarom ze die bril moest opzetten. Een laatste voorbeeld bij Marie is tijdens het nemen van foto’s. Dit gebeurde in een andere ruimte en in een andere tandartsstoel. De mondzorg-assistent gaf Marie een bescherming voor de schildklieren dat ze onder haar kin moest vasthouden. Marie geeft in het interview aan dat ze eigenlijk niet weet waarvoor dit dient en dat geen enkele tandarts dat ooit heeft uitgelegd. Ze vraagt zich nog altijd af waarvoor dat dient. Marie is niet de enige die graag geïnformeerd wordt. Ook tijdens de observatie van de pilootstudie met Fenne zag ik dat hij tijdens het wachten in de tandartsstoel een knopje ontdekte waarvan hij aan zijn mama wilde vragen waarvoor het diende. Tot slot kon ook Joke tijdens het interview niet alle toestellen benoemen waarvan ze een foto had genomen. Het lijkt wel dat deze nieuwsgierigheid vooral van toepassing is bij Marie. Marie gaf aan dat ze de eerste keer in het nieuwe deel van de afdeling tandheelkunde terecht kwam. Ze vertelde dat daar ook allerlei nieuwe technieken gebruikt werden. Deze nieuwe omgeving en handelingen kunnen aanleiding geven tot nieuwsgierigheid, hoewel er ook zaken waren die niet veranderd waren.

Naast angstwekkende en nieuwsgierige aspecten van de apparatuur, worden sommige toestellen als vervelend ervaren. Participanten beleven de lamp als meest vervelend. Zij drukken zich uit als: “de lamp vond ik niet leuk, want die scheen in mijn ogen” (Joke), “ik vind dat zo moeilijk om uw ogen open te houden, want er zit zo iemand in u mond te kijken, die lamp dat dan zo schijnt” (Nona) en “ik zag daarna echt een beetje zwarte vlekken” (Marie). Het gaat hier vooral om het licht dat in de ogen van de participant schijnt. Toch haalt Nona een interessant aspect aan. Zij zegt namelijk dat het openhouden van haar ogen moeilijk is door zowel de lamp als de tandarts die werkt in de mond. Het kan inderdaad moeilijk zijn om je ogen open te houden als je in een bepaalde positie stil moet liggen, waardoor het wegdraaien van het licht onmogelijk is. Zowel Joke als Nona geven ook aan dat ze niet zeggen dat de lamp in hun ogen schijnt, ze proberen dan maar gewoon hun ogen open te houden.

Vanuit de tandartsstoel orthodontie (zie *Figuur 5.17*) zien patiënten ofwel op een muur ofwel hebben zij zicht naar buiten. Uit de pilootstudie met Fenne blijkt dat hij dat “cool” vindt dat hij naar buiten kan kijken. Tijdens de observatie van Fenne merkte ik dat hij tijdens het wachten naar buiten keek en zaken wilde laten zien aan zijn mama. In tegenstelling tot Fenne is Nona minder positief over het zicht naar buiten. Zij krijgt hierbij hetzelfde “gevangenisachtige gevoel” als ze had bij het toekomen aan het gebouw (zie 5.2.1 *De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen*). Vanuit het raam heeft de participant zicht op een binnenkoer die omringd wordt door andere delen van de campus. Deze delen zijn echter niet nieuw, net zoals de buitengevel van het ziekenhuis.

Marie had in haar kabinet eveneens een raam ter beschikking. Haar tandartsstoel was weg van het raam georiënteerd en naar de deur toe. Zij had dus geen zicht naar buiten, maar wel naar de gang. In de deur zit namelijk een raam wat het toezicht van begeleiders op de studenten vergemakkelijkt. Het viel Marie op dat wanneer deze deur openging er allemaal andere tandartsen in de gang stonden, maar hier is ze neutraal over.



Figuur 5.17 Zicht vanuit tandartsstoel orthodontie – ziekenhuis (foto genomen door Joke)

### **Ruiken**

Joke vertelt iets over de geur in de behandelruimte. Ze vindt dat het er fris en naar munt ruikt. Ze contrasteert dit met sommige andere delen of in andere ziekenhuizen waar het muff en naar “*oude patiënt*” ruikt. Verder vertelt ook Annabel dat ze het daar eigenlijk een heel normale geur vindt. Het feit dat dit niet door de andere participanten wordt opgemerkt, suggereert dat er geen uitgesproken geur hangt en dat de geur eerder neutraal is.

### **5.2.5.2 Wachten tijdens de behandeling**

De consultatie orthodontie start meestal met assistenten die de patiënt controleren. Nadien komt ook een supervisor langs. Joke zegt dat ze het wachten op de supervisor spannend vindt. Zij kwam namelijk op consultatie om te weten wat de mogelijkheden zijn voor een behandeling orthodontie. De supervisor legde uit hoe het definitief behandelplan eruit zou zien. Joke vernam dat ze een beugel zou krijgen. Het moment waarop ze de uitslag krijgt, geeft haar aan de ene kant wat stress. Enkele mensen vertelden Joke al dat een beugel pijn doet en daarbij maakte ze zich vooraf ook zorgen om de esthetiek ervan. Aan de andere kant vindt Joke het krijgen van de uitslag het leukst in haar bezoek. Misschien komt dit omdat dan alle twijfels verdwijnen samen met piekerende gedachten over de verschillende mogelijkheden. Het krijgen van de uitslag bleek ook een leuk moment bij Fenne, zoals hij aangeeft tijdens zijn pilootstudie (zie 5.2.1 *De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen*). Dit wachten kan dus aanleiding geven tot spanning om nadien gevolgd te worden door opluchting.

De wachttijd zelf kan kort zijn, maar ook lang waardoor sommige participanten dit als saai ervaren. Annabel zegt hierover het volgende: “*tussen die mensen in, ik moest toch zeker denk ik tien minuten wachten*”. Annabel kijkt tijdens het wachten voor haar uit en naar de apparaten en zit gewoon stil. Zij zou graag hebben dat er iets voorzien wordt om deze dode momenten op te vullen. Hierbij aansluitend vermeldt Joke tijdens de observatie dat ze het leuk vond dat ze iets kon doen, namelijk het invullen van het notitieboekje. Toch merkte ik ook tijdens de observaties dat participanten met hun ouder begonnen te praten tijdens het wachten. Desondanks lijkt dit babbelen niet genoeg afleiding te bieden. Zowel

Annabel als Nona zeggen dat de tijd voor hen sneller gaat wanneer ze behandeld worden, eerder dan wanneer ze moeten wachten. In het geval van Marie waren er geen grote wachttijden tussen de verschillende behandelaars in. Marie zou ook wel iets willen om te doen, maar dit voor tijdens de behandeling. Haar lijkt dit wel onmogelijk omdat, zoals ze zelf zegt, ze dan moet stilliggen.

Het wachten in de tandartsstoel is onvermijdelijk in een universitair ziekenhuis. De participanten voelen tijdens het wachten spanning of vinden het saai. In verband hiermee spreken de participanten over het gebrek aan kleur in de behandelruimte. Zij drukken zich als volgt uit: *“Ik zou het wel leuker vinden als er hier en daar wel wat kleurrijker was [...] want ja er zijn hier wel zo kleuren, maar dat is nog altijd ziekenhuiskleuren vind ik”* (Joke), *“een beetje kleur, niet altijd zo grijs en zo [...] ik vind dat niet zo leuk”* (Noek), *“de open ruimte dat was zo ook zo kei saai en dat miste kleur dacht ik”, “Dat was allemaal zo van die lelijke grijze muur met zwarte stippen op, zo van die oude dingen.”, “Gewoon witte muren zo, ook zo modern want nu was het zo, ja dat is allemaal zo oud.”* en *“in de behandelkamer daar zo gewoon zo modern en rustig”* (Annabel). De participanten willen graag kleur of effen witte ziekenhuismuren in de behandelruimte in plaats van grijze ziekenhuiskleuren. Toch is er een groene muur aanwezig in de behandelzaal (zie *Figuur 5.16*), maar die is niet te zien vanuit de tandartsstoel. Verder zegt ook Joke dat kleur in de behandelruimte stress kan verminderen: *“[als er in de behandelruimte] een fluoroze muur zou zijn, dat zou ik wel altijd leuker geven omdat ja dat voelt zo ontspannender aan”*. Hiermee zegt Joke niet dat ze graag een *“fluoroze muur”* heeft, maar ze stapt wel weg van de typische ziekenhuiskleuren, die voor de participanten grijs en saai zijn. Joke zegt dit misschien omdat de typische *“ziekenhuiskleuren”* de omgeving voor haar formeler maken en het gevoel van stress kunnen versterken. Joke vertelde ook in het interview dat ze graag planten in het ziekenhuis heeft. Ze merkt wel op dat er al planten aanwezig zijn, maar voor haar mogen er dat nog meer zijn. Planten kunnen kleur brengen en de omgeving minder *“ziekenhuisachtig”* maken.

### 5.2.5.3 Invloed van mensen in de beleving

#### **Personeel**

Alle participanten vinden de wijze waarop het personeel met hen omgaat belangrijk. De participanten benoemen het personeel tijdens de consultatie als *“vriendelijk”* (Fenne), *“behulpzaam”* (Joke), *“lief”* (Joke), *“tof”* (Annabel), *“sociaal”* (Noek) enzoverder en dit waarderen ze ook. Eerst en vooral kan de tandarts door diens gedrag de patiënt geruststellen. De pilootstudie met Noek leert dat ze graag een tandarts heeft die veel praat en stiltes doorbreekt. Dan voelt ze zich op haar gemak. Marie daarentegen vindt het geruststellend als de tandarts voorzichtig te werk gaat en stap per stap werkt. Marie vertelde dat de mondzorg-assistent zo voorzichtig te werk ging dat ze amper pijn voelde bij handelingen die normaal wel pijn doen. Ze sprak ook een teken af, het omhoogsteken van haar hand, dat ze deed indien ze pijn voelde. Op die manier kreeg ze controle over de handelingen van de mondzorg-assistent. Tot slot voelde Annabel zich meer op haar gemak als de supervisor langskwam omdat die meer ervaring heeft.

Indien het personeel daarentegen onvriendelijk zou zijn, dan zou Annabel dit ongemakkelijk vinden. Ook moest Fenne tijdens de pilootstudie een foto laten nemen. Dit was in een afzonderlijke ruimte door een andere persoon dan de orthodontist. Fenne zei dat deze man *“streng”* was. Ook merkte ik tijdens de observatie van Fenne dat hij onzeker werd door de manier waarop de man hem aansprak.

Een andere taak van het personeel, volgens deze participanten, is het duidelijk overbrengen van informatie. De meeste participanten waarderen het als ze mee kunnen volgen tijdens de behandeling of uitleg krijgen over wat er in de toekomst zal gebeuren. Soms lijken de tandartsen onderling een soort van codetaal te spreken waar de participant niets van begrijpt. Dit blijkt zo uit de pilootstudie met Noek. Zij zegt: *“soms praten die zo heel moeilijk en dan weet ik niet wat er aan de hand is”*. Ook doen tandartsen sommige handelingen waarvan de participant niet weet waarom dat nodig is. Joke zegt bijvoorbeeld: *“Ik was eerst aan het denken wat dat die aan het doen was en toen ja had ik het door.”*

Toch vermelden de participanten dat de tandartsen goed uitleggen wat ze doen. Dit was zo bij Marie waarbij de mondzorg-assistent elke stap in de behandeling goed uitlegde. Ook Joke bevestigt dit: *“Ik vond dat ze wel goed uitlegde van wat wat was en zo, dus ja dat was goed”*.

### **Ouder**

De ouder van de participant blijkt altijd een rol te hebben tijdens de behandeling. Een eerste rol die een ouder op zich neemt is het bieden van steun. Zo zegt Annabel *“als je zo pijn hebt of zo dan kan je zo in die zijn hand knijpen”*. Verder vertelt ook Nona dat haar mama haar *“een beetje vertrouwen”* geeft tijdens het bezoek. Als tweede rol kan de aanwezigheid van de ouder interactie uitlokken. Dit zag ik tijdens de observatie van Joke en tijdens de pilootstudie met Finn. Tot slot kan de ouder hulp bieden tijdens de consultatie. Dit is bijvoorbeeld het helpen beantwoorden van vragen die de tandarts stelt. Ik zag tijdens de observatie van Nona namelijk dat zij haar mama nodig had om enkele vragen te beantwoorden. Dit gaat ook om het onthouden van wat er gezegd wordt tijdens de consultatie en het bespreken van behandelingen en evoluties. Zo zegt Annabel: *“moest ik zo alleen gaan dan zou ik zo informatie niet kunnen onthouden en dan zou ik snel vergeten en mijn ouders die gaan dan, allez die weten dat dan nog allemaal”*. Ook de pilootstudie met Noek bevestigt dit: *“ik onthoud ook niet wat die [tandartsen] allemaal zeggen, mama wel”*. Als laatste helpen ouders ook bij het maken van een volgende afspraak. Zij hebben meestal meer zicht op de agenda van hun zoon of dochter. Ik zag dit bij elke observatie die ik deed en de pilootstudie met Noek bevestigt dit ook in het interview: *“als ik daarna zo’n afspraak moet maken dan weet ik nooit zelf wanneer ik kan”*.

## **5.2.6 Na de behandeling**

Als de consultatie eindigt moeten participanten soms nog enkele foto’s laten nemen. Dit gebeurt in een andere ruimte een verdieping lager waar ze eventueel nog even moeten wachten. Dit is zo voor de afdeling orthodontie. Voor tandheelkunde gebeurt dit tijdens de consultatie en op dezelfde gang van het kabinet. Na het nemen van foto’s kan de participant naar huis vertrekken. Sommige participanten voelen zich bij het vertrek moe. Dit merkte ik bijvoorbeeld bij de pilootstudie van Fenne. Hij zei bij het buitengaan van het ziekenhuis dat hij moe was. Ook is dit het geval in de pilootstudie met Noek. Voor haar was het een lange dag, ze is moe en zal laat thuis zijn. Tijdens het interview vermeldde ze dat ze dan ook geen zin meer had in schoolwerk. Toch zijn zowel Noek als Fenne opgelucht als ze naar huis kunnen gaan. Noek zegt dat ze dit het leukste moment in haar tandartsbezoek vindt: *“het moment dat ik zo klaar was en dat ik zo dacht “nu kan ik naar huis gaan” na zo heel die dag school en de tandarts”*. Ook Fenne haalt aan dat hij graag bij de uitgang komt omdat het tandartsbezoek dan echt gedaan is. In het notitieboekje plakte hij een sticker van een vuist. Hij zegt hierover dat dit een *“vuist van sterk zijn”* is. Hij voelt zich sterk als hij op consultatie is kunnen gaan zonder te piekeren. Hij zegt ook dat dit één van de eerste keren was dat hij niet bang was.

## **5.3 Conclusie**

Uit de resultaten van het veldwerk in het ziekenhuis blijkt dat de participanten in het algemeen een bezoek aan de tandarts niet overwegend angstwekkend of stresserend ervaren. Voor sommigen is het routine en voelt het vertrouwd aan. Meestal zijn de participanten wel benieuwd naar wat er zal gebeuren of welke diagnose er zal gesteld worden. Een uitleg van hun ouder over wat ze kunnen verwachten, maakt dat ze ontspannen vertrekken. De meeste participanten poetsen thuis of in het ziekenhuis hun tanden. Meestal komen ze met de wagen en zijn ze vergezeld van een ouder, dit is altijd de moeder. Deze is een belangrijke steunfiguur gedurende heel het traject om de participant te oriënteren, om te babbelen, om uitleg te geven, om interactie met de tandarts te stimuleren en de participant hulp te bieden.

Het gebouw van het ziekenhuis zelf is ouder (zie 5.1 *Context*) en komt bij één participant als een “gevangenisachtig” over. Sommige plekken kunnen voor enkele participanten benauwend of klein aanvoelen. Ook kan het onthaal als donker, verlaten en daardoor bedreigend voelen.

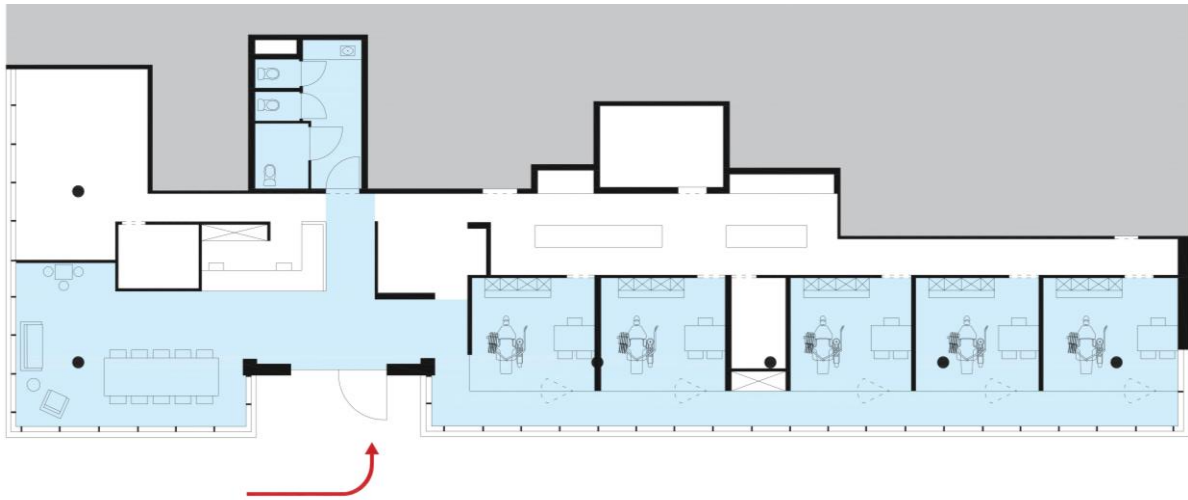
Omdat de participanten meerdere liften of trappen moeten nemen, door gangen moeten en de juiste wachtzaal moeten vinden, verloopt de wayfinding vaak niet zonder hulp van de ouder. De circulatiegangen zijn breed, licht, kleurrijk en bevatten hier en daar planten en dit wordt geapprecieerd. Er hangt volgens enkele participanten wel een (onaangename) geur die ze associëren met een ziekenhuis.

In de wachtruimte zijn de participanten doorgaans op hun gemak. Ze hebben een afwachtende houding en soms stress als ze niet goed weten wat de tandarts juist zal doen. Enkele participanten vinden het soms moeilijk om te praten omdat ze het gevoel hebben dat andere wachtenden meeluisteren. Dit kan versterkt worden door de opstelling van de stoelen die kort bij elkaar staan. Als de wachttijden lang zijn, dan vinden de participanten dit saai, vermoeiend en eentonig. Ze houden zich dan bezig door te praten met hun mama, hun smartphone te gebruiken, te kijken naar het scherm als deze aanstaat of door te lezen. De tijdschriften zijn niet altijd zichtbaar aanwezig voor de participanten. Het waterkraantje wordt ook erg gewaardeerd en gebruikt. De lavabo in de toiletten wordt gebruikt voor het poetsen van de tanden indien de participant niet van thuis komt. Tandenvoetjes worden niet gebruikt indien de participant later aankomt in de wachtruimte. Dit kan komen doordat de participanten de afroeping van de consultatie niet willen missen. Tot slot missen de meeste participanten in de wachtzaal kleur, gezelligheid en wandversiering.

De behandelruimte voor orthodontie is een open ruimte met verschillende tandartsstoelen, telkens gescheiden met tussenmuren van anderhalve meter hoog. Enkele participanten ervaren deze als druk en beklemmend. Vanuit de tandartsstoel horen de participanten lawaai en lijken ze weinig privacy te hebben. Andere participanten vinden het juist leuk om andere patiënten te zien en achtergrondgeluid te hebben. Wat de meeste participanten vervelend vinden, is vooral de lamp als het felle licht in hun ogen schijnt. Wachten op het resultaat van het onderzoek of op de supervisor kan stress geven. Voor het interieur van de behandelruimte kiezen ze voor kleur en planten. Buiten ruimtelijke aspecten is vooral de houding van de tandarts belangrijk. Ze verkiezen iemand die vriendelijk is, voorzichtig is, veel en verstaanbare uitleg geeft, hen geruststelt en hen controle geeft over de situatie bijvoorbeeld door bepaalde handgebaren af te spreken.

## HOOFDSTUK 6: CASESTUDIE TANDARTSPRAKTIJK

### 6.1 Context



**Figuur 6.1** Plan gelijkvloers – tandartspraktijk

In blauw zijn de plaatsen toegankelijk voor de patiënt aangeduid.

Deze tandartspraktijk is sinds 2017 in gebruik en is een nieuwe en moderne praktijk. Het team van tandartsen en tandartsassistenten huurt een deel van een kantoorgebouw op een industrieterrein. Het interieur is ontworpen door één van de tandartsen zelf. Dit gebeurde in samenwerking met een interieurarchitect, die voornamelijk instond voor het tekenen van de plannen (zie *Figuur 6.1*). Omdat het een gehuurd deel van een gebouw betreft, moest er rekening gehouden worden met de bestaande structuur tijdens het ontwerpen van deze tandartspraktijk.

Volgens de tandarts, die ook praktijkverantwoordelijke is, was haar ambitie om een strakke en hygiënische praktijk te ontwerpen met huiselijkheid als centrale waarde. De tandarts ziet in de praktijk namelijk vaak mensen die angst ervaren. Dit wilde ze doorbreken en daarom stapte ze af van het klinische, witte en steriele concept. Een huiselijke sfeer wordt in het kabinet gecreëerd door een vloer met een warme houtlook (zie *Figuur 6.7*). De vloer zelf is uit PVC omwille van de onderhoudsvriendelijkheid. Ook is de huiselijkheid terug te vinden in de wachtruimte. Hierin wordt afgeweken van een klassiek wachtkamerconcept waarbij stoelen in rijtjes worden geplaatst. In plaats hiervan zijn er zeteltjes, een speelhoek en een grote tafel voor multifunctioneel gebruik (zie *Figuur 6.4* en *Figuur 6.6*).

Daarnaast wordt er gewerkt met een dubbelgangensysteem. Dit wil zeggen dat de toegang tot het kabinet voor de patiënt en de tandarts verschillen. Het personeel en patiënten hebben zo gescheiden ruimtes. Al het materiaal kan via de private gang aangevuld worden door de muur. Hierdoor kan de tandarts rustig verder werken zonder dat er in het kabinet gerommeld moet worden en komen patiënten minder of niet in contact met medisch materiaal.

Ondanks het feit dat het cliënteel van de tandartspraktijk volop groeit, is de ambitie niet om de praktijk te vergroten. De tandarts haalt aan dat een uitbreiding het concept van de huiselijkheid teniet kan doen.

## 6.2 Gevolgde route

### 6.2.1 De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen

De participanten geven aan dat ze bij hun vertrek naar de tandarts geen angst of stress ondervinden. Zo zegt Julie bijvoorbeeld dat ze geen moeite heeft met een tandartsbezoek. Ook Anaïs vermeldt in het interview dat zij regelmatig naar de tandartspraktijk komt en een tandartsbezoek voor haar routine is. Tot slot vertelt de mama van Ninthe me dat haar dochter het niet erg vindt om naar de tandarts te gaan. De participanten zijn dus niet zenuwachtig bij het vertrek. Toch kunnen zij andere gevoelens ervaren. Julie vertelt namelijk dat ze bij het begin van haar bezoek benieuwd was: *“ik heb nooit echt stress of [ik ben nooit echt] zenuwachtig, maar ik was wel benieuwd, want het was de eerste keer dat ik mijn draadje terug moest laten aanspannen”*. Door haar behandeling orthodontie heeft zij een draadje in haar mond zitten. Dit draadje zat voor de eerste keer los, dus ze wist niet goed wat ze in haar mond voelde. Omdat ze niet goed wist wat dit was en iets nieuws ervaarde, dacht ze hierover na.

Alle participanten poetsen hun tanden als ze naar de tandarts gaan. De meeste participanten doen dit in de tandartspraktijk. Enkel Anaïs poetste haar tanden thuis vóór haar vertrek. Zij vertrekt altijd van thuis uit. Toch vertrok ook Julie van thuis, maar zij poetst echter meestal haar tanden in de tandartspraktijk. Dit doet ze zowel als ze van school als van thuis komt. Ninthe daarentegen vertrok vanaf de manege. Zij passeerde niet meer langs thuis omdat ze dan moest omrijden.

Het feit dat alle participanten hun tanden poetsen vóór de consultatie, suggereert dat de participanten het belangrijk vinden om een proper gebit te hebben. Ook kunnen zij druk ervaren omdat ze weten dat iemand hun gebit zal controleren. Anaïs zegt namelijk dat ze na het poetsen nakijkt of haar tanden proper zijn. Ook vermeldt ze dat het haar soms stress geeft als blijkt dat ze haar tanden toch niet goed gepoetst heeft. Zo reageert ze met uitdrukkingen als *“whoopsie”* of *“oöw”* als de tandarts zegt dat ze haar tanden niet zo goed heeft gereinigd.

Na het poetsen van de tanden thuis, indien dit het geval is, vertrekken de participanten naar de tandartspraktijk. Anaïs en Ninthe komen altijd met de auto. Ninthe wordt telkens vergezeld door haar mama en dat vindt ze ook leuk. Verder gaat Anaïs altijd samen met haar mama en haar broertje naar de tandarts. Op het eerste zicht lijkt het dat de aanwezigheid van Anaïs' familie voor haar niet uitmaakt. Ze zegt in het begin van het interview dat dit *“gewoon”* is voor haar. Toch vermeldt ze in dit interview ook dat ze graag heeft dat haar mama erbij is omwille van de steun die ze dan krijgt. Tot slot komt ook Julie met de auto naar de tandartspraktijk. Zij komt enkel met de auto als ze thuis vertrekt. Haar mama is er dan ook bij, maar lijkt enkel mee te komen als chauffeur. Julies mama blijft namelijk tijdens de consultatie in de wachtzaal zitten. In het interview vertelde Julie ook dat de aanwezigheid van haar mama tijdens de consultatie haar niet uitmaakt. Indien Julie van school komt, gaat ze alleen en te voet naar de tandartspraktijk omdat dit vlakbij is. Wel komt Julies mama haar dan ophalen met de auto na de consultatie. Julie gaat liever te voet naar de tandartspraktijk omdat ze dan eigen muziek kan beluisteren. Indien Julie met de auto gaat, gebruikt ze ook wel haar gsm. Ook Ninthe gebruikt soms de gsm van haar mama om spelletjes te spelen in de auto.

Sommige participanten komen vroeger toe aan de tandartspraktijk dan het tijdstip van hun afspraak. Dit zijn ook de participanten die in de tandartspraktijk hun tanden poetsen. Ninthe vertelt zelfs dat ze zo vroeg was dat ze samen met haar mama nog vijf minuten in de auto bleef zitten. Anaïs daarentegen was tien minuutjes te laat omdat haar mama verkeerd was gereden op weg naar de tandartspraktijk. Anaïs schreef in het notitieboekje het volgende op: *“tenslotte spring ik in de auto”*. Dit schrijft ze over het vertrek naar de tandartspraktijk. Dit citaat zou kunnen suggereren dat Anaïs zich moest haasten om op tijd te komen, hoewel ze dit niet letterlijk vertelt in het interview.

Als de participanten toekomen, komen ze eerst op de parking aan die direct voor de tandartspraktijk gelegen is. Daarna gaan ze dan de tandartspraktijk langs de zijkant binnen. Ninthe vertelde dat ze zich



bij het binnengaan van de praktijk even zenuwachtig voelde. Dit gevoel verdween snel omdat haar mama een grapje maakte. De mama van Ninthe helpt dus om Ninthe gerust te stellen. Ook haalt Ninthe aan dat haar nerveuse gevoelens volledig verdwijnen als de tandarts start met de behandeling. Verder valt Julie de geur van de praktijk op, bij het binnengaan. Julie zegt hierover dat ze een speciale geur rook, maar ze die niet kon thuisbrengen.

## 6.2.2 Het onthaal en de circulatie tot de wachtruimte



**Figuur 6.2** Onthaal met wachtruimte – tandartspraktijk (foto genomen door onderzoeker)

Het onthaal vormt samen met de wachtruimte één open ruimte (zie *Figuur 6.2*). Heel de tandartspraktijk situeert zich op het gelijkvloers. De patiënten moeten daarom ook geen gangen doorlopen of trappen of liften nemen om de wachtruimte te bereiken. De wayfinding is eenvoudig en signalisatie is niet nodig. Elke participant geraakt gemakkelijk in de wachtruimte en de tandarts begeleidt de participant tot de behandelruimte. Een voorbeeld van Ninthe kan deze goede wayfinding illustreren. Tijdens haar interview tekende ze de weg die ze volgde in de tandartspraktijk. Ze kon deze weg gedetailleerd tekenen, zelfs met hoeken van muren. Dit suggereert dat Ninthe een duidelijk beeld en overzicht heeft van de tandartspraktijk.

Over het onthaal zelf praten de participanten niet zo veel. Toch was er wel iets dat Anaïs opviel. Dit waren de portretten van de tandartsen en tandartsassistenten die ophangen aan de muur tegenover de inkom (zie *Figuur 6.3*). Bijkomende informatie geeft Anaïs hier niet over.



**Figuur 6.3** Portretten personeel links, ingang rechts – tandartspraktijk (foto genomen door onderzoeker)

### 6.2.3 De wachtruimte

Net zoals bij het onderweg zijn (zie 6.2.1 *De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen*), hebben de participanten niet veel stress in de wachtruimte. Wel spreekt Julie van hetzelfde “*benieuwd*” gevoel als bij het onderweg zijn. Tijdens het wachten denkt ze ook na over wat er juist scheelt. Daarnaast moeten de participanten in het algemeen niet lang wachten. Julie zegt bijvoorbeeld dat ze nooit lang moet wachten in de wachtruimte en Ninthe bevestigt dit. Anaïs nam voor deze consultatie niet plaats in de wachtruimte omdat ze tien minuten te laat was.

#### 6.2.3.1 Afleiding

Ondanks de korte wachttijden, waarderen de participanten het als ze zich kunnen bezighouden tijdens het wachten. Julie geeft bijvoorbeeld aan dat ze in de wachtruimte graag met haar mama praat, maar dit lijkt niet altijd even gemakkelijk te zijn. Hoewel er muziek in de wachtruimte speelt en er lawaai van de straat hoorbaar is, zegt Julie toch dat ze het er tamelijk stil vindt. Zo zegt ze: “*ik vond het wel dat het erg stil was, dus dat dat soms wel een beetje ongemakkelijk is omdat ik dan zelf niet veel durf te zeggen*”. Aanvullend hierop vertelt ze ook dat ze niets durft te zeggen omdat ze denkt dat andere wachtenden meeluisteren. Die andere wachtenden komen alleen naar de tandarts en zijn zelf meestal stil. Bijkomend zat Julie met zo’n drie tot vier andere patiënten in de wachtzaal. Bij Ninthe zat er niemand in de wachtzaal. Ninthe vermeldt dan ook niets over een ongemakkelijke stilte.

Verder houdt elke participant zich bezig op haar manier. In de tandartspraktijk is er wifi en Julie gebruikt dan ook vaak haar smartphone. Haar ideale tandartspraktijk zou dan ook zeker oplaadpunten bevatten. Anaïs daarentegen zegt dat ze gewoon wat rondkijkt tijdens het wachten. Zij zoekt afleiding in het kijken naar dingen. Zo vertelt ze bijvoorbeeld dat er in de wachtzaal een speelhoekje voor

kinderen is (zie *Figuur 6.4*). Hier kunnen kinderen tekenen of boekjes lezen. Het broertje van Anaïs gebruikt dit speelhoekje en Anaïs kijkt dan naar haar broertje als die daar speelt. Eigenlijk heeft Anaïs' broertje wel invloed op haar beleving, hoewel ze onverschillig leek te zijn ten opzichte van zijn aanwezigheid. Het broertje biedt namelijk afleiding voor Anaïs. Daarnaast vertelt Anaïs in het interview dat ze kamerplanten mooi vindt om naar te kijken en dit ook graag in de praktijk heeft. In de tandartspraktijk zijn er verschillende planten aanwezig. Als laatste houdt Ninthe zich in de wachtzaal bezig met het lezen van strips. Op de vraag of ze graag iets aanwezig zou hebben in de tandartspraktijk antwoordde ze het volgende: *“misschien wel iets meer strips voor te lezen voor de kinderen die groter zijn. Want daar zijn zo, voor de kleuters en zo zijn daar zo'n hoekje waar allemaal speelgoed staat en zo'n dingetjes.”* Ninthe was op dat moment elf jaar. Ninthe wijst hiermee op het feit dat zij andere behoeften heeft dan kleinere kinderen. Naast het lezen zou ze ook graag kruiswoordraadsels of woordspelletjes invullen. Er was hier namelijk een boekje van aanwezig in de wachtzaal, maar er waren geen balpennen. Ninthe had niets bij om te schrijven dus gebruikte ze dit niet. Toch is er wel schrijfgereef aanwezig in het speelhoekje.



**Figuur 6.4** Waterautomaat links, Speelhoekje rechts – tandartspraktijk (foto genomen door onderzoeker)

### 6.2.3.2 Voorzieningen

Aansluitend aan het onthaal en de wachtruimte zijn er toiletten. Deze ruimte bevat een lavabo die uitgerust is met materiaal om de tanden te poetsen. Er staan twee bokalen waarvan één gevuld is met tandenborsteltjes en de andere met kleine tubes tandpasta. Daarnaast zijn er ook nog plasticen bekertjes aanwezig. Dit materiaal kan na het poetsen van de tanden weggegooid worden. Patiënten kunnen zo hun tanden poetsen in de toiletten zonder dat ze eigen materiaal hoeven mee te brengen. Dit wordt geapprecieerd door de participanten. Julie vindt het handig omdat ze dan haar tandenborstel niet meer hoeft mee te nemen naar school. Ze zegt dat ze dit vroeger wel moest doen, toen ze bij een andere tandarts in behandeling was. Julie maakt meestal gebruik van het aanwezige materiaal, ook als ze van thuis komt. Dit wijst erop dat Julie dit positief vindt. Ninthe komt vaak van de manege of van school. Zij en haar mama weten dat dit materiaal in de tandartspraktijk aanwezig is. Zij rijden bewust

niet meer langs hun woning en Ninthe poetst haar tanden in de toiletten. Ze plant dit in en komt hiervoor een beetje vroeger. Verder hangt er naast de spiegel een stappenplan dat patiënten kunnen volgen om hun tanden te poetsen. Ninthe volgt dit stappenplan (zie *Figuur 6.5*).

In de wachtruimte zelf is er ook een waterautomaat aanwezig waardoor patiënten tijdens het wachten water kunnen drinken (zie *Figuur 6.4*). Enkel Julie spreekt over deze voorziening. Ze gebruikt deze waterfontein bijna altijd. Als ze aankomt in de tandartspraktijk drinkt ze eerst wat water en poetst ze vervolgens haar tanden. Zij vindt het fijn dat ze eerst kan drinken.



**Figuur 6.5** Volgen van het stappenplan bij het poetsen van de tanden – tandartspraktijk (foto genomen door mama van Ninthe)

### 6.2.3.3 Interieur

De participanten documenteerden niets over het interieur van de wachtruimte in de tandartspraktijk. Het kan zijn dat er niets opvalt, dat zij geen opmerkingen hebben of dat zij de ruimte niet bewust beleven. Toch bevestigt Anaïs tijdens haar interview dat ze de wachtruimte “mooi opgebouwd” vindt, waarbij ze ook spreekt van de tafel die ze mooi vindt (zie *Figuur 6.6*). De tafel valt dus op voor Anaïs. De wachtruimte zelf bevat kleur, is helemaal omringd door grote ramen waardoor er veel licht binnenvalt en er zijn planten en kunstobjecten aanwezig. Wat betreft het meubilair zijn er zowel zetels als stoelen waardoor patiënten hun zitplaats kunnen kiezen.



**Figuur 6.6** De tafel in de wachtruimte – tandartspraktijk (foto genomen door onderzoeker)

## 6.2.4 De behandelruimte

De behandelingen gebeuren in aparte kabinetten (zie *Figuur 6.7*). De behandelruimte valt in dit geval samen met de ruimte van de tandartsstoel<sup>2</sup>. Daarom wordt in deze bespreking geen onderscheid gemaakt tussen de behandelruimte en de tandartsstoel.

### 6.2.4.1 Ervaring vanuit de tandartsstoel

Net zoals bij het ziekenhuis wordt deze ruimte vanuit een zintuiglijke hoek benaderd, maar in dit geval enkel vanuit het “voelen” en het “zien”. Over het “horen”, het “ruiken” en het “proeven” vermeldden de participanten tijdens de interviews nauwelijks iets. Wellicht omdat hen dit niet opvalt of omdat zij geen opmerkingen hierover hebben en hier neutraal tegenover staan. Uitzonderingen hierop zijn de “irriterende geluiden” van bepaalde toestellen (Anaïs) en het proeven van “vieze stoffen” (Ninthe).

---

<sup>2</sup> Dit verschilt van de afdeling orthodontie in het ziekenhuis waarbij de behandelzaal werd geïnterpreteerd als het geheel van de verschillende tandartsstoelen.



**Figuur 6.7** Kabinet – tandartspraktijk (foto genomen door Bart Gosselin Photography)

### **Voelen**

Uit de interviews blijkt dat de participanten weinig lastige situaties meemaken tijdens de behandeling. Toch voelen ze soms een beetje pijn bijvoorbeeld bij een verdoving (Ninthe), of ondervinden ze moeilijkheden bij het slikken (Julie). Ook geeft Anaïs aan dat ze regelmatig pijn heeft of een rilling voelt wanneer de tandarts over haar tanden schraapt. Ze zegt dat ze daar niet goed tegen kan en heeft voor deze situaties graag iets in haar handen. Tijdens de observatie zag ik dat zij heel de consultatie lang een spiegel in haar handen vasthield. Ze vermeldt dat dit de eerste keer was dat ze dat deed en zegt hierover het volgende: *“de vorige keer dat ik daar ging had ik niks in mijn handen en als ik nu iets in mijn handen heb, vind ik dat beter, allez voel ik mij meer ontspannend”*. In het interview vertelt ze ook dat ze graag iets vastheeft om in te knijpen als ze pijn ervaart. Anaïs gebruikt de spiegel dus niet om mee te kunnen volgen wat de tandartsen doen. Daarnaast zijn er ook elementen die niet lastig, maar ook niet goed voelen. Ninthe bijvoorbeeld vertelt in het interview dat het voor haar *“raar”* voelde toen ze haar staart moest losmaken in de tandartsstoel. Zij heeft normaal nooit los haar, maar moest dit waarschijnlijk doen om haar hoofd plat te kunnen leggen op de hoofdsteun van de tandartsstoel. Naast de lastige of *“rare”* aspecten van de behandeling zijn er evengoed elementen die leuk aanvoelen. Zo vindt Ninthe het bijvoorbeeld aangenaam als de tandarts met een toestel water blaast in haar mond.

### **Zien**

Wanneer de participanten de ruimte binnengaan of in de tandartsstoel liggen, vallen de verschillende apparaten hen niet op. Dit wordt zo expliciet gezegd door Julie in het interview en kan ook indirect afgeleid worden uit het interview met Ninthe. Wat zij ziet als ze de behandelruimte binnengaat, is namelijk: *“zo de [tandarts]stoel en dan nog twee stoelen en een bureau, en allemaal apparaten”*. De tandartsstoel haalt zij als eerste aan en lijkt het belangrijkste te zijn in haar beleving. Als laatste vermeldt ze de apparaten, dit lijkt voor haar minder van belang te zijn dan de tandartsstoel.

Er wordt soms wel over de apparatuur gepraat in het interview. Zowel Ninthe als Julie praten over de lamp die in hun ogen schijnt. Zo zegt Julie: *“als je op die bank ligt dan is er zo een grote lamp en dat vind ik soms wel vervelend omdat je lang moet wachten en dan schijnt dat soms wel in uw ogen”*. Dit wordt bevestigd door Ninthe: *“soms schijnen ze per ongeluk met dat licht of zo te fel in uw ogen en dat doet wel soms pijn”*. Ninthe lost dit op door het gewoon te melden aan de tandarts. Indien dit niet gaat omdat de tandarts in haar mond aan het werken is en dit te lang duurt, sluit ze gewoon haar ogen. Julie daarentegen zegt niets. Zij vertelt dat het niet mogelijk is om er iets over te zeggen omdat de tandarts bezig is in haar mond.

In de behandelruimte was er een pop aanwezig om kinderen te leren hun gebit te poetsen. Dit is geen echte apparatuur, maar wordt wel gebruikt tijdens de consultatie. Ik zag de pop staan bij de observatie van Anaïs en vroeg na de consultatie voor wat die diende. Het bovenhalen van de pop gaf aanleiding tot gesprek en het broertje van Anaïs toonde al snel interesse hiervoor. Hij kreeg een elektrische tandenborstel en startte dan ook met deze te testen (zie *Figuur 6.8*). Ook zag ik dat Anaïs interesse toonde omdat ze keek hoe haar broertje het gebit van de pop poetste. Zowel Anaïs als haar broertje toonden dus belangstelling voor de pop en lijken het wel iets leuk te vinden. Het is wel zo dat indien ik dit niet ter sprake had gebracht, de pop waarschijnlijk niet gebruikt was geweest.



**Figuur 6.8** Pop om tanden te leren poetsen – tandartspraktijk (foto genomen door onderzoeker)

#### 6.2.4.2 Wachten tijdens de behandeling

De participanten vinden in het algemeen dat de tijd snel vooruitgaat als ze behandeld worden. Julie zegt bijvoorbeeld dat de tijd sneller gaat dan in de wachtruimte. Dit komt omdat de tandarts constant tegen haar praat en ze zich daarop focust. Ook Ninthe zegt dat de behandeling *“kei snel”* vooruit lijkt te gaan. Voor Anaïs hangt het van het soort behandeling af of de tijd snel gaat. Indien het een controle betreft, gaat dit snel. In andere gevallen kan het zijn dat de tijd traag gaat en dan vindt ze dit saai. Dit haalt ook Julie aan: *“als ze heel lang moeten werken, dan verveel ik mij echt hard en dan, hoe langer het duurt dan*

*begin je wel te letten dat het echt langer duurt*". In dat geval zou Julie het leuk vinden om zich bezig te kunnen houden indien dit mogelijk zou zijn. Ideaal zou voor haar boven de stoel een tv hangen.

Wat nog een invloed kan hebben op de perceptie van tijd is de aanwezigheid van familie. Anaïs gaat samen met haar broertje naar de tandarts. Tijdens de observatie merkte ik dat er tamelijk wat interactie was tussen Anaïs, haar mama en haar broertje. Ook zag ik dat haar broertje tijdens de behandeling rondliep in het kabinet en soms zelfs mee kwam kijken naar de mond van Anaïs. Er is dus veel beweging wanneer Anaïs in de tandartsstoel ligt en dit zorgt voor afleiding.

Het leukste moment tijdens de behandeling verschilt per participant. Voor Julie was dit wanneer ze te horen kreeg wat er juist aan de hand was. Op dit moment geeft de tandarts een antwoord op een vraag die Julie al vóór het vertrek heeft. Voor Ninthe was dit het ogenblik dat de behandeling eindigde. Zij wist op voorhand goed dat ze twee beginnende gaatjes moest laten vullen, dus zij had hier niet veel vragen bij. Alleen vond ze het nadien niet leuk dat haar kaak nog gezwollen was en dat ze ook niet kon eten of drinken.

### 6.2.4.3 Invloed van mensen in de beleving

#### **Personeel**

Het personeel kan de beleving van de participant sterk beïnvloeden. Participanten vinden het gedrag van de tandarts belangrijk. Voor Ninthe bijvoorbeeld is het van belang dat de tandarts lief en vriendelijk is. Ze bevestigt dat dit bij haar het geval was. Bijkomend zegt ze ook: *"bijvoorbeeld als je een stoute tandarts hebt dan is dat niet zo leuk"*. De manier waarop het personeel omgaat met de patiënt kan bepalen of deze ontspannen is en zich op zijn gemak voelt. Julie zegt namelijk dat ze wat zenuwachtig is op het moment dat ze de behandelruimte binnengaat. Ze weet dan niet goed wat ze moet zeggen en wacht dan ook tot de tandarts en/of de tandartsassistent tegen haar beginnen te praten. Indien het personeel dus sociaal en vlot in de omgang is, stelt dit Julie gerust. Daarnaast is het ook rustgevend om als patiënt zelf controle te krijgen tijdens de behandeling. In het geval van Ninthe sprak de tandarts een codesysteem af waarbij Ninthe haar duim kon opsteken als ze geen pijn voelde en haar duim naar beneden kon doen als ze wel pijn voelde. Verder werd er reeds op gewezen dat als de tandarts praat tijdens de behandeling dit ook voor afleiding kan zorgen waardoor de participant minder snel verveeld is. Ten slotte draagt een duidelijke uitleg van de tandarts op kindermaat bij tot het geruststellen van de participant. Dit was zo bij Ninthe, zij vindt dat de tandarts de handelingen heel goed uitlegt. Tijdens het interview bleek ook dat zij goed wist wat de tandarts en tandartsassistent allemaal hadden gedaan. Zij vertelt ook dat de tandarts en tandartsassistent eerst voordoen wat ze in Ninthes mond gaan doen door haar eerst te tonen hoe de toestellen werken en dit ook te laten voelen op haar hand. Zo zei Ninthe: *"Zo doen ze dat voor of ze doen "geef uw hand eens" en dan doen ze zo "pssshht" met zo water en zo."*

#### **Gezin**

Ook de aanwezige familie kan een rol spelen in de beleving van de participanten tijdens de behandeling. Dit was zo bij Anaïs. Tijdens de observatie zag ik dat haar broertje eerst in de tandartsstoel ging liggen. Anaïs wacht dus eerst de consultatie van haar broertje af. Dit vindt ze niet erg, ze vindt het juist leuker dat hij eerst gaat. Op die manier kan Anaïs al eens zien wat de tandarts bij hem doet. Toch beseft Anaïs ook dat haar consultatie niet helemaal hetzelfde zal verlopen. Zo zegt ze dat ze wist dat de tandarts bij haar geen foto's meer zou maken terwijl dat wel gebeurde bij haar broertje. Toch bereidt de consultatie van het broertje Anaïs voor om zelf de behandeling te ondergaan.

## 6.3 Conclusie

Uit de resultaten van het veldwerk in de tandartspraktijk blijkt dat de participanten in het algemeen een bezoek aan de tandarts niet als angstwekkend of stresserend ervaren. Ze voelen soms wel pijn, maar dit heeft een minimale invloed op hun beleving. Hoewel de participanten tijdens de interviews niet veel vermeldden of documenteerden over het interieur, kan het zijn dat dit toch bijdraagt tot een



ontspannen sfeer. De tandartspraktijk werd immers ontworpen met oog op het reduceren van angst. Het hout, de zetels, de huiselijkheid of de portretten aan de muur zijn allemaal elementen die bijdragen aan een gastvrije, gezellige en warme sfeer. Het feit dat de participanten niet veel opmerkten over het interieur, kan betekenen dat dit voldoet aan hun behoeften.

Daarnaast bleek ook dat de participanten niet lang moeten wachten bij hun tandartsbezoek. Tijdens de behandeling lijkt de tijd snel te gaan en de wachtruimte zelf is voorzien van diverse afleidingen die de participant bezighoudt tijdens het wachten zoals tijdschriften, muziek, wifi of een speelhoek. De speelhoek is echter wel gericht op een jonge leeftijd. Dit werd zo ook aangehaald door Ninthe. Oudere kinderen hebben namelijk andere behoeften dan jongere kinderen en dan volwassenen. Indirect kan de speelhoek wel afleiding bieden voor oudere kinderen. Dit was zo bij Anaïs die keek naar haar broertje die zich in de speelhoek vermaakte.

Wat me verwondert is dat er voor sommige patiënten toch een stilte hangt in de wachtzaal ondanks de muziek die er speelt, het straatgeluid en de indeling van zitplaatsen die geen rijtjes volgt. De ervaren stilte kan te maken hebben met het aantal aanwezige mensen in de wachtzaal. Indien er meer volk zit, kan het zijn dat participanten meer geneigd zijn niet te praten. Misschien is het zo dat mensen op die momenten dichter bij elkaar zitten en elkaar beter kunnen verstaan. Of misschien heeft deze perceptie ook te maken met de leeftijd waarbij jongere kinderen spontaner zijn en zich minder aantrekken van reacties van anderen.

Iets wat zeker geapprecieerd wordt en ook gebruikt wordt, is de lavabo met materiaal om de tanden te poetsen in de toiletten. De participanten weten dat dit aanwezig is en plannen een poetsbeurt ook in tijdens hun bezoek. Wat zeker nog positief is, zijn de poetsinstructies die er hangen. Deze worden effectief gebruikt en zijn kindvriendelijk. Daarbij heeft het nog een educatieve functie. Het leert namelijk hoe je je tanden goed kan poetsen.

In het kabinet zelf blijkt dat de participanten de lamp aan de tandartsstoel als meest vervelend ervaren omdat die in de ogen schijnt. Ook blijkt dat het ontspannend kan zijn om iets in de handen te hebben tijdens de behandeling. Dit kan zijn omdat de participanten zich geen houding weten aan te nemen of omdat dit stevig vastgehouden kan worden indien er pijn wordt ervaren.

In het algemeen blijkt de ouder voornamelijk een rol te hebben als steunfiguur en als autobestuurder naar de tandartspraktijk. Omdat de wayfinding en indeling van de tandartspraktijk eenvoudig zijn, heeft de ouder een beperkte rol in het helpen bij de oriëntatie. In het kabinet heeft de tandarts een grote rol in de beleving. Zijn gedrag maakt of de participanten zich op hun gemak voelen en dit is iets wat alle participanten belangrijk vinden.

## HOOFDSTUK 7: DISCUSSIE EN CONCLUSIE

### 7.1 Discussie

In deze discussie worden de resultaten van het ziekenhuis vergeleken met de resultaten van de tandartspraktijk. Dit wordt gecombineerd met inzichten vanuit de literatuur. Hiervoor wordt dezelfde indeling gevolgd zoals voorgesteld door Schreuder et al., namelijk *ruimtelijk comfort*, *privacy*, *autonomie*, *zintuiglijk comfort*, *veiligheid* en *sociaal comfort* (Schreuder et al., 2016).

#### 7.1.1 Ruimtelijk comfort

Uit de resultaten van het ziekenhuis blijkt dat participanten kleine ruimtes als onaangenaam of benauwend ervaren. Het kan er soms druk zijn waardoor sommige ruimtes klein aanvoelen. Dit wordt vooral ervaren in de wachtruimte en de behandelruimte voor orthodontie. In tegenstelling hiermee, vinden de participanten de gangen wel aangenaam. Dit kan juist komen doordat deze gangen relatief breed zijn voor het aantal mensen dat er passeert. In de wachtruimte voor orthodontie wordt de volledige capaciteit benut. Op momenten dat er veel volk aanwezig is, kan dit als vervelend ervaren

worden. In de wachtruimte voor de afdeling tandheelkunde in het ziekenhuis was er bijna niemand aanwezig. Marie beschrijft deze dan ook niet als klein. Ook de ruimtes in de tandartspraktijk waren relatief groot voor het aantal personen dat er komt. Aangezien de participanten van de tandartspraktijk hier niets over vermelden, lijkt dit te bevestigen dat ze de ruimtes voldoende groot en aangenaam vinden.

Daarnaast worden de behandelruimtes in de open behandelzaal op de afdeling orthodontie in het ziekenhuis als klein ervaren. Deze kleine ruimtes kunnen invloed hebben op de beleving van de participant. Nona wist bijvoorbeeld niet goed wat er gebeurde toen veel mensen (supervisor, assistenten, haar mama en de observator) rond haar stonden. Door de kleine ruimte kan het dus drukker aanvoelen dan het in werkelijkheid is. Ook vermeldde Joke dat ze het spannend vindt om in de tandartsstoel te gaan liggen omdat het er enger uitziet dan het eigenlijk is. De stoel kan extra groot lijken als het in een kleine ruimte staat. Toch heeft de kleine behandelruimte niet altijd effect op de beleving van de participant. Noek vertelde dat de grootte van de behandelruimte voor haar niet uitmaakt omdat ze zelf in de stoel lag. Wel zou dit gevolgen kunnen hebben voor de ouder die meekomt. Enkele participanten haalden immers aan dat hun ouder moeilijk langs de tandartsstoel kon passeren. De behandelruimte zou dus voorzien moeten worden op voldoende plaats voor de ouder. Op de afdeling orthodontie komen immers ook veel ouders mee. Naast kleine ruimtes kan een laag plafond de ruimte ook beklemmend doen voelen zoals dit was voor Annabel in de lift. Het feit dat patiënten grote ruimtes en hoge plafonds verkiezen wordt ook bevestigd in de literatuur (Schreuder et al., 2016).

Toch wordt ook geborgenheid door de participanten naar voren geschoven als een ruimtelijke kwaliteit. De tandartspraktijk wil dit ook bekomen door een kleine schaal te behouden en een huiselijke sfeer te creëren (zie 6.1 *Context*). Het tegenovergestelde gebeurt bij het onthaal van het ziekenhuis. Omdat enkele diensten in het ziekenhuis zijn verhuisd naar de campus aan de ring (zie 5.1 *Context*), is het ziekenhuis overgedimensioneerd voor het aantal gebruikers. Nona werd hier een beetje angstig van. Dit verschilt met het inzicht van Schreuder et al. (Schreuder et al., 2016). Patiënten hebben inderdaad graag grote ruimtes, maar indien die te groot wordt en overgedimensioneerd is, is dit ten nadele van een geborgen sfeer. Het gevoel van geborgenheid kan wel degelijk van belang zijn in de zorgsector. Om ruimtelijk comfort te bieden, is het daarom goed voldoende oppervlakte voor de verschillende ruimtes te voorzien, maar ook te zorgen dat ruimtes niet overgedimensioneerd worden.

Een ander element van ruimtelijk comfort betreft voorzieningen voor het poetsen van de tanden. Het blijkt dat participanten in de meeste gevallen hun tanden poetsen vóór ze op consultatie komen. De participanten willen graag een proper gebit. Zij ervaren immers druk omdat ze weten dat hun gebit gecontroleerd en beoordeeld zal worden door de tandarts. Het geeft hen soms wat stress als de tandarts zegt dat hun tanden niet goed gereinigd zijn. Het poetsen van de tanden gebeurt meestal thuis indien de participant van thuis vertrekt. Als de participant van school of elders komt, gebeurt dit in het ziekenhuis of de tandartspraktijk zelf. Dit gebeurt dan zowel in het ziekenhuis als in de tandartspraktijk aan de lavabo bij de toiletten aansluitend aan de wachtruimte. Toch blijkt dat als patiënten in het ziekenhuis op het uur van hun afspraak of later toekomen, ze minder geneigd zijn hun tanden te poetsen. Een reden hiervoor kan zijn dat ze hun consultatie niet willen missen wanneer de tandarts hen komt halen in de wachtruimte. De toiletten in het ziekenhuis zijn namelijk afgesloten van de wachtruimte met een deur. Vanuit de wc is er geen zicht op wat er gebeurt in de wachtruimte. Ook de toiletten in de tandartspraktijk zijn afgesloten met een deur. Toch is het in te beelden dat patiënten daar wel snel nog hun tanden poetsen als ze te laat komen. In de tandartspraktijk kan je namelijk aan de persoon van het onthaal vertellen dat je even je tanden gaat poetsen zodat je de consultatie niet mist. Bij het ziekenhuis is het niet mogelijk om iemand te verwittigen. De wachtruimte zou daarom voorzien kunnen worden van een plek, afzonderlijk van de toiletten, waar patiënten hun tanden nog kunnen poetsen voor hun consultatie. Deze ruimte zou een beetje afgesloten kunnen worden van de

andere wachtenden, maar wel met zicht op de toegang zodat ze hun afroeping niet missen. Dit kan bijvoorbeeld door te werken met transparante materialen of lage muren die zichten op de toegang toelaten. Deze plek zou bijkomend voorzien kunnen worden met materiaal om de tanden te reinigen, zoals dit reeds voorzien is bij de tandartspraktijk. Voor deze ruimte wordt er dan ook best rekening gehouden met plaats voor dit materiaal. Participanten vergeten namelijk soms hun tandenborstel en dan is het handig dat dit toch aanwezig is. Daarnaast bleek een stappenplan om de tanden te poetsen kindvriendelijk, educatief en nuttig te zijn in de tandartspraktijk.

Tot slot is het goed dieper in te gaan op de wayfinding. In tegenstelling tot de resultaten van de tandartspraktijk is dit een belangrijke focus in de resultaten van het ziekenhuis. De wayfinding verloopt daar immers moeizamer. Dit lijkt logisch aangezien de tandartspraktijk zich situeert op één niveau en van een kleinere schaal is dan het ziekenhuis. Het ziekenhuis daarentegen is gespreid over meerdere verdiepingen waardoor de route die participanten moeten doorlopen langer is. Daarnaast kunnen een open ruimte van het onthaal en wachtruimte, doorzichten en een logische ruimtelijke indeling bijdragen aan een overzichtelijk beeld, zoals dit voorkomt in de tandartspraktijk.

Verder kunnen architectonische elementen die op elkaar lijken voor verwarring zorgen. Dit kwam tot uiting in het ziekenhuis. Participanten gingen een verkeerde ruimte binnen of wisten in sommige gevallen niet of ze in de juiste wachtruimte zaten. Ook vinden participanten het moeilijk hun weg te vinden via de trap omdat ze niet weten waar ze moeten stoppen. Dit kan komen omdat de deuren, die toegang bieden tot de betreffende verdieping, op elkaar lijken. De lift kan dan een alternatief zijn om makkelijk op de juiste verdieping terecht te komen. Je dient dan enkel de juiste knop in de lift in te duwen. Om wayfinding te verbeteren zouden oriëntatiepunten in het gebouw of op plekken waar de wayfinding moeilijk verloopt, voorzien kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld door te werken met kleuren, maar ook door het voorzien van doorzichten of zichten naar buiten.

Het ziekenhuis is voorzien van wegwijzers. Pijlen en bordjes zijn nuttig om het comfort te verhogen. Dit is iets wat aangegeven werd in de literatuur (Ulrich et al., 2010). De participanten maken daar ook gebruik van en dit wijst op de noodzaak ervan. Bijkomend krijgen de participanten aan het onthaal een wegbeschrijving mee wat de wayfinding kan bevorderen. Het ziekenhuis heeft dus al meerdere initiatieven genomen om de wayfinding vlot te laten verlopen. Toch blijkt het soms nog complex te zijn. En dit zeker voor participanten die er nog niet veel zijn geweest. In die gevallen doen de participanten een beroep op hun ouders om te helpen bij het vinden van de weg. Indien de participanten er regelmatig komen, hebben zij misschien minder nood aan de hulp van hun ouder, hoewel dit niet zo is bij alle participanten. Marie bijvoorbeeld komt al van jongs af naar het ziekenhuis en nog steeds benoemt ze het gebouw als een "*doolhofje*". Het ziekenhuis is een relatief oud gebouw. Dit gebouw heeft een bestaande structuur en het is niet evident om daar verschillende diensten in onder te brengen. Toch heeft men bij de tandartspraktijk ook rekening moeten houden met een bestaande structuur. Omdat het ziekenhuis groter is en een langere geschiedenis aan verbouwingen en veranderingen kent, is het gebouw complexer. In het ziekenhuis moet eerst een tamelijk lange weg afgelegd worden vooraleer de participant in de wachtruimte aankomt. Bij de tandartspraktijk komt de participant als het ware in de wachtruimte binnen. Deze positie van de wachtruimte aan de inkom vergemakkelijkt de wayfinding. De wayfinding kan dus makkelijker verlopen indien belangrijke functies in het gebouw dicht bij de inkom worden geplaatst. Het lijkt goed om de route naar de wachtruimte kort te houden. Vanaf de wachtruimte worden de participanten echter naar het kabinet begeleid door een tandarts en zullen ze minder problemen met wayfinding ondervinden.

Een laatste bedenking is dat in de literatuur wordt beschreven dat een moeilijke wayfinding leidt tot stress of frustratie (Ulrich et al., 2010). Dit kan inderdaad zo zijn, maar uit dit onderzoek blijkt dat dit niet altijd negatief wordt ervaren. Marie vindt het namelijk leuk haar weg te zoeken als de consultatie

gedaan is. Omdat haar mama erbij is, weet ze wel zeker dat ze de weg terugvindt. Ze doet dit ook bij het weggaan, een moment dat ze zich niet moet haasten.

### 7.1.2 Privacy

De behoefte aan privacy komt vooral ter sprake in de casestudie van het ziekenhuis, namelijk in relatie tot de behandelzaal orthodontie. Door de open ruimte en lage muren tussen de tandartsstoelen is het mogelijk andere patiënten te zien. Dit schaadt de visuele privacy, maar Annabel is de enige participant die dit negatief ervaart. Zij vindt het raar dat ze de patiënt naast haar kan zien en ze heeft dan het gevoel dat die in haar persoonlijke ruimte zit. Dit wordt ook beïnvloed door de kleine ruimte. Annabel zou dan ook liever hebben dat de muur doorgetrokken wordt. In het algemeen lijken de meeste participanten het niet erg te vinden om elkaar te zien in de tandheelkundige setting. Het is vooral de auditieve privacy die een rol speelt in de beleving van de participanten. De open behandelzaal op de afdeling orthodontie in het ziekenhuis maakt het immers mogelijk dat participanten lawaai en andere personen horen als ze in de tandartsstoel zitten. Ook horen andere patiënten wat er bij de participant wordt gezegd. Participanten horen vooral de drukte, pratende mensen en achtergrondgeluiden zoals verschuivende papieren. De radio die op de achtergrond speelt valt niemand op. De geluiden kunnen als lastig ervaren worden. Dit is zeker zo bij Annabel aangezien ze zegt dat dit zelfs de communicatie met het personeel verstoort. Ook in de literatuur blijkt dat lawaai één van de grootste problemen is in een ziekenhuiscontext. Verder bevestigt literatuur dat dit communicatie kan verhinderen (Ulrich et al., 2010). Toch zijn de meningen over de open behandelzaal in het ziekenhuis verdeeld. Sommige participanten verkiezen aparte kabinetten omwille van auditieve privacy. Anderen vinden de open behandelzaal gezellig en vinden het goed dat het stiltes doorbreekt. Bijkomend kan het helpen om andere patiënten te zien wanneer die dezelfde behandeling ondergaan. In deze gevallen geeft dit steun. Dit is ook het uitgangspunt op de afdeling tandheelkunde van de Sapienza universiteit in Rome. Het zien van andere patiënten in de open behandelruimte verbetert “goed” gedrag bij deze kinderen (Gaetano et al., 2017). Aan de andere kant herinner ik mij de studente die tijdens het meelopen op mijn praktijkstage vertelde dat het soms storend kan zijn wanneer een jonge patiënt in het naastliggende kabinet begint te wenen (zie 3.1.1 *Inzichten m.b.t. de tandheelkundige omgeving*). Het kan ook zijn dat de studente toen sprak over kleinere kinderen en invasieve handelingen.

Een compromis tussen deze meningen over de behandelzaal orthodontie in het ziekenhuis zou beide partijen tevreden kunnen stellen. Een open behandelzaal per twee of drie patiënten, zoals Joke voorstelt, zou een oplossing kunnen bieden. In dit geval vermindert het lawaai, maar is er toch nog achtergrondgeluid en contact tussen verschillende patiënten. Indien dan ook voldoende oppervlakte per patiënt voorzien wordt, laat dit persoonlijke ruimte toe. Een andere mogelijkheid zou zijn om toch aparte kabinetten te maken, maar eventueel met transparante delen zodat contact tussen de patiënten mogelijk blijft. Over de aparte kabinetten op de afdeling tandheelkunde in het ziekenhuis of de tandartspraktijk werd immers niets opgemerkt. In de tandartspraktijk speelde muziek en dit kan de stilte doorbreken.

In de masterproef werd het personeel niet bevroegd. Zij zouden meer inzicht kunnen geven vanuit hun perspectief. Het kan namelijk zijn dat de open zaal het voor de supervisor toelaat om vlotter te schakelen tussen verschillende patiënten en om overzicht te houden.

### 7.1.3 Autonomie

Autonomie werd in de literatuur voorgesteld als de mogelijkheid om eigen keuzes te maken en controle te ervaren (Schreuder et al., 2016; Ulrich et al., 2010). Uit de resultaten blijkt dat controle kan worden ervaren tijdens de behandeling door een teken met de tandarts af te spreken dat gebruikt wordt bij pijn of een ander onaangenaam gevoel. Ook kan het spelend interageren met de omgeving, zoals dit het

geval was bij Fenne, een vorm van autonomie zijn. Het kan bovendien een uitlaatklep zijn voor spanning. Daarnaast zijn er ook andere vormen van autonomie op te merken. In deze gevallen gaat het meer over het zelfstandig functioneren van de participant. De leeftijd van de participant lijkt mee te bepalen of de participant zelfstandig kan zijn in een tandartsbezoek. Oudere kinderen, van 13 tot en met 15 jaar, zijn meer zelfstandig dan jongere kinderen. Zij gaan soms al alleen naar de tandarts en doen dit te voet of met de bus (Julie en Noek). Het kan zijn dat deze participanten de werking van het ziekenhuis of tandartspraktijk beter kennen. Noek gaat bijvoorbeeld al anderhalf jaar op consultatie voor orthodontie, dus voor haar is dit routine. Zij kent haar weg en de werkingen van het ziekenhuis goed. Hoewel het logisch lijkt dat de kinderen die voor orthodontie naar het ziekenhuis gaan meer zelfstandig zijn, blijkt dat niet het geval te zijn. Integendeel, kinderen hebben in het ziekenhuis in het algemeen meer nood aan hun ouder dan dit is in de tandartspraktijk. Ook Marie heeft meer nood aan een ouder, hoewel zij al van jongs af naar het ziekenhuis komt. De werking in het ziekenhuis, de inschrijvingsprocedure en de te volgen route, is in het algemeen moeilijker dan in de kleinschaligere tandartspraktijk. Dit is bijvoorbeeld bij het inschrijven zo. In de tandartspraktijk moet je gewoon aan de desk melden dat je aangekomen bent. In het ziekenhuis verloopt dit via inschrijving aan de balie of aan de inschrijvingsautomaat. Wel lijkt het inschrijven via de automaat kindvriendelijker te zijn. Als participanten zichzelf inschrijven met de hulp van hun ouder gebeurt dit aan de automaat en niet aan de balie. Bij kinderen die niet vaak in het ziekenhuis komen, lijkt het dat zij en hun ouder zich meer inschrijven aan de balie. Misschien weten de kinderen en hun ouders nog niet van het bestaan van de automaten, hoewel dit is aangegeven via een pijl. Of misschien weten ze niet hoe deze toestellen werken. In het algemeen moet het duidelijk zijn waar de participanten zich kunnen inschrijven en hoe de procedure hiervan verloopt. De ruimte kan hier aan bijdragen door een opvallende positie van de inschrijvingsbalie of -automaten in het onthaal. Dit kan een bijkomende focus krijgen door bijvoorbeeld het gebruik van signalisatie of van kleuren.

De meeste patiënten gaan met de auto naar de consultatie. Zij hebben dan hun ouder nodig om hen te brengen en/of te halen. Er is slechts één participant die de weg helemaal alleen doet met de bus. Het met de auto gaan kan wel als autonomer ervaren worden dan met het openbaar vervoer. Noek was bijvoorbeeld afhankelijk van haar bus om de consultatie niet te missen. Maar evengoed kan je in de auto ook afhankelijk zijn van file om op tijd te komen. In die gevallen heeft de participant geen controle en ervaart die spanningen.

#### 7.1.4 Zintuiglijk comfort

In grote lijnen kan gesteld worden dat participanten het ziekenhuis overwegend oud en saai vinden. Participanten verkiezen kleur en een modern interieur boven typische ziekenhuiskleuren zoals grijs of wit met “zwarte stippen”. De turquoise kleur van de vloer en ook van de bordjes in de gang worden gewaardeerd. Participanten geven de suggestie om kleur in het interieur te integreren in de vorm van gekleurde muren en kunst zoals schilderijen of tekeningen van andere patiënten. Kleur is voornamelijk nodig in ruimtes waar de participant moet wachten, dus in de wachtruimte en de behandelruimte. De behoefte aan kleur blijkt enkel in het ouder deel van het ziekenhuis te bestaan. Marie, die in het nieuwer deel terecht kwam, vermeldde niets over kleur. Waarschijnlijk was dit omdat er al kleur aanwezig was in deze nieuwere wachtruimte en behandelkamer. Het interieur in dit nieuwe deel ziet er ook modern uit. Opmerkelijk is dat de participanten van de tandartspraktijk niets vermelden over kleur. Het kan zijn dat zij geen opmerkingen over het interieur hebben omdat de ruimte al aan hun behoeften voldoet. De tandartspraktijk bevat namelijk gekleurde meubelen, een houten balie, tekeningen van andere patiënten, kunst en is ook nieuw en modern. De tandartspraktijk werd immers ontworpen met oog op het welbevinden van patiënten (zie 6.1 Context). De literatuur bevestigt dat de aanwezigheid van kunst het comfort bij patiënten kan verhogen (Ulrich et al., 2010). Ook blijkt uit andere onderzoeken dat

kinderen in een tandheelkundige omgeving kleur verkiezen, maar vooral in de vorm van muurtekeningen of -stickers. Eveneens blijkt dat ze graag hebben dat de omgeving uitgerust wordt met speelgoed (Jayakaran et al., 2017). Deze bevindingen komen niet helemaal overeen met de resultaten van dit onderzoek, wellicht omdat het hier om een oudere doelgroep gaat. Ook werd in de afdeling tandheelkunde van de Sapienza universiteit in Rome veel kleur gebruikt, gaande van de muren en vloeren, tot de meubels en zelfs tot de kleding van de tandartsen. Vanuit de resultaten van dit onderzoek lijkt dat de participanten het niet nodig vinden om zoveel kleur te integreren, maar opteren ze voor kleuraccenten in de ruimte. Het toevoegen van kleur in de ruimte lijkt een eenvoudige ingreep te zijn die het comfort van de participanten kan verhogen.

Daarnaast waarderen patiënten ook planten en licht in het interieur. Donkere ruimtes kunnen angstwekkend zijn. Dit was bijvoorbeeld het geval in de trappenhallen en het onthaal van het ziekenhuis. In de interviews van de tandartspraktijk werd niets vermeld over donkere ruimtes. In elke ruimte komt daar ook daglicht binnen. Verder komt uit de literatuur naar voren dat planten positief kunnen bijdragen aan het welbevinden (Ulrich, 1984). Uit de resultaten van het ziekenhuis volgt bijkomend dat groene planten leven kunnen brengen in een ruimte waar weinig volk komt. Om deze redenen is het belangrijk om voldoende ramen te voorzien zodat daglicht de ruimte kan binnentreden. In trappenhallen kan er eventueel gewerkt worden met dakramen zodat het licht van boven kan binnenkomen. Anders kan er heldere verlichting voorzien worden. Daarnaast is het ook van belang om aandacht te besteden aan de positie van ramen. Zicht op de natuur, vanuit de tandartsstoel of vanuit de zitplaatsen in de wachtruimte, kan immers bijdragen aan een ontspannen gevoel.

Andere aspecten die in het interieur opvallen, maar waar geen echte mening over wordt uitgesproken, zijn de *“karretjes met medicijnen”* (zie *Figuur 5.13*) die in de gangen staan in het ziekenhuis. Vanuit de praktijkstage hoorde ik dat er te weinig opslagplaats is voor de materialen van de dienst en daarom belanden zulke *“karretjes met medicijnen”* in de gang. In de tandartspraktijk zullen patiënten nooit zo'n karretjes zien staan. De tandartspraktijk werkt namelijk met een dubbelgangensysteem waardoor de looproutes voor patiënten gescheiden zijn van de circulatiewegen voor de tandartsen (zie *6.1 Context*). Participanten lijken eveneens onverschillig ten opzichte van de apparaten die ze vanuit de tandartsstoel zien, slechts één participant haalt aan dat dit een beetje angstwekkend is. De participanten hebben immers niet veel angst. Indien een participant wel veel stress zou ondervinden, zou de apparatuur misschien wel opvallen en als angstwekkend worden ervaren. In die gevallen kan een dubbelgangensysteem zijn nut tonen omdat de patiënten dan minder in contact komen met medische materialen. Op basis van de feedback van participanten in dit onderzoek lijkt het ook dat er op de afdeling tandheelkunde meer invasief in de mond wordt gewerkt. Dit hangt echter ook af van persoon tot persoon en de aard van de behandeling. Vanuit de literatuur impliceert dit dat de apparatuur daar meer angstwekkend ervaren kan worden (de Jongh, 2006). De participanten tandheelkunde lijken ook meer nood te hebben aan comfort in de stoel. Dit laat zich merken door Anais die graag iets in haar handen heeft tijdens de behandeling of Marie die een comfortabele tandartsstoel belangrijk vindt. Comfortabele meubels kunnen bijdragen aan een ontspannen toestand van de patiënt (Sternberg, 2009).

Zowel in het ziekenhuis als in de tandartspraktijk, delen participanten de ervaring van de lamp die in de ogen schijnt tijdens de behandeling. Zij vinden dit vervelend. Ik kan me ook voorstellen dat sommige patiënten liever wegstaren van de tandarts, maar dit kan juist in de richting van de lamp zijn. Dit zou dan voor lastige situaties kunnen zorgen. Hoe de participant met deze situatie omgaat, hangt af van de persoon. Sommigen sluiten hun ogen, anderen melden dit aan de tandarts, of nog anderen proberen hun ogen open te houden.

Verder werd in de literatuur vermeld dat kinderen graag een geurende tandheelkundige omgeving hebben (Jayakaran et al., 2017). Dit resultaat spreekt de bevindingen van dit onderzoek tegen. Participanten ruiken in de cases soms een speciale geur die ze niet kunnen thuisbrengen. Of de geur

positief of negatief wordt waargenomen, hangt af van de participant. Participanten kunnen van sommige geuren zelfs wat misselijk worden. Het liefst van al willen zij een neutrale geur. Een raam dat openstaat, vermindert niet enkel een benauwd gevoel, maar laat ook toe dat frisse lucht de ruimte binnenkomt. Dit wordt geapprecieerd door enkele participanten. Ook zou een aangepast ventilatiesysteem in deze gevallen het comfort kunnen verhogen. Toch zou een karakteristieke geur ook een kenmerk kunnen zijn voor de case of voor een plek in de case en bijdragen aan de wayfinding.

Wat betreft de temperatuur in de cases wordt er niet veel vermeld. Enkel Annabel vermeldt dat ze warme lucht voelt bij de toegang van het ziekenhuis en dit vindt ze niet aangenaam. Op het moment van de consultatie was het ook een warme dag, dus dan kan het inderdaad zijn dat Annabel liever geen warme lucht op zich krijgt. In de winter daarentegen als het koud is, kan die warme lucht juist wel positief ervaren worden. Dit is afhankelijk van de persoon en het seizoen.

Ook tijdens het wachten blijken zintuiglijke prikkels bij te dragen aan de beleving van het tandartsbezoek. Uit de resultaten blijkt dat lange wachttijden saai kunnen zijn en aanleiding kunnen geven tot verveling. Het kan ook zijn dat het wachten de tijd geeft aan de participant om na te denken over de consultatie of over andere zaken. Fenne zegt bijvoorbeeld dat hij in de wachtruimte graag zijn gedachten verzet door afleiding te zoeken. Dit heeft misschien ook te maken met het fietsongeval waarmee hij de tandheelkundige omgeving linkt (zie 5.2.1 *De voorbereiding, het onderweg zijn en het toekomen*). Het nadenken zou kunnen overgaan in piekeren en stress veroorzaken. Het wachten blijkt vooral van toepassing in het ziekenhuis. Dit komt omdat er daar meer mensen komen en er wachttijden zijn tussen de behandeling door studenten of assistenten en de supervisor. Dit verschilt met de tandartspraktijk. Uit de resultaten van de tandartspraktijk blijkt dat de afspraken stipt gevolgd worden. Afleiding, zoals de mogelijkheid om muziek te luisteren of om filmpjes te bekijken, zou een oplossing kunnen bieden voor de verveeldheid en de stress tijdens het wachten. Indien dit elektronische installaties betreft moet de ruimte hierop aangepast worden.

Participanten geven aan dat zij graag praten met hun ouder en dat ze dit soms het leukste vinden van het bezoek. Dit komt vooral tot uiting bij de resultaten van het ziekenhuis. In de wachtruimte blijkt dat praten soms moeilijk is. Dit is zo in het ziekenhuis, maar ook in de tandartspraktijk. Participanten ervaren frequent een ongemakkelijke stilte die ertoe leidt dat ze niet durven te praten. Het doorbreken van die stilte lijkt dus bij te kunnen dragen aan een verhoogd comfort. De vraag is echter hoe dat bekomen kan worden. Enkele participanten van het ziekenhuis suggereren om muziek in de wachtruimte te integreren. Op die manier zou de stilte doorbroken worden, het praten zal minder opvallen of mensen kunnen minder gemakkelijk meeluisteren. Toch speelde er ook muziek in de wachtruimte van de tandartspraktijk en ervaart Julie ook daar een ongemakkelijke stilte. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn om de ruimte-indeling van de wachtruimte aan te passen. Daarbij zou gezocht kunnen worden naar een alternatieve opstelling van zitplaatsen, eerder dan rijtjes stoelen naast elkaar en tegenover elkaar. Toch is dit ook iets dat de tandartspraktijk al heeft toegepast. Vanuit de resultaten van de tandartspraktijk blijkt ook dat de stilte als ongemakkelijk wordt ervaren als er meer mensen in de ruimte aanwezig zijn. Om deze reden zou een voldoende grote wachtruimte een oplossing kunnen bieden. Een andere optie is om afzonderlijke plekken te creëren waar dat patiënten, die samen met hun ouder komen, op hun gemak kunnen babbelen. Uiteraard is hier niet altijd plaats voor. Ook de leeftijd van de participanten kan een invloed hebben op hoe zij stilte ervaren. Ik kan me inbeelden dat jongere kinderen spontaner kunnen zijn en dan meer geneigd zijn om wel te praten. Tot slot ervaart ook niet elke participant een stilte. Dit is bijvoorbeeld bij Marie. Zij vertelt dat ze de wachtruimte orthodontie in het ziekenhuis niet als stil ervaart.

Voor de rest is het van belang om een diversiteit aan afleiding te bieden. Wat participanten gebruiken in de wachtzaal hangt immers af van persoon tot persoon. Wat wel frequent gebruikt werd, is de smartphone. Dit volgt uit de resultaten van beide cases, maar dit zag ik ook in een vorig onderzoek

dat ik deed. Hierbij onderzocht ik hoe mensen een wachtruimte gebruiken en kwam ik tot de conclusie dat de smartphone het meest gebruikte medium was (zie 3.1.1 *Inzichten m.b.t. de tandheelkundige omgeving*). Een tandartspraktijk of een ziekenhuis kan daar dan ook op voorzien worden door bijvoorbeeld goede wifi en oplaadpunten ter beschikking te stellen. Wifi is in beide cases reeds aanwezig. Uit de resultaten blijkt dat één participant het gebruik van de smartphone asociaal vindt. Misschien kan er in de toekomst gezocht worden naar een interactief systeem voor tijdens het wachten, dat gekoppeld wordt aan de smartphone van bezoekers en dat sociale interactie toelaat. Dit idee volgt de recente ontwikkelingen over interactieve systemen vanuit de literatuur (Biddiss et al., 2013).

Een andere verkozen activiteit tijdens het wachten is lezen. Uit de resultaten van het ziekenhuis blijkt dat participanten eigen lectuur meenemen of tijdschriften lezen die aanwezig zijn in de wachtruimte. Bij de tandartspraktijk nemen de participanten geen eigen tijdschriften mee. Uit de resultaten van het ziekenhuis bleek dat de boekjes niet altijd zichtbaar zijn. Er werd dan ook gesuggereerd om deze op een tafeltje in het midden van de ruimte te leggen. Ik kan me wel voorstellen dat als de volledige capaciteit van de wachtruimte benut moet worden, het niet evident is om in het midden van de ruimte een tafel met boekjes te plaatsen. Bijkomend zal er op die manier misschien een centriscche opstelling van de zitplaatsen ontstaan wat die onaangename stilte kan versterken. Wel zouden de boekjes zo geplaatst kunnen worden dat ze zichtbaar en toegankelijk zijn. Ook kwam uit de resultaten van de tandartspraktijk de opmerking om strips te voorzien voor iets oudere kinderen. Het lijkt goed niet enkel te focussen op jongere kinderen. Op de afdeling tandheelkunde van de Sapienza universiteit van Rome werd daar voor het speelgoed wel enkel gefocust op jonge kinderen omdat ze ervanuit gingen dat oudere kinderen hun eigen afleiding meenemen (Gaetano et al., 2017). Vanuit dit onderzoek wordt dit niet bevestigd. Toch kan het zien spelen van kleinere kinderen ook afleiding geven, zoals dit is bij Anaïs en haar broertje. Eventueel kan er ook schrijfgierief voorzien worden zodat patiënten ook kruiswoordraadsels en dergelijke kunnen maken als ze zelf geen pen meehebben.

Ook een digitaal scherm kan afleiding bieden. Uit de resultaten van het ziekenhuis blijkt er wel een scherm te zijn, maar staat dit niet altijd aan. Dit vinden sommige participanten nutteloos.

Tenslotte was het waterkraantje ook iets dat regelmatig gebruikt wordt. Participanten vinden het aangenaam dat ze kunnen drinken, maar het halen van water kan ook een manier zijn om afleiding te zoeken of eens recht te staan tijdens het wachten.

Al deze ingrepen om afleiding te bieden, vragen plaats. Hier zou dan ook rekening mee gehouden moeten worden bij het ontwerpen van een wachtruimte. Het kan ook zijn dat de verschillende soorten afleiding een eigen plek krijgen. Die plekken kunnen dan geaccentueerd worden door bijvoorbeeld het gebruik van lage muurtjes of gordijnen. Bijkomend moet er aandacht besteed worden aan de zichtbaarheid van deze afleidingsmedia. Zo is het goed dat een scherm van alle plaatsen in de ruimte zichtbaar is, dit geldt ook voor bijvoorbeeld tijdschriften.

In de behandelruimte zelf lijkt er ook nood te zijn aan afleiding. Dit was meer een noodzaak in het ziekenhuis omdat dat er daar ook effectief gewacht moest worden. Uit de resultaten blijkt dat de participanten het leuk vonden om bij het wachten op de supervisor, het notitieboekje in te vullen om zich bezig te houden. Maar ook tijdens de behandeling zouden de participanten graag iets hebben om hen af te leiden. Op dit moment luisteren zij vaak naar wat de tandarts zegt, maar Julie gaf de suggestie om een tv boven het hoofd te hangen. Dit is in lijn met wat de literatuur aangeeft. Afleiding tijdens de behandeling lijkt de beleving positief te beïnvloeden (Gaetano et al., 2017; Jayakaran et al., 2017). Ook virtual reality zou een meerwaarde kunnen bieden (Sullivan et al., 2000; Wiederhold et al., 2014).

Daarnaast praten de participanten ook met hun ouder in de behandelruimte. Bij Anaïs was er veel interactie tussen de tandarts, haar broertje, haar mama en haarzelf en was er ook beweging in het kabinet omdat haar broertje veel rondliep. Dit lijkt bij te dragen aan de indruk dat de consultatie sneller



voorbijgaat. Aan de andere kant zou het voor haar ook langdradig kunnen worden als de behandeling bij haar broertje lang duurt.

### 7.1.5 Veiligheid

Uit de literatuur blijkt dat het hebben van doorzichten in de ruimte en het zien van personeel een gevoel van veiligheid kunnen creëren (Schreuder et al., 2016). Dit is misschien meer van belang voor diensten waarbij de patiënt moet overnachten omdat zij niet in de constante aanwezigheid van medisch personeel zijn. Voor een tandheekkundige dienst lijkt dit niet noodzakelijk, in de behandelruimte is de tandarts altijd in de buurt, ook tijdens de behandeling. Toch komen er andere aspecten met betrekking tot veiligheid naar voren. Annabel geeft bijvoorbeeld aan dat ze in het ziekenhuis meer op haar gemak is als de supervisor komt controleren. Ze voelt zich dan misschien veiliger dan bij de assistenten. De supervisor heeft immers meer ervaring. Uit de resultaten van het ziekenhuis en de tandartspraktijk volgden er nog andere aspecten. Participanten wijzen er namelijk op dat ze het leuk vinden als de tandarts goed uitlegt welke handelingen hij uitvoert tijdens de behandeling. Soms spreken tandartsen echter een “codetaal” waar de participant niet zo veel van begrijpt. Daarnaast zou een uitleg van de ouder voor de consultatie ook kunnen geruststellen. Of in het geval van Anaïs vond ze het leuk dat ze eerst de behandeling van haar broertje kon zien. Het zien van de behandeling zou vertrouwen kunnen geven of maakt het mogelijk om al kennis te maken met de verschillende toestellen en hoe deze gebruikt worden. Nochtans gaat Anaïs regelmatig naar de tandarts en zou ze de apparatuur ondertussen al kennen. Deze voorbeelden geven aan dat participanten graag informatie over de behandeling hebben. Indien de participanten onwetend zijn van wat er staat te gebeuren, kan dit immers tot spanning leiden. Door informatie te krijgen, zijn ze voorbereid op wat de tandarts zal doen. Onverwachte handelingen kunnen misschien schrikwekkend zijn en onveilig aanvoelen. Ook vanuit de literatuur blijkt dat kinderen graag weten wat er gebeurt tijdens de behandeling (Jayakaran et al., 2017). Daarom zou er in de tandheekkundige omgeving er meer gebruik kunnen gemaakt worden van brochures of posters. Dit werd ook zo toegepast op de afdeling tandheelkunde van de Sapienza universiteit in Rome (Gaetano et al., 2017). Hierbij is het belangrijk dat de informatie op kindermaat wordt gegeven. Soms verloopt het geven van informatie via schermen, maar is dit niet altijd kindvriendelijk. Annabel vertelde bijvoorbeeld dat ze de afbeeldingen op de schermen choquerend vond en ervaarde dit negatief. Afschrikwekkende beelden lijken best vermeden te worden. Ook kan aan het einde van de consultatie informatie gegeven worden over de stappen die in de volgende consultatie zullen gebeuren. Dit kan tussentijds piekeren verminderen. De behandelruimte zou hierop voorzien kunnen worden van een plek waar dat de behandeling, diagnose of evaluatie van het gebit rustig besproken kan worden met de tandarts. Deze plek kan uitgerust worden met een tafel en stoelen. Een andere manier waarop de ruimte kan bijdragen aan het geven van informatie aan patiënten zou kunnen zijn om doorzicht vanuit de wachtruimte of gang naar de behandelruimte toe te laten. Deze ingreep lijkt logischer voor een open behandelruimte dan voor aparte kabinetten. Dit zou gerealiseerd kunnen worden door de open behandelruimte van transparante delen te voorzien waarbij rekening wordt gehouden met de privacy van de patiënt. Hierdoor zouden andere patiënten al eens kunnen binnenkijken en kennismaken met de tandheekkundige omgeving en handelingen. Hierbij zou dan eventueel uitleg gegeven kunnen worden via audio bijvoorbeeld.

Verder bleek uit de literatuur dat het zien van sporen van andere patiënten, zoals tekeningen, geruststellend kan zijn. Dit komt omdat de patiënten dan zien dat leeftijdsgenoten hetzelfde hebben ondergaan en dit goed afgelopen is (Gaetano et al., 2017). Op die manier zou dit een gevoel van veiligheid creëren. Ook de tandartspraktijk heeft in de wachtzaal een hoekje waar tekeningen hangen van kinderen die er zijn geweest. In hetzelfde hoekje kunnen kinderen eveneens krijttekeningen maken die in de praktijk achterblijven (zie *Figuur 6.4*). Andere jonge patiënten die er komen, kunnen die zien.

Op deze manier kan dit hetzelfde effect hebben zoals in de literatuur werd voorgesteld. Toch vermeldden de participanten hier niets over in de interviews. Misschien heeft dit te maken met hun leeftijd. Het kan zijn dat de tekeningen enkel effect hebben bij jongere kinderen. Daarbij tekende geen enkele participant tijdens het wachten en ook bijna niet in het notitieboekje voor het onderzoek. Bovendien hebben deze participanten geen moeite met een tandartsbezoek en volgt daaruit dat ze minder nood hebben om op die manier gerust gesteld te worden. Uit de resultaten van het ziekenhuis blijkt wel dat één participant ook suggereerde om tekeningen van andere jonge patiënten omhoog te hangen. Dit voorstel werd bedoeld als een manier om afleiding te bieden, eerder dan om een veilig gevoel te genereren. Eén participant van de tandartspraktijk vermeldde in de interviews wel de portretten van de tandartsen aan de muur van het onthaal (zie *Figuur 6.3*). Deze foto's kunnen een verwelkomend gevoel geven. Het zien van deze mensen kan de patiënten misschien ook op hun gemak stellen omdat dit bijdraagt aan een gastvrije en warme sfeer. Het kan ook geruststellend zijn om te weten bij wie je terecht zal komen.

### 7.1.6 Sociaal comfort

In het boek van de Jongh wordt angst voor de tandarts voorgesteld als een belangrijk item in de tandheelkundige praktijk (de Jongh, 2006). Het verminderen van angst vormt ook het uitgangspunt van deze masterproef. Echter bleek uit de resultaten van zowel het ziekenhuis als de tandartspraktijk dat dit bij de participanten niet aanwezig was. De participanten ervaren in het algemeen geen stress of angst tijdens het tandartsbezoek en hebben er geen moeite mee. Dit neemt niet weg dat er wel enkele spannende momenten zijn zoals bijvoorbeeld het binnengaan van de tandartspraktijk (Ninthe), het binnengaan van het kabinet (Julie) of het horen van de uitslag (Joke, Anaïs). Uit de resultaten blijkt ook dat het voelen van angst of stress afhankelijk is van de leeftijd. Marie gaf bijvoorbeeld aan dat ze meer stress ervaarde toen ze jonger was. Dit lijkt enigszins logisch omdat ze als kind nog niet alle behandelingen of alle apparaten kende. Tandheelkundige handelingen waren toen nieuw voor haar. Het hebben van stresserende momenten kan ook afhangen van de voorgeschiedenis die iemand heeft. Het fietsongeval van Fenne leidde er namelijk toe dat hij meer stress ervaarde bij een tandartsbezoek omdat hij dit linkte met het ongeval. In tegenstelling hiermee geven sommige participanten zelfs aan dat ze het leuk vinden om naar de tandarts te gaan (Nona, Marie). Een tandartsbezoek met iets aangenaam koppelen, zoals winkelen in de stad, kan de beleving van het bezoek positief beïnvloeden. Ook kan het benieuwd zijn impliceren dat de participanten uitkijken naar het bezoek en angst reduceren. Dit was zo bijvoorbeeld bij Fenne die voor de eerste keer geen angst vertoonde voor het tandartsbezoek.

Een tweede opmerking bij het boek van de Jong (de Jongh, 2006) is dat de focus vooral op praktijken in de tandartsstoel ligt. Uit dit onderzoek blijkt dat stress niet enkel ervaren wordt in de tandartsstoel. Ook het onderweg zijn en het op tijd willen komen of in de file staan kan stresserend zijn.

Ouders hebben een belangrijke rol bij het tandartsbezoek. Zij vervoeren hun kinderen naar de case, helpen eventueel bij het inschrijven of bij het wijzen van de weg, bieden afleiding door te babbelen, helpen bij het beantwoorden van vragen van de tandarts, maken afspraken en geven uitleg. Het uitvoeren van deze taken geeft de participanten steun en vertrouwen. Dit waarderen de participanten. Het feit dat ze graag hebben dat hun ouder meegaat, wordt bevestigd in de literatuur (Jayakaran et al., 2017). Tandheelkundige afdelingen in ziekenhuizen of tandartspraktijken worden daarom beter voorzien op de aanwezigheid van de ouder. Dit impliceert ook dat er voldoende plaats voorzien moet worden voor de ouder in de behandelruimte en dat passages langs toestellen mogelijk zijn. Zo kunnen ouders zich bewegen naar hun kind in de tandartsstoel.

Daarnaast kan het personeel ook een ondersteunende functie hebben. Uit de resultaten blijkt dat de participanten graag vriendelijke tandartsen hebben die ook geruststellen, die voorzichtig te werk

gaan om pijn te vermijden, die informatie geven en controle door het afspreken van een teken bij een pijngevoel en die vlot communiceren. Uit de literatuur over angst voor de tandarts kwam ook naar voor dat bruto of autoritair gedrag van de tandarts mee kan leiden tot traumatische ervaringen (de Jongh, 2006).

### 7.1.7 Beperkingen bij het onderzoek

Dit onderzoek werd zo betrouwbaar mogelijk uitgevoerd. Toch waren er enkele beperkingen.

In eerste instantie waren de participanten tussen 10 en 16 jaar oud. Dit is een beperkt leeftijdsbereik in de categorie “kinderen” van 0 tot 18 jaar. De resultaten die door dit onderzoek bekomen worden, zijn dan ook enkel een representatie van wat leeft binnen deze leeftijdscategorie. Dit impliceert ook dat de beleving van jongere kinderen anders kan zijn. Vanuit dit onderzoek kan niet nagegaan worden waar de verschillen liggen in de beleving van jongere en oudere kinderen.

Ook is het aantal participanten in dit onderzoek beperkt. Gezien het om een masterproef gaat, werd het onderzoek niet op grote schaal uitgevoerd. Bijkomend nam de procedure voor het ontvangen van goedkeuring van de Ethische Commissie heel wat tijd in beslag waardoor het echte veldwerk pas laat van start kon gaan. Dit veroorzaakte vertraging en maakte dat er minder participanten bevestigd konden worden. Omdat er één participant van de tandartspraktijk ziek viel, ging de vooropgestelde balans in het aantal participanten per case verloren.

Daarnaast bestaat de groep participanten uit één jongen en acht meisjes. Het kan zijn dat de resultaten anders zouden zijn mits een beter genderevenwicht. Mogelijk hebben jongens andere voorkeuren en behoeften dan meisjes. De verdeling volgens het geslacht van de participanten had ik als onderzoeker niet in de hand. De participanten werden gerekruteerd en voorgesteld door het ziekenhuis en de tandartspraktijk. Hoewel ik ook enkele jongens, die op consultatie gingen in het ziekenhuis, gecontacteerd heb, wilden zij niet meewerken. De drop-out was bij jongens dus hoger. Mogelijk spreekt de opdracht, waarbij gevraagd wordt om het tandartsbezoek te documenteren, eerder meisjes aan dan jongens.

Verder wilde ik de beleving voor tandheelkunde onderzoeken, maar werkte ik ook met participanten die kwamen voor orthodontie. Voor deze afdeling lijkt het eenvoudiger om participanten te rekruteren omdat deze patiënten tot de verkozen leeftijdscategorie behoren. Het kan ook zijn dat deze patiënten meer geneigd zijn om deel te nemen aan dit onderzoek omdat zij meer routine hebben en er graag iets ander bijnemen om afwisseling te hebben.

Uit het onderzoek bleek dat de procedures voor tandheelkunde meer invasief waren dan voor orthodontie. Dit kan meespelen in de beleving. Indien ik het onderzoek enkel gedaan zou hebben bij patiënten die voor tandheelkunde kwamen, zou dit misschien tot andere resultaten hebben geleid. Toch zijn er ook gelijkenissen tussen beide afdelingen zoals de context van de behandelruimte. Bovendien zou het ook kunnen dat het makkelijker was om orthodontie participanten te rekruteren omwille van de minder invasieve behandelingen. Patiënten die meer angsten ervaren zullen misschien minder geneigd zijn om deel te nemen. Fenne vermeldde dat hij in dit onderzoek voor de eerste keer niet bang was voor de consultatie. Het zou kunnen dat hij daarom mee wilde doen, maar dat hij dit niet gedaan zou hebben indien hij angst zou gehad hebben. Dit weet ik uiteraard niet zeker.

Bij sommige participanten deed ik een observatie, bij anderen niet. Dit was afhankelijk van de keuze van de participanten en hun ouders. Ik verkreeg echter meer en ook meer genuanceerde informatie indien ik bijkomend kon observeren. Hierdoor kan de beleving van de participanten die ik ook observeerde een overwicht hebben in de resultaten en analyse.

Tenslotte kan de volgorde van de interviews de bekomen informatie hebben beïnvloed. Zo deed ik de interviews met de participanten van het ziekenhuis voor het merendeel later in de tijd dan interviews

met de participanten van de tandartspraktijk. Bij latere interviews wist ik beter wat ik wilde vragen. Dat maakt dat latere interviews meer nuttige informatie kunnen bevatten dan eerdere interviews.

## 7.2 Conclusie

In deze masterproef werd onderzocht hoe kinderen tussen 10 en 16 jaar een tandartsbezoek beleven. Hierbij werd geanalyseerd welke gevoelens de participanten ondervinden in een tandheelkundige omgeving. Er werd vertrokken vanuit twee casestudies, een ziekenhuis en een tandartspraktijk. Op basis van de informatie van deze participanten werd onderzocht hoe de ruimte aangepast kan worden om aan hun behoeften te voldoen en hun ervaring in de tandheelkundige omgeving positief te beïnvloeden. Speciale aandacht ging naar mogelijkheden om angst en stress te verminderen. In deze conclusie wil ik enkele inzichten beschrijven voor de praktijk van het ontwerpen van een tandheelkundige omgeving. Tot slot wil ik ook enkele pistes voor bijkomend onderzoek aanreiken.

Een eerste bevinding is dat deze participanten over het algemeen een tandartsbezoek niet als angstwekkend ervaren. Dit in tegenstelling tot de nadruk die in de literatuur wordt gelegd op angst voor de tandarts bij kinderen. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat deze participanten vertrouwd zijn met de omgeving of geen invasieve procedures ondergingen op het moment van dit onderzoek. Het zou ook kunnen dat patiënten met minder angst meer geneigd zijn om deel te nemen aan dit onderzoek. Toch zijn er ook voor de participanten aan dit onderzoek spannende momenten in het tandartsbezoek, die zich niet beperken tot de locatie van de tandartsstoel. Deze momenten zijn er vooral bij het betreden van de praktijk en het kabinet. Ook tijdens het onderweg zijn naar het ziekenhuis of de tandartspraktijk, kan stress ervaren worden. Dit is het geval indien participanten niet weten wat er in het consult zal gebeuren of wanneer ze vrezende te laat te zijn op de afspraak.

Een tweede bevinding is dat de participanten een tandheelkundige omgeving verkiezen die afleiding biedt tijdens het wachten. Wachten kwam voor in zowel de wachtruimte als de behandelruimte en dit vooral in het geval van het universitair ziekenhuis. Wachten bleek te leiden tot verveling of stress. Afleiding kan verkregen worden door het interieur te voorzien van kleuraccenten. In dit onderzoek suggereren participanten om gebruik te maken van geschilderde muren, de aanwezigheid van kunstobjecten of schilderijen als ook tekeningen van andere patiënten. In de literatuur wordt ook het gebruik van kleuren naar voren geschoven. Wat participanten zeker wel waarderen zijn planten, zij kunnen leven brengen in de ruimte. In literatuur worden zichten naar buiten aanbevolen. In dit onderzoek blijken ook enkele participanten het belangrijk te vinden om een aangenaam zicht naar buiten te hebben, op de natuur en niet op een muur. Het wordt bevestigd in de literatuur dat zicht op de natuur de beleving positief beïnvloed. Tijdens het wachten in de wachtruimte zoeken de participanten graag afleiding door te lezen, via hun gsm of door te praten met hun ouder. Tijdschriften zouden daarom zichtbaar en toegankelijk in de ruimte geplaatst moeten worden. Ook praten participanten graag met hun ouders, maar soms ervaren ze een drempel in de wachtruimte omdat de stilte ongemakkelijk aanvoelt. Factoren die hier kunnen op inspelen zijn achtergrondgeluid, de indeling en de grootte van de ruimte.

Participanten hebben graag voldoende grote ruimtes zodat deze niet benauwd aanvoelen. Toch mogen de ruimtes ook niet overgedimensioneerd worden omdat dit het gevoel van geborgenheid teniet kan doen. Een te grote ruimte kan verlaten aanvoelen, zeker wanneer dit gecombineerd wordt met donkere kleuren. Dit kan angstwekkend zijn.

Over de open behandelruimte orthodontie in het ziekenhuis bleken de meningen verdeeld te zijn met betrekking tot privacy. Sommige participanten verkozen aparte kabinetten zodat ze niets van andere patiënten horen of zien. Andere patiënten wezen enkel op het storend achtergrondgeluid. Nog

anderen verkozen een open behandelzaal omdat het zien van andere patiënten steun kan bieden of omdat het achtergrondlawaai dan stiltes kan doorbreken. Vanuit de literatuur werd een open behandelzaal naar voor geschoven. Een compromis tussen deze conflicterende behoeften kan gevonden worden in een open behandelzaal met een maximum van zo'n twee of drie tandartsstoelen. Dit zou het achtergrondlawaai en de drukte kunnen beperken. En op die manier is er wel nog contact met andere patiënten mogelijk. Een andere mogelijkheid is om te werken met aparte kabinetten met transparante delen naar andere patiënten toe. Ook via de integratie van muziek kan stilte doorbroken worden.

Participanten poetsen graag hun tanden poetsen vóór ze bij de tandarts komen. Een plek met materialen om de tanden te poetsen in de wachtruimte wordt erg geapprecieerd. Dit kan in de wachtruimte geïntegreerd worden op zo'n manier dat er zicht is op de toegang van de ruimte zodat het afroepen voor de consultatie niet gemist wordt. Indien hiervoor een aparte ruimte voorzien wordt in de wachtruimte, zou het afroepen daar ook best hoorbaar zijn.

In de lijn der verwachting bleken oudere participanten zelfstandiger te zijn in hun tandartsbezoek dan jongere patiënten. De kleinschalige praktijk liet meer autonomie toe dan het ziekenhuis. Om zelfstandigheid te vergroten is een goede wayfinding belangrijk. Dit kan bekomen worden door een logische planindeling waarbij belangrijke functies zoals de wachtruimte dicht bij het onthaal worden geplaatst, door voldoende doorzichten en oriëntatiepunten te voorzien én door duidelijke signalisatie toe te voegen.

Tenslotte bleek dat de ouder een belangrijke persoon is in een tandartsbezoek bij 11- tot 15-jarigen. De ouder heeft een rol als autobestuurder tot het ziekenhuis of tandartspraktijk, helpt bij het inschrijven, helpt om de weg te wijzen tot de wachtruimte, biedt afleiding door te babbelen en geeft steun, maakt verdere afspraken en geeft uitleg over de behandeling. De ouder ging bij alle participanten mee. De ruimte zou hier dan ook rekening moeten mee houden. Zeker ook in de behandelruimte dient er voor de ouder voldoende ruimte voorzien te worden.

Dit onderzoek gebeurde bij kinderen van 11 tot 15 jaar. De meeste participanten komen frequent naar de tandarts en kennen de omgeving, de routines, het personeel. Het zou interessant zijn om onderzoek te doen bij totaal nieuwe patiënten omdat zij de ruimte dan ook echt ontdekken. Bijkomend kan het interessant zijn om een vervolgonderzoek te doen bij kleuters en lagereschoolkinderen over hoe zij de tandheelkundige omgeving beleven. Zij kunnen meer in contact komen met ongekende stimuli wat aanleiding kan geven tot angst. Zowel uit het literatuuronderzoek als uit mijn belevingsonderzoek blijkt namelijk dat de behoeften van deze doelgroepen erg kunnen verschillen van de onderzochte groep. Uit mijn onderzoek blijkt dat ouders een belangrijke rol hebben bij de begeleiding van hun kinderen tijdens het tandartsbezoek. Het zou een meerwaarde kunnen zijn om ook hun perspectief te onderzoeken zodat hiermee rekening kan gehouden worden bij het ontwerpen van een tandheelkundige praktijk. De beleving van de tandartsen zelf werd hier niet bevraagd. Ook dit kan een mogelijk focus zijn voor bijkomend onderzoek. Een nieuwe ontwikkeling betreft ook de inzet van virtual reality en interactieve systemen. Er kan vervolgonderzoek gebeuren naar hoe deze systemen ingezet kunnen worden in de tandheelkundige context om angst en stress te reduceren en de beleving positief te beïnvloeden.



## DEEL 4: BIBLIOGRAFIE EN BIJLAGEN





## GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Adams, M., Bruce, N., Davies, W., Cain, R., Jennings, P., Carlyle, A., . . . Plack, C. (2008). *Soundwalking as a methodology for understanding soundscapes*. Paper presented at the Proceedings of the Institute of Acoustics.
- AdLit. (2016). *Methodegids voor onderzoek bij kinderen en jongeren*. Retrieved from
- Aldridge, J. (2012). The participation of vulnerable children in photographic research. *Visual Studies*, 27(1), 48-58. doi:10.1080/1472586X.2012.642957
- Alimoglu, M. K., & Donmez, L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 549-555. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.09.001
- Alsarheed, M. (2011). Children's Perception of Their Dentists. *European journal of dentistry*, 5(2), 186-190.
- . Angst voor de tandarts: een persoonlijk verhaal. (1994). In RVU (Producer), *Kiezen tussen angst en pijn*. Nederland.
- Biddiss, E., Knibbe, T. J., Fehlings, D., McKeever, P., Cohen, A., & McPherson, A. (2017). Interactive media as a tool for reducing waiting anxiety at paediatric rehabilitation hospitals: a randomized controlled trial. *Developmental medicine and child neurology*, 60(6). doi:10.1111/dmnc.13646
- Biddiss, E., McPherson, A., Shea, G., & McKeever, P. (2013). The Design and Testing of Interactive Hospital Spaces to Meet the Needs of Waiting Children. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 6(3), 49-68. doi:10.1177/193758671300600305
- Blaut, J. M., Stea, D., Spencer, C., & Blades, M. (2003). Mapping as a Cultural and Cognitive Universal. *Annals of the Association of American Geographers*, 93(1), 165-185. doi:10.1111/1467-8306.93111
- Blomkvist, V., Eriksen, C. A., Theorell, T., Ulrich, R., & Rasmanis, G. (2005). Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(3), e1. doi:10.1136/oem.2004.017632
- Boyden, J., & Ennew, J. (1997). *Children in Focus - a Manual for Participatory Research with Children*. Stockholm, Sweden.
- Bryan, G., Bluebond-Langner, M., Kelly, D., Kumpunen, S., Oulton, K., & Gibson, F. (2019). Studying Children's Experiences in Interactions With Clinicians: Identifying Methods Fit for Purpose. *Qualitative Health Research*, 29(3), 393-403. doi:10.1177/1049732318801358
- Brysaert, M. (2006). *Psychologie* (3e rev. ed. ed.): Gent : Academia Press.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of Nursing Research, Conduct, Critique, and Utilization*. (W. B. S. Company Ed. 4th ed.).
- Busato, P., Garbín, R. R., Santos, C. N., Paranhos, L. R., & Rigo, L. (2017). Influence of maternal anxiety on child anxiety during dental care: cross-sectional study. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 135(2), 116. doi:10.1590/1516-3180.2016.027728102016
- Carnevale, F. A., Macdonald, M. E., Bluebond-Langner, M., & McKeever, P. (2008). Using participant observation in pediatric health care settings: ethical challenges and solutions. *Journal of Child Health Care*, 12(1), 18-32. doi:10.1177/1367493507085616
- Carter, B., & Ford, K. (2013). Researching children's health experiences: The place for participatory, child-centered, arts-based approaches. *Research in Nursing & Health*, 36(1), 95-107. doi:10.1002/nur.21517
- Cermak, S. A., Stein Duker, L. I., Williams, M. E., Dawson, M. E., Lane, C. J., & Polido, J. C. (2015). Sensory Adapted Dental Environments to Enhance Oral Care for Children with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(9), 2876-2888. doi:10.1007/s10803-015-2450-5

- Coad, J., & Coad, N. (2008). Children and young people's preference of thematic design and colour for their hospital environment. *Journal of Child Health Care*, 12(1), 33-48.  
doi:10.1177/1367493507085617
- Coemans, S., Vandenabeele, J., & Hannes, K. (2018). Een sensorische onderzoeksmethodologie : Implicaties en illustraties vanuit exploratief onderzoek in een Leuvens stadsdeel in ontwikkeling. *Sociologos*, 39(1), 23-47.
- Darbyshire, P., MacDougall, C., & Schiller, W. (2005). Multiple methods in qualitative research with children: More insight or just more? *Qualitative Research*, 5(4), 417-436.  
doi:10.1177/1468794105056921
- Darlington, Y., & Scott, D. (2002). *Qualitative research in practice. Stories from the field* (A. Unwin Ed.).
- Davey, G. C. L. (1989). Dental phobias and anxieties: Evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behaviour Research and Therapy*, 27(1), 51-58.  
doi:10.1016/0005-7967(89)90119-8
- Davidson, E. (2017). Saying It Like It Is? Power, Participation and Research Involving Young People. *Social Inclusion*, 5(3), 228. doi:10.17645/si.v5i3.967
- de Jongh, A. (2006). *Angst voor de tandarts*: Assen : Van Gorcum.
- Di Leo, J. H. (1983). *Interpreting Children's Drawings*: Routledge.
- Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., Bryon, E., & Denier, Y. (2012). QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 360-371.  
doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012
- Een gezond gebit voor een gezond lichaam. (2016).
- Einarsdóttir, J. (2007). Research with children: methodological and ethical challenges. *European Early Childhood Education Research Journal*, 15(2), 197-211. doi:10.1080/13502930701321477
- Emily Kettle, J., Warren, L., Glenn Robinson, P., Walls, A., & Gibson, B. J. (2018). 'I didn't want to pass that on to my child, being afraid to go to the dentist': Making sense of oral health through narratives of connectedness over the life course. *Sociology of health & illness*.  
doi:10.1111/1467-9566.12845
- Ennew, J., & Morrow, V. (1994). Out of the Mouths of Babes. In G. M. e. Breesch (Ed.), *Children's rights: monitoring issues* (pp. 61-84).
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., Crombach, S. A., Lee, B., Kadikar, N., Bettger, H. E., & Hanly, P. J. (2003). Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 167(5), 708-715. doi:10.1164/rccm.2201090
- Gaetano, I., Antonella, P., Iole, V., Valeria, L., Giuliana, N., Orlando, B., & Gian Luca, S. (2017). Healing environment in pediatric dentistry: strategies adopted by "Sapienza" University of Rome. *Senses and Sciences*, 4(1), 338-342. doi:10.14616/sands-2017-1-338342
- Glimlachen.be Mond in actie! Retrieved from <http://glimlachen.be/>
- Gollop, M. M. (2000). Interviewing children: a research perspective. In *Children's voices: research, policy and practice* (pp. 18-37). New Zealand: Pearson Education.
- Gooden, B. R., Smith, M. J., Tattersall, S. J., & Stockler, M. R. (2001). Hospitalised patients' views on doctors and white coats. *The Medical journal of Australia*, 175(4), 219-222.  
doi:10.5694/j.1326-5377.2001.tb143103.x
- Hedy d'Ancona prijs voor excellente zorgarchitectuur 2012. (2012). Rotterdam : Stimuleringsfonds voor Architectuur.
- Herron, R., Dansereau, L., Wrathall, M., Funk, L., & Spencer, D. (2018). Using a Flexible Diary Method Rigorously and Sensitively With Family Carers. *Qualitative Health Research*, <xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>. doi:10.1177/1049732318816081
- Horstman, M., Aldiss, S., Richardson, A., & Gibson, F. (2008). Methodological Issues When Using the Draw and Write Technique With Children Aged 6 to 12 Years. *Qualitative Health Research*, 18(7), 1001-1011. doi:10.1177/1049732308318230
- IMA-AIM ATLAS. (2017). Retrieved from: <http://atlas.ima-aim.be/databanken>

- Interuniversitaire Cel Epidemiologie, I. (2015). EINDRAPPORT DATAREGISTRATIE- EN EVALUATIE MONDGEZONDHEID BELGISCHE BEVOLKING 2012 - 2014. In: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.
- INTRAC. (1997). Involving Children in Research For Planning, Programming and Monitoring: A Pilot INTRAC Training Course. In. Oxford: INTRAC.
- James, A., Jenks, C., & Prout, A. (1998). *Theorizing childhood*: Cambridge : Polity press.
- Jayakaran, T., Rekha, C., Annamalai, S., Baghkomeh, P., & Sharmin, D. (2017). Preferences and choices of a child concerning the environment in a pediatric dental operatory.(Original Article)(Report). *Dental Research Journal*, 14(3), 183. doi:10.4103/1735-3327.208767
- jeugdhulp, I. (2018). *Geblokkeerde ontwikkelingstrajecten bij jongeren. Beheersen, interveniëren, voorkomen*. Retrieved from [http://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/docs/verbeternota\\_geblokkeerde\\_ontwikkelingstrajecten.pdf](http://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/docs/verbeternota_geblokkeerde_ontwikkelingstrajecten.pdf)
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2014). Young children's perspectives of ideal physical design features for hospital-built environments. *Journal of Child Health Care*, 18(1), 57-71. doi:10.1177/1367493512473852
- Lee, D. W., Chan, A. H., Wong, S. C., Fung, T. W., Li, A. K., Chan, S. H., . . . Chung, S. C. S. (2004). Can Visual Distraction Decrease the Dose of Patient-Controlled Sedation Required During Colonoscopy? A Prospective Randomized Controlled Trial. *Endoscopy*, 36(3), 197-201. doi:10.1055/s-2004-814247
- Lehrner, J., Marwinski, G., Lehr, S., Jöhren, P., & Deecke, L. (2005). Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. *Physiology & behavior*, 86(1-2), 92. doi:10.1016/j.physbeh.2005.06.031
- Levinson, N. A. (1990). Psychologic facets of esthetic dental health care: A developmental perspective. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 64(4), 486-491. doi:10.1016/0022-3913(90)90050-M
- Locker, D., Jokovic, A., Stephens, M., Kenny, D., Tompson, B., & Guyatt, G. (2002). Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(6), 438-448. doi:10.1034/j.1600-0528.2002.00015.x
- Locker, D., Liddell, A., Dempster, L., & Shapiro, D. (1999). Age of Onset of Dental Anxiety. *Journal of Dental Research*, 78(3), 790-796. doi:10.1177/00220345990780031201
- Luoto, A., Lahti, S., Nevanperä, T., Tolvanen, M., & Locker, D. (2009). Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19(2), 115-120. doi:10.1111/j.1365-263X.2008.00943.x
- Malkin, J. (2002). *Medical and dental space planning* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Milgrom, P., Mancl, L., King, B., & Weinstein, P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 313-319. doi:10.1016/0005-7967(94)00042-I
- Mortelmans, D. (2009). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (Tweede druk ed.): Leuven : Acco.
- Navit, S., Johri, N., Khan, S. A., Singh, R. K., Chadha, D., Navit, P., . . . Bahuguna, R. (2015). Effectiveness and Comparison of Various Audio Distraction Aids in Management of Anxious Dental Paediatric Patients. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 9(12), ZC05. doi:10.7860/JCDR/2015/15564.6910
- Nelson, T. (2013). The Continuum of Behavior Guidance. *Dental Clinics of North America*, 57(1), 129-143. doi:10.1016/j.cden.2012.09.006
- Panda, A., Garg, I., & Shah, M. (2015). Children's preferences concerning ambiance of dental waiting rooms. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 16(1), 27-33. doi:10.1007/s40368-014-0142-z
- Pelander, T., Lehtonen, K., & Leino-Kilpi, H. (2007). Children in the Hospital: Elements of Quality in Drawings. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(4), 333-341. doi:10.1016/j.pedn.2007.06.004
- Pink, S. (2009). *Doing sensory ethnography*: London : SAGE.
- Porritt, J., Marshman, Z., & Rodd, H. D. (2012). Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. In (Vol. 22, pp. 397-405).

- Prabhakar, A., Marwah, N., & Raju, O. (2007). A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 25(4), 177-182. doi:10.4103/0970-4388.37014
- Punch, S. (2002). Research with children: The same or different from research with adults? *Childhood*, 9(3), 321-341. doi:10.1177/0907568202009003005
- Rachman, S. J. (1990). *Fear and courage* (2nd ed.). New York: Freeman.
- Ram, D., Shapira, J., Holan, G., Magora, F., Cohen, S., & Davidovich, E. (2010). Audiovisual video eyeglass distraction during dental treatment in children. *Quintessence international (Berlin, Germany : 1985)*, 41(8), 673.
- Rantavuori, K., Lahti, S., Hansen, H., Seppa, L., & Karkkainen, S. (2004). Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol. Scand.*, 62(4), 207-213. doi:10.1080/00016350410001586
- Schreuder, E., Lebesque, L., & Bottenheft, C. (2016). Healing Environments: What Design Factors Really Matter According to Patients? An Exploratory Analysis. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(1), 87-105. doi:10.1177/1937586716643951
- Seligman, L. D., Hovey, J. D., Chacon, K., & Ollendick, T. H. (2017). Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clinical Psychology Review*, 55, 25-40. doi:10.1016/j.cpr.2017.04.004
- Sharath, A., Rekka, P., Muthu, M., Prabhu, V., & Sivakumar, N. (2009). Children's behavior pattern and behavior management techniques used in a structured postgraduate dental program. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 27(1), 22-26. doi:10.4103/0970-4388.50812
- Sternberg, E. M. (2009). *Healing spaces: the science of place and well-being*: Cambridge : Belknap press of Harvard university press.
- Sullivan, C., Schneider, P. E., Musselman, R. J., Dummett Jr, C. O., & Gardiner, D. (2000). The effect of virtual reality during dental treatment on child anxiety and behavior. *Journal of Dentistry for Children*, 67(3), 193-196.
- Taani, D., El-Qaderi, S., & Abu Alhaija, E. (2005). Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. *International Journal of Dental Hygiene*, 3(2), 83-87. doi:10.1111/j.1601-5037.2005.00127.x
- ten Berge, M., Veerkamp, J. S. J., & Hoogstraten, J. (2002). The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 321-329.
- Themessl-Huber, M., Freeman, R., Humphris, G., Macgillivray, S., & Terzi, N. (2010). Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. In (Vol. 20, pp. 83-101).
- Ulrich, R. S. (1984). View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. In (Vol. 224, pp. 420-421).
- Ulrich, R. S., Berry, L. L., Quan, X., & Parish, J. T. (2010). A Conceptual Framework for the Domain of Evidence-Based Design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 4(1), 95-114. doi:10.1177/193758671000400107
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A., & Messeri, A. (2005). Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics*, 116(4), e563-e567. doi:10.1542/peds.2005-0466
- Van den Branden, S., Hoppenbrouwers, K., Guérin, C., Devogelaer, N., & De Cock, P. (2010). Vroege onderkenning van mond- en gebitproblemen. Promotie van mondgezondheid. In.
- Van Gils, J., & Willekens, T. (2010). *Belevingsonderzoek bij kinderen en jongeren die in armoede leven: Deel 1: de situering en de theoretische achtergrond - Deel 2: de beleving van kinderen die leven in armoede in Vlaanderen*: Meise : Onderzoekscentrum Kind & Samenleving.
- Vilaplana, A., & Yamanaka, T. (2015). Effect of Smell in Space Perception. *International Journal of Affective Engineering*, 14(3), 175-182. doi:10.5057/ijae.IJAE-D-15-00010
- Vowles, K. E. (2005). Oral surgery appointment attendance: Effects from fears of dentistry and pain. In P. L. Gower (Ed.), *New research on the psychology of fear* (pp. 91-103). Hauppauge, New York: Nova Science Publishers.

- Weinstein, P. (2008). Child-Centred child management in a changing world. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 9(1), 6-10.
- Wiederhold, M. D., Gao, K., & Wiederhold, B. K. (2014). Clinical Use of Virtual Reality Distraction System to Reduce Anxiety and Pain in Dental Procedures. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(6), 359-365. doi:10.1089/cyber.2014.0203

## PERSOONLIJKE COMMUNICATIE

- Annabel, persoonlijke communicatie, 19 en 24 april 2019.
- Anaïs, persoonlijke communicatie, 27 maart 2019.
- Fenne, persoonlijke communicatie, 7 en 20 maart 2019.
- Joke, persoonlijke communicatie, 24 april 2019.
- Julie, persoonlijke communicatie, 15 april 2019.
- Mama Fenne, persoonlijke communicatie, 7 maart 2019.
- Mama Joke, persoonlijke communicatie, 24 april 2019.
- Mama Julie, persoonlijke communicatie, 15 april 2019.
- Mama Nona, persoonlijke communicatie, 24 april 2019.
- Marie, persoonlijke communicatie, 8 en 13 mei 2019.
- Meire, Johan, persoonlijke communicatie, 10 januari 2019.
- Ninthe, persoonlijke communicatie, 19 maart 2019.
- Noek, persoonlijke communicatie, 11 en 12 maart 2019.
- Nona, persoonlijke communicatie, 24 april 2019.