

Het onzichtbare gemis in spoedzorg

*Beïnvloedende factoren van
verminderde patiënttevredenheid op de
spoedgevallendienst*

Bruyndonckx C., Claes L.

Bachelor in VERPLEEGKUNDE

Academiejaar 2025-2026
Campus Lier - Antwerpsestraat 99 – 2500 Lier

VOORWOORD

Met groot genoegen presenteren wij onze bachelorproef, "Het onzichtbare gemis in spoedzorg: beïnvloedende factoren van verminderde patiënttevredenheid op de spoedgevallendienst". Dit werk is het resultaat van een intensief traject waarin wij de brug hebben geslagen tussen wetenschappelijke evidentie en de uitdagende realiteit van de acute zorg.

Tijdens onze opleiding Bachelor in de Verpleegkunde hebben we stap voor stap de fundamenteën van onderzoek en kwaliteitszorg leren beheersen. Waar we in de eerste fasen leerden hoe we wetenschappelijke literatuur moesten ontsluiten, heeft deze laatste fase ons uitgedaagd om deze kennis om te zetten naar een concreet verbeterproject: het praktische luik "Van Onderzoek naar Praktijk". In deze proef staat het prototype MyTurn centraal, een digitale oplossing die is ontworpen om de patiëntbeleving rond wachttijden en triage structureel te verbeteren.

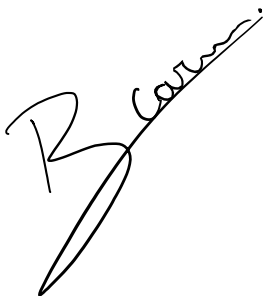
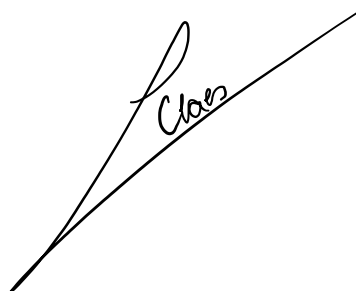
Hoewel de problematiek van *crowding* en lange wachttijden op de spoed vaak complex is, toont dit onderzoek aan dat verpleegkundigen een onmisbare rol spelen in het managen van de patiëntbeleving. Door gebruik te maken van strategische raamwerken zoals het GPS-model, de Triple Aim en de SWOT-analyse, hebben we getracht een implementatieplan op te stellen dat niet alleen theoretisch onderbouwd is, maar ook een directe impact kan hebben op de kwaliteit van de zorg en het welzijn van onze patiënten.

Wij willen onze oprechte dank betuigen aan onze procesbegeleider en de spoedgevallendiensten die ons hebben voorzien van waardevolle inzichten uit de praktijk. Zonder hun *input* en de bereidheid van de deelnemende ziekenhuizen om mee te werken aan onze dataverzameling, was dit werk niet mogelijk geweest.

Wij moedigen u aan om dit werk met een kritische en open houding te lezen. Het is onze hoop dat de bevindingen en het prototype MyTurn een inspiratie kunnen vormen voor verdere professionalisering en patiëntgerichte innovatie binnen de spoedzorg. Door wetenschap en empathie te combineren, kunnen we als verpleegkundigen werkelijk een verschil maken in de zorgervaring van onze patiënten.

Met vriendelijke groet,

Bruyndonckx C. & Claes L. Academiejaar 2025-2026

A stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bruyndonckx'.A stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'Claes'.

ABSTRACT

Achtergrondprobleemstelling: *Crowding* en lange wachttijden op de spoedeisende hulp (SEH) leiden tot lagere patiënttevredenheid, verhoogde angst en een grotere kans dat patiënten vertrekken zonder gezien te worden (Almulhim et al., 2025; Demeulenaere & Mathuis, 2021/2022). Beperkte middelen en het hoog aantal niet-urgente casussen verlengen de *length of stay* en verminderen de efficiëntie van de SEH (Janerka et al., 2025). Daarnaast worden heel wat patiënten onvoldoende geïnformeerd over wachttijden en zorgprocessen, wat stress en ontevredenheid verder verhoogt (Sedgman et al., 2025; Bhattacharyya et al., 2025). Een persoonsgerichte aanpak tijdens triage en in de wachtkamers heeft een grote invloed op het verbeteren van de patiënttevredenheid (Janerka et al., 2025; Sedgman et al., 2025).

Doelstelling: Het doel van deze bachelorproef is om inzicht te verkrijgen in factoren die invloed hebben op de patiënttevredenheid bij volwassen patiënten (≥ 18 jaar) op de dienst spoedgevallen, met bijzondere aandacht voor *crowding*, wachttijden en werkdruk voor het zorgpersoneel. Daarnaast wordt nagegaan welke interventies de patiënttevredenheid bevorderen. De resultaten beogen een bijdrage te leveren aan het verbeteren van evidence-based klinische richtlijnen en willen de verpleegkundige besluitvorming ondersteunen.

Methode: Tussen 26 oktober 2025 en 19 december 2025 werd een literatuurstudie uitgevoerd door twee onafhankelijke onderzoekers om de vraagstelling te beantwoorden. De centrale onderzoeksvraag luidt: *Wat zijn de belangrijkste oorzaken van de patiënttevredenheid met betrekking tot drukte en wachttijd op de spoedgevallendienst bij volwassen patiënten (≥ 18 jaar), en welke interventies kunnen de patiënttevredenheid verbeteren?* Daarnaast werd een bijkomende subonderzoeksvraag gesteld: *Welke factoren dragen bij aan een verhoogde patiëntenstroom op de spoedgevallendienst bij volwassen patiënten (≥ 18 jaar)?*

De literatuurstudie werd uitgevoerd in de databanken PubMed, ResearchGate, Google Scholar en Wiley. Tevens werden relevante beleids- en actualiteitsbronnen geraadpleegd (o.a. VRT NWS en FOD Volksgezondheid). Er werd gebruikgemaakt van MESH-termen in combinatie met vrije zoektermen, toegepast via Booleaanse operatoren ("AND", "OR"). Alle resultaten werden gescreend op titel, abstract en fulltekst op basis van de vooraf vastgelegde in- en exclusiecriteria. In het totaal werden 47 resultaten geïnccludeerd.

Resultaten: De evidence-based resultaten binnen deze bachelorproef tonen aan dat wachttijd en drukte op de spoedgevallendienst gepaard gaan met een lagere patiënttevredenheid (Almulhim et al., 2025; Demeulenaere & Mathuis, 2021/2022). Onvoldoende communicatie over wachttijden en de verschillende zorgprocessen zorgt voor stress, frustraties en ontevredenheid (Sedgman et al., 2025; Bhattacharyya et al., 2025). Interventies binnen de spoedgevallendienst die inzetten op persoonsgerichte zorgen, informatievoorzieningen leveren een belangrijke bijdrage aan de patiënttevredenheid, ook al nemen de wachttijden niet af. Daarnaast zijn ook interventies binnen de eerstelijnszorg nodig (Janerka et al., 2025; Alhabib et al., 2024).

Conclusie: De patiënttevredenheid op de spoedgevallendienst wordt niet alleen bepaald door wachttijden en drukte, maar vooral door hoe verpleegkundigen deze context actief managen. Verpleegkundige expertise in triage, communicatie en verwachttingsmanagement heeft een directe, aantoonbare impact op de patiëntervaring en is daarmee een cruciale hefboom voor kwaliteitsvolle, patiëntgerichte spoedzorg.

Message to take home: Patiënttevredenheid op de spoedgevallendienst wordt gevormd door beleving, niet enkel door tijd. Heldere communicatie en een persoonsgerichte aanpak maken daarin het doorslaggevende verschil.

MeSH hoofdonderzoeksvraag: Emergency Service, Hospital / Emergency Service / Patient Satisfaction / Solutions / Waiting Rooms / Time Factors / Time-to-Treatment

MeSH subonderzoeksvraag: Emergency Service, Hospital / Crowding / Patient Admission / Risk Factors / Adult / Aged

INHOUDSOPGAVE

.....	2
Voorwoord.....	3
Abstract	1
Inhoudsopgave.....	3
Lijst van illustraties	6
Lijst van afkortingen.....	7
Inleiding	8
1 Probleemstelling.....	9
1.1 Probleemstelling.....	9
1.2 Begripsdefiniëring	9
1.2.1 Patiënttevredenheid als kwaliteitsindicator in de zorg	9
1.2.2 Determinanten van patiënttevredenheid	10
1.2.3 Definitie van de spoedgevallendienst.....	10
1.2.4 Definitie van het fast-track-systeem	11
1.2.5 Triage op de spoedgevallendienst.....	11
1.2.6 Crowding en wachttijden op de spoedgevallendienst.....	11
1.2.7 Persoonsgerichte zorg binnen de spoedgevallendienst.....	12
1.2.8 Definitie van <i>Health Literacy</i> (gezondheidsgeletterdheid).....	13
1.3 Indicentie- en prevalentiecijfers	13
1.4 Relevantie voor de verpleegkundige praktijk	15
2 Vraagstelling.....	17
2.1 Onderzoeksvraag.....	17
2.1.1 Hoofdonderzoeksvraag	17
2.1.2 Subonderzoeksvraag.....	17
3 Methodologie.....	19
3.1 Design.....	19
3.2 Zoekstrategie hoofdonderzoeksvraag.....	19
3.3 Zoekstrategie subonderzoeksvraag	21
3.4 In- en exclusiecriteria hoofdonderzoeksvraag	21

3.5	In- en exclusiecriteria subonderzoeksvraag.....	22
3.6	Selectie en data-extracte hoofdonderzoeksvraag.....	23
3.7	Selectie en data-extractie subonderzoeksvraag	24
4	Resultaten.....	25
4.1	Beïnvloedende factoren op patiënttevredenheid.....	25
4.1.1	De effectieve wachttijden/ervaren wachttijd	26
4.1.2	Privacy tijdens het wachten	27
4.1.3	De zorgverlener	27
4.2	Interventies	29
4.2.1	Interventies binnen de SEH	29
4.2.2	Interventies in de eerstelijnszorg.....	32
4.3	Bestaande methodieken en materialen verbeteren patiënttevredenheid	33
4.3.1	Informatieve video's	34
4.3.2	Health Pods.....	34
4.3.3	Zelfmetingskiosk Ugent	35
4.4	Subonderzoeksvraag	36
4.4.1	Medische factoren.....	36
4.4.2	Sociale determinanten van gezondheid (SDOH).....	37
4.4.3	Zorgorganisatie en toegang tot de eerstelijnszorg	38
4.4.4	Demografische kenmerken patiënten.....	38
4.5	Dataverzameling spoedgevallendiensten provincie Antwerpen.....	39
4.6	Prototype	41
4.6.1	MyTurn	41
4.6.2	Doelgroep en eindgebruikers	41
4.6.3	Bestaande methodieken en materialen	42
4.6.4	Doelstelling van het prototype	42
4.6.5	Werkingsprincipe en weergave	43
4.6.6	Evaluatie- en borgingsstrategie.....	46
4.7	Implementatieplan.....	50
4.7.1	Implementatie van het GPS-model.....	50
4.7.2	Bekrachtigende strategieën	62
4.7.3	Integratie op diverse niveaus.....	64
4.7.4	Gewenst eindresultaat.....	65
4.7.5	Klinisch leiderschap	66
	Discussie.....	68
	Conclusie.....	71

Referentielijst.....	72
-----------------------------	-----------

Bijlagen.....	80
----------------------	-----------

Bijlage 1.....	80
----------------	----

Bijlage 2.....	81
----------------	----

Bijlage 3: Disciplines en hun rol bij implementatie van MyTurn	85
--	----

Bijlage 4: Tijdspad voor implementatie van prototype MyTurn.....	86
--	----

Bijlage 5: SWOT-analyse van prototype MyTurn	88
--	----

Bijlage 6: Mogelijke infobrochure.....	89
--	----

LIJST VAN ILLUSTRATIES

Lijst van figuren

- Figuur 1: Conceptueel model hoofdonderzoeksvraag
- Figuur 2: Conceptueel model subonderzoeksvraag
- Figuur 3: PRISMA 2020 flowdiagram hoofdonderzoeksvraag
- Figuur 4: PRISMA 2020 flowdiagram subonderzoeksvraag
- Figuur 5: Kader voor persoonsgerichte zorg bij de triage en in de wachtruimte van de spoedgevallendienst.
- Figuur 6: Potentiële visuele weergave CEDOCS-score
- Figuur 7: PDCA-cyclus: Een stapsgewijze aanpak voor continu verbeteren van MyTurn
- Figuur 8: GPS-model
- Figuur 9: Triple Aim model voor MyTurn

Lijst van tabellen

- Tabel 1: PICO-vraagstelling hoofdonderzoeksvraag
- Tabel 2: PICO-vraagstelling subonderzoeksvraag
- Tabel 3: Systematische zoek sleutels hoofdonderzoeksvraag
- Tabel 4: Systematische zoek sleutels subonderzoeksvraag
- Tabel 5: Redenen van patiënten om hun huisarts niet te bezoeken
- Tabel 6: Kleurcodering MyTurn-app
- Tabel 7: 8 B's van toegankelijkheid MyTurn-app
- Tabel 8: PDCA-cyclus toegepast op MyTurn
- Tabel 9: Overzicht van kosten en baten voor het prototype MyTurn

Lijst van grafieken

- Grafiek 1: Evolutie aantal contacten met een spoedgevallendienst
- Grafiek 2: Eerste voorkeurskeuze van patiënten voor hoe wachttijden worden weergegeven in de wachtkamer van de spoedeisende hulp

LIJST VAN AFKORTINGEN

aEWS: adjusted Early Warning Score

AMPLE: Allergies, Medication, Past medical history, Last meal en Event

CEDOCS: Community Emergency Department Overcrowding Scale

DPIA: Data Protection Impact Assessment

EPD: Elektronisch PatiëntenDossier

ESI: The Emergency Severity Index

GDPR: General Data Protection Regulation

GP: General Practitioner

HAWP: Huisartsenwachtpost

HTTPS: HyperText Transfer Protocol Secure

IHI: Institute for Health Improvement

JCI: Joint Commission International

LOS: Length Of Stay

LWBS: Left Without Being Seen

MUG: Medische Urgentie Groep

NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

NPS: Net Promoter Score

PIT: Paramedisch Interventie Team

RIZIV: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

RVT: Rust- en Verzorgingstehuis

SDOH: Sociale Determinanten van Gezondheid

SEH: Spoedeisende Hulp

SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

INLEIDING

De openbare toegang tot de spoedeisende hulp wordt steeds moeilijker door de toenemende zorgvraag, de *crowding*, complexere zorgvragen, personeelstekorten en lange wachttijden binnen de spoedgevallendienst. Deze evoluties worden in de literatuur gelinkt aan een verminderde patiënttevredenheid. Tegelijkertijd wordt de persoonsgerichte aanpak naar voren geschoven als belangrijke kwaliteitsindicator. Dit creëert echter een fundamenteel spanningsveld: waar efficiëntie en doorstroming gericht zijn op tijdswinst en capaciteitsbeheer, vereist persoonsgerichte zorg net tijd, aanwezigheid en afgestemde communicatie. Verpleegkundigen vervullen een centrale rol in triage, communicatie en begeleiding van patiënten tijdens het wachten. Daarnaast vormen ze ook een sleutelfunctie binnen de patiëntbeleving op de spoedgevallendienst.

Crowding op de spoedeisende hulp (SEH) vormt wereldwijd een groeiend probleem. Wanneer het aantal patiënten de beschikbare capaciteit overschrijdt, ontstaan ernstige knelpunten in de zorgverlening. Dit leidt onder meer tot langere wachttijden, verhoogde angst en ontevredenheid bij patiënten, meer medische fouten, hogere sterfte, inadequate behandeling en meer herhalingsbezoeken. Daarnaast verlaten patiënten vaker de SEH voordat ze zijn beoordeeld, wat hun gezondheid verder in gevaar brengt. Door deze negatieve gevolgen neemt de druk op de SEH opnieuw toe, waardoor een vicieuze cirkel van verdere overbezetting ontstaat. *Crowding* ondermijnt zo de efficiëntie van de acute zorg en vormt een directe bedreiging voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg.

Binnen deze bachelorproef worden verschillende oorzaken naar voren gebracht die invloed hebben op de patiënttevredenheid. Zo worden wachttijden geassocieerd met een lagere patiënttevredenheid, grotere patiëntbezorgdheid en een grotere kans om te vertrekken zonder gezien te worden. De wachttijden hebben een negatieve impact op de gehele ervaring van de patiënt. Het is een veelvoorkomende bron van frustratie bij patiënten. Dit alles kan daarnaast ook leiden tot een negatief beeld van de kwaliteit van de geleverde zorgen. Daarnaast zou 41% van de patiënten, die zich hadden aangemeld op de spoedeisende hulp, beweren dat ze niet transparant werden geïnformeerd over de potentiële wachttijden en hierdoor hebben ze een lagere patiënttevredenheid gescoord. Zonder deze communicatie naar de patiënt creëert dit een stressvolle ervaring voor de zorgvrager zelf en de familie. Ondanks de beschikbare literatuur over drukte en wachttijden blijft er nood aan een overzicht van factoren die patiënttevredenheid beïnvloeden en interventies die binnen de verpleegkundige praktijk kunnen ingezet worden.

Wat weten we al

Crowding en lange wachttijden op de spoed vormen wereldwijd een toenemend probleem en hebben een negatieve invloed op de patiënttevredenheid. Niet alleen ervaren patiënten ontevredenheid, maar ook stress en onzekerheid tijdens het wachten. Dit zorgt voor een vermindering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Verpleegkundigen vormen de essentiële schakel voor de eerste opvang, communicatie en begeleiding van patiënten op de dienst spoedgevallen.

Wat deze studie toevoegt

Door de aanhoudende drukte en oplopende wachttijden op de spoedgevallendienst biedt deze bachelorproef een overzicht van de belangrijkste factoren die patiënttevredenheid beïnvloeden bij volwassen patiënten (≥ 18 jaar). Ook worden interventies aangereikt die onafhankelijk van het effectief verkorten van de wachttijden kunnen bijdragen aan een verbeterde patiënttevredenheid. Daarnaast werd het prototype MyTurn ontwikkeld ter ondersteuning van de patiënttevredenheid.

1 PROBLEEMSTELLING

1.1 Probleemstelling

Deze bachelorproef over patiënttevredenheid in de spoedeisende hulp is de afgelopen jaren toegenomen in relevantie. Het is cruciaal om inzicht te krijgen in de gevoelens en percepties van patiënten over de kwaliteit van de zorg en om verbeterpunten te identificeren om de gezondheidsresultaten te verbeteren en de loyaliteit van de patiënten te bevorderen. De spoedeisende hulp (SEH) is cruciaal in de zorg voor kritiek zieke patiënten.

Crowding op de afdeling SEH is een groeiend wereldwijd probleem. *Crowding* op de spoedeisende hulp zorgt in het hele land voor uitdagingen zoals: patiënten die vertrekken voordat ze door een zorgprofessional zijn behandeld, patiënten die angstig zijn, het wachten ondraaglijk vinden, een hoger percentage medische fouten, sterfte, onvoldoende behandeling, meer herhalingsbezoeken, grotere kans op opname bij terugkeer, slechte prognose, een verlengde *length of stay* (LOS) en een algemeen lagere patiënttevredenheid. Dit alles leidt tot verdere *crowding*. Samengevat zorgt *crowding* ervoor dat de efficiëntie van een spoedgevallendienst in het gedrang komt en gevolgen heeft voor de gezondheid en het welzijn van de patiënt. (Almulhim et al., 2025 ; Demeulenaere & Mathuis, 2021/2022 ; Huang, 2025).

Crowding zorgt voor een verlengde LOS en wachttijd. Er zijn heel wat factoren die de wachttijd op de spoedgevallendienst beïnvloeden voor opname, zo zijn beperkte medische middelen en een groot aantal niet-spoedeisende gevallen twee van deze factoren (Janerka et al., 2025).

Binnen deze bachelorproef willen we inzicht krijgen in de factoren die invloed hebben op de patiënttevredenheid en welke interventies er een oplossing kunnen bieden voor het bevorderen van de patiënttevredenheid. Daarnaast willen we ook zicht krijgen op factoren die invloed hebben op de tevredenheid zoals *crowding*, wachttijden op de spoedgevallendienst en werkdruk voor het zorgpersoneel.

1.2 Begripsdefiniëring

1.2.1 Patiënttevredenheid als kwaliteitsindicator in de zorg

Patiënttevredenheid is een vorm van klanttevredenheid en is een maatstaf voor de kwaliteit van zorg binnen een zorginstelling (Nij Clinics, z.d. ; Almulhim et al., 2025). Het is een representatieve, effectieve indicator om het succes van artsen en ziekenhuizen te meten. Daarnaast wordt het bepaald door de positieve evaluatie die de patiënt maakt van de verschillende gebieden van de ontvangen zorg (Perez, z.d.).

Binnen de gezondheidszorg in België is patiënttevredenheid niet alleen belangrijk voor de ervaring van de patiënt, maar ook als onderdeel van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. In dat kader speelt ook het accrediteringssysteem een belangrijke rol binnen het Belgische kwaliteitsbeleid in de zorg. Het accrediteringssysteem is een deel van het kwaliteitsbeleid. Volgens RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) werkt het accrediteringssysteem volgens het principe dat artsen

zich vrijwillig engageren om hun vaardigheden en kennis continu te verbeteren en onderhouden. Dit gebeurt via *peerreviewing* en erkende bijscholingen. Zorgverleners die voldoen aan deze kwaliteitsvoorwaarden, krijgen hiervoor een forfaitair accrediteringshonorarium. Het doel hiervan is om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en permanent te verbeteren door continue vorming en kwaliteitsbewaking te stimuleren (Accreditering Van Artsen En Apothekers-biologen | RIZIV, z.d.). Accreditering dient hiermee als een structureel mechanisme binnen het Belgisch gezondheidssysteem om zo professionele deskundigheid te kunnen ondersteunen. Zo kan een veilige en kwaliteitsvolle zorg voor patiënten worden bevorderd.

1.2.1.1 Accreditering in België

Naast de individuele accreditering die hierboven werd besproken, bestaat er ook een vorm van externe accreditatie. Dit wil zeggen dat Belgische ziekenhuizen zich konden laten accrediten door internationale of onafhankelijke accreditatieorganisaties. Voorbeelden hiervan zijn het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) en Joint Commission International (JCI). Via audits en externe doorlichtingen beoordelen deze organisaties of een ziekenhuis effectief voldoet aan de vastgestelde kwaliteits- en patiëntveiligheidsnormen. Hierbij is er nog een verschil tussen JCI en NIAZ. JCI werkt aan de hand van internationale standaarden rond patiëntveiligheid en zorgprocessen (Joint Commission International, 2026). NIAZ werkt dan weer door zich te focussen op organisatiebrede kwaliteitsverbetering (Qualicor Europe, 2026). Deze accreditaties zijn niet wettelijk verplicht, maar ze stimuleren wel ziekenhuizen om systematisch te werken aan kwaliteit en patiëntveiligheid. Binnen het bredere kader van kwaliteitsindicatoren sluit dit wel aan bij patiënttevredenheid. Dit kunnen we stellen, omdat zowel professionele permanente vorming als externe kwaliteitscontrole bijdragen aan veilige zorg, vertrouwen en een positieve ervaring van zorg. Deze zaken kunnen een invloed hebben op patiënttevredenheid.

1.2.2 Determinanten van patiënttevredenheid

Er zijn verschillende variabelen die invloed hebben op de patiënttevredenheid zoals:

- Socioculturele variabelen zoals leeftijd, geslacht en eerdere ervaringen met de spoedeisende hulp
- Psychologische variabelen zoals verwachtingen over wachttijd, mate van bezorgdheid over de klachten en perceptie van controle tijdens het wachten gekoppeld aan de psychologie van wachten.
- Ziektegerelateerde variabelen zoals ernst van de symptomen, triagecategorie en mate van bezorgdheid over de klachten.
- Zorgprofessionals en -diensten zoals wachttijden, organisatie van de spoedgevallendiensten en informatievoorziening. (Almulhim et al., 2025).

1.2.3 Definitie van de spoedgevallendienst

De spoedgevallendienst is volgens de definitie: "Spoedafdeling, (dienst) spoedgevallen en spoedgevallendienst zijn standaardtaal in België in de betekenis ziekenhuisafdeling voor spoedeisende hulp." (Team Taaladvies, z.d.)

Een spoedgevallendienst is een ziekenhuisafdeling die 24/7 zorg verleent aan patiënten

met acute medische, chirurgische of psychosociale problemen (Hazari, 2023). De zorg richt zich op triage, stabilisatie en verwijzing of opname.

Arifianti en Etlidawati (2025) beschrijven spoedeisende zorg als zorg die snel, accuraat en onmiddellijk moet worden verleend om sterfte en blijvende invaliditeit te voorkomen.

1.2.4 Definitie van het fast-track-systeem

Het fast track-systeem zorgt ervoor dat patiënten met een kleiner probleem op relatief korte tijd kunnen worden behandeld. Deze patiënten hebben vaak geen bed of een aparte ruimte nodig en kunnen ook wachten in de wachtzaal. Voorbeelden hiervan zijn mensen met een verstuite enkel, kleine wonde, gebroken arm en lichte buikpijn. Patiënten van de fast track krijgen daarom geen voorrang op patiënten die dringend hulp nodig hebben, maar kunnen in vergelijking sneller naar huis gaan (Lievens, 2015).

1.2.5 Triage op de spoedgevallendienst

Triage is een systeem voor klinisch risicomanagement dat wereldwijd op spoedeisende hulpafdelingen (SEH) wordt gebruikt om de patiëntenstroom veilig te beheren wanneer de klinische behoefte de capaciteit overtreft. Dit systeem is bedoeld om ervoor te zorgen dat de zorg tijdig en op basis van de patiëntbehoefte wordt gedefinieerd. De vroegere, eerste triagesystemen op de spoedeisende hulp waren intuïtief en niet methodologisch onderbouwd. Ook waren deze systemen noch reproduceerbaar tussen zorgverleners, noch controleerbaar (Mackway-Jones et al., 2023 ; Mackway-Jones et al., 2007).

De pre-triage wachttijd wordt gedefinieerd als de periode tussen aankomst op de spoedgevallendienst en het eerste contact met de triageverpleegkundige. Deze wachttijd wordt doorgaans niet geregistreerd in officiële kwaliteitsindicatoren, ondanks het feit dat ze een belangrijk deel vormt van de totale wachttijd en de eerste indruk van de zorg (Sedgman et al., 2025).

Een concreet voorbeeld van de implementatie van een gestructureerd triagesysteem in België wordt beschreven door Bergs et al. (2014). In deze studie wordt de implementatie van de *Emergency Severity Index* (ESI, versie 4) geëvalueerd in een tertiair Belgisch ziekenhuis. Uit het onderzoek blijkt dat 77,5% van de triagebeslissingen correct overeenkomt met de referentiestandaard. Dit is klinisch relevant, aangezien ondertriage bij hoogurgente patiënten potentieel de patiëntveiligheid in gevaar kan brengen. Daarnaast wordt er benadrukt dat triage niet enkel afhankelijk is van het gebruikte instrument, maar in sterke mate van de kennis, ervaring en opleiding van de triageverpleegkundige.

1.2.6 Crowding en wachttijden op de spoedgevallendienst

Crowding is één van de factoren die ervoor zorgen dat de patiënttevredenheid wordt beïnvloed. *Crowding* is een situatie waarin de vastgestelde behoefte aan spoedeisende hulp groter is dan de beschikbare middelen (fysiek, personeels en organisatorisch) voor patiëntenzorg op de afdeling spoedeisende hulp, in het ziekenhuis of beide (Demeulenaere & Mathuis, 2021/2022; Altun & Kudu, 2025). *Crowding* is een wereldwijd probleem en heeft een directe negatieve invloed op de kwaliteit van de zorg, efficiëntie van het zorgsysteem en de veiligheid van zowel patiënt als zorgverlener. *Crowding* wordt gekenmerkt door lange wachttijden, een verstoorde patiëntenstroom, onderbrekingen in medische zorgverlening en een verhoogd risico op fouten en onveilige situaties. Overcrowding wordt internationaal geanalyseerd door het erkende "input-throughput-

outputmodel". Met *input* wordt de instroom van patiënten bedoeld. *Throughput* zijn de interne processen binnen de spoedgevallendienst en *output* is de uitstroom van patiënten naar huis, opnameafdelingen of andere zorginstellingen. Als zich problemen voordoen in één van deze fasen kan dit leiden tot een langere wachttijd en een verhoogde druk op de spoed (Altun&Kudu,2025).

Volgens Janerka et al. (2025) is de wachttijd die de patiënten ervaren van toepassing in de verschillende stadia van de SEH. Daarnaast is deze wachttijd ook een indicator voor de *crowding* op de spoedgevallendienst en zorgt het voor vertragingen in het beoordelen en de zorg. Dit geeft een negatieve uitslag op de patiënttevredenheid en kan ook samengaan met een slechte prognose. De responstijd is volgens Arifianti en Etlidawati (2025) de tijd die verstrijkt vanaf het moment dat een patiënt de spoedgevallendienst binnenkomt tot het moment waarop de passende zorg wordt verleend, waarbij een norm van maximaal vijf minuten wordt aangehouden.

Volgens Huang (2025) wordt de SEH-verblijfsduur gedefinieerd als *"de tijd die verstrijkt tussen de eerste triageregistratie en het daadwerkelijke vertrek uit de SEH, inclusief de wachttijd van patiënten in alle stadia en het omvat bijna alle aspecten van het SEH-proces. Zo omvat het de aankomsttijd, starttijd van de behandeling, tijd voor beslissing over de afhandeling, rond bijvoorbeeld ontslag of opname en de eindtijd van de behandeling en de vertrektijd van de SEH. Deze verblijfsduur is ook mede een belangrijke indicator voor de crowding op de SEH."*

1.2.7 Persoonsgerichte zorg binnen de spoedgevallendienst

1.2.7.1 Nood aan persoonsgerichte zorg in triage en wachtruimte

Janerka et al. (2025) beschrijft de nood aan persoonsgerichte zorg in de SEH-triage en wachtkameromgeving, maar de richtlijnen ontbreken. Persoonsgerichte zorg moet worden ondersteund op micro- (klinisch), meso- (organisatie) en macroniveau (gezondheidssystemen). Daarnaast zijn er verschillende zorgmodellen die volgens Janerka et al. (2025) beschreven worden, deze zijn gebaseerd op het principe van '*centering*', hierbij staat de persoon centraal in plaats van de ziekte in de zorg. De benadering van de zorg moet het fysieke en sociale welzijn van de patiënten, de kwaliteit van leven en de tevredenheid van de zorg verbeteren. Ook verminderen ziekenhuisopnames en de zorgkosten.

1.2.7.2 Patiëntgerichte vs persoonsgerichte zorg

Belangrijk om weten is dat er een verschil is tussen patiëntgerichte, persoonsgerichte en een mensgerichte benadering in de zorg.

"Patiëntgerichte zorg omvat empathie en respect, het tegemoetkomen aan de behoeften van individuele patiënten, het communiceren met en betrekken van hen bij beslissingen en zorg, en het bieden van geïndividualiseerde, holistische en gecoördineerde zorg in de klinische context. Persoonsgerichte zorg deelt vergelijkbare elementen, maar is gebaseerd op een humanistische filosofie die het individu positioneert als een persoon, rekening houdend met zijn/haar waarden en levenservaringen, en een focus op het creëren van authentieke betrokkenheid en gezonde relaties tussen patiënten, hun naasten en zorgverleners. De persoonsgerichte zorg, gepromoot door de Wereldgezondheidsorganisatie, hanteert een breder systeemniveau perspectief, waarbij naast individuele zorg ook rekening wordt gehouden met de behoeften van de gemeenschap en de bevolking.

Hoewel patiëntgerichte zorg historisch gezien een dominant concept geweest is, gekatalyseerd door het rapport van het Institute of Medicine uit 2001 voor kwalitatieve gezondheidszorg, zijn organisaties wereldwijd onlangs overgestapt op het bevorderen van een persoonsgerichte benadering.” Janerka et al. (2025)

1.2.7.3 Biomedisch model vs biopsychosociaal model

Volgens Gezond Leven kan er een onderscheid gemaakt worden tussen het biomedische en het biopsychosociale model of holistisch model. Een klassieke biomedische visie focust zich op gezondheid en pathogenese. Dit wil zeggen dat de visie voornamelijk oog heeft voor hoe een ziekte ontstaat en zich ontwikkelt. Het biologisch-fysiologisch functioneren staat centraal en hierdoor wordt gezondheid vaak gezien als afwezigheid van ziekte of lichamelijke afwijkingen. Het meetbare, objectieve aspect van gezondheid is in deze visie dominant, subjectieve beleving speelt een ondergeschikte rol (Visie Op Gezondheid, 2026). In tegenstelling tot het biomedisch model, bekijkt het biopsychosociaal model de zorg als een holistisch begrip waarin fysiek, mentaal en sociaal functioneren samenhangen en elkaar beïnvloeden. Er wordt dus niet enkel gefocust op symptomen, maar op het geheel van mens en zijn context (Visie Op Gezondheid, 2026).

Op de dienst spoedgevallen overheerst de biomedische benadering, omdat de focus op deze afdeling ligt op het stellen van snelle diagnose, stabilisatie en de uitsluiting van levensbedreigende aandoeningen. Zaken zoals tijdsdruk, protocollen en hoge werkbelasting sturen zorgverleners naar meetbare klinische parameters en technische interventies. Echter kan dit een negatief effect hebben op de patiënttevredenheid, omdat psychosociale noden, emotionele ondersteuning en gedeelde besluitvorming minder aandacht krijgen, waardoor patiënten zich mogelijks minder gehoord en begrepen voelen.

1.2.8 Definitie van Health Literacy (gezondheidsgeletterdheid)

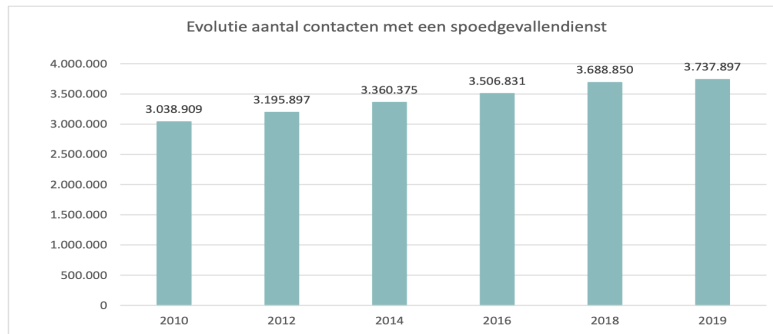
Volgens de WHO is de definitie van *Health Literacy* (of gezondheidsgeletterdheid): *"Gezondheidsgeletterdheid omvat de persoonlijke kennis en competenties die zich opbouwen door dagelijkse activiteiten, sociale interacties en door generaties heen. Gezondheidsgeletterdheid wordt beïnvloed door de organisatiestructuren en de beschikbaarheid van middelen die mensen in staat stellen informatie en diensten te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken op manieren die een goede gezondheid en welzijn voor henzelf en hun omgeving bevorderen en in stand houden – vaak omschreven als organisatorische gezondheidsgeletterdheid."* (World Health Organization: WHO, 2025)

1.3 Indicentie- en prevalentiecijfers

De spoedeisende hulp heeft te maken met een toenemende druk door een groter beroep op haar diensten, wat leidt tot *crowding* en langere wachttijden. *"In twee op de drie bevraagde ziekenhuizen zijn de aanmeldingen op spoed met 10 procent of méér gestegen. De druk op de spoeddiensten is vaak groot: niet alleen omdat ze weer méér patiënten te verwerken krijgen, maar ook omdat ze kampen met een tekort aan verpleegkundigen."* (Dierckx, 2022)

Tussen 2010 en 2019 is er te zien dat het aantal contacten met de spoedgevallendienst in België continu en duidelijk is toegenomen. Bovendien is de stijging van de spoedcontacten

groter dan de algemene groei van het totale aantal ziekenhuiscontacten. Hierdoor is spoed een steeds belangrijkere toegangspoort geworden tot het ziekenhuis. Exacte cijfers zijn terug te vinden in grafiek 1. De grafiek omschrijft de evolutie van het aantal contacten met de spoedgevallendienst (DGGS - Gezondheidszorg Dienst Data en Beleidsinformatie Dienst Acute en chronische zorgen, 2022).



Grafiek 1: Evolutie aantal contacten met een spoedgevallendienst (DGGS - Gezondheidszorg Dienst Data en Beleidsinformatie Dienst Acute en chronische zorgen, 2022)

Van Der Sande en Belga (2022) beschrijft dat het aantal opnames op de SEH tussen 2021 en 2023 met 8 procent is toegenomen. Het cijfermateriaal van dit artikel komt vanuit het rapport van de Cel Doelmatige Zorg van het RIZIV. Dit valt te verklaren door het toenemende huisartsentekort en door de vergrijzing van de bevolking (Nws, 2025a). In bijlage 1 wordt het aantal huisartsenwachtposten, spoedafdelingen en geografische spreiding (anno 2020) weergegeven.

Op spoedgevallen presenteren heel wat patiënten zich met **een huisartsenpathologie**, niet-spoedeisende gevallen. Dit draagt bij aan de *crowding* en drukte op de SEH. Volgens Nws (2025a) verkeerde 8 procent wel degelijk in levensgevaar bij aanmelding op de SEH. In 43 procent van de gevallen was er medische hulp nodig maar was de klacht niet dringend. Zo zijn buikpijn en een verkoudheid goed voor bijna een kwart van de aanmeldingen. Deze klachten worden gezien als een huisartsenpathologie en zouden zich niet moeten presenteren op de spoedgevallendienst.

Om dit probleem aan te pakken werd **het nationale telefoonnummer 1733** ingevoerd. Dit dient als centrale hulplijn voor niet-dringende medische hulp buiten de kantooruren van de huisarts. Dit werd ontwikkeld om burgers snel te kunnen doorverwijzen naar een huisarts van wacht of een lokale medische wachtdienst, om zo onnodige bezoeken aan de spoedgevallendienst te verminderen. Verder onderzoekt de studie of telefonische triage via 1733 leidt tot een efficiëntere en veiligere doorverwijzing naar de juiste zorg op maat. Volgens de huisartsen werden 9 van de 10 bellers correct doorverwezen naar het passende zorgniveau (Schoenmakers et al., 2021).

"Het aantal spoedcontacten op eigen initiatief stijgt in de periode van 2010 tot 2018 met 8%." (DGGS - Gezondheidszorg Data en Beleidsinformatie, 2010/2018) DGGS - Gezondheidszorg Data en Beleidsinformatie, (2010/2018) vermeldt de verschillende redenen van spoedopnames. Zo bedragen somatische ziekten 62.2% van het totaal aantal spoedopnames. Dit wordt gevolgd door ongevallen/ trauma met een totaal van 31.9% van

het aantal spoedopnames. 2.8% van de patiënten die zich op de spoedgevallendienst presenteren is voor een controle. De overgebleven 1.5% is voor sociaal, mentale of psychische redenen.

Alle voorgaande cijfers hangen samen met het feit dat patiënten bij gezondheidsproblemen vaak zo snel mogelijk geholpen willen worden. Omdat de spoedgevallendienst doorgaans sneller toegankelijk lijkt dan de huisartsenpraktijk, kiezen zij er sneller voor om zich daar te presenteren (Dierckx, 2022).

Van Der Sande en Belga (2022) verklaart ook dat dit komt door **de mentaliteitswijziging** van de patiënten. Hiermee bedoelen ze dat patiënten dezelfde dag nog een antwoord verwachten op hun zorgvraag. Volgens de DGGS – Gezondheidszorg Data en Beleidsinformatie (2010/2018) is er een daling van 29% vastgesteld in het aantal patiënten dat zich met een doorverwijsbrief van de huisarts aanmeldt op de spoedgevallendienst.

Na de consultatie op spoed gaat ongeveer 91.9% van de patiënten terug naar huis. 2.4% van de consultaties op de spoedgevallendienst gaat naar een rust- en verzorgingstehuis (RVT). (DGGS - Gezondheidszorg Data en Beleidsinformatie, 2010/2018)

Vanuit het cijfermateriaal vragen Van Der Sande en Belga (2022) zich af of we het gebruik van spoedgevallendiensten in niet-levensbedreigende situaties niet moeten afremmen. Hierbij wordt een verplicht voorafgaande triage als oplossing aangeboden.

1.4 Relevantie voor de verpleegkundige praktijk

Hafifi et al. (2025) vermeldt dat verpleegkundigen een cruciale factor zijn in de tevredenheid van de patiënten. Verpleegkundigen staan intensief en rechtstreeks in contact met de verschillende patiënten, vooral op de dienst spoedgevallen.

De drukte op de spoedgevallendienst heeft voor artsen en verpleegkundigen negatieve gevolgen: de werkdruk en stress nemen toe. Dit zorgt ervoor dat het risico op een burn-out toeneemt. Ook komt geweld bij patiënten vaker voor en is het moeilijker om richtlijnen en protocollen nauwkeuriger te volgen vanwege de hoge werkdruk. Deze voorgaande zaken zorgen ervoor dat de kans op medische fouten stijgt omwille van het bestaande personeelstekort (Demeulenaere & Mathuis, 2021/2022).

Crowding heeft een grote impact op de patiënttevredenheid. Door de *crowding* op de spoedgevallendienst kunnen de wachttijden hoog oplopen. Om de patiënttevredenheid te verbeteren kan het nodig zijn om de verwachtingen en percepties met betrekking tot de wachttijden effectief te gaan beheren. Zo toont het onderzoek van Almulhim et al. (2025) aan dat wachten in onwetendheid leidt tot het gevoel van machteloosheid en zichtbare irritatie, bijvoorbeeld naar de verpleging toe.

Daarnaast is het algemeen geweten dat burn-outs onder de SEH-verpleegkundigen algemeen worden herkend. Dit komt vooral door drukke werkschema's, geweld tegen de verpleging, gebrek aan ondersteuning door het management en een slechte werkomgeving. Door *crowding* wordt de werkdruk verhoogd, wat uiteindelijk kan leiden tot minder kwaliteitsvolle zorg en zo invloed heeft op de patiënttevredenheid. Daarom is er binnen dit onderwerp een grote verpleegkundige relevantie (Janerka et al., 2025).

Het rapport van "*The future of nursing 2020-2030*" stelt dat verpleegkundigen centraal staan in de gezondheidszorg. De studie wijst erop dat de verpleegkundige beroepsgroep voor grote uitdagingen staat in het komende decennium, dit bijvoorbeeld door:

- De vergrijzing van de beroepsgroep: een groot deel van de huidige verpleegkundigen behoren tot de oudere leeftijdsgroepen. Deze verpleegkundigen worden historisch aangeduid als "*babyboomers*". Deze groep van mensen komt steeds dichterbij de pensioengerechtigde leeftijd. Dit zal voor de komende jaren voor een grote uitstroom zorgen van ervaren verpleegkundigen.
- De toenemende zorgvraag: door de vergrijzing van de patiëntenpopulatie zorgt ervoor dat de zorgvraag toeneemt.

Om deze uitdagingen aan te pakken vermeldt het rapport om maatregelen te nemen, mede om de instroming van nieuwe verpleegkundigen te verhogen en ervaren verpleegkundigen langer actief te houden (Medicine, 2021).

2 VRAAGSTELLING

2.1 Onderzoeksvraag

2.1.1 Hoofdonderzoeksvraag

Deze bachelorproef vertrekt vanuit de centrale hoofdonderzoeksvraag: Wat zijn de belangrijkste oorzaken van de patiënttevredenheid met betrekking tot drukte en wachttijd op de spoedgevallendienst bij volwassen patiënten (≥ 18 jaar), en welke interventies kunnen de patiënttevredenheid verbeteren?

2.1.2 Subonderzoeksvraag

Welke factoren dragen bij aan een verhoogde patiëntenstroom op de spoedgevallendienst bij volwassen patiënten (≥ 18 jaar)?

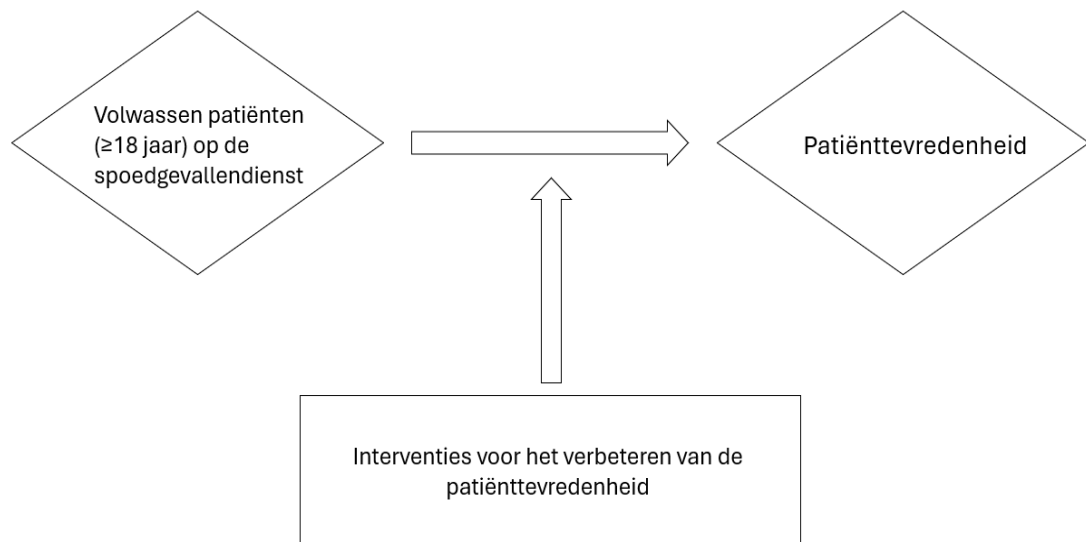
Tabel 1: PICO-vraagstelling hoofdonderzoeksvraag

Component	Inhoud van de vraag
P (patiënt/ population)	Volwassen patiënten (≥ 18 jaar) op de spoedgevallendienst
I (intervention)	Interventies voor het verbeteren van de patiënttevredenheid
C (comparison)	De huidige organisatie van de spoedgevallendienst zonder implementatie van gerichte interventies.
O (outcome)	Patiënttevredenheid

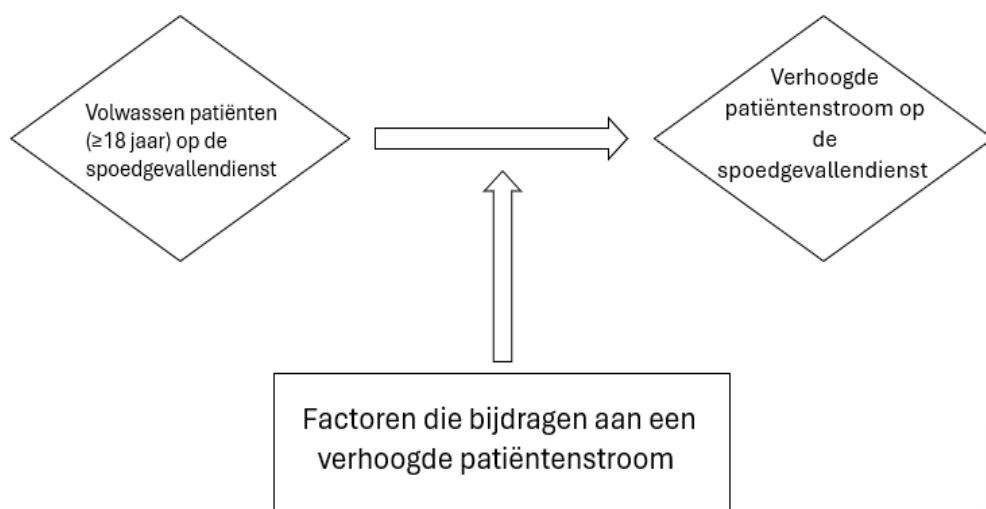
Tabel 2: PICO-vraagstelling subonderzoeksvraag

Component	Inhoud van de vraag
P (patiënt/ population)	Volwassen patiënten (≥ 18 jaar) op de spoedgevallendienst
I (intervention)	Factoren die bijdragen aan een verhoogde patiëntenstroom
C (comparison)	Niet van toepassing
O (outcome)	Verhoogde patiëntenstroom op de spoedgevallendienst

Onderstaande figuren (Figuur 1 en Figuur 2) bieden een schematische voorstelling van de PICO-vraagstelling, zowel hoofd- als subonderzoeksvraag. Beide conceptuele modellen bieden de basis voor de uitwerking van deze bachelorproef.



Figuur 1: Conceptueel model hoofdonderzoeksvraag



Figuur 2: Conceptueel model subonderzoeksvraag

3 METHODOLOGIE

Binnen deze bachelorproef werden relevante studies geïdentificeerd die een antwoord op de hoofd- en subonderzoeksvraag bieden. Zie 2.1.1 en 2.1.2.

Bij deze zoekopdracht werden verschillende wetenschappelijke databanken geraadpleegd, waaronder PubMed, ResearchGate, Google Scholar en Wiley. De zoekstrategie werd zorgvuldig opgebouwd volgens de richtlijnen van de Cochrane Collaboration, waarbij gebruik werd gemaakt van een combinatie van *Medical Subject Headings* (MeSH), vrije trefwoorden en Booleaanse operatoren (AND, OR) om de sensitiviteit van de zoekactie te maximaliseren. Aangezien niet alle databanken ondersteuning bieden voor MESH-termen, werden in die gevallen enkel trefwoorden en hun synoniemen gebruikt om een zo volledig mogelijke verzameling van relevante literatuur te genereren (Higgins et al., 2022).

Ter beoordeling van de methodologische kwaliteit van de geïnccludeerde studies werd gebruikgemaakt van een evidentietabel, evenals van de selectie- en data-extractiecriteria.

3.1 Design

Deze bachelorproef betreft een systematische literatuurstudie. Er wordt getracht om de beschikbare evidentie omtrent de onderzoeksvraag te identificeren, selecteren, beoordelen en synthetiseren. Dit wordt uitgevoerd met een systematische methodologie en methodologische kwaliteitsbeoordeling van de individuele studies met als doel een samenvatting van de evidentie te bekomen.

3.2 Zoekstrategie hoofdonderzoeksvraag

Op 27 oktober 2025 tot 28 oktober 2025 werd er gezocht op de databank PubMed aan de hand van de systematische zoeksleutel (tabel 2). De systematische zoeksleutel van PubMed werd verkregen door een combinatie van MESH-termen en vrije zoektermen. De zoeksleutel via PubMed resulteerde in 155 resultaten. Binnen deze databank werd er een filter ingesteld op de publicatiedatum van de laatste 5 jaar. Deze afbakening resulteerde in 36 resultaten. Deze 36 resultaten werden gescreend op titel en abstract volgens de in- en exclusiecriteria (zie 3.4). Na de screening op titel en abstract werden er 13 resultaten gelezen op fulltekst. Ter controle op dubbele literatuur werden 4 resultaten verwijderd wegens eerder selectie op Google Scholar. Ook werd 1 resultaat verwijderd wegens niet beschikbaar op fulltekst. Er bleven zo 8 resultaten over die via PubMed werden geïnccludeerd. Daarnaast werd de sneeuwbalmethode gehanteerd waardoor er nog 3 artikelen werden geïnccludeerd. Dit resulteerde uiteindelijk in 11 resultaten. Deze 11 resultaten werden gelezen op fulltekst en werden beoordeeld volgens de in- en exclusiecriteria (zie 3.4). 1 resultaat werd geschrapt op basis van de in- en exclusiecriteria (zie 3.4). Zo werden er 10 artikelen in de literatuur behouden.

Op 30 oktober 2025 tot 7 november 2025 werd er op ResearchGate gezocht aan de hand van de systematische zoeksleutel (tabel 2). De zoekopdracht resulteerde in 23.490 resultaten. Binnen deze databank werden er filters ingesteld op publicatiedatum: "sinds 2025" en werden enkel artikelen geïnccludeerd met toegang tot de volledige tekst. Dit resulteerde in 1.010 resultaten die gescreend werden op titel en abstract. Na screening

op titel en abstract bleven er 14 resultaten over waarvan 3 artikelen die ook via PubMed werden gevonden. 11 resultaten werden gelezen op fulltekst.

Op 26 oktober 2025 werd er gezocht op Google Scholar aan de hand van de onderzoeksvraag (tabel 3). Deze zoekleutel bestaande uit de onderzoeksvraag resulteerde in 19.601 resultaten. Binnen de databank werd een afbakening van 5 jaar gehanteerd. Na deze afbakening resulteerde dit in 17.201 resultaten. Deze 17.201 resultaten werden gescreend op titel en abstract volgens de in- en exclusiecriteria (zie 3.4). Na de screening bleven er 14 artikelen over die in fulltekst werden gelezen.

Op 30 oktober 2025 werd er op Wiley gezocht aan de hand van een zoekleutel (tabel 3). Deze zoekleutel werd opgebouwd door het gebruik van vrije zoektermen en Booleaanse operatoren. Het gebruik van de zoekleutel resulteerde in 18.560 resultaten. Binnen de databank Wiley werden er filters ingesteld op publicatiedatum van het laatste jaar en toegangstype (*open access*). Deze afbakening resulteerde in 332 resultaten. Deze 332 resultaten werden gescreend volgens de in- en exclusiecriteria (zie 3.4). Na de screening bleven er 3 resultaten over, die in fulltekst werden gelezen.

Tabel 3: Systematische zoekleutels hoofdonderzoeksvraag

Pubmed	((((((((emergency service, hospital[MeSH Terms]) OR (emergency service, hospital[Title/Abstract])) OR (emergency department*[Title/Abstract])) OR (emergency room*[Title/Abstract])) OR (emergency unit*[Title/Abstract])) OR (hospital emergency service*[Title/Abstract])) AND (((((solutions[MeSH Terms]) OR (solutions[Title/Abstract])) OR (strategie*[Title/Abstract])) OR (intervention*[Title/Abstract])) OR (initiative*[Title/Abstract])) AND (((((((patient satisfaction[MeSH Terms]) OR (patient satisfaction[Title/Abstract])) OR (satisfaction, patient[Title/Abstract])) OR (patient experience*[Title/Abstract])) OR (patient perception*[Title/Abstract])) OR (patient opinion*[Title/Abstract])) OR (patient-reported experience*[Title/Abstract])) OR (patient-reported outcomes[Title/Abstract])) AND (((((((waiting rooms[MeSH Terms]) OR (waiting rooms[Title/Abstract])) OR (waiting time[Title/Abstract])) OR (time factors[MeSH Terms])) OR (time factors[Title/Abstract])) OR (time-to-treatment[MeSH Terms])) OR (time-to-treatment*[Title/Abstract]))
Google Scholar	What are the main causes of patient satisfaction with regard to crowding and waiting time in the emergency department in adult patients (≥ 18 years), and which interventions can improve patient satisfaction?
ResearchGate	What are the main causes of patient satisfaction with regard to crowding and waiting time in the emergency department in adult patients (≥ 18 years), and which interventions can improve patient satisfaction?

Wiley	emergency service AND solutions AND patient satisfaction AND waiting rooms
-------	--

3.3 Zoekstrategie subonderzoeksvraag

Op 19 december 2025 werd er gezocht op de databank Pubmed aan de hand van de systematische zoeksleutel (tabel 4). De systematische zoeksleutel van Pubmed werd verkregen door een combinatie van MESH-termen en vrije zoektermen. De zoeksleutel via deze databank resulteerde in 897 resultaten. Binnen deze databank werd er een filter ingesteld op de publicatiedatum van de laatste 5 jaar. Deze afbakening resulteerde in 117 resultaten. Deze 117 resultaten werden gescreend op titel en abstract volgens de in- en exclusiecriteria (zie 3.5). Na screening op titel en abstract werden er 5 resultaten en 1 resultaat bekomen via de sneeuwbalmethode gelezen op full-tekst. Er bleven 7 resultaten over die via PubMed werden geïncludeerd. Er werd 1 resultaat verwijderd wegens dubbel exemplaar met de hoofdonderzoeksvraag. Ook werd er op 19 december 2025 gezocht op Google Scholar met de systematische zoeksleutel (tabel 4). Hier werden 2 resultaten geïncludeerd.

Tabel 4: Systematische zoeksleutels subonderzoeksvraag

Pubmed	((((((((emergency service, hospital[MeSH Terms]) OR (emergency service, hospital[Title/Abstract])) OR (emergency department*[Title/Abstract])) OR (emergency room*[Title/Abstract])) OR (emergency unit*[Title/Abstract])) OR (hospital emergency service*[Title/Abstract]))) AND ((((((patient admission[MeSH Terms]) OR (patient flow[Title/Abstract])) OR (patient volume*[Title/Abstract])) OR (crowding[MeSH Terms])) OR (emergency department crowding[Title/Abstract])) OR (overcrowding[Title/Abstract]))) AND ((((((risk factors[MeSH Terms]) OR (determinants[Title/Abstract])) OR (contributing factors[Title/Abstract])) OR (associated factors[Title/Abstract])) OR (predictors[Title/Abstract])) OR (causes[Title/Abstract]))) AND (((((adult[MeSH Terms]) OR (adult*[Title/Abstract])) OR (aged[MeSH Terms]))))
Google Scholar	Welke factoren dragen bij aan een verhoogde patiëntenstroom op de spoedgevallendienst bij volwassen patiënten (≥18 jaar)? EN Lage gezondheidsvaardigheden en gebruik spoedgevallen

3.4 In- en exclusiecriteria hoofdonderzoeksvraag

De selectie van de literatuur gebeurde op basis van volgende inclusiecriteria:

- Populatie: volwassen patiënten (≥18 jaar) op de spoedgevallendienst
- Interventie: interventies voor het verbeteren van de patiënttevredenheid

- Uitkomst: patiënttevredenheid
- Publicatiejaar: 2020–2025
- Taal: Nederlands of Engels

Exclusiecriteria:

- Patiënten jonger dan 18 jaar
- Niet-spoedgevallendienst
- Artikels zonder fulltekst beschikbaarheid

3.5 In- en exclusiecriteria subonderzoeksvraag

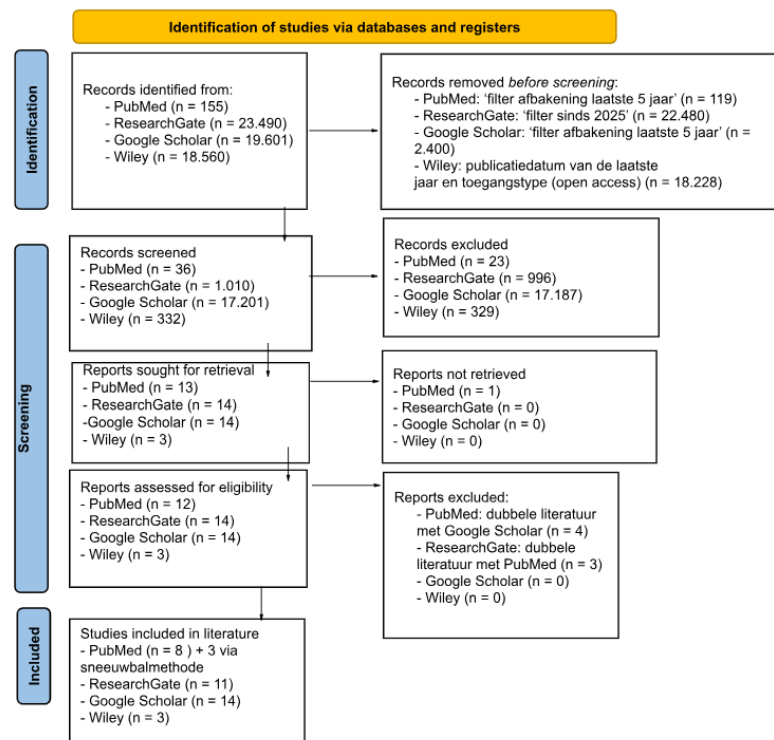
Inclusiecriteria

- Populatie: volwassen patiënten (≥ 18 jaar) op de spoedgevallendienst
- Interventie: factoren die bijdragen aan een verhoogde patiëntenstroom
- Uitkomst: verhoogde patiëntenstroom op de spoedgevallendienst
- Publicatiejaar: 2020 – 2025
- Taal: Nederlands of Engels

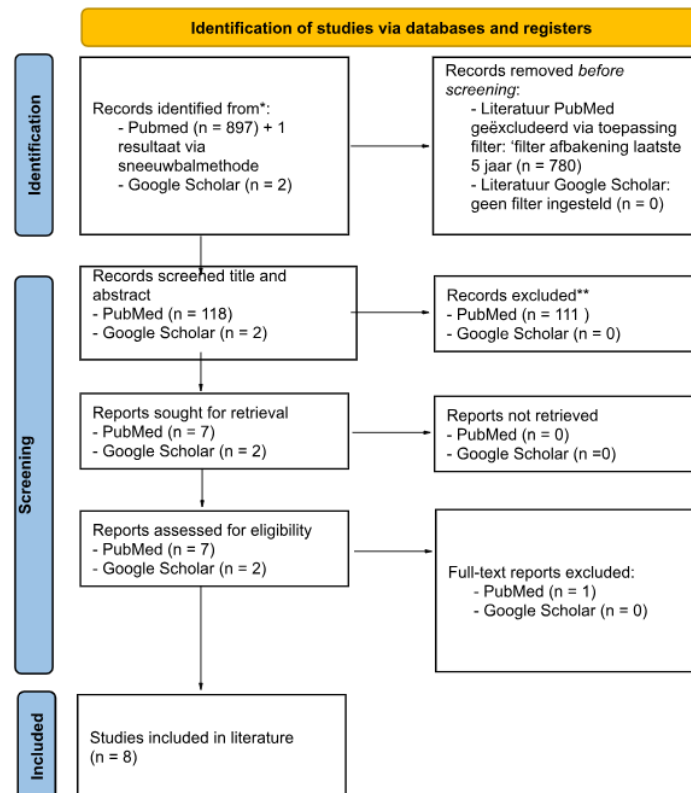
Exclusiecriteria

- Patiënten jonger dan 18 jaar
- Niet-spoedgevallendienst
- Artikels zonder fulltekst beschikbaarheid

Het volledige screenings- en beoordelingsproces werd uitgevoerd door twee onderzoekers. De visuele weergave van het selectieproces wordt weergegeven door de 2020 PRISMA flowchart voor zowel de hoofdonderzoeksvraag en subonderzoeksvraag (figuur 3 en figuur 4).



Figuur 3: PRISMA 2020 flowdiagram hoofdonderzoeksvraag (PRISMA Statement, z.d.)



Figuur 4: PRISMA 2020 flowdiagram subonderzoeksvraag (PRISMA Statement, z.d.)

3.6 Selectie en data-extracte hoofdonderzoeksvraag

Methodologische onderbouwing: de 41 geselecteerde studies werden op bewijskracht geordend om de betrouwbaarheid en toepasbaarheid van de literatuur te versterken. Deze ordening gebeurde op basis van de internationaal erkende hiërarchie van bewijs binnen *evidence-based practice*, waarbij systematische reviews en (netwerk)meta-analyses van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) het hoogste niveau vertegenwoordigen. Vervolgens volgden dubbel- en enkelblinde RCT's, quasi-experimenteel onderzoek en observationele cohortstudies. Onder aan de piramide werden narratieve reviews en methodologische studies geplaatst.

Deze werkwijze laat toe om de zwaarte van bewijs correct te interpreteren en om aanbevelingen te baseren op de meest betrouwbare bronnen. De beoordeling van de methodologische kwaliteit werd ondersteund door de kwaliteitstabel van Thomas More die toeliet om elk studieontwerp systematisch en objectief te evalueren.

- **3 systematische reviews en (netwerk) meta-analyses** van RCT's: (Alhabib et al., 2024 (systematische review (PRISMA)); Hosseini et al., 2023 (systematische review (PRISMA)); Bull et al., 2021 (systematische review))
- **4 gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's)** (blinding volgens studiedesign): (Almulhim et al., 2025 (RCT); Alrajhi et al., 2020 (RCT); Bidari et al., 2021 (RCT (enkelblind)); McCarthy et al., 2011 (RCT (enkelblind)))
- **22 quasi-experimenteel en observationeel onderzoek** (o.a. pre-post, cohort/cross-sectioneel, kwalitatief, mixed-methods): (Abidova et al., 2021 (cross-sectioneel observationeel); Abuguyan et al., 2025 (kwalitatief observationeel); Alshalawi et al., 2025 (cross-sectioneel observationeel);

Andreoni et al., 2025 (pilotstudie (prospectief observationeel)); Arifianti et al., 2025 (cross-sectioneel observationeel); Bhattacharya et al., 2025 (pre-post (quasi-experimenteel)); Butun et al., 2023 (cross-sectioneel observationeel); Calder-Sprackman et al., 2021 (mixed-methods); Decoster et al., 2025 (cross-sectioneel observationeel); Frau et al., 2024 (overig); Hafifi et al., 2025 (overig); Ibrahim et al., 2025 (overig); Jeyaraman et al., 2025 (cross-sectioneel observationeel); Kline et al., 2019 (cross-sectioneel observationeel); Lin et al., 2017 (overig); MacKay et al., 2025 (cross-sectioneel observationeel); Manukumar et al., 2025 (overig); McNaughton et al., 2015 (cross-sectioneel observationeel); Murari et al., 2025 (cross-sectioneel observationeel); Platts-Mills et al., 2017 (overig); Plesca et al., 2025 (cross-sectioneel observationeel); Fryburg et al., 2025 (observationeel onderzoek))

- **10 methodologisch of narratief literatuuronderzoek / overige niet-experimentele bronnen** (o.a. scoping reviews, narratieve reviews, rapport/actualiteit): (Altun et al., 2025 (scoping review); Bhattacharyya et al., 2025 (scoping review); De Craemer et al., 2023 (scoping review) Huang, 2025 (narratieve review); Janerka et al., 2025 (overig); Jeyaraman et al., 2021 (overig); Savioli et al., 2022 (narratieve review); Wiler et al., 2014 (overig); Wiler et al., 2025 (overig); Wiskerke et al., 2025 (overig))

3.7 Selectie en data-extractie subonderzoeksvraag

Eveneens werd de kwaliteitstabel van Thomas More gebruikt om de kwaliteit van de geïncludeerde studies systematisch en objectief te beoordelen.

- **1 systematisch / verkennend literatuuronderzoek:**
(Krieg et al., 2016 (scoping review / verkennend literatuuronderzoek))
- **4 observationele kwantitatieve studies (cohort, retrospectief of prospectief):**
(Schouten et al., 2023 (nationwide retrospectieve cohortstudie); Ware et al., 2022 (retrospectieve cohortstudie); Herzog et al., 2025 (retrospectieve observationele studie); Van Dam et al., 2024 (prospectieve cohortstudie))
- **1 multimethodische studie (mixed-methods):**
(Van den Broek et al., 2024 (multicenter multimethodische studie))
- **1 kwalitatieve academische case study:**
(Lievens, 2015 (kwalitatieve case study, aangevuld met kwantitatieve secundaire data))
- **1 narratief / conceptueel literatuuronderzoek:**
(Rademakers, 2015 (narratief overzicht / kennissynthese))

4 RESULTATEN

4.1 Beïnvloedende factoren op patiënttevredenheid

De spoedgevallendiensten staan wereldwijd onder druk door stijgende patiëntenaantallen, complexere zorgvragen, personeelstekorten en beperkte toegang van de eerstelijnszorg (Huang, 2025 ; Alrajhi et al., 2020). Zo gebruiken nog veel patiënten de spoedgevallendienst voor niet-dringende zaken die ook in de eerstelijnszorg behandeld kunnen worden. De keuze voor de spoed heeft vaak te maken met verwachtingen van snelle zorg, een onmiddellijke toegang tot zorg en vooral het tekort aan huisartsen, vooral buiten de kantooruren. Deze **patiëntgerelateerde factoren** vormen dus een belangrijke factor in de drukte op de spoedgevallen.

Daarnaast spelen **systeemgerelateerde factoren** een centrale rol. Zo speelt de “*access block*” een rol. Dit zijn patiënten die opgenomen moeten worden op een afdeling, maar op de spoeddienst wachten door een tekort aan beschikbare ziekenhuisbedden. Hierdoor blijven de spoedbedden bezet en kunnen nieuwe patiënten minder snel geholpen worden. **De personeelstekorten** spelen zowel een rol bij verpleegkundigen als artsen. Dit leidt tot vertragingen in de zorgverlening en een verhoogde werkdruk onder het zorgpersoneel.

Ook dragen trage diagnostische processen bij aan lange wachttijden zoals labo- en beeldvorming. Daarnaast kan het zorgproces ook worden vertraagd door inefficiënte triageprocessen en onvoldoende informatiesystemen. Tot slot zijn seizoensgebonden pieken, epidemieën, natuurrampen, weekends en feestdagen factoren die voor een verhoogde patiëntenstroom zorgen (Altun & Kudu, 2025).

Daarnaast blijft het gebruik van de spoedafdeling toenemen. Er zijn heel wat factoren die bijdragen aan het gebruik van de SEH: onder meer onvermogen om met pijn om te gaan, angst, onzekerheid, beperkte toegang tot andere zorgvoorzieningen. Aanbevelingen van familieleden om naar de spoed te gaan hoort hier ook bij (Sedgman et al., 2025 ; Janerka et al., 2025).

Deze factoren zorgen voor een toenemende drukte. Deze toename zorgt voor een negatieve invloed op de patiënttevredenheid (Almulhim et al., 2025). Ook leidt de combinatie van deze persoonlijke factoren tot verhoogde stress. Dit zorgt dan voor negatieve emoties, wantrouwen en ontevredenheid over de zorg. Patiënttevredenheid is niet alleen **een objectieve factor** (wachttijd), daarnaast is het ook een emotionele beleving en beïnvloedt het het stressniveau en de mate waarin patiënten zich gezien voelen (Fryburg et al., 2025).

Patiënttevredenheid wordt beschreven als een multidimensionaal concept dat niet enkel gaat over de objectieve factor (wachttijd) of de snelheid waarmee de zorgvragers worden geholpen. Het gaat ook over communicatie, empathie, betrouwbaarheid, veiligheid en zichtbare zorgkwaliteit. Zo is een adequate en snelle triage noodzakelijk, maar het is van belang dat deze triage gepaard gaat met een duidelijke uitleg, vriendelijkheid en betrokkenheid van de verschillende zorgverleners. Dit alles is nodig om de tevredenheid te waarborgen (Arifianti & Etlidawati, 2025).

Daarnaast beïnvloeden **demografische kenmerken** ook de patiënttevredenheid. Zo

zouden vrouwelijke patiënten, en patiënten met een hoger opleidingsniveau, een hogere tevredenheid hebben dan andere patiënten. Dit toont aan dat er verschillen zijn in verwachtingen, communicatiestijl en interpretatie van de zorg tussen de verschillende patiëntengroepen. Leeftijd en burgerlijke staat bleken geen invloed te hebben op de tevredenheid (Alshalawi et al., 2025). Echter blijkt uit het onderzoek van Schäfer et al. (2022) dat patiënten met een jongere leeftijd doorgaans een lagere tevredenheid hebben. Dit geldt volgens hem ook voor patiënten met lagere gezondheidsvaardigheden (*health literacy*).

Almulhim et al. (2025), Huang (2025) en Arifianti en Etlidawati (2025) stellen dat patiënttevredenheid een **essentiële kwaliteitsindicator** is voor de spoedgevallendiensten. Klachten over de spoeddienst hangen nauw samen met een verminderde patiënttevredenheid. Zo hebben drie factoren een invloed op deze klachten (Huang, 2025).

1. Wachtijd voor triage
2. Privacy tijdens het SEH-bezoek (Sedgman et al., 2025)
3. De kwaliteit van interactie met zorgverleners (McCarthy et al., 2011)

4.1.1 De effectieve wachttijden/ervaren wachtijd

Wachtijd voor triage (pre-triage), zie 1.2.2, vormt de eerste indruk van een spoedgevallendienst en speelt hierdoor een rol binnen de patiënttevredenheid. Omdat wachten op een spoeddienst verwacht wordt, zorgt dit frequent voor negatieve ervaringen tijdens de pre-triage wachtijd. Wat vooral aan de grondslag ligt van de negatieve beleving en ervaren problemen van de pre-triage wachtijd zijn:

- verwarring door gebrek aan orde of structuur;
- onzekerheid over wie als volgende wordt geholpen;
- een gevoel van chaos in de wachtruimte;
- andere patiënten die "voordringen in de rij";
- fysiek ongemak;
- pijn of kwetsbaarheid tijdens het wachten;
- gebrek aan begeleiding of uitleg door personeel (Sedgman et al., 2025).

Vanaf het moment dat de wachttijden oplopen neemt ook de frustratie toe (Sedgman et al., 2025). Volgens Abidova et al. (2021) en Alhabib et al. (2024) wordt de ervaren wachtijd in relatie gebracht met de klachten. Des te langer de **wachtijd subjectief** was, hoe lager de tevredenheid en des te groter de kans op klachten. Zo verwijst Ibrahim et al. (2025) naar **de objectieve wachtijd** en de subjectieve beleving van de wachtijd. Deze psychologie van wachttijden stelt dat patiënten heel wat geduldiger zijn wanneer ze weten hoe lang ze moeten wachten en wanneer er tijdens het wachten iets kan worden uitgevoerd van een bepaalde activiteit.

Natuurlijk worden er ook nog positieve ervaringen gelinkt aan het bezoek van de SEH. Maar deze blijven beperkt tot:

- de aanwezigheid van zitplaatsen;
- het gevoel dat de patiënten die wachten in het oog worden gehouden door het personeel;
- het vertrouwen dat het personeel "hun best deed" desondanks de drukte op de spoeddienst;

Deze literatuur suggereert door een beperkt aantal positieve ervaringen, dat de pre-triage wachttijd zelden bijdraagt aan een positieve patiënttevredenheid. Niet alleen is het beperkt aantal positieve ervaringen te linken aan een lage patiënttevredenheid, ook de ervaren rechtvaardigheid, transparantie en goede communicatie tijdens het wachten dragen hiertoe bij (Sedgman et al., 2025).

Volgens Janerka et al. (2025) is er een correlatie tussen wachttijd en tevredenheid: hoe langer de patiënten moeten wachten, hoe minder tevreden de patiënten zijn. Deze bevinding wordt ondersteund door McCarthy et al. (2011), die aantonen dat elke toename van 10 minuten wachttijd samenhangt met een toename van lage tevredenheid. De studie van Seif et al. (2025) rapporteert ook dat patiënten die minder lang moesten wachten aangaven dat ze opnieuw naar dezelfde spoedgevallendienst zouden terugkeren of de spoed zouden aanraden aan familie of vrienden.

Ook de bevindingen van Almulhim et al. (2025) sluiten hierop aan. Deze literatuur toont aan dat wachttijd één van de belangrijkste determinanten is van patiënttevredenheid op de dienst spoedgevallen. Patiënten die een kortere wachttijd rapporteerden, gaven significant hogere tevredenheidsscores dan patiënten die langer moesten wachten (Alrajhi et al., 2020). Ook de drukte op de spoedgevallendienst hangt indirect samen met patiënttevredenheid. Dit komt doordat **drukke** leidt tot:

- langere wachttijden;
- minder contactmomenten met zorgverleners;
- en beperkte communicatie over de voortgang van de zorg.

Een gelijkenis binnen deze literatuur was dat **drukke** op de spoed ook zorgt voor negatieve ervaringen, dit ook omdat patiënten minder aandacht krijgen en sneller worden vergeten. Deze drukte op de spoed is ook het gevolg van een vertraagde doorstroom naar hospitalisatie door administratieve knelpunten, een gebrekkige communicatie tussen de verschillende ziekenhuisdiensten, personeelstekort en tot slot een gebrek aan een *real-time update* waar de vertragingen ontstaan. Hier zou een digitaal dashboard de oplossing voor kunnen zijn. Dit dashboard toont de *boarding time* van de patiënt en zorgt ervoor dat deze ook meetbaar is. Dit zorgt voor betere communicatie en een snellere doorstroming van de patiënten tussen de verschillende disciplines. Digitale tools kunnen dus de oplossing bieden om de negatieve impact van drukte en wachttijden op de patiënttevredenheid te verminderen (Rejeki et al., 2025; Savioli et al. 2022).

4.1.2 Privacy tijdens het wachten

Abidova et al. (2021) toont aan dat onvoldoende respect voor privacy leidt tot meer klachten en een lagere patiënttevredenheid. Ook Binnie et al. (2025) benadrukken dat een overvolle wachtzaal, gebrek aan privacy en onvoldoende communicatie stress en ontevredenheid verhogen. Daarom zijn interventies zoals afgescheiden zones, voldoende afstand tussen patiënten en duidelijke communicatie over wachttijden belangrijk om de patiënttevredenheid te verbeteren.

4.1.3 De zorgverlener

Hafifi et al. (2025) vermeldt dat verpleegkundigen een cruciale factor zijn in het bepalen van de kwaliteit van de zorg en de tevredenheid van de patiënten. Verpleegkundigen staan intensief en rechtstreeks in contact met de verschillende patiënten, vooral op de dienst spoedgevallen.

Janerka et al. (2025) beschrijft dat interpersoonlijke zorg / *person-centred care* belangrijk is om de patiënttevredenheid te verbeteren. Deze interpersoonlijke factoren spelen naast de wachttijd een belangrijke rol, want door het toepassen van deze factoren geven patiënten een hoger score in functie van de patiënttevredenheid. Zo gaven patiënten een hogere score wanneer zorgverleners respectvol en empathisch communiceerden ze, het gevoel hebben om serieus genomen te worden, er een duidelijke uitleg werd gegeven over de verschillende onderzoeken en behandelingen en wanneer zorgverleners bereid waren om vragen van de mensen te beantwoorden (Almulhim et al., 2025). Al deze zaken dragen bij aan een positieve beoordeling van het bezoek aan de spoedgevallen. Dit omdat patiënten niet alleen zorg verwachten op de spoedgevallendiensten maar ook een erkenning van de zorgen en emoties van de verschillende patiënten (Huang, 2025).

De zorgverleners geven aan het belang hiervan te begrijpen, maar dat de uitvoering vaak wordt belemmerd door:

- hoge werkdruk;
- tijdsgebrek;
- onderbezetting;
- lawaaierige, oncomfortabele omgeving;
- lange wachttijden;
- frustratie en agressie van patiënten en familie (Janerka et al., 2025).

Ook speelt communicatie een belangrijke rol. Communicatie, al dan niet door de zorgverleners zelf, heeft invloed op de tevredenheidsscores. Patiënten die duidelijk uitleg hadden ontvangen over triage, prioritering en het verdere verloop van het zorgtraject, gaven aan het wachten beter te kunnen aanvaarden, ook als de wachttijd lang was. Bij een gebrek aan communicatie hadden patiënten gevoelens van onzekerheid, frustratie en ontevredenheid (Huang, 2025; Arifianti & Etlidawati, 2025). Toch is goede communicatie vaak moeilijk binnen de context van de spoedgevallen door de vaak drukke en chaotische omgeving van de dienst. Dit zorgt ervoor dat het voeren van diepgaande of uitgebreide communicatie bemoeilijkt wordt. De impact van communicatie op de tevredenheid kan verminderen door een samenhang van factoren. Hier zijn patiënten meer gericht op snelle hulp, pijnverlichting en medische uitkomsten dan op een uitgebreide interactie met zorgverleners. Dit haalt niet weg dat communicatie significant de tevredenheid bepaalt.

Ook door de aanwezigheid van lawaai, tijdsdruk, onvoorspelbaarheid en overbezetting kan de impact verminderen. Deze factoren zoals werkdruk, wachttijden, prioritering van acute zorg, omgevingsfactoren en organisatorische beperkingen spelen een belangrijke rol binnen de communicatie en tevredenheidsscores. Daarom zijn gerichte communicatie-opleidingen voor de verpleging noodzakelijk. Het verminderen van de werkbelasting en het ontwikkelen van ondersteunende werkomgevingen is ook belangrijk. Zo kunnen de kwaliteit van de zorg en de patiëntbeleving verbeteren (Alshalawi et al., 2025).

4.2 Interventies

4.2.1 Interventies binnen de SEH

Spoedgevallendiensten proberen al jarenlang interventies te implementeren om de wachttijd te verkorten en dus de patiënttevredenheid te verbeteren. Deze interventies zijn fast tracks, bedside registratie, betrokkenheid bij triage door huisartsen, *nurse practitioners* of verpleegkundigen met uitgebreide bevoegdheden. Ondanks deze interventies blijven de wachttijden toch stijgen (McCarthy et al., 2011; Bhattacharyya et al. 2025; Jeyaraman et al. 2021). Veel van de toegepaste interventies richten zich vooral op de doorstroom van de patiënten en de efficiëntie hiervan, maar dit is vaak ten koste van interpersoonlijke zorg en dus van de patiënttevredenheid (Janerka et al., 2025).

Volgens Sedgman et al. (2025) werden er ook concrete suggesties vermeld om de pre-triage wachttijd te verbeteren. Interventies die werden benoemd in de literatuur waren:

- duidelijk wachtrijsystemen (bijvoorbeeld een nummertjessysteem);
- een betere signalisatie en communicatie over wachttijden (Abidova et al., 2021);
- de aanwezigheid van een aanspreekpunt ;
- meer zitplaatsen, aangename omgeving en comfortabele stoelen (Janerka et al., 2025).

De literatuur van Binnie et al. (2025) richt zich voornamelijk op het aangenamer maken van de wachttijd via aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving van de wachtzalen. Zo wordt "*healing environment*" en het RAMP-model geïntroduceerd. Binnen het RAMP-model behoren respect, autonomie, menselijkheid en doelgerichtheid. De fysieke omgeving van de wachtzaal maakt dat de patiënten de wachttijd anders kunnen ervaren. dit heeft ook invloed op de patiënttevredenheid.

Elementen zoals verlichting, temperatuur, zitcomfort, geluid, aanwezigheid van planten en uitzicht naar buiten beïnvloeden de psychologische toestand van patiënten tijdens het wachten. Zo zou een natuurlijke verlichting, zicht op groen en gebruik van planten, de stress verminderen en een kalmerend effect hebben. Ook temperatuurregeling en het vermijden van tocht of oververhitting dragen bij aan het fysieke comfort. Comfortabele, ergonomische zitplaatsen verminderen lichamelijke ongemakken tijdens het wachten. Daarnaast blijkt dat muziek en het dempen van storende geluiden bijdragen aan een rustiger en minder stressvolle omgeving. Wat ook aangenaam kan zijn binnen de wachtruimte zijn televisies, lesmateriaal en wifi. Deze verminderen de focus op de tijd en zorgt voor afleiding. Al deze zaken zijn makkelijk toepasbaar en vereisen organisatorische hervormingen, met als belangrijkste doel om de patiënttevredenheid te verbeteren.

4.2.1.1 Informatie

Aangezien de wachttijd op de spoedgevallendienst leidt tot een verminderde patiënttevredenheid, vooral wanneer patiënten onvoldoende informatie krijgen over de reden van het wachten en de werking van de spoedgevallendienst. Dit probleem wordt veroorzaakt door *overcrowding*. In de zorg is goede communicatie uitermate belangrijk omdat patiënten zich vaak in een kwetsbare, angstige of stressvolle situatie bevinden. Als deze communicatie niet goed verloopt, dan kan dit leiden tot misverstanden, frustraties en conflicten. Dit heeft invloed op de patiënttevredenheid. Patiënten die

effectieve communicatie ervaren, waren significant vaker tevredener over de zorg dan patiënten die communiceren als ineffectief ervaren. De auteurs benadrukken dat deze relatie direct is: een toename in effectieve communicatie gaat gepaard met een toename in patiënttevredenheid (Hafifi et al., 2025).

Niet alleen is het van belang de patiënt zelf te informeren, maar ook betrokken familieleden. Duidelijke communicatie en betrokkenheid van de familie kan bijdragen aan een positieve ervaring en een betere samenwerking met de zorgverleners. In de setting van de spoedgevallendienst kan deze betrokkenheid relevant zijn, bijvoorbeeld bij een acute setting en het feit dat patiënten soms zelf niet in staat zijn om actief deel te nemen aan beslissingen (Sebai et al., 2025). Door een gebrek aan begrip van het triagesysteem kunnen familieleden het gevoel krijgen dat zorgverleners traag, onverschillig of misschien onrechtvaardig handelen. Als de familieleden informatie krijgen over triage en andere gezondheidseducatie, stijgt de patiënttevredenheid (Rachmah et al., 2025). Interventies die patiënten kunnen informeren over de spoedgevallendienst en de werking ervan, bijvoorbeeld via infobrochures, video's in de wachtzaal en mondelinge uitleg zorgen voor een betere acceptatie van de wachttijden door de patiënten zelf en bovendien voor een hogere tevredenheid. Dit is zelfs het geval wanneer de wachttijd niet substantieel afneemt (Alhabib et al., 2024).

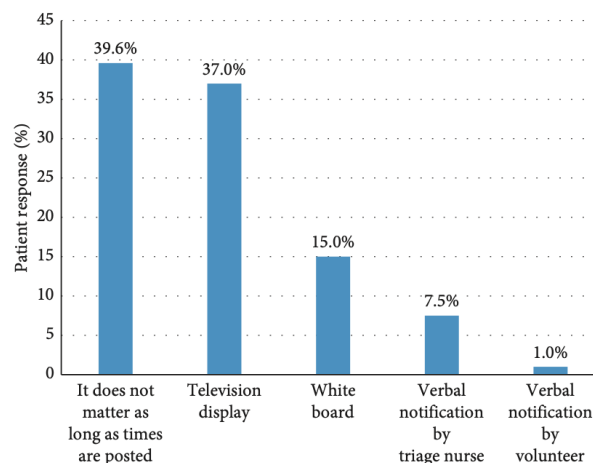
Volgens de bevraging van Calder-Sprackman et al. (2021) geeft een grotere meerderheid van de bevroegde patiënten aan nood te hebben aan duidelijke en transparante wachttijdinformatie. Ongeveer 90,4% vertelde dat wachttijden zichtbaar zouden moeten zijn in de wachtzaal van de SEH, terwijl ongeveer 81,3% de wachttijdinformatie al wilde ontvangen voor de aankomst in het ziekenhuis. 67,1% gaf aan dat ze nood hadden aan bijkomende informatie over het typische verloop van een SEH-bezoek.

In hetzelfde onderzoek van Calder-Sprackman et al. (2021) werd gesteld dat 76,7% van de patiënten hun patiënttevredenheid effectief hoger ging scoren wanneer er duidelijker zou worden gecommuniceerd over wachttijden. Dit geldt zowel voor aankomst als tijdens het wachten op de spoedgevallendienst.

Alleen informatie geven over de wachttijd en het proces hadden geen significant effect op de patiënttevredenheid. Het artikel stelt dat bijkomende informatie over de reden van vertragingen, testresultaten en wat er op het moment aan het gebeuren is, kan helpen om het begrip te verhogen. Patiënten willen een bredere en continue communicatie (McCarthy et al., 2011). Deze bevindingen werden ook ondersteund door Alrajhi et al. (2020) die vermeldde dat het maken van wachttijdschattingen geen statistisch significant effect had op de tevredenheid. Manukumar et al. (2025) en Frau et al. (2024) bevestigt dat naast de objectieve duur van het wachten ook communicatie een doorslaggevende factor is. Zo geven patiënten die goed geïnformeerd waren over eventuele vertragingen aan dat ze aanzienlijk meer tevreden waren dan patiënten die geen informatie hadden ontvangen. Dit was ook het geval als de wachttijden langer waren. Zo kan duidelijke en tijdige informatie het negatieve effect van de patiënttevredenheid deels compenseren. Zo is niet alleen de wachttijd van belang, maar ook hoe de patiënten die wachttijd ervaren. Bijkomende gelijkenissen waren dat alleen het kennen van de verwachte wachttijd niet voldoende is om de tevredenheid te verbeteren. Ook bijkomende maatregelen, zoals betere uitleg en tussentijdse feedback over de vooruitgang, zijn belangrijk.

Het onderzoek van Calder-Sprackman et al. (2021) geeft ook enkele cijfers betreft de manier waarop wachttijden kunnen worden doorgecommuniceerd. Een website is de meest geliefde optie (46,7%) als oplossing voor aankomst bij SEH. De website wordt gevolgd door een smartphone-app (23,3%) en een telefonische hotline (19,2%)

39,6% gaf aan dat communicatie niet zo belangrijk was. Het was belangrijker voor deze mensen dat de wachttijden zichtbaar werden weergegeven. Een digitaal scherm werd beschouwd als de tweede meest geliefde optie (37,0%). In onderstaande tabel (grafiek 2) zijn de exacte cijfers terug te vinden over de eerste voorkeurskeuze van patiënten over hoe wachttijden worden weergegeven in de wachtkamer van de spoedeisende hulp (Calder-Sprackman et al., 2021).



Grafiek 2: Eerste voorkeurskeuze van patiënten voor hoe wachttijden worden weergegeven in de wachtkamer van de spoedeisende hulp (Calder-Sprackman et al., 2021).

Dit onderzoek draagt bij tot de keuze van de optimale manier voor het informeren van de patiënten in de wachtzaal van de spoedeisende hulp. In punt 4.3 worden de bestaande methodieken en materialen weergegeven om de patiënttevredenheid te verbeteren.

4.2.1.2 Specifieke wachtzaalrollen voor personeel

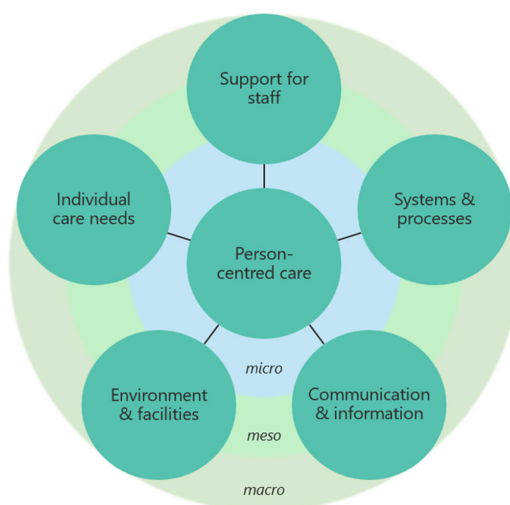
Daarnaast beschreef Bhattacharya et al. (2025) dat communicatie verbetert door het personeel, digitale wachttijd-displays en aanpassingen aan de wachtruimte. Al deze interventies hadden binnen dit onderzoek wisselende resultaten. Grafiek 2 verwijst naar de voorkeuren van de patiënten rond het gebruik van deze interventies. Dit komt bijvoorbeeld doordat de communicatie-interventies sterk afhankelijk zijn van het personeel. Ook zouden digitale wachttijd-displays de ervaren wachttijden niet altijd verminderen. Communicatie en informatie zijn belangrijk binnen de wachttijd van de patiënt. Een regelmatige interactie met de patiënten zorgt ervoor dat de patiënten zich gezien voelen en dit zorgt op zijn beurt voor minder onzekerheden (Janerka et al., 2025).

Deze interventies hebben wisselende resultaten, mede omdat ze vaak weinig persoonlijk waren. Daarnaast verwoordt Janerka et al. (2025) en Bidari et al. (2021) dat *person-centred care* ook verbeterd kan worden door specifieke rollen van het personeel, zoals informatie geven aan de patiënten die wachten of bij drukte extra triageverpleegkundigen inzetten. Het is van belang om organisatorische en systeemgerichte maatregelen te

implementeren. Zo kan het noodzakelijk zijn om op meso-niveau bepaalde interventies te implementeren zoals wachtkamer verpleegkundigen, betere stoelen, eten en drinken en deken. Op macro-niveau kunnen nationale standaarden rond wachttijdinformatie, wachtruimte faciliteiten en personeelsnormen haalbaar zijn. Figuur 5 toont het kader waarin persoonsgerichte zorg in de triage centraal staat en wordt ondersteund door de vijf samenhangende componenten zoals:

- Ondersteuning van het personeel;
- systemen en processen;
- communicatie en informatie;
- omgeving en faciliteiten;
- individuele zorgnoden.

Deze zaken dienen op micro-, meso- en macroniveau worden aangepakt



Figuur 5: Kader voor persoonsgerichte zorg bij de triage en in de wachtruimte van de spoedgevallendienst (Janerka et al., 2025)

4.2.2 Interventies in de eerstelijnszorg

Overcrowding op spoedgevallendiensten ontstaat wanneer de zorgvraag hoger ligt dan de beschikbare capaciteit. Dit wordt op zijn beurt versterkt door een aantal factoren, zoals bijvoorbeeld de beperkte toegang tot de eerstelijnszorg. Er worden verschillende strategieën aangeboden die de toegang tot de eerstelijnszorg kunnen verbeteren.

- Gebruik van huisartsenwachtposten (HAWP)
- Co-locatie van huisartsenpraktijken naast de SEH

De studie toont aan dat na het toepassen van deze interventies er een daling was van 62% in SEH-bezoeken, vooral bij lage-urgentiepatiënten. Hierdoor nam de drukte af, wat ook indirect leidde tot kortere wachttijden en een verbeterde zorgervaring van de patiënten (Jeyaraman et al., 2021). Uit het onderzoek van Butun et al. (2023) blijkt dat een groot deel van de patiënten zich naar de SEH begeeft omdat zij:

- geen tijdige afspraak konden krijgen op de polikliniek;
- niet wilden wachten in wachtrijen van ambulante zorg;
- poliklinieken gesloten waren of geen arts beschikbaar hadden.

Daarnaast duidt het onderzoek ook op enkele redenen waarom patiënten huisartsen of eerstelijnszorg vermijden. In onderstaande tabel 5 staat beschreven welke redenen ervoor zorgen dat patiënten geen gebruik maken van de eerstelijnszorg (Butun et al., 2023).

Tabel 5: Redenen van patiënten om hun huisarts niet te bezoeken

Reasons for Not Visiting Their GP	Number (n = 296)	Percentage, %
Limited interventions are performed at GP clinics	145	49.0
Having limited resources	131	44.3
Having limited working hours	105	35.5
I do not get enough information from my GP about my disease and treatment process	60	20.3
I do not get enough interest from my GP	55	18.6
Because of transportation difficulties	45	15.2
I think my GP is inexperienced	41	13.9
I am not satisfied with my GP	28	9.5
I perceive GP clinics as places where vaccination, baby, and pregnancy follow-up are performed	27	9.1
I do not trust my GP	23	7.8
I had negative experiences in my previous visits	21	7.1
I had problems with the staff at the GP clinic	6	2.0
Other	48	16.2

GP, General Practitioner.

Er dient een betere samenwerking te zijn tussen de spoedgevallendiensten, huisartsen en thuiszorg om zo te komen tot betere verwijzingen en minder belasting van de spoedgevallendiensten. Dit omdat nu de eerstelijnszorg nog te weinig wordt benut in vergelijking met de spoedeisende hulp (Bull et al., 2021). Vooral buiten de kantooruren leidt een beperkte toegankelijkheid van de eerstelijnszorg ertoe dat spoedgevallendiensten zullen worden gebruikt als alternatief zorgkanaal. Het gevolg hiervan is dat er een verhoogde instroom is van patiënten die niet acuut levensbedreigend zijn. Deze situatie draagt bij aan langere wachttijden voor alle patiënten en vormt zo een indirecte maar belangrijke factor van verminderde patiënttevredenheid (Sartini et al., 2022). Altun en Kudu (2025) richten zich op het verbeteren van langetermijnstrategieën zoals structurele hervormingen door het versterken van de eerstelijnszorg. Ook potentieel gebruik van technologische innovaties zoals telemedicine, artificiële intelligentie en een *real-time patiënttracking* komen aan bod.

4.3 Bestaande methodieken en materialen verbeteren patiënttevredenheid

Vanuit voorgaande literatuur is het duidelijk dat de wachttijd een belangrijke determinant is die invloed heeft op de patiënttevredenheid. Informatie over deze wachttijden vormt een belangrijke factor die de tevredenheid bevordert. Onderstaande methodieken spelen in op deze informatievoorziening en daarnaast ook op de emotionele beleving en monitoring tijdens het wachten.

De methodieken kunnen worden opgedeeld in:

- informatieve interventies;
- technologische triage-ondersteuning (zoals Health Pods);
- zelfmeetkiosken voor vitale parameters.

Het gemeenschappelijke doel van deze methodieken is onder andere het verbeteren van het begrip van de patiënten over de wachttijden en de triageprocessen, de emotionele

ervaring tijdens het wachten en de veiligheid door systematische monitoring en de doorstroom van de spoeddienst bevorderen.

4.3.1 Informatieve video's

Mensen hebben behoefte aan informatie. Daarom biedt de studie van Bhattacharya et al. (2025) een overzicht aan van het gebruik van een korte, geanimeerde educatieve video in de wachtzaal binnen de spoedgevallen. Met deze video wilden de auteurs het patiëntbegrip over triage en wachttijd, SEH-processen en patiënttevredenheid verbeteren. Deze korte video's werden door deze literatuur geschreven als een laag belastende, laag in kosten, personeelsvriendelijke en toegankelijke interventie. Daarnaast bevatte de video:

- een empathische verwelkoming;
- een uitleg over triage en prioritering op basis van de mate van urgentie;
- informatie over diagnostiek tijdens het wachten;
- uitleg over de verschillende zorgtrajecten;
- redenen voor vertragingen;
- praktische tips voor de patiënten.

De educatieve video toonde een significante verbetering van het begrip van de patiënten ten opzichte van de wachttijden en waarom dat de patiënten moesten wachten. Ook begrepen de zorgvragers het functioneren van de wachtruimte en zorgtrajecten en tot slot waarom dat andere patiënten eerder worden geholpen, met andere woorden de mate van urgentie. Deze patiëntgerichte communicatievideo's kunnen volgens de auteurs het potentieel hebben om patiënttevredenheid te verbeteren. (Bhattacharya et al., 2025; Janaka et al., 2025; Fryburg et al., 2025)

Net zoals het onderzoek van Bhattacharya et al. (2025) had deze literatuur van Fryburg et al. (2025) het voordeel dat het zeer eenvoudig en laagdrempelig is om te implementeren op de spoedgevallendiensten. Ook diende er geen extra personeel te zijn, noch inspanningen of ingrijpende structurele veranderingen te gebeuren.

4.3.2 Health Pods

De studie van Andreoni et al. (2025) beschrijft hoe technologie een positieve invloed kan hebben op de gezondheidszorg. Zo wordt de CAPSULA Health Pod voorgesteld als een geautomatiseerde, medische triageoplossing die patiënten in staat stelt om zelfstandig de vitale parameters te meten, zonder dat er een directe tussenkomst is met een verpleegkundige.

De Health Pod zou vooral gebruikt kunnen worden bij de wachtende laag-risicopatiënten. Dit omdat er vaak op de spoed een gebrek is aan een systematische herevaluatie van deze groep van patiënten, doordat verpleegkundigen door tijdgebrek vaak prioritair worden ingezet bij hoogrisicopatiënten. Dit zorgt ervoor dat laagrisicopatiënten vaak langer moeten wachten zonder monitoring. Dit kan leiden tot verslechtering van de gezondheidstoestand.

Deze Health Pods werden geplaatst in de zone voor deze laagrisicopatiënten na de initiële triage door een verpleegkundige. Patiënten dienden na de triage dan elke 30 minuten de vitale parameters te meten (zoals temperatuur, zuurstofsaturatie, hartslag, ademhalingsfrequentie en de bloeddruk).

Deze technologische toepassing geeft een reductie in triagetijd van 30% en 100% efficiënte herevaluatie van de wachtende patiënten. Zo zorgt het voor een vlottere doorstroming van de patiënten zodat de wachttijden ook verminderen en voor het verhogen van de patiënttevredenheid op de spoedgevallendienst. Deze gebruiks-vriendelijke en snelle meting draagt bij tot een positieve ervaring voor zowel patiënt als zorgverlener.

4.3.3 Zelfmetingskiosk Urgent

De studie van Cleymans (2021) beschrijft een zelfmetingskiosk die werd geplaatst in de wachtzaal van de spoedgevallendienst van het UZ Gent. De kiosk was bedoeld voor ambulante patiënten, nadat ze zich hadden aangemeld. Patiënten konden zelfstandig de vitale parameters nemen voordat ze de triageverpleegkundige hadden gezien.

Eerst werd de patiënt gevraagd om een taal naar keuze te selecteren (keuze uit zeven talen), nadien kon de patiënt zich meteen identificeren door de barcode op het patiëntenbandje te scannen. Vervolgens ging de kiosk een volledig geautomatiseerd meetproces doorlopen waarbij vitale parameters werden genomen (bloeddruk, pols, zuurstofsaturatie, lichaamstemperatuur). Na de metingen werd er aan de patiënt een aantal vragen gesteld om te peilen naar alarmsymptomen.

Aan de hand van de vitale parameters werd een automatische *adjusted Early Warning Score* (aEWS) berekend. Patiënten bij wie de score verhoogd was of met rode vlaggen, die gerapporteerd werden via de vragen, werden visueel gemarkeerd op een dashboard bij de triageverpleegkundige. Wanneer de patiënt dit hele proces had doorlopen, werd er een ticket met de gemeten waarden meegegeven op papier met de patiënt. Voor de verpleegkundigen waren deze gegevens elektronisch zichtbaar.

Het kioskproces had een gemiddelde doorlooptijd van enkele minuten, wat maakt dat de kiosk vooral bedoeld was als een instrument die de initiële triage ondersteunde.

Echter werd er vastgesteld dat de zelfmetingskiosk geen statistisch significant verschil leverde om de doorstroomtijd te verbeteren. Met andere woorden geeft de toepassing van een zelfmetingskiosk geen reductie van de objectieve wachttijd. Ook met zicht op patiënttevredenheid wil dit zeggen dat de technologische innovaties de flow op spoedgevallen niet aantoonbaar kunnen verbeteren. Het bewijs is dus onvoldoende om de wachttijd gerelateerde ontevredenheid van patiënten te verminderen (Cleymans, 2021).

Concluderend stelt de studie van Ibrahim et al. (2025) dat de implementatiekost hoog ligt voor deze bestaande materialen. Dit komt door de combinatie van software en hardware zoals kiosken, displays en netwerken. Ook is onderhoud nodig bij deze systemen en kunnen ze technisch complex en duur zijn om te kunnen implementeren binnen de spoedeisende hulp. Naast deze technische en financiële factoren vormen ook organisatorische en menselijke factoren een uitdaging. Dit is omdat ziekenhuizen vaak beperkte budgetten hebben en ook personeelstekorten. Ook is bij bepaalde systemen een opleiding nodig voor het correct gebruik ervan, zowel voor patiënten als zorgverleners. Tot slot kunnen er ook bezorgdheden geuit worden over privacy en databeveiliging over patiëntgegevens.

4.4 Subonderzoeksvraag

Dit onderdeel werd toegevoegd om een beter beeld te krijgen van de patiëntenpopulatie die zich aanmeldt op de spoedgevallendienst. Inzicht in de kenmerken en ervaringen van deze patiënten is belangrijk om factoren die de patiënttevredenheid beïnvloeden beter te kunnen begrijpen en interpreteren.

Factoren die bijdragen aan een verhoogde patiëntenstroom op de spoedgevallendienst omvatten verschillende inzichten. Lievens (2015) en Herzog et al. (2025) beschrijft dat drukte en overbezetting op de spoed wordt beschreven als een internationaal en structureel probleem binnen de wereldwijde gezondheidszorg en dus niet alleen binnen de spoedgevallen zelf. Deze overbezetting heeft een negatieve invloed op de patiënttevredenheid. Binnen het onderzoek wordt het input-throughput-outputmodel vermeldt. Dit wijst erop dat de drukte op de spoed wordt veroorzaakt door problemen met de instroom van patiënten (input), de interne zorgprocessen op de SEH (throughput) en de uitstroom of de doorverwijzing van patiënten naar een andere zorgsetting. De instroom factoren zijn de afgelopen jaren sterk toegenomen. Daarnaast is de SEH de afgelopen jaren ook een belangrijk vangnet geworden voor patiënten die moeilijk toegang hebben tot de eerstelijnszorg en voor patiënten met financiële of organisatorische barrières.

Volgens Van Den Broek et al. (2024) worden de inzichten van het vangnet bevestigd. Zo gaan heel wat mensen naar de dienst spoedgevallen als ze een gevoel hebben van machteloosheid en tijdsdruk. Hierbij wordt de spoed vaak als enige beschikbare optie gezien wanneer andere zorg niet toegankelijk is, bijvoorbeeld 's avonds of in het weekend. Ook speelt onzekerheid over de ernst van de klachten een rol, alsook angst om af te wachten met de symptomen. Er zijn heel wat redenen waarom de drukte op de spoedgevallendiensten toeneemt: hier worden vier categorieën besproken die in de verschillende *evidence-based* artikelen worden verwerkt.

4.4.1 Medische factoren

Chronische aandoeningen spelen een belangrijke rol in een verhoogde patiëntenstroom binnen de spoedeisende hulp. In vergelijking met patiënten zonder chronische aandoeningen neemt deze groep van patiënten de bovenhand. Uit literatuur blijkt dat deze patiënten met multimorbiditeiten zoals hypertensie, hart- en vaatziekten, longaandoeningen (COPD, astma), kanker, maag- darmziekten en diabetes zich herhaaldelijk presenteren op de spoedgevallendiensten met exacerbaties van deze bestaande aandoeningen. Bij deze groep van mensen komen psychische problemen zeer frequent voor zoals depressie, psychische nood, geestelijke stoornissen en middelenmisbruik (met name alcohol). Ook dit zorgt voor een significante toename van het SEH-gebruik.

Deze groep van patiënten vertegenwoordigt slechts een klein percentage van alle SEH-patiënten, maar is toch verantwoordelijk voor een groot aandeel van de spoedeisendehulpbezoeken. Deze groep staat in voor 67% van alle bezoeken binnen één jaar. Daarnaast zouden zorgverleners minder empathie ervaren ten aanzien van deze patiënten, wat invloed heeft op de verdere zorg en hierbij ook op de patiënttevredenheid (Krieg et al, 2016).

Ook is er een aanzienlijk groot deel oudere patiënten, door een complexe medische problematiek en een verslechterde gezondheidstoestand (Schouten et al., 2023). Oudere patiënten dienen vaak op de dienst spoedgevallen een uitgebreide diagnostiek en ondersteuning te hebben, dit zorgt ervoor dat die groep van patiënten langer op de dienst blijft en zorgt voor een toename van de drukte (Lievens, 2015).

4.4.2 Sociale determinanten van gezondheid (SDOH)

De belangrijkste sociale factoren die een rol spelen in het gebruik van de spoedgevallendiensten hangen vooral samen bij de patiënten met een grotere sociale kwetsbaarheid op het vlak van woonomgeving, verzekeringsstatus, ras en het geslacht. Deze factoren beïnvloeden ook de toegang tot de eerstelijnszorg en het moment waarop de zorgvrager naar zorg zoekt (Ware et al, 2022). Het frequent gebruiken van de SEH-hulp wordt toegeschreven aan de lage sociaaleconomische status van een persoon (lage opleiding, werkloosheid, afhankelijkheid van uitkeringen en wonen in arme inkomens gebieden) en een instabiele woonsituatie (dakloosheid) (Krieg et al, 2016).

Binnen de sociale determinanten wordt er ook gekeken naar het concept van gezondheidsvaardigheden (*health literacy*). Deze gezondheidsvaardigheden zijn competenties die patiënten nodig hebben om informatie over gezondheid en ziekte te kunnen vinden, begrijpen, beoordelen en toe te passen om op die manier beslissingen te nemen over gezondheidsgerelateerde zaken. Dit zijn de cognitieve vaardigheden. Ook de psychologische en sociale aspecten zoals, motivatie, zelfvertrouwen en sociale ondersteuning vormen belangrijke factoren binnen de gezondheidsvaardigheden. Zo hangen lage gezondheidsvaardigheden samen met slechtere gezondheidsuitkomsten zoals een verhoogd risico op chronische aandoeningen (diabetes, hart- en vaatziekten, astma, kanker en psychische problemen). Deze chronische aandoeningen worden hierboven ook gelinkt aan een groep van patiënten die zorgt voor een verhoogde instroom in de SEH. Dit wordt veroorzaakt door een combinatie van verschillende mechanismen, zoals een lager kennisniveau over de gezondheid en ziekte, een verminderde gezonde leefstijl, problemen met het zorggebruik en de toegang tot het zorgsysteem. Ook problemen met communicatieve vaardigheden met zorgverleners en het opvolgen van adviezen over zelfmanagement en het correct gebruik van medicatie worden aangehaald.

Concluderend gebruiken mensen met **lage gezondheidsvaardigheden** meer zorgvoorzieningen zoals de spoedgevallen en de huisartsen. Dit komt juist omdat deze mensen moeilijk kunnen inschatten wanneer een gezondheidsprobleem al dan niet ernstig genoeg is voor professionele hulp. Hierdoor ontstaan onnodige zorgkosten en extra druk op de spoedgevallendiensten (Henselmans et al., 2014).

Ook bij oudere patiënten neemt het zorggebruik toe na een bezoek aan de spoedgevallendienst, deze zorg verschuift meer en meer naar intensievere zorgvormen (Schouten et al., 2023). Bull et al. (2021) en Altun en Kudu (2025) beschrijven ook dat deze groep van oudere patiënten stijgt. Spoedeisende hulp vormt vaak een kantelpunt voor het verdere zorggebruik van ouderen. Zo zou na het SEH-bezoek het gebruik van thuiszorg, huisartsen en langdurige zorg toenemen (Van Den Broek et al., 2024). Concluderend kan gesteld worden dat het bezoek aan de spoed zorgt voor een verslechtering van de gezondheidstoestand of een toename van de zorgbehoefte.

Niet alleen kan de drukte op de spoed verklaard worden door de complexiteit van de zorgvraag van oudere patiënten. Ook spelen systeemfactoren zoals beddenscapaciteit, personeelstekort en een moeizame doorstroming naar de afdelingen een rol voor de drukte op de spoed (Bull et al., 2021).

4.4.3 Zorgorganisatie en toegang tot de eerstelijnszorg

De beperkte toegang tot de eerstelijnszorg is al lang geen geheim meer en wordt vaak besproken binnen de actualiteit. Deze beperkingen tot de eerstelijnszorg vormen een terugkerende factor. Zo gebruiken patiënten met een zorgverzekering heel vaak de spoedgevallendienst voor aandoeningen die kunnen worden behandeld binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (Ware et al, 2022). Volgens Krieg et al. (2016.) wordt de spoedgevallendienst te vaak gebruikt als primaire zorgingang, zelfs door patiënten die een huisarts hebben. Dit wijst op een probleem met de toegankelijkheid, continuïteit of afstemming van de zorg binnen de eerstelijnszorg. Bull et al. (2021) vermeldt dat de alternatieven binnen de eerstelijnszorg nog te weinig worden benut. Ook het tekortschieten van goede communicatie en samenwerking met de eerstelijnszorg vormt een probleem. Zo is er onvoldoende overdracht van informatie, beperkte bereikbaarheid van huisartsen of wijkverpleegkundigen en een gebrek aan gezamenlijke besluitvorming tussen de eerstelijnszorg en spoed.

Ook voor oudere zorgvragers vormt dit gebrek aan communicatie een probleem, vooral met het ontbreken van duidelijke zorgplannen voor deze groep van patiënten. Dit kan er voor zorgen als de patiënt plotseling achteruitgaat dat er geen andere alternatieven zijn binnen de eerstelijnszorg en dat de spoeddienst de enige oplossing is (Van Den Broek et al., 2024).

Daarnaast is het volgens Van Dam et al. (2024) een meerwaarde dat er een goed contact is tussen spoed en de huisartsen. Zo kan telefonische overdracht essentieel zijn voor een goede en vlotte patiëntenstroom. Ook wordt er benadrukt dat bijna alle niet-traumapatiënten via verwijzing op de SEH terechtkomen.

4.4.4 Demografische kenmerken patiënten

Volgens Ware et al. (2022.) vertegenwoordigen bepaalde demografische groepen een overgroot deel van de patiëntenstroom op de spoedgevallendiensten. Vooral jongvolwassenen, vrouwen en Afro-Amerikaanse patiënten vertonen zich vaak op de SEH. Ook toont de literatuur van Krieg et al. (2016.) aan dat leeftijd, geslacht en etniciteit wel degelijk samenhangen met frequent gebruik van de spoedgevallendiensten. Deze oudere leeftijd zorgt bijkomend ook dat de kans op een ziekenhuisopname na een SEH-bezoek toeneemt (Schouten et al., 2023).

Samenvattend wordt er aangetoond dat een verhoogde patiëntenstroom op de spoedgevallendienst bij volwassenen wordt beïnvloed door een combinatie van medische factoren, sociale determinanten van gezondheid, beperkingen in de organisatie van zorg en demografische kenmerken van patiënten.

4.5 Dataverzameling spoedgevallendiensten provincie Antwerpen

Naast de literatuurstudie werd in het kader van deze bachelorproef tevens een bevraging uitgevoerd bij spoedgevallendiensten binnen de provincie Antwerpen. In totaal werden de 14 ziekenhuisgroepen in deze provincie gecontacteerd, waarvan 7 ziekenhuisgroepen bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek.

Het doel van deze bevraging was om inzicht te verkrijgen in de wijze waarop patiënttevredenheid op de spoedgevallendienst momenteel wordt benaderd, gemeten en opgevolgd in de klinische praktijk. Hierbij lag de focus specifiek op wachttijden, ervaren drukte en communicatie aangezien deze factoren in de literatuur frequent worden beschreven als bepalend voor de patiënttevredenheid.

Daarnaast werd nagegaan welke concrete interventies of initiatieven reeds worden toegepast om de patiëntbeleving op de spoedgevallendienst te verbeteren, evenals op welke manier patiënttevredenheid systematisch wordt geëvalueerd binnen de betrokken spoedgevallendiensten in de provincie Antwerpen.

Om de patiënttevredenheid te verbeteren werden door de bevroegde spoedgevallendiensten gelijkaardige initiatieven ingezet. Rond informatie en communicatie werden er op de spoedgevallendiensten in Antwerpen volgende zaken ingezet:

- informatieve filmpjes of animaties in de wachtzaal met uitleg over: werking van de spoed, triage, reden van wachttijden, verloop van de onderzoeken (bv. Labo, beeldvorming);
- mondelinge toelichting door verpleegkundigen over het zorgtraject en de actuele drukte;
- gebruik van patiëntenboekjes, brochures of (toekomstig) QR-codes;
- plannen voor of gebruik van druktebarometers (bv. Visueel weergegeven in de wachtzaal).

Ook werden gelijkenissen gevonden op vlak van personeels en organisatorische maatregelen, met name:

- inzet van vrijwilligers als aanspreekpunt voor patiënten en familie ("wachtverzachters");
- fast track-trajecten (o.a. geriatrie, minder urgente zorg);
- inzet van verpleegkundig specialisten, assistenten urgentiegeneeskunde en huisartsen in opleiding;
- optimalisatie van patiëntenflow en doorstroming om verblijfsduur te beperken;
- aandacht voor triage binnen korte tijd na aanmelding.

Over het algemeen waren de toekomstgerichte initiatieven van de Antwerpse ziekenhuizen gelijkwaardig namelijk:

- het integreren van de eerstelijnszorg (bv. 1733-systeem);
- één duidelijk zorgtraject voor de patiënt ("één deur, één systeem");

De manier waarop de patiënttevredenheid wordt gemeten verschilt tussen de bevroegde Antwerpse ziekenhuizen:

- formele bevestigingen
 - Digitale enquêtes (bv. Via e-mail of QR-code) ;
 - NPS-score;
 - periodieke patiënttevredenheidsmetingen in samenwerking met kwaliteitsdiensten;
- Informele en indirecte feedback
 - spontane feedback (e-mails, bedankjes, opmerkingen);
 - klachten via ombudsdienst of website;

De responsgraad is vaak zeer laag, wat de representativiteit van de resultaten beperkt. Structurele metingen zijn niet overal ingebed, mede door de specifieke context van de spoedgevallendienst (acute situaties, kwetsbare populaties).

Daarnaast werd ook nog de vraag gesteld met betrekking op de lopende of geplande verbeterprojecten in de ziekenhuizen:

- verkorting van verblijfsduur op spoed;
- verbeteren van interne samenwerking zodat patiënten minder moeten wachten op zorgverleners;
- projecten rond overcrowding en inzet van personeel in functie van drukte;
- sensibiliserings- en opleidingsprojecten rond:
 - patiëntgericht communiceren
 - omgaan met verbale agressie
- aandacht voor specifieke patiëntengroepen (bv. pediatrie, geriatrie);
- verkenning van digitale oplossingen (kiosken, tablets, apps).

Verder werden ook de parameters bevraagd die leiden tot een lagere patiënttevredenheid. Over alle antwoorden heen komen dezelfde kernfactoren naar voren:

- wachttijd
Vooral problematisch wanneer deze als lang en onduidelijk wordt ervaren.
- communicatie
 - Onvoldoende uitleg over: waarom men moet wachten, wat het volgende stap in het zorgproces is
 - Inconsistentie tussen verwachtingen en uiteindelijke behandeling.
- beleving van drukte
Zichtbare stress en druk op de dienst beïnvloeden de ervaring negatief.
- herhaling van het verhaal
Patiënten ervaren het als belastend om hun verhaal meerdere keren te moeten vertellen.

Concluderend is er een belangrijke nuance die breed wordt gedeeld: wanneer patiënten goed geïnformeerd zijn over de reden en duur van het wachten, wordt wachttijd op zich vaak beter aanvaard.

4.6 Prototype

4.6.1 MyTurn

In het kader van de resultaten van deze bachelorproef werd er een prototype ontwikkeld, aangezien de vastgestelde problematiek binnen deze bachelorproef naar voren komt. Zo wordt omschreven dat *crowding* en lange wachttijden een directe invloed hebben op de patiënttevredenheid op de dienst spoedgevallen (Almulhim et al., 2025; Demeulenaere & Mathuis, 2021/2022). Het prototype MyTurn is een digitale applicatie. Deze applicatie kan de patiënt bij aankomst op de dienst spoedgevallen downloaden via een QR-code, de baliemedewerker kan hier de patiënt bij helpen. Deze persoon achter de balie dient de patiënten ook in te schrijven en een identificatiebandje af te drukken voor de patiënten. Dit identificatiebandje zal naast de normale gegevens ook een extra QR-code bevatten zodat de patiënt dit via de app kan scannen. Binnen in de wachtruimte kunnen vrijwilligers de patiënten bijstaan voor eventuele vragen, een gesprek en nood aan hulp bij de applicatie. Uit de literatuur van Sedgman et al. (2025) blijkt dat patiënten nood hebben aan een aanspreekpunt binnen de pre-triagetijd.

De applicatie heeft als doel om patiënten te informeren over wachttijden en triage, om zo de patiënttevredenheid te bevorderen. Belangrijk om te weten is dat deze applicatie het bestaande triagesysteem, spoedproces niet vervangt of versnelt.

Binnen deze applicatie bevinden zich drie kerncomponenten. Ten eerste is er een digitale vragenlijst volgens de AMPLE-structuur. Hier wordt de relevante gezondheidsinformatie voorafgaand aan de triage verzameld. Ten tweede wordt er binnen de app een duidelijk uitleg voorzien over het triagesysteem met de verschillende kleurcodes (rood, oranje, geel, groen en blauw). Afhankelijk van het ziekenhuis en het gebruikte triagesysteem zal deze uitleg anders zijn. Binnen dit prototype zal de kleurcodering van het triagesysteem ESI (*The Emergency Severity Index*)¹ worden gehanteerd als bron voor de methodiek. Ten derde toont deze applicatie de actuele informatie over de geschatte wachttijd. Zo toont de app het aantal patiënten in de wachtruimte en eventuele meldingen wanneer een MUG- of PIT-interventie plaatsvindt.

Binnen het prototype is er ook een mogelijkheid dat de patiënt een score kan geven over de ervaring van het wachten en de informatie die de patiënt heeft ontvangen tijdens het wachten aan de hand van de NPS-score (zie 4.7.1.8).

4.6.2 Doelgroep en eindgebruikers

De hoofddoelgroep van het prototype zijn volwassen patiënten die zich melden op de dienst spoedgevallen, voornamelijk patiënten met een niet-dringende aandoening. Dit komt vooral omdat dit de patiënten zijn die doorgaans de langste wachttijd ervaren,

¹ "De *Emergency Severity Index (ESI)* is een triage-schaal met 5 niveaus die op de spoedeisende hulp wordt gebruikt om patiënten te classificeren op basis van de ernst van hun toestand, waarbij vitale functies, mentale toestand en verwachte zorgbehoefte worden meegenomen. De schaal maakt klinisch oordeel mogelijk bij het toekennen van scores en is betrouwbaar gebleken in het voorspellen van de uitkomst, hoewel het lastig kan zijn om patiënten binnen bepaalde ernstcategorieën nauwkeurig te prioriteren." (Mace & Mayer, z.d.)

waardoor ze vaak ook meer nood hebben aan informatie over de wachttijden en het triagesysteem. De secundaire doelgroep bevat de verpleegkundigen, zorgkundigen, spoedartsen en baliemedewerkers.

Doordat de vooraf ingevulde patiënteninformatie beschikbaar kan worden gemaakt, kan de applicatie ervoor zorgen dat het eerste contactmoment efficiënter verloopt. Hierdoor wordt de workflow ondersteund zonder dat het klinische oordeel of de triageprocedure wordt vervangen.

Door de vaststelling dat een gebrek aan informatie, wachttijden en zorgprocessen kan leiden tot onzekerheid en stress bij patiënten, is er de keuze gemaakt om de patiënten te beschouwen als primaire doelgroep. Volgens kwaliteitsverbeteringsprincipes kan transparantie een bijdrage leveren aan verhoogd vertrouwen in de zorgorganisatie en een verbeterde zorgervaring.

4.6.3 Bestaande methodieken en materialen

Dit prototype bouwt verder op methodieken die al bestaan en reeds geïmplementeerd zijn binnen de spoeddienst. De inhoud van deze applicatie is geïnspireerd op patiëntgerichte informatie over het triagesysteem van de instelling en informatieve communicatie die betrekking heeft op de wachttijden. Kleurcodes zoals blauw, groen, geel, oranje en rood worden digitaal weergegeven en volledig overgenomen.

Er wordt in de applicatie een digitale vragenlijst gebruikt die gebaseerd is op **de AMPLE-structuur** (*Allergies, Medication, Past medical history, Last meal en Event*). Dit is een manier die al ingeburgerd is binnen de spoedzorg om efficiënt gegevens te verzamelen en die tevens kan bijdragen aan een gestructureerde anamnese. Naast deze methodiek zal ook ESI worden gehanteerd voor de kleurcodering. De codering van de kleuren is conform het bestaande triagesysteem (rood-oranje-geel-groen-blauw) (Mace & Mayer, z.d.).

De applicatie sluit daarnaast ook aan bij de inzichten uit kwaliteitsverbetering en *person-centred care*. *Crowding* en inefficiëntie op de dienst spoedgevallen komen naar voren in de literatuur als belangrijke factoren die de zorgkwaliteit beïnvloeden (Janerka et al., 2025). Informatie transparant en toegankelijk maken, zal ervoor zorgen dat er wordt ingespeeld op het verbeteren van patiënttevredenheid zonder dat er grote ingrijpende organisatorische veranderingen moeten worden doorgevoerd.

MyTurn kan daarnaast gezien worden als een digitale ondersteunende laag van de zorgorganisatie. Het is vergelijkbaar met bestaande patiëntenportalen. Wat MyTurn uniek maakt, is de specifieke afstemming op de acute context van spoedzorg.

4.6.4 Doelstelling van het prototype

Het algemene doel van deze applicatie is het verhogen van patiënttevredenheid en het verminderen van frustraties en stress rond informatietekorten (Fryburg et al., 2025). Specifiek zorgt het prototype voor transparantie rond wachttijden en drukte, het verbetert ook het begrip van het triagesysteem. Ook zorgt het voor een verhoogde patiëntbetrokkenheid bij het zorgproces. Zo wordt de subjectieve wachttijd anders ervaren zonder dat de objectieve wachttijd wordt ingekort (Ibrahim et al., 2025). Niet onbelangrijk is ook de ondersteuning van het zorgpersoneel omdat de vooraf ingevulde informatie die door de patiënt is gegeven via de applicatie beschikbaar wordt gesteld.

Door de wachtende patiënten informatie te geven over de werking van de spoedgevallen wordt het verwachtingsmanagement bevorderd (Huang., 2025). Dit zorgt naast aanvaarding van de wachttijd en een realistischer beeld over het wachten ook voor minder frustratie (Sedgman et al., 2025; Bhattacharyya et al., 2025). Met dit prototype wordt er beoogd om op lange termijn positieve resultaten te krijgen op de patiënttevredenheid.

4.6.5 Werkingprincipe en weergave

Het prototype is ontworpen als een laagdrempelige, mobiele applicatie die patiënten bij aankomst op de spoedgevallen kunnen openen. Transparantie en een gebruiksvriendelijk systeem worden nagestreefd.

Het doel van deze applicatie is de integratie van de drie functionele componenten:

1. een digitale anamnese vragenlijst volgens de AMPLE- methode
2. een visuele triage- en wachttijd weergave
3. een realtime meldingen- en informatie dashboard

De applicatie is opgebouwd uit een overzichtelijk hoofdscherm, waar de patiënt in één oogopslag alle essentiële informatie terugvindt over het zorgproces en rond wachttijden. Er wordt gebruikgemaakt van duidelijke kleurvlakken, eenvoudige iconen en korte tekstfragmenten. Daarnaast zal al de medische informatie vertaald worden in een begrijpelijke taal. Ook is er een voorleesfunctie voor patiënten met een lage geletterdheid. De gezondheidsvaardigheden worden binnen de applicatie mee geïntegreerd, bij punt 4.4.2 wordt hier verder op ingezet (Henselmans et al., 2014). Op deze manier krijgt de patiënt een overzicht van het zorgproces. Ook kan de patiënt via het hoofdscherm de QR-code van het identificatiebandje scannen. Op deze manier kunnen de gegevens van de vragenlijst worden gelinkt aan het EPD (elektronisch patiëntendossier) en krijgt de patiënt zijn triagekleur te zien (indien toegewezen).

4.6.5.1 Digitale vragenlijst (AMPLE-structuur)

Ook krijgt de patiënt bij het openen van de app toegang tot een digitale vragenlijst. Deze vragenlijst is gebaseerd op de AMPLE-methode om zo gestructureerd de gegevens van de patiënten te kunnen verzamelen. Op deze manier is de relevante gezondheidsinformatie beschikbaar voor het eerste contact met de zorgverlener. Indien dit technisch mogelijk is, kan via de gescande QR-code deze informatie worden gekoppeld aan het EPD. Wel is deze applicatie geen vervanging voor de eigenlijke triage, de verpleegkundige blijft de verantwoordelijke. Het dient een systeem te zijn dat de verpleegkundige ondersteunt en een efficiënte en vlotte triage bevordert.

4.6.5.2 Kleurgecodeerde triageweergave

De applicatie bestaat uit een kleurencode die gebaseerd is op de methodiek van het ESI triage systeem. Zo wordt er ook gebruik gemaakt van de kleuren (rood-oranje-geel-groen-blauw) (AZORG, 2026; Mace & Mayer, z.d.).

In onderstaande tabel (Tabel 6) wordt de kleurcodering weergegeven die gebaseerd is op de bestaand methodiek van het ESI triage systeem. Bij deze kleurcodering wordt een duidelijke interpretatie weergegeven en de bijkomende richttijden.

Tabel 6: Kleurcodering MyTurn-app

Triagecategorie	Kleurcode	Betekenis
Acuut	Rood	Levensbedreigend, onmiddellijke hulp
Zeer acuut	Oranje	Kritiek, richttijd 0 - 10 minuten
Urgent	Geel	Niet kritiek, richttijd 60 minuten
Standaard	Groen	Niet kritiek, richttijd 120 minuten
Niet urgent	Blauw	Niet kritiek, richttijd 240 minuten

De weergave van de kleuren wordt prominent in de applicatie weergegeven, samen met de korte tekstuele toelichting. Dit zorgt voor een goede en onmiddellijk visuele weergave van het verschil in wachttijden en leert de patiënt het verschil te begrijpen van de urgentiegraad. Hierdoor worden de patiënten proactief geïnformeerd over de wachttijden en de triageprincipes (Huang, 2025).

4.6.5.3 Realtime wachttijdinformatie en meldingen

Naast de objectieve duur van het wachten is communicatie een belangrijke factor. Zo is het van belang dat patiënten informatie ontvangen over eventuele vertragingen. Deze informatie over de oplopende wachttijden zorgde ervoor dat de patiënten aanzienlijk meer tevreden waren, ook al waren de wachttijden langer dan voorzien. Hierdoor kan duidelijke en tijdelijke informatie het negatieve effect van de tevredenheid op de wachttijd wegnemen (Frau et al., 2024 ; Manukumar et al., 2025).

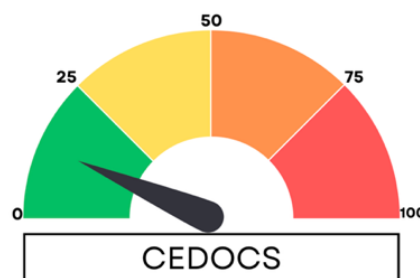
De *realtime* gegevens over wachttijden zoals de geschatte wachttijd en het aantal wachtende patiënten ondersteunen het verwachtingsmanagement (Huang., 2025). Zo zal de patiënttevredenheid toenemen en de frustraties door het wachten dalen. Ook dragen de principes van patiëntgerichte zorg bij aan een goede en transparante communicatie met de patiënten. Dit zorgt voor controle en vertrouwen (Huang., 2025 ; Janerka et al., 2025). Door de wachttijden zichtbaar en begrijpelijk te maken voor de zorgvrager wordt de wachttijd niet als langer ervaren, maar als een logisch onderdeel binnen het zorgproces.

Ook kunnen vertragingen ontstaan door interventies van de MUG- en/of PIT. Zo kan een meldingsfunctie over het uitrijden van MUG en/of PIT bijkomende informatie geven over de oplopende wachttijden. Binnen de applicatie, wanneer een dergelijke interventie plaatsvindt zal een automatische en visuele melding op het scherm komen. Dit kan in de vorm van een waarschuwingsicoon met een begeleidende tekst zoals: "*Dringende interventie actief. Wachttijden kunnen tijdelijk oplopen.*"

CEDOCS Score voor *overcrowding* op spoedgevallen

De *Community Emergency Department Overcrowding Scale* (CEDOCS) is een gevalideerd meetinstrument dat ontwikkeld is om de mate van de drukte op de spoedgevallendienst in kaart te brengen. Het is een score die wordt uitgedrukt op een schaal van 0 tot en met 100. De hogere waarden wijzen op een toename van de overbezetting op de dienst spoedgevallen. De score is gebaseerd op de gemiddelde perceptie van de drukte van de spoedartsen en verpleegkundigen. Daarnaast wordt deze gemeten met een visuele schaal. Deze schaal gaat van "niet druk" tot "gevaarlijk overvol". Als de waarde de score van 50 overschrijdt, wordt deze geïnterpreteerd als een toestand van *crowding*. Een aantal variabelen van de score wordt op voorhand bepaald. Deze bepalen de drukte. Het model bevat het aantal kritieke patiënten op de spoed, de wachttijd van de opgenomen patiënten, het aantal in de wachtzaal, de verhouding tussen het aantal patiënten en beschikbare spoedbedden en het jaarlijks aantal spoed bezoeken.

Deze combinatie van factoren maakt het mogelijk om de complexe en multifactoriele aard van spoeddrukke op een gestandaardiseerde manier te benaderen. Onderzoek toont aan dat de CEDOCS-score een betrouwbare en valide indicator is voor de werkelijke drukke op spoeddiensten, met een sterke overeenstemming tussen zorgverleners onderling en een betere verklarende waarde dan eerdere modellen zoals de NEDOCS-score. Hierdoor vormt de CEDOCS een geschikt instrument om in *realtime* de drukke te monitoren en te communiceren. Binnen deze bachelorproef wordt de CEDOCS-score toegepast als parameter om patiënten inzicht te geven in de actuele drukke op de spoeddienst via een visuele weergave in een applicatie. Hierbij dient de score geïnterpreteerd te worden als een indicatieve maat, die de algemene werkdruk reflecteert, maar geen exacte voorspelling geeft van individuele wachttijden of zorgkwaliteit (Weiss et al., 2014).



Figuur 6: Potentiële visuele weergave CEDOCS-score

4.6.5.4 Innovatieve en praktijkgerichte meerwaarde

De innovatieve meerwaarde van MyTurn is een combinatie van goede patiëntgerichte communicatie, visuele transparantie en een digitale participatie (Bhattacharya et al., 2025; Janaka et al., 2025). Het prototype gaat verder dan alleen aanpassingen binnen de klinische organisatie van de spoedgevallen, het richt zich daarnaast ook op de beleving (subjectief en objectief) beschreven volgens Ibrahim et al. (2025) en het begrip van de patiënten tijdens het wachten om zo de tevredenheid te bevorderen. Het prototype richt zich mede op de psychologie van het wachten doordat ze tijdens het wachten "een bepaalde activiteit" kunnen uitvoeren. Door het invullen van de vragenlijst volgens AMPLE zullen de patiënten geduldiger zijn. Daarnaast raken de patiënten ook actief betrokken door wachttijdinformatie en uitleg over de triage.

Besluit: door een goed evenwicht te evenaren van de digitale participatie, visuele communicatie en de *realtime* informatie vormt MyTurn een innovatieve en realistische

interventie. Deze bevindingen komen overeen met in deze bachelorproef geïdentificeerde noden rond een optimale wachttijdbeleving en patiënttevredenheid.

4.6.5.5 Implementatie van de 8 B's van toegankelijkheid

Gezondheid en Leven (2026) illustreert het 8B-model met als doel om de toegankelijkheid van preventieve gezondheidsinterventies en -methodieken systematisch te analyseren en te verbeteren. Het hoofddoel van dit model is om de gezondheidsongelijkheid te verkleinen. Het 8B-model is een persoonsgerichtmodel dat vertrekt vanuit de beleving van de doelgroep. Het model stelt dat een aanbod pas volledig toegankelijk is wanneer er op verschillende dimensies tegelijk goed wordt gescoord. Hierbij gaat het over acht dimensies, de 8 B's. Deze acht dimensies van Gezondheid en Leven (2026) zijn: betaalbaarheid, bruikbaar, betrouwbaar, begripvol, begrijpbaar, bereikbaar, beschikbaar en bekend. Een praktische toepassing van dit model is terug te vinden in Tabel 7.

Tabel 7: 8 B's van toegankelijkheid MyTurn-app

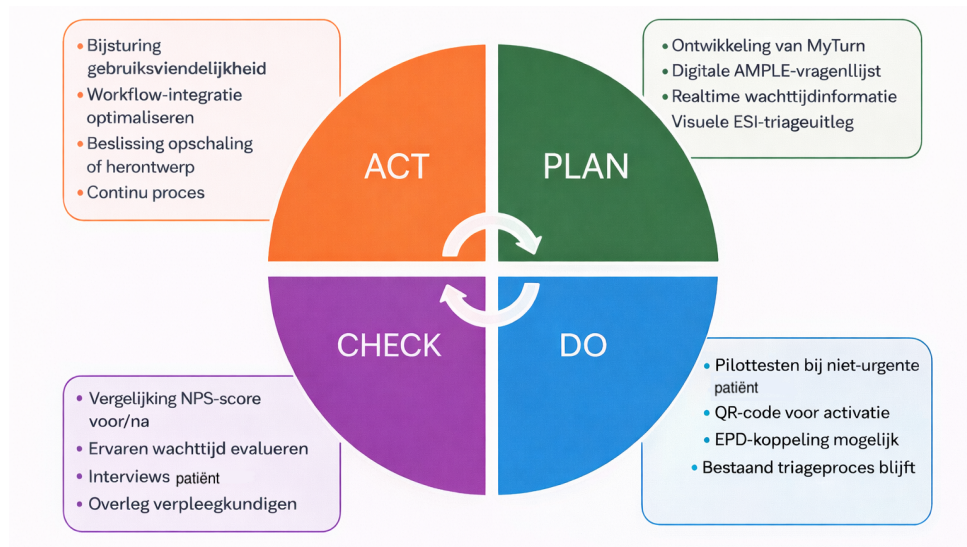
8 B's van toegankelijkheid	Toepassing MyTurn-app
Betaalbaar	Gratis voor de patiënt (download via QR-code). Geen extra kosten om informatie te krijgen. Implementatiekost ligt bij het ziekenhuis.
Beschikbaar	Toegankelijk bij aankomst op spoed via QR-code. 24/7 bruikbaar tijdens het wachten.
Bereikbaar	Te gebruiken op eigen smartphone. Ondersteuning mogelijk door baliemedewerker of vrijwilliger.
Bekend	Actieve bekendmaking via affiches, QR-code aan het onthaal en uitleg door personeel.
Begrijpbaar	Eenvoudige taal, korte uitleg over triagekleuren en wachttijden. Voorleesfunctie en visuele kleurcodes ondersteunen patiënten met lage gezondheidsvaardigheden.
Begripvol	Speelt in op gevoelens van stress en onzekerheid tijdens het wachten. Geeft uitleg over waarom anderen sneller geholpen worden.

4.6.6 Evaluatie- en borgingsstrategie

Er wordt een evaluatie- en borgingsstrategie uitgewerkt volgens de PDCA-cyclus voor het prototype MyTurn. In de Check-fase zal de effectiviteit worden gemeten en de Act-fase

zal dienen om de duurzame implementatie te verankeren.

De PDCA-cyclus is een effectieve methode om een continue kwaliteitsverbetering te bekomen. Voor de verpleegkundigen is het een systematisch proces dat helpt bij het oplossen van problemen binnen verschillende zorgprocessen. Ook het verbeteren en duurzaam maken van deze zorgprocessen behoort hiertoe (PDCA Cyclus, 2025). Deze interactieve cyclus wordt hieronder weergegeven in figuur 7.



Figuur 7:PDCA-cyclus: Een stapsgewijze aanpak voor continu verbeteren van MyTurn (PDCA Cyclus, 2025)

De volledige uitwerking van de PDCA-cyclus wordt weergegeven in tabel 8. Er wordt per stap een SMART doel geformuleerd, gevolgd door een concrete uitwerking en evaluatie.

Tabel 8: PDCA-cyclus toegepast op MyTurn (PDCA Cyclus, 2025)

PDCA-cyclus toegepast op MyTurn			
PDCA-fase	SMART-doel binnen MyTurn	Concrete uitwerking	Evaluatie en actie
Plan	Binnen zes maanden na implementatie van MyTurn op de spoedgevallendienst wordt de patiënttevredenheid bij niet-urgente patiënten met minimaal 15% verhoogd, gemeten via NPS-score.	MyTurn is een digitale applicatie die op een realtime manier informatie over wachttijden toont, de kleurcodering van het ESI-triagesysteem visueel uitlegt. Daarnaast wordt een digitale AMPLE-vragenlijst aangeboden die de eigenlijke triage en de workflow van verpleegkundigen ondersteunt. Ook worden er meetindicatoren gebruikt, zoals NPS-score.	De nulmeting en meetinstrumenten worden bepaald om vergelijking later mogelijk te maken.
Do	Binnen drie maanden wordt MyTurn getest op één spoedgevallendienst, waarbij minimaal 50% van de volwassen niet-urgente patiënten de applicatie gebruikt, om de haalbaarheid en integratie in de workflow te evalueren via gebruiksregistratie en korte tevredenheidsmetingen.	Implementatie gaat door binnen een afgebakende periode van drie maanden bij volwassen niet-urgente patiënten. Via QR-code kan de applicatie geactiveerd worden aan het onthaal. Ondersteuning is mogelijk dankzij baliemedewerkers en/of vrijwilligers. Een digitale AMPLE-vragenlijst moet worden ingevuld, hierna is er een weergave van de geschatte wachttijd. Ook wordt er informatie gegeven over triage. Koppeling aan EPD is mogelijk. Het bestaande triageproces wordt niet gewijzigd.	Er worden verschillende zaken gemonitord, zoals gebruiksgraad, de haalbaarheid binnen de verpleegkundige workflow en de eerste ervaringen van personeel en patiënten.

Check	Binnen drie maanden na implementatie van MyTurn wordt nagegaan of de patiënttevredenheid met minimaal 15% stijgt en de ervaren wachttijd verbeterd, gemeten via NPS-score en een visuele schaal.	De vergelijking van patiënttevredenheidsscores moet gebeuren voor en na implementatie. Er moet ook aandacht besteed worden aan analyse van ervaren wachttijd, klachtenregistratie en begrip van het ESI-triagesysteem. De feedback wordt verzameld via patiënteninterviews en door overleg met verpleegkundigen.	De kwantitatieve en kwalitatieve data worden geanalyseerd zodat de effectiviteit en de knelpunten objectief kunnen worden beoordeeld.
Act	Binnen één maand na de evaluatiefase wordt MyTurn op basis van de verzamelde gebruiks- en tevredenheidsgegevens geoptimaliseerd en wordt, in overleg met het zorgteam, een onderbouwde beslissing genomen over structurele implementatie, aanpassing of hernieuwde testfase.	Via de evaluatieresultaten kan de inhoud, het taalgebruik en de visuele ondersteuning bijgestuurd worden. Beslissingen over een eventueel herontwerp of hernieuwde testfase kunnen worden genomen volgens een nieuwe PDCA-cyclus.	Het verderzetten van kwaliteitsverbetering via herhaalde PDCA-cycli en een structurele implementatie bij positieve resultaten.

4.7 Implementatieplan

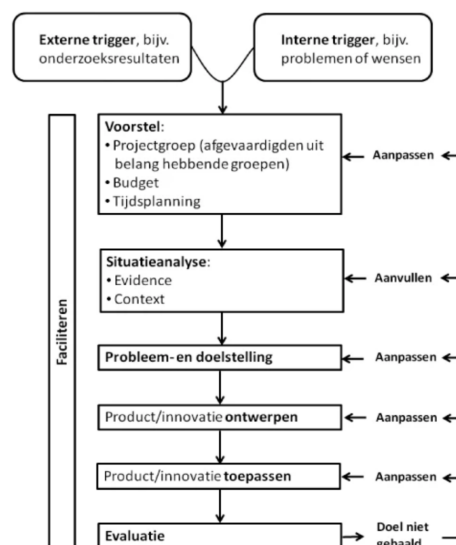
Voor het ontwikkelen van dit prototype werd gebruikgemaakt van het GPS-model. Het GPS-model bood structuur en richting bij het ontwerpen en uitwerken van het prototype. Het GPS-model is een holistisch en systematisch model. Het model zorgt ervoor dat verbeteringen binnen de gezondheidszorg worden nagestreefd.

4.7.1 Implementatie van het GPS-model

Ter implementatie van het prototype MyTurn wordt het GPS-model (Grol & Wensing-PARIHS-synthesemodel) gebruikt. Deze integratie zorgt voor een systematische en stapsgewijze aanpak voor het implementeren van het prototype. Ook wordt aandacht geschonken aan factoren die bepalen of de verandering goed is doorgevoerd. Dit raamwerk binnen het prototype biedt ook de voorwaarden voor het succes van het prototype, dit vanuit de evidentie, context en facilitering. Binnen het model wordt daarnaast ook rekening gehouden met de complexiteit van de gedragsveranderingen binnen de praktijk van de gezondheidszorg.

De implementatie van het prototype MyTurn start met een duidelijke aanleiding of trigger voor een verandering. De aanleiding hiervan bestaat uit signalen van patiënten en zorgverleners over o.a. de huidige werking rond de wachttijden en gebrek aan informatie. Over de huidige werking kan gediscussieerd worden dat deze al dan niet efficiënt verloopt. Daarom is er behoefte aan een gebruiksvriendelijk digitaal hulpmiddel. Binnen deze fase wordt bekeken op welke kennisbronnen de innovatie gebaseerd is en hoe sterk deze al dan niet onderbouwd is.

De structuur verloopt volgens zeven opeenvolgende stappen. Deze stappen worden individueel bekeken aan de hand van specifieke context van de spoedgevallen en het digitale prototype MyTurn. De stappen van het GPS-model worden in figuur 8 visueel weergegeven. Verder wordt binnen het implementatieplan verder gewerkt volgens deze structuur van het GPS-model. Het uiteindelijke doel van dit implementatieplan is om het prototype MyTurn op een gestructureerde, stapsgewijze manier te kunnen beschrijven (Munten et al., 2013).



Figuur 8: GPS-model (Munten et al., 2013)

4.7.1.1 Triggers

De implementatie vertrekt vanuit een trigger, deze trigger kan vanuit twee kanten komen, namelijk: de externe en interne trigger. De externe trigger zijn prikkels van buiten de directe praktijk of afdeling. Dit zijn specifiek de onderzoeksresultaten. Binnen het prototype biedt dus de wetenschappelijke evidentie hier een grote meerwaarde. De interne triggers vormen signalen vanuit de praktijk zelf. Ervaringen, knelpunten of signalen van patiënten en zorgverleners vormen de basis van deze interne triggers (Munten et al., 2013).

Binnen het prototype MyTurn wordt het onderscheid gemaakt tussen de interne en externe triggers die binnen het veranderingsproces vorm geven.

Interne triggers

Deze interne triggers bevinden zich in eerste instantie op de werkvloer. Deze vloeien dan voort naar dagelijkse ervaringen van de patiënten en zorgverleners. Verschillende knelpunten worden vastgesteld binnen de spoedgevallendienst, vooral het wachten zonder informatie zorgt voor een vermindering van de patiënttevredenheid. Het bestaande systeem biedt niet altijd een goed overzicht en kan invloed hebben op de *workflow*. Patiënten kunnen binnen het bestaande systeem wachten met onzekerheid en onduidelijkheid ervaren over het verdere verloop van het zorgproces. Dit laat zien dat er nood is aan een meer gestructureerde en gebruiksvriendelijke manier om de patiëntenstroom te beheren. Er worden heel wat zaken aangehaald die gebaseerd zijn op de praktijk. Dit vormt een belangrijke interne motivatie om het prototype MyTurn te ontwikkelen en te implementeren. Daarnaast is de drukte op de spoedgevallendienst geen onbekend thema. Het wordt veelvuldig binnen de media besproken.

Externe triggers

Deze triggers van het prototype bevinden zich binnen de bredere evoluties en verwachtingen binnen de gezondheidszorg die organisaties stimuleren om de zorgprocessen te optimaliseren en digitaliseren. Er is een tendens naar meer patiëntgerichte zorg. Hierbij is transparantie en duidelijkheid en vooral de betrokkenheid van belang. Zo kan het prototype patiënten beter informeren over de wachttijden en het verloop van het traject op de spoedgevallen. Daarnaast wordt vanuit beleid en accrediteringsnormen steeds meer nadruk gelegd op efficiëntie, het verantwoord inzetten van middelen en het verbeteren van de doorstroming van patiënten. Digitale toepassingen die processen structureren en overzicht creëren, worden daarbij gezien als een belangrijke hefboom.

Daarnaast is een algemene digitalisering binnen de gezondheidszorg een belangrijk aspect. De patiënt en zorgverleners worden steeds meer vertrouwd met de digitale tools en verwachten dat de informatie snel en overzichtelijk wordt weergegeven. Dit zorgt ervoor dat MyTurn een wenselijk, logisch en toekomstgericht idee is binnen de gezondheidszorg.

4.7.1.2 Voorstel

Het implementatievoorstel van het prototype MyTurn wordt uitgewerkt en afgestemd op de werking van de dienst spoedgevallen waar het zal worden geïmplementeerd. De structuur wordt duidelijk opgezet. Er wordt meegedeeld welke rol en verantwoordelijkheid door welke discipline wordt uitgevoerd. Een projectgroep wordt

opgesteld met de belangrijke vertegenwoordigers van de spoedgevallendienst voor het implementeren van het prototype.

Naast het opstellen van de projectgroepen worden ook de doelstellingen in kaart gebracht van MyTurn. De opgestelde doelstelling wordt vertaald in meetbare subdoelstellingen. Ook wordt er rekening gehouden met eventuele kosten voor de ontwikkeling van het systeem. Er wordt getracht een inschatting te maken van het beschikbare budget voor de implementatie. Van hieruit wordt er een realistisch tijdspad opgesteld waar de verschillende stappen van de implementatie worden gepland.

Het voorstel van het prototype wordt op een specifieke manier afgestemd op de spoed context. Het dient een logische leidraad te vormen voor de verdere uitwerking van MyTurn.

De projectgroep van het prototype

De projectgroep van het prototype biedt een multidisciplinaire aanpak. Zo worden de belangrijkste groepen van mensen binnen de dienst spoedgevallen aangekaart. Deze vertegenwoordigers zijn: de verpleegkundigen (zaal & triage), hoofdverpleegkundige van de dienst spoedgevallen, de spoedartsen, ziekenhuismanagement/directie, de kwaliteitsdienst van het ziekenhuis, IT-dienst, het onthaal en administratief personeel, vrijwilligers en de eerstelijns partners (HAWP, 1733). Deze vertegenwoordigers staan binnen de implementatie in voor bepaalde verantwoordelijkheden. Bijlage 3 biedt een gestructureerd overzicht van de verschillende disciplines en rol binnen de implementatie van het prototype MyTurn.

Hoofd-en subdoelstellingen

Op basis van de bevindingen uit deze bachelorproef, kwamen factoren zoals wachttijden, drukte en gebrek aan duidelijke communicatie naar voren als zijnde bepalend voor patiënttevredenheid op spoedgevallen. Hiervoor werd het prototype MyTurn ontwikkeld. De applicatie vertrekt vanuit transparantie, nood aan verwachtingsmanagement en nood aan patiëntgerichte informatie tijdens het wachten. Vanuit deze probleemstelling en onderbouwing werd er een hoofddoelstelling en bijbehorende subdoelstellingen geformuleerd. Deze doelstellingen zullen richting geven aan de verdere uitwerking en implementatie van het prototype.

De hoofddoelstelling van het prototype is het verhogen van de patiënttevredenheid bij volwassen patiënten op de spoedgevallendienst door het verbeteren van transparantie, informatie en begrip rond wachttijden en triage.

Daarnaast worden er ook nog bijbehorende subdoelstellingen van het prototype verwoord:

- het bieden van duidelijke realtime informatie over wachttijden en drukte;
- het vergroten van het begrip van het triagesysteem en de urgentie-indeling;
- het verminderen van stress, onzekerheid en frustratie tijdens het wachten;
- het verhogen van patiëntbetrokkenheid via een digitale vragenlijst (AMPLE);
- het ondersteunen van zorgverleners door vooraf verzamelde patiënteninformatie beschikbaar te maken;
- het toegankelijk maken van informatie voor patiënten met verschillende gezondheidsvaardigheden en patiënten die een andere taal spreken.

Beschrijving budget

Ter implementatie van het prototype dient er te worden gedacht aan een inschatting van de kosten en baten voor de app. Het duidelijk weergeven van de kosten is belangrijk voor de transparantie van het te beogen resultaat. Daarnaast dient het de haalbaarheid van het prototype te visualiseren. Binnen de kosten-batenanalyse wordt er rekening gehouden met de software, EPD-integratie, opleiding voor implementatie, onderhoudskosten en technische ondersteuning. Deze kosten-batenanalyse wordt vroegtijdig gedefinieerd om zo realistische, duurzame keuzes te kunnen maken ter implementatie. Een overzicht van de kosten-batenanalyse is terug te vinden in tabel 9.

Tabel 9: Overzicht van kosten en baten voor het prototype MyTurn

Overzicht van kosten en baten voor het prototype MyTurn			
Kosten	Toelichting	Baten	Toelichting
Softwareontwikkeling	Ontwerp en programmatie van MyTurn. Gebruiksvriendelijke interface en meertaligheid moeten geïncorporeerd worden.	Tijds winst zorgverleners	Kortere duur van triage en amnese door vooraf ingevulde AMPLE-gegevens.
EPD-integratie	Technische koppeling mogelijk met het elektronisch patiëntendossier.	Efficiëntere workflow	Vragen worden minder herhaalt en zorgproces loopt gestroomlijnder
Kosten	Toelichting	Baten	Toelichting
Implementatie & opleiding	Training van personeel en interne communicatie	Minder werkdruk	Minder herhaalde uitleg aan patiënten in wachtruimte
Hosting & onderhoud	Serverbeheer, updates, beveiliging en GDPR-richtlijnen	Minder vertrek zonder gezien te worden (LWBS)	Betere communicatie omtrent wachttijden waardoor patiëntvertrouwen verhoogt.
Technische ondersteuning	IT-support bij technische problemen	Minder klachten	Betere informatievoorziening vermindert frustratie bij patiënten

Tijdspad

Ter implementatie van het prototype MyTurn wordt er binnen een gefaseerde opzet de verschillende tijdspaden doorlopen. De implementatie zal over een periode van twaalf maanden lopen. Er worden verschillende fasen doorlopen gaande van: initiatie- en analysefase, conceptuele fase, technische ontwikkelings-fase, interne testfase, opleidings- en voorbereidingsfase, pilootimplementatie, analyse en bijsturing, volledige

implementatie naar borgings- en evaluatiefase.

Binnen elke fase wordt er een afgebakende periode in maanden weergegeven, de acties worden omschreven, de verantwoordelijken worden weergegeven en tot slot de *output* en resultaten. Het tijdspad wordt visueel weergegeven in bijlage 4.

4.7.1.3 Situatietanalyse

Deze analyse van de situatie is een belangrijke toevoeging binnen het implementatieplan. Vanuit de probleemstelling is duidelijk dat de spoedzorg gekenmerkt wordt door een toenemende complexiteit van zorg, een stijgende patiëntenstroom en een verhoogde druk op de zorgverleners.

Probleem: Drukke en wachttijden als structurele uitdaging

Binnen de dienst spoedgevallen vormt het aantal aanhoudende stijgingen van aanmeldingen een grote uitdaging. In België wordt er een toename van 10% gerapporteerd van het aantal aanmeldingen op de spoeddiensten. Uit de nationale gegevens blijkt dat het aantal contacten op eigen initiatief de afgelopen jaren fel is gestegen, terwijl het aantal patiënten dat via de huisarts wordt doorverwezen is gedaald. Deze cijfers wijzen op een verschuiving binnen het gebruik van de zorg en een verhoogde druk op de spoeddiensten.

Crowding wordt binnen de literatuur omschreven als een toestand waarbij de zorgvraag de beschikbare personele, organisatorische en fysieke middelen overstijgt (Demeulenaere & Mathuis, 2021/2022; Altun & Kudu, 2025). Dit zorgt voor langere wachttijden, een lange LOS en een verstoorde patiëntenstroom. Uit de evidentie is duidelijk dat er een correlatie is tussen wachttijd en patiënttevredenheid. Zo is bij elke toename van de objectieve wachttijd een daling van de tevredenheid. Uit de literatuur blijkt ook dat niet enkel de effectieve wachttijd relevant is, maar vooral de subjectieve wachttijd. Bijkomend zorgt onvoldoende informatie over de duur en reden van het wachten voor frustraties (Hafifi et al., 2025). Studies rapporteren dat patiënten die duidelijke communicatie ontvangen over triage en wachttijden, significant hogere tevredenheidsscores aangeven, zelfs wanneer de wachttijd niet substantieel verkort wordt.

Daarnaast wordt aangetoond dat *crowding* samenhangt met bijkomende risico's zoals verhoogde werkdruk, verminderde naleving van richtlijnen, grotere kans op medische fouten en burn-out bij verpleegkundigen. Deze factoren hebben een indirect effect op patiënttevredenheid doordat interpersoonlijke zorg, empathische communicatie en privacy onder druk komen te staan (Demeulenaere & Mathuis, 2021/2022 ; Janerka et al., 2025).

Relevantie voor implementatie:

De huidige organisatie van de spoedgevallendiensten in België is vooral gefocust op het traditionele throughput systeem (zoals fast track-systemen en procesoptimalisatie). Deze interventies verbeteren de doorstroming van de patiënten maar dit leidt niet automatisch tot een hogere patiënttevredenheid omdat de communicatie en persoonsgerichte zorg hierin onvoldoende zijn geïntegreerd. De evidentie wijst wel op een discrepantie tussen procesoptimalisatie en belevingsgerichte zorg, omdat patiënttevredenheid een erkende kwaliteitsindicator is. Daarom is het noodzakelijk om interventies te implementeren die de objectieve en subjectieve wacht ervaring aanpakken (Almulhim et al., 2025 ; Arifianti en Etlidawati., 2025 ; Huang., 2025).

Contextanalyse:

Verpleegkundige praktijkervaringen:

Tijdens verschillende stage ervaringen op de spoedgevallendiensten werd er gezien dat de verpleegkundigen van groot belang zijn voor het geven van informatie aan de patiënten. Maar door een hoge werkdruk en een continue instroom van patiënten is het vaak niet altijd mogelijk om een goede uitleg te voorzien over wachttijden, triage of de reden van vertragingen. Deze verminderde communicatie heeft een negatief effect op de patiënttevredenheid.

Wetenschappelijke evidentie:

Binnen de literatuur vormt de wachttijd een bepalende factor voor patiënttevredenheid. De subjectieve wachttijd wordt als belangrijkste factor hiervoor ervaren (Huang, 2025; Almulhim et al., 2025). Vooral onvoldoende informatie over de duur en reden van het wachten zorgt voor ontevredenheid bij de patiënten (Arifianti & Etlidawati, 2025; Hafifi et al., 2025). Volgens de literatuur blijkt dat 90.4% van de patiënten de wachttijden zichtbaar willen zien in de wachtruimte. 76.7% geeft aan dat duidelijke communicatie de tevredenheid verhoogt (Calder-Sprackman et al., 2021). De evidentie onderbouwt de noodzaak aan transparantie, toegankelijkheid en een continue informatievoorziening.

Organisatiecultuur en werkdruk:

De spoeddienst is vaak gericht op actie en een taakgedreven cultuur. Dit wordt gekenmerkt door *crowding*, stijgende instroom en beperkte capaciteit op de dienst spoedgevallen (Demeulenaere & Mathuis, 2021/2022; Altun & Kudu, 2025). Het aantal spoedaanmeldingen steeg in de meerderheid van de ziekenhuizen met meer dan 10% (Dierckx., 2022). Ook het aantal spoedopnames nam toe met 8% tussen 2021 en 2023 (Van Der Sande & Belga, 2022). Het aantal doorverwijzingen via de huisartsen neemt de laatste jaren sterk af (DGGS, 2010/2018). Zo wordt er binnen de context de prioriteit gelegd op medische urgentie en doorstroming, alsook het informeren van de patiënt.

Bestaande systemen en methodieken:

De literatuur toont aan dat wachttijd en vooral transparante informatie hierover een cruciale invloed hebben op patiënttevredenheid op de spoedgevallendienst. Informatieve video's verbeteren het begrip van triageprocessen, wachttijden en vertragingen en hebben een positieve invloed op de emotionele beleving tijdens het wachten, zonder dat zij de objectieve wachttijd verkorten. Technologische toepassingen zoals Health Pods maken systematische herevaluatie van laagrisicopatiënten mogelijk, verbeteren de monitoring en doorstroming en tonen een reductie in triagetijd. Zelfmeetkiosken, zoals toegepast in het UZ Gent, ondersteunen de initiële triage en automatische risicodetectie, maar tonen geen significante vermindering van de objectieve wachttijd of doorstroomtijd. Hoewel deze innovaties potentieel hebben op vlak van beleving en veiligheid, gaan ze gepaard met hoge implementatiekosten, technische complexiteit, opleidingsnoden en organisatorische uitdagingen.

Zo worden binnen de ziekenhuizen via registratiesystemen en kwaliteitsindicatoren de wachttijden vooral objectief gemeten (bijvoorbeeld LOS), dit terwijl de subjectieve wachttijden minder zichtbaar zijn.

Nood aan standaardisering van informatie:

Uit de evidentie blijkt dat patiënten meer tolerantie hebben voor wachttijden, vooral wanneer er meer inzicht is in de plaats van het zorgproces. Op dit moment is de informatievoorziening sterk afhankelijk van de individuele zorgverleners en momentgebonden uitleg. Hierdoor heerst er vooral inconsistentie in informatie-

voorziening. Een digitale en visuele ondersteuning kan een handig hulpmiddel zijn voor het geven van duidelijk informatie.

Positionering van het prototype MyTurn:

Het prototype MyTurn is vooral bedoeld als een ondersteunend communicatiemiddel dat vooral inzet op de zichtbaarheid van wachttijden en een verduidelijking biedt van het zorgproces en de transparantie versterkt. Met het prototype wordt er niet beoogd de objectieve wachttijden te verminderen, maar vooral de ervaren wachttijden te optimaliseren door patiënten *realtime* updates te bezorgen over eventuele vertragingen. Zo wordt er toch op een consistente manier informatie gegeven zonder dat verpleegkundigen dit zullen merken op de werkvloer.

Aanvullende dataverzameling:

Om de implementatie van MyTurn verder te kunnen onderbouwen is een bijkomende dataverzameling aangewezen. Deze dataverzameling kan via verschillende bronnen worden beoogd, bijvoorbeeld via observaties op de werkvloer, bevragingen via patiënten over de beleving (NPS score, zie 4.7.1.8) tijdens het wachten en ook interviews met de verpleegkundigen kunnen een belangrijke meerwaarde bieden. Ook kunnen internationale bronnen een meerwaarde bieden binnen een gefundeerde implementatiestrategie.

4.7.1.4 Wetgeving, privacy- en ethische richtlijnen

Juridisch kader, GDPR:

Het juridische kader van het prototype wordt in essentie bepaald door GDPR (Verordening (EU) 2016/679). Overeenstemmend met **artikel 5 GDPR** moeten persoonsgegevens doelgebonden, rechtmatig en minimaal worden verwerkt en passend worden beveiligd. De verwerking van deze gegevens moet berusten op een rechtsgrond uit **artikel 6 GDPR** (bijvoorbeeld, toestemming of overeenkomst). Aangezien ons prototype persoonsgegevens verwerkt die vallen onder bijzondere categorieën, met name gezondheidsgegevens, zegt **artikel 9 GDPR** dat deze gezondheidsgegevens niet mogen worden verwerkt zonder uitdrukkelijke toestemming van de patiënt. Volgens **artikel 25 GDPR** is gegevensbescherming verplicht door ontwerp en standaardinstellingen. Dit wil zeggen dat privacy een structureel onderdeel moet zijn van het onderwerp en dat het niet achteraf pas mag worden toegevoegd. **Artikel 32 GDPR** vereist dat passende technische en organisatorische beveiligingsmaatregelen worden genomen (Europees Parlement & De Raad van de Europese Unie, 2016). Deze bepalingen zullen de kern vormen van het juridische kader waaraan MyTurn zal moeten voldoen.

Rollen en verantwoordelijkheden:

Op basis van wat omschreven staat in de **Wet van 30 juli 2018** (uitvoering van de GDPR in België) moet er voor het prototype duidelijk worden vastgelegd wie de verwerkingsverantwoordelijke is. Dit houdt in dat degene die verwerkingsverantwoordelijke is, bepaalt welke persoonsgegevens worden verwerkt en met welk doel dit is. De verwerkingsverantwoordelijke draagt dan ook de juridische eindverantwoordelijkheid voor de naleving van de privacywetgeving (Justel Databank, 2018).

Indien er gekozen wordt om het prototype via een externe partij de persoonsgegevens te laten verwerken, bijvoorbeeld via *hosting* of een *cloud*, wil dit zeggen dat die partij een verwerker is. In dit geval is het verplicht om een overeenkomst te sluiten die de

verwerking en de vertrouwelijkheid regelt (Justel Databank, 2018). Het is juridisch gezien belangrijk dat de rollen duidelijk afgebakend zijn en de verantwoordelijke blijft natuurlijk ook eindverantwoordelijke voor een correcte naleving van de wet.

Rechtsgrond voor verwerking:

In het geval van MyTurn moet de verwerking van de persoonsgegevens steunen op één van de rechtsgronden uit **artikel 6, lid 1 GDPR**. Dit houdt in dat de verwerking van de gegevens alleen rechtmatig is wanneer:

- de betrokkene toestemming heeft gegeven (art. 6, lid 1, a);
- de verwerking noodzakelijk is voor de uitvoering van een overeenkomst (art. 6, lid 1, b);
- wanneer er sprake is van een gerechtvaardigd belang van de verwerkingsverantwoordelijke (art. 6, lid 1, f), voor zover de belangen of grondrechten van de betrokkene niet zwaarder doorwegen (Europees Parlement & De Raad van de Europese Unie, 2016).

Wat dit concreet betekent voor MyTurn, is dat vooraf duidelijk moet worden bepaald welke rechtsgrond het persoonsgegeven verwerkt. Zonder één van deze wettelijke gronden is de verwerking niet toegestaan.

Verplichte GDPR-componenten voor MyTurn:

De verplichte GDPR-componenten voor MyTurn vloeien voort uit de Verordening (EU) 2016/679. Op grond van **artikel 5 GDPR** moet MyTurn persoonsgegevens verwerken volgens het principe van doelbinding en dataminimalisatie. Doelbinding houdt in dat gegevens enkel gebruikt mogen worden voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven doeleinden. Dataminimalisatie wil zeggen dat er niet meer gegevens mogen worden verzameld dan noodzakelijk. **Artikel 5 GDPR** legt ook een opslagbeperking op. Dit stelt dat gegevens niet langer mogen worden bewaard dan nodig voor het beoogde doel.

Daarnaast stelt **artikel 12 GDPR** dat betrokkenen op transparante wijze worden geïnformeerd over de werking. Dit heet transparantieplicht. MyTurn zal dus duidelijke privacy-informatie moeten voorzien.

Tot slot verplicht **artikel 35 GDPR** tot het uitvoeren van een gegevens-beschermingseffectbeoordeling (DPIA) wanneer de verwerking van data waarschijnlijk een hoog risico inhoudt. Dit is in het geval van MyTurn van toepassing, omdat er grootschalig, gevoelige informatie zal worden verzameld (Europees Parlement & De Raad van de Europese Unie, 2016).

Technische beveiliging:

In **artikel 32 GDPR** wordt de technische beveiliging vastgelegd. De verwerkingsverantwoordelijke zal een passende technische en organisatorische maatregel moeten bepalen om een op het risico afgestemde beveiligingsniveau te waarborgen. Het omvat onder andere bescherming tegen onrechtmatige of ongeoorloofde verwerking en tegen vernietiging, verlies of beschadiging van persoonsgegevens (Europees Parlement & De Raad van de Europese Unie, 2016).

Concreet houdt dit voor MyTurn in dat de persoonsgegevens technisch moeten worden beveiligd via maatregelen. Voorbeelden hiervan zijn:

- versleutelde opslag
- beveiligde verbinding (HTTPS)
- sterke authenticatie

- beperkte toegangsrechten

Het is belangrijk dat de beveiliging proportioneel is aan de risico's van de verwerking. Zo kunnen de integriteit en vertrouwelijkheid van de gegevens worden gewaarborgd en blijven ze conform artikel 32 GDPR.

Specifieke aandachtspunten voor MyTurn:

QR-code en identificatiebandje:

Indien er via de QR-code gezondheidsgegevens zouden worden verwerkt, is artikel 9 GDPR van toepassing. De verwerking van de gegevens is enkel toegestaan wanneer dit noodzakelijk is voor gezondheidszorg en gebeurt onder verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar (art. 9, lid 2, h GDPR). Daarnaast moeten passende beveiligingsmaatregelen worden genomen om de vertrouwelijkheid te waarborgen (art. 5, lid 1, f en art. 32 GDPR) (Europees Parlement & De Raad van de Europese Unie, 2016).

Realtime wachttijdinformatie:

Realtime wachttijden mogen enkel geaggregeerd en niet-herleidbaar worden weergegeven. Patiëntgegevens mogen niet worden getoond, omdat dit strijdig zou zijn met het beginsel van dataminimalisatie (art. 5, lid 1, c GDPR) en vertrouwelijkheid (art. 5, lid 1, f GDPR) (Europees Parlement & De Raad van de Europese Unie, 2016).

Integratie met elektronisch patiëntendossier (EPD):

Een koppeling met het EPD wil zeggen dat gezondheidsgegevens worden verwerkt en dit vereist dus een rechtsgrond volgens artikel 6 GDPR in combinatie met artikel 9, lid 2, h GDPR. Daarnaast moeten passende technische en organisatorische beveiligingsmaatregelen worden genomen (art. 32 GDPR). Gezien de aard van de verwerking kan ook een DPIA (art. 35 GDPR) noodzakelijk zijn (Europees Parlement & De Raad van de Europese Unie, 2016).

Ethische richtlijnen:

Naast het hanteren van GDPR richtlijnen zijn er enkele ethische principes die cruciaal zijn. Ze zitten mee verankerd in de Wet van 30 juli 2018 en de Verordening (EU) 2016/679.

Autonomie wordt beschermd via het vereiste van een geldige toestemming (artikel 6, lid 1, a GDPR) en het recht op informatie en controle over eigen gegevens (artikel 12-22 GDPR). Voor MyTurn betekent dit dat de gebruikers vrij en geïnformeerd moeten kunnen beslissen over hun gegevens.

Rechtvaardigheid sluit aan bij het beginsel van behoorlijke en rechtmatige verwerking (artikel 5, lid 1, a GDPR). MyTurn mag gebruikers niet ongelijk of discriminerend behandelen bij de verwerking van persoonsgegevens.

Non-maleficence, ofwel geen schade berokkenen, vertaalt zich juridisch in de verplichting om passende beveiligingsmaatregelen te nemen (art. 32 GDPR) en een DPIA uit te voeren (art. 35 GDPR) om risico's voor betrokkenen te beperken.

Transparantie is expliciet opgenomen in artikel 5, lid 1, a en verder uitgewerkt in artikel 12 GDPR. MyTurn moet duidelijk communiceren welke gegevens worden verwerkt, waarom en hoelang (Europees Parlement & De Raad van de Europese Unie, 2016; Justel Databank, 2018).

4.7.1.5 Probleem- en doelstelling

Desondanks er binnen de spoedzorg een groeiende aandacht is voor de patiënttevredenheid, blijft wachttijd een structurele bron van ontevredenheid. Op de spoeddiensten worden er middelen ingezet tot informatieverstrekking. Deze geven vaak kort de uitleg over het wachtsysteem en het oplopen van de wachttijden. MyTurn kan uitgebreider inspelen op informatie over wachttijden en triage en kan ook de triagetijd verkorten door de integratie van een vragenlijst via AMPLE.

Wel moet er worden opgemerkt dat het prototype de objectieve wachttijd niet zal verminderen maar vooral zal inspelen op de subjectieve wachttijd. Door patiënten inzicht te geven in hun traject en verwachtingen beter te managen, wil MyTurn onzekerheid verminderen en de communicatie tussen zorgverleners en patiënten ondersteunen. De doelstelling is om het prototype op een haalbare en praktijkgerichte manier te implementeren binnen de spoedgevallendienst, met als streven een meetbare verbetering van patiënttevredenheid, een versterking van transparantie en een ondersteuning van verpleegkundigen in hun informatieverstrekking binnen een hoogdynamische zorgomgeving.

4.7.1.6 Product en innovatie ontwerpen

Het prototype MyTurn is ontwikkeld als een digitale communicatietool die inspeelt op de nood aan transparantie en duidelijk informatievoorziening binnen de dienst spoedgevallen. In vergelijking met andere systemen die zich vooral focussen op het medische of triage-algoritme, richt MyTurn zich ook op de beleving van het wachten. Binnen de situatietheorie komt ook naar voren dat er een grote onzekerheid heerst over wachttijden, gebrek aan uitleg over triage en onwetendheid over het verdere zorgproces. Deze zaken vormen belangrijke determinanten voor de ontevredenheid. Concluderend kan er gesteld worden dat het prototype MyTurn wordt ontworpen om deze informatie wel te voorzien voor de populatie van patiënten die zich presenteren op de spoeddienst.

De werkcontext van de verpleegkundigen wordt expliciet benoemd binnen het prototype. Doordat de spoeddienst wordt gekenmerkt door een hoge werkdruk, personeelstekorten en een continue instroom van patiënten, is het geven van informatie niet altijd mogelijk. MyTurn mag geen bijkomende administratieve last creëren. Het prototype wordt daarom gezien als een ondersteunend systeem dat grotendeels geautomatiseerd werkt en gekoppeld kan worden aan het EPD. Hierdoor wordt informatie uniform weergegeven zonder dat zorgverleners manueel extra toelichting moeten geven bij elke patiënt. Het systeem vervangt het persoonlijke contact niet, maar versterkt het door een gedeelde informatiebasis te creëren. MyTurn kan dus worden afgestemd op de noden van de verpleging ook binnen de acute setting, zonder de verpleging extra te belasten.

Verschillende integratiemogelijkheden werden bekeken binnen de bestaande ziekenhuisinfrastructuur. MyTurn kan via een mobiele applicatie als organisatorisch haalbaar worden beschouwd. Hierbij wordt rekening gehouden met privacy, databeveiliging en beperkte identificatie van individuele patiënten. Het doel is transparantie te bevorderen zonder vertrouwelijke gegevens zichtbaar te maken. Als innovatieve toepassing situeert MyTurn zich op het snijvlak van communicatie, patiëntbeleving en procesoptimalisatie.

4.7.1.7 Product en innovatie invoeren

Na de ontwikkelingsfase wordt het prototype stapsgewijs voorgesteld binnen de dienst spoedgevallen. Binnen deze fase is er een overgang van het ontwerp naar een concrete toepassing binnen de praktijk. Het doel is om gebruiksvriendelijkheid, aanvaardbaarheid en praktische haalbaarheid maximaal te garanderen zonder de bestaande werkprocessen te verstoren.

Gefaseerde implementatie:

Pilootfase:

De invoering start binnen een duidelijke zone binnen de dienst spoedgevallen. Deze afgebakende zone zal de ambulante patiënten of patiënten met een specifieke triage-score vertegenwoordigen. Ook zal een beperkte groep van verpleegkundigen vooraf aan de pilootfase worden geïnformeerd over eventuele betrokkenheid binnen deze fase. Tijdens de pilootfase zal worden gekeken in welke mate dat MyTurn bruikbaar is. Daarnaast zal worden bekeken of de wachttijdinformatie correct wordt geïnterpreteerd door de afgebakende groep van personen en ook of het prototype effectief ondersteunend werkt voor het geven van informatie over wachttijden om zo de tevredenheid te bevorderen. Binnen deze fase zal vooral de nadruk worden gelegd op een goede begeleiding van het personeel en zorgvragers. Feedback zal worden bevraagd en problemen worden zo snel als mogelijk gedetecteerd.

Evaluatie en optimalisatie:

Binnen de eerste weken van het implementeren zullen de ervaringen van de zorgverleners en patiënten systematisch worden verzameld. Dit kan worden uitgevoerd via korte bevragingen, observaties en informele feedbackmomenten. Dit wordt uitgevoerd met als voornaamste doel om te evalueren of de informatie die wordt gegeven via MyTurn duidelijk is en of de visuele weergave begrijpelijk is voor de verschillende patiëntenprofielen, rekening houdend met tabel 7: 8 B's van toegankelijkheid. Ook kunnen eventuele technische of inhoudelijke knelpunten gebundeld worden binnen een evaluatierapport. Met deze informatie kunnen aanpassingen worden doorgevoerd.

Gefaseerde uitbreiding:

Na de evaluatie binnen de pilootfase zal het prototype MyTurn gradueel worden uitgebreid naar de volledige spoedgevallendienst. Tijdens het gradueel uitrollen zal het systeem geïntegreerd worden binnen de bestaande werkafspraken en communicatie-routines. Er dient duidelijk te worden vastgelegd welke informatie wordt gegenereerd en op welke manier de zorgverleners een aanvullende toelichting kunnen geven als dit wordt gewenst. Door het implementeren te spreiden in de tijd geeft dit de mogelijkheid om de werkdruk te kunnen beheersen en kan het team zich geleidelijk aan aanpassen aan het prototype.

Operationele ondersteuning:

Voortdurende ondersteuning op de werkvloer is van belang voor een duurzame verankering binnen de spoedzorg. Om dit te realiseren kan gebruik worden gemaakt van interne aanspreekpunten, bijvoorbeeld de kwaliteitscoördinator van het ziekenhuis. Deze kan o.a. vragen bespreekbaar maken en knelpunten signaleren. Daarnaast kunnen ondersteunende materialen worden voorzien, zoals korte handleidingen, een visuele infokaart of een overzicht van de veelgestelde vragen. Deze ondersteunende materialen moeten snel raadpleegbaar zijn en afgestemd kunnen worden op de acute en dynamische realiteit van de spoedgevallendienst. Het uiteindelijke doel is om de onzekerheden bij de

gebruikers te verminderen en het vertrouwen in het systeem te versterken. Het is van belang dat MyTurn geen extra belasting is voor het personeel of patiënt. Het moet een hulpmiddel zijn om informatie mee te delen aan de patiënten.

Communicatie en betrokkenheid:

Goede en duidelijke communicatie is een cruciale factor. Vanaf de start van de implementatie dienen de verpleegkundigen goed geïnformeerd te worden over het doel van het prototype, namelijk het verbeteren van de wachttijdbeleving en het ondersteunen van patiëntgerichte communicatie. Daarnaast is het regelmatig terugkoppelen van de tussentijdse resultaten ook belangrijk voor een goede *follow-up*.

Ook kunnen structurele feedbackmomenten waarin de zorgverleners hun ervaringen kunnen delen en suggesties kunnen formuleren, effectief zijn. Door deze ruimte van inspraak te creëren ontstaat een gedeeld eigenaarschap. Dit zorgt ervoor dat de bereidheid verhoogt om het prototype actief te gaan gebruiken. Ook kan het nuttig zijn om positieve ervaringen zichtbaar te maken. Door MyTurn op een graduele manier te implementeren en er wordt aangetoond dat de applicatie niet louter een technisch hulpmiddel is, maar een onderdeel van de zorgverlening. Dit zorgt ervoor dat de innovatie op een duurzame manier kan worden verankerd binnen de spoedgevallendienst.

4.7.1.8 Evaluatie

Een laatste belangrijke stap binnen het implementatieplan volgens het GPS-model is een systematische evaluatie. Dit is noodzakelijk om in kaart te brengen in welke mate het prototype MyTurn effectief kan bijdragen aan het verbeteren van de wachttijdbeleving en tevredenheid. Het is belangrijk om te weten dat de evaluatie niet wordt gezien als een eindmeting van het prototype, maar meer als een tool om inzichten te krijgen in het gebruik, impact en de graad van implementatie van MyTurn. Deze evaluatie zal met de gegevens die werden verzameld de verdere basis vormen voor een goede uitwerking binnen de organisatie.

Betrokkenheid van stakeholders:

Verschillende actoren hebben een participatieve aanpak binnen de implementatie van MyTurn. Bijlage 3 toont een overzicht over de verschillende disciplines die een rol spelen in de implementatie. De betrokkenheid verhoogt het draagvlak van deze groep mensen. Ook zorgt het voor de evaluatiecriteria die moeten worden aangesloten bij de praktijk. Zo kunnen verschillende evaluatievragen worden gesteld; wordt MyTurn als gebruiksvriendelijk en duidelijk ervaren door zorgverleners? Vermindert het aantal vragen of frustraties in de wachtzaal? Ervaren patiënten meer transparantie over hun wachttijd en zorgtraject? Ondersteunt het systeem verpleegkundigen in hun communicatie? Door deze vragen samen met het team te formuleren, wordt de evaluatie afgestemd op de reële noden van de dienst.

Meetstrategie en gegevensverzameling:

Om het effect van MyTurn objectief en subjectief te kunnen beoordelen wordt er best gewerkt met een nulmeting en een nameting. Zo zal bij de nulmeting de beginsituatie worden geschetst. Dit kan worden uitgevoerd door patiënttevredenheidsenquêtes, registratie van klachten rond wachttijden en bevraging van verpleegkundigen over communicatiebelasting.

De nameting die volgt na de implementatie zal opnieuw de indicatoren evalueren. Door dit te evalueren via korte patiëntbevragingen in de wachtzaal, digitale

feedbackformulieren of interviews met zorgverleners wordt dit duidelijk. Naast tevredenheid wordt ook gekeken naar procesindicatoren, zoals het aantal herhaalde vragen over wachttijd, de perceptie van werkdruk rond informatieverstrekking en de mate waarin het systeem effectief geraadpleegd wordt.

De combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve data laat toe om zowel de impact op patiëntbeleving als de praktische werkbaarheid in kaart te brengen. Op basis van deze resultaten kan beslist worden of bijsturing nodig is in de lay-out, inhoud of technische integratie van het systeem.

Continue verbetering en terugkoppeling:

De evaluatie wordt opgevat als een dynamisch en cyclisch proces. Dit proces wordt al besproken binnen puntje 4.6.6. Zo toont figuur 7 een visuele weergave van het cyclisch proces van het prototype. Tabel 8 geeft een uitgebreide uitleg over het cyclisch proces dat doorlopen werd van MyTurn.

Bevindingen worden systematisch teruggekoppeld naar het team en besproken binnen overlegmomenten. Indien knelpunten worden vastgesteld, wordt opnieuw geëvalueerd. Zo ontstaat een lerend implementatietraject waarbij praktijkervaringen rechtstreeks bijdragen aan verfijning van het prototype.

Deze reflectieve aanpak ondersteunt een cultuur van kwaliteitsverbetering binnen de spoedgevallendienst. Door MyTurn niet als een statisch product te beschouwen, maar als een evoluerend hulpmiddel dat meegroeit met de context, wordt de kans op duurzame integratie aanzienlijk vergroot. De evaluatie fungeert als fundament voor verdere professionalisering van transparante communicatie en patiëntgerichte zorg binnen een hoogdynamische spoedomgeving.

Evaluatie via Net Promoter Score (NPS):

Een aanvullende methode voor de evaluatie van MyTurn is de Net Promoter Score (NPS). Dit is een instrument dat de tevredenheid en loyaliteit van de patiënten meet. Deze score is gebaseerd op één centrale vraag: "Hoe waarschijnlijk is het dat u deze dienst zou aanbevelen aan vrienden of familie?", waarbij patiënten een score geven van 0 tot 10. Op basis van deze score worden patiënten ingedeeld in drie categorieën.

- Promoters (score 9-10): loyale en enthousiaste patiënten
- Passives (score 7-8): tevreden maar minder betrokken patiënten
- Detractors (score 0-6): ontevreden patiënten

De NPS wordt berekend door het percentage promoters te verminderen met het percentage detractors. De uitkomst is een score tussen -100 en +100, die een algemene indicatie geeft van de tevredenheid van patiënten.

Binnen de evaluatie van MyTurn kan de methode van NPS gebruikt worden bij de nulmeting en bij de nameting. Hierdoor wordt de zichtbaarheid van het systeem toepasbaar en dit zorgt voor een verbeterde patiëntbeleving. De NPS is een eenvoudige manier bij het identificeren van de verbeterpunten en het opvolgen van de evoluties van tevredenheid (Wat Is de Net Promoter Score?, 2025).

4.7.2 Bekrachtigende strategieën

Voor het uitwerken van de bekrachtigende strategieën werd gebruikgemaakt van het Triple Aim-model en de SWOT-analyse. De SWOT-analyse biedt inzicht in de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen, waardoor gerichte en haalbare strategieën konden

worden ontwikkeld. Daarnaast helpt het Triple Aim-model om de strategieën af te stemmen op kwaliteitsvolle zorg, een betere gebruikerservaring en een efficiënte werking.

4.7.2.1 SWOT-analyse

Na deze analyse is het belangrijk dat er wordt nagedacht over bepaalde strategieën die het implementatieplan kunnen versterken. Naast de praktische uitvoering van het GPS-model waarin het prototype MyTurn werd beschreven is het ook van belang om andere versterkende strategieën te implementeren binnen deze bachelorproef.

Om de implementatie van het prototype MyTurn verder strategisch te onderbouwen wordt er in eerste instantie in deze bachelorproef gebruikgemaakt van een SWOT-analyse. Deze SWOT-analyse is een strategisch instrument dat de interne en externe factoren in kaart brengt. Deze factoren hebben invloed op het succes van het project. Binnen de analyse worden de sterktes (*strengths*) en de zwaktes (*weaknesses*) van het prototype geanalyseerd. Daarnaast worden ook de kansen (*opportunities*) en bedreigingen (*threats*) besproken. Door de elementen te identificeren kan er worden nagegaan of de factoren van de implementatie het prototype hierin ondersteunen of bemoeilijken. Ook vormt de analyse een belangrijk hulpmiddel om zo gerichte plannen te maken voor een succesvolle implementatie binnen de spoedgevallendienst (Sterkte/Zwakte Analyse (SWOT Analyse), z.d.). Bijlage 5 biedt een visueel overzicht van de SWOT-analyse gebaseerd op het prototype MyTurn. De data die geïntegreerd zijn binnen de analyse, zijn afkomstig van de website van de Vlaamse overheid.

4.7.2.2 Triple Aim-model

Het Triple Aim-model is ontwikkeld door het *Institute for Health Improvement* (IHI) en wordt wereldwijd erkend als een strategische aanpak voor het verbeteren van zorgsystemen. Het model focust zich op drie gelijktijdige doelstellingen. Deze drie doelstellingen vormen samen een kader voor *value-based healthcare*. Hierbij ligt de nadruk vooral op het leveren van zorg met een hoge kwaliteit en een hoge tevredenheid tegen een efficiënte kost.

Deze drie doelstellingen zijn:

1. Populatiegezondheid (*Population health*)

Dit verwijst naar het verbeteren van de algemene gezondheid van de bevolking. Hierbij wordt gekeken naar indicatoren zoals mortaliteit, ziekteprevalentie, levenskwaliteit en gezondheidsbevorderende factoren.

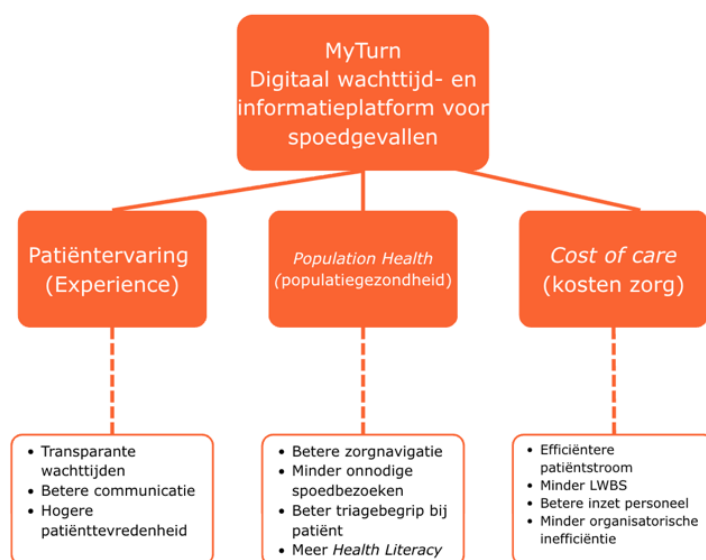
2. Ervaring van zorg (*Experience of care*)

Dit aspect richt zich op hoe patiënten de zorg ervaren. Dit omvat onder andere patiëntveiligheid, effectiviteit van zorg, toegankelijkheid, tijdigheid, patiënttevredenheid en patiëntgerichtheid.

3. Kosten van zorg (*Cost of care*)

De derde pijler focust op het verminderen of optimaliseren van de kosten per patiënt of per populatie, bijvoorbeeld door efficiënter gebruik van zorgdiensten en het vermijden van onnodige hospitalisaties (Kokko, 2022).

In figuur 9 worden deze drie doelstellingen visueel weergegeven gebaseerd op het prototype MyTurn. In de figuur wordt MyTurn beschreven als interventie, vanuit deze interventie vertrekken drie pijlers van het Triple Aim-model. Zo zegt het deel “patiëntervaring” iets over patiënttevredenheid. Het deel rond “*population health*” helpt de patiënten met behulp van MyTurn beter te navigeren rond het zorgsysteem. Tot slot binnen het deel “Kosten van zorg” wordt beschreven hoe MyTurn door een betere organisatie van de wachttijden een positieve bijdrage kan leveren.



Figuur 9: Triple Aim model voor MyTurn

4.7.3 Integratie op diverse niveaus

Microniveau:

MyTurn zal zich op microniveau richten op directe interactie tussen patiënten en zorgverleners op spoedgevallendiensten. Het prototype kan triageprocessen ondersteunen aan de hand van een digitale vragenlijst volgens de AMPLE-structuur die patiënten moeten invullen. Hierdoor is medische informatie die relevant is voor het triage- en zorgproces al beschikbaar voor de triageverpleegkundige. Hiernaast zal MyTurn een duidelijke uitleg over het triagesysteem en de bijbehorende kleurcodering geven. Zo zullen patiënten beter begrijpen waarom bepaalde patiënten sneller geholpen worden. Er is ook een mogelijkheid om realtime informatie over de wachttijd en drukte op de spoedgevallendienst te raadplegen. Door deze transparante voorziening kan frustratie en/of onzekerheid tijdens het wachten worden verminderd en ondersteunt het de zorgverleners bij het bieden van meer persoonsgerichte zorg, zonder extra belasting van het zorgpersoneel.

Mesoniveau:

Binnen het mesoniveau wordt het prototype MyTurn gezien als een toepassing binnen de spoedgevallendienst. Deze applicatie kan bijdragen aan een efficiënte *workflow*, doordat bepaalde gegevens van de patiënt vooraf verzameld en beschikbaar worden gesteld aan het team via het EPD. Op deze manier draagt MyTurn bij dat dubbel werk kan worden vermeden en zorgt het ervoor dat het eerste contactmoment vlot verloopt. Wel is op te

merken dat de applicatie het contact niet mag vervangen. Het wordt gezien als een hulpmiddel. Via de applicatie wordt ook de noodzaak voor zorgverleners om een herhaaldelijke uitleg te geven over wachttijden en triage vermeden, aangezien dit wordt weergegeven in de applicatie. Deze zaken zorgen ervoor dat de werkdruk wordt verlicht. Daarnaast, zoals al benoemd, kan MyTurn mede geïntegreerd worden binnen het elektronisch patiëntendossier, waardoor de reeds ingevulde anamnese via AMPLE al beschikbaar wordt gesteld.

Op organisatieniveau kan het prototype MyTurn bijdragen aan een kwaliteitsverbetering doordat de feedback van de patiënten over de wachttijden en informatievoorziening kan worden geanalyseerd. Deze gegevens rond de tevredenheid kunnen iets bijdragen aan het kwaliteitsbeleid en verbeterproject van de dienst spoedgevallen.

Macroniveau:

Op gebied van het macroniveau kan MyTurn een bijdrage leveren aan bredere ontwikkelingen binnen het gezondheidszorgsysteem en de structurele organisatie binnen spoedzorg. Het prototype sluit aan bij de toenemende digitalisering in de gezondheidszorg. Daarnaast sluit het ook aan bij de beleidsmatige evoluties die inzetten op transparantie, patiëntparticipatie en kwaliteitsverbetering. Door systematisch patiënten te informeren over triageprincipes, wachttijden en het verloop van zorgtrajecten kan MyTurn bijdragen aan een meer patiëntgerichte benadering van de spoedzorg. De verzameling van gegevens over patiënttevredenheid en wachttijdbeleving kunnen waardevolle inzichten bieden voor zorgorganisaties en beleidsmakers. De informatie kan worden gebruikt bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren, het monitoren van patiëntenbeleving en het ondersteunen van beleidsmaatregelen gericht op het verbeteren van de efficiëntie en toegankelijkheid van spoedgevallendiensten. Met zicht op lange termijn kan de implementatie van digitale toepassingen zoals MyTurn bijdragen aan een structurele versterking van patiëntgerichte en transparante spoedzorg binnen het gezondheidszorgsysteem.

4.7.4 Gewenst eindresultaat

Het uiteindelijke beoogde eindresultaat van het implementatieplan van het prototype MyTurn is een structurele integratie binnen de werking van de dienst spoedgevallen. MyTurn is een digitale tool die de patiënten tijdens het wachten kunnen downloaden en waar dat informatie wordt gegeven over wachttijden, triageprincipes en het verdere verloop van het zorgproces. Deze transparantie binnen de informatievoorziening is verstrekt vanuit het begrip van de patiënten over de dienst spoedgevallen om uiteindelijk dit begrip te vergroten, mede met de tevredenheid. Zo kan de ervaren wachttijd en onzekerheid over het wachten verminderen.

Er wordt op korte termijn verwacht dat het gebruik van MyTurn leidt tot betere informatievoorziening voor patiënten en een verhoogd begrip van het triagesysteem, ongeacht de gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Zo kan het bijdragen aan een realistischer verwachtingspatroon en een positievere beleving van de wachttijd. Het prototype ondersteunt de zorgverleners doordat bepaalde patiënteninformatie reeds vooraf wordt verzameld via de digitale vragenlijst.

Op lange termijn zou de implementatie van MyTurn kunnen bijdragen aan een verhoogde patiënttevredenheid en een meer patiëntgerichte organisatie van de spoedzorg. Bovendien kan het prototype waardevolle feedback genereren over de wachttijdbeleving

van patiënten, wat verdere kwaliteitsverbetering binnen de spoedgevallendienst mogelijk maakt.

4.7.5 Klinisch leiderschap

Klinisch leiderschap verwijst naar een verantwoordelijkheid van de zorgprofessionals om de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren door implementatie van evidence-based interventies en door veranderingen te stimuleren binnen de praktijk. Uitsluitend gaat het hier niet over een formele leidinggevende functie, maar om het vermogen van de zorgverleners om initiatieven te nemen en anderen te motiveren. Binnen deze bachelorproef is het **transformationeel leiderschap** het meest geschikt.

Toepassing op implementatieplan:

Binnen deze bachelorproef wordt een nieuwe interventie ontwikkeld om de communicatie rond de wachttijden op de spoedgevallendienst te verbeteren. Daarom wordt het prototype MyTurn geïntroduceerd. Deze interventie wordt geïmplementeerd met de vereiste van niet alleen organisatorische veranderingen te betrekken, maar ook de betrokkenheid van de zorgverleners bij het gebruik en het verder ontwikkelen van het prototype. Het transformationeel leiderschap kan hierbij een belangrijke rol spelen. Dit kan worden verwezelijkt door een duidelijke visie te formuleren en dit vooral rond de patiëntgerichte communicatie en transparantie van deze communicatie rond de wachttijden en triage. Door het motiveren van de zorgverleners en deze vooral actief te betrekken bij het implementeren en evalueren van het prototype MyTurn kan dit een positieve bijdrage leveren aan een goede uitwerking van het implementatieplan.

4.7.5.1 Organisatiecultuur

Een organisatiecultuur verwijst naar de gedeelde gedragingen, waarden en normen die kunnen bepalen hoe medewerkers binnen een bepaalde organisatie communiceren, samenwerken en omgaan met veranderingen. Binnen de gezondheidszorg heeft een organisatiecultuur een essentiële invloed op samenwerking binnen het team, patiëntveiligheid en de implementatie van kwaliteitsverbeteringen. Een positieve organisatiecultuur wordt gekenmerkt door vertrouwen, betrokkenheid en open communicatie van medewerkers bij verbeterinitiatieven.

Veiligheidscultuur:

Binnen deze bachelorproef wordt de waarde benadrukt van **een veiligheidscultuur**, ook wel een **no-blame cultuur** genoemd. Een veiligheidscultuur verwijst naar een organisatiecultuur waar medewerkers zich veilig voelen om fouten, knelpunten of problemen in zorgprocessen te bespreken zonder angst voor schuldtoewijzing. In plaats van individuen verantwoordelijk te stellen, ligt de focus op het gezamenlijk analyseren van situaties en het zoeken naar verbetering in de zorgpraktijk. Dit bevordert samenwerking, open communicatie en constante kwaliteitsverbetering binnen zorgteams.

Toepassing op implementatieplan:

Bij het implementatieplan van deze bachelorproef ondersteunt de veiligheidscultuur de introductie van het prototype MyTurn. MyTurn is gericht op het verbeteren van de communicatie rond wachttijden op spoedgevallen. Door een cultuur te stimuleren waarin de zorgverleners open feedback kunnen geven over het gebruik van het systeem, kunnen eventuele knelpunten sneller geïdentificeerd worden en aangepakt.

Het bevorderen van een no-blame cultuur kan bovendien bijdragen aan een betere samenwerking binnen het team. Zorgverleners zullen worden aangemoedigd om ervaringen met het systeem te delen en gezamenlijk te zoeken naar manieren om de communicatie met patiënten verder te verbeteren. Op deze manier ondersteunt de veiligheidscultuur niet alleen de implementatie van MyTurn, maar ook een duurzame verbetering van patiëntgerichte zorg op de spoedgevallendienst.

DISCUSSIE

Met deze bachelorproef werd er inzicht verkregen in de verschillende factoren die invloed hebben op de patiënttevredenheid bij volwassen patiënten op de spoedgevallendienst. De resultaten van de bachelorproef tonen aan dat *crowding* en lange wachttijden zonder informatie een negatieve impact hebben op de patiënttevredenheid. Er wordt aangetoond dat niet alleen de objectieve duur van het wachten een invloed heeft op de tevredenheid, maar ook de subjectief ervaren wachttijd (Abidova et al., 2021; Ibrahim et al., 2025 ; Alhabib et al., 2024). Deze lange wachttijden hebben negatieve gevolgen voor de patiënten. Zo rapporteren patiënten gevoelens van stress, onzekerheid en ontevredenheid. Dit zorgt ervoor dat patiënten die de spoedgevallendienst vroegtijdig verlaten zonder gezien te worden door de arts of verpleegkundige en deze scoorden ook een lage tevredenheidsscore.

In de praktijk van de verpleegkundige dienen de resultaten te vertrekken vanuit een persoonsgerichte benadering. Triage en de wachtruimtes zijn een belangrijk punt binnen de verpleegkundige relevantie. Daarnaast vormt de verpleging voor de patiënten en de naasten die zich aanmelden op de spoed een direct aanspreekpunt (Janerka et al., 2025). De verpleging moet de patiënten en hun naasten kunnen informeren, geruststellen en begeleiden tijdens het wachten op de spoed (Bhattacharyya et al. 2025; Sedgman et al., 2025). Informeren is dus een van de belangrijkste taken van de verpleegkundige op de dienst spoedgevallen. Binnen de literatuur wordt vermeld dat informatie over wachttijden en zorgprocessen duidelijk, tijdig en transparant dient te zijn. Dit zorgt voor een positieve beleving en tevredenheid (Huang., 2025 ; Janerka et al., 2025). Deze duidelijke uitleg heeft een positief effect op de ervaren wachttijd. Het zorgt ervoor dat patiënten het wachten als positiever ervaren, ook als de objectieve wachttijd niet ingekort kan worden. Naast het informeren vormt een persoonsgerichte aanpak en empathische houding ten opzichte van de patiënten een belangrijke meerwaarde en heeft dit een positief effect op de patiënttevredenheid (Janerka et al, 2025). Echter weten we dat op spoedgevallen een biomedische visie (Visie Op Gezondheid, 2026) domineert, omdat de focus ligt op snelle diagnosestelling, stabilisatie en het uitsluiten van levensbedreigende pathologieën. Door protocollen, tijdsdruk en hoge werkbelasting richten zorgverleners zich vooral op meetbare klinische parameters en technische interventies. Hierdoor krijgen psychosociale noden en emotionele ondersteuning minder aandacht. Dit is net het tegenovergestelde van de persoonsgerichte zorg.

Binnen deze literatuur wordt samengevat wat de oorzaak is van de hoge patiëntenstroom op de spoedgevallendienst. Deze ontstaat door een combinatie van een stijgende zorgvraag, complexe patiëntprofielen en tekortkomingen binnen de organisatie en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. Op te merken is dat deze laatste factor ervoor zorgt dat de spoedeisende hulp steeds vaker fungeert als eerste en soms enige toegangspoort tot zorg. Al deze factoren zorgen ervoor dat de spoedgevallen een druk bezette dienst is waardoor de wachttijden toenemen en zorgt voor een verminderde patiënttevredenheid.

Een sterk punt binnen deze bachelorproef is dat zowel de patiëntgerelateerde als de organisatiegebonden factoren in kaart worden gebracht. Daarnaast worden ook interventies aangekaart die relevant zijn voor de verpleegkundige praktijk. Ook biedt de studie een overzicht van de actuele en klinische relevantie. Zo wordt cijfermateriaal uit België geïntegreerd en worden beleid- en actualiteitsbronnen toegevoegd binnen deze

studie. De literatuur is recent en divers waardoor de resultaten aansluiten bij de huidige praktijken op de spoedgevallendienst.

Binnen deze bachelorproef wordt het prototype MyTurn besproken. Deze digitale applicatie is bedoeld om het wachten voor de patiënten dragelijker te maken, door tijdens het wachten informatie te tonen over de triage en daarnaast over eventuele vertragingen. De sterke punten binnen het prototype zijn dat het de subjectieve wachttijden kan verbeteren, mede door het geven van de informatie tijdens het wachten (Abidova et al., 2021; Ibrahim et al., 2025 ; Alhabib et al., 2024). Ook heeft het een invloed op de ervaren emoties van patiënten tijdens het wachten, zoals angst en frustraties. Deze emoties ontstaan vaak door de onwetendheid tijdens het wachten. Zo geeft deze applicatie informatie over het wachten die de patiënten helpt te begrijpen waarom dat ze moeten wachten. Dit zorgt voor meer begrip. Zo heeft de applicatie als doel de tevredenheid te verhogen. Daarnaast kan een digitale applicatie zoals MyTurn vanuit budgettair perspectief een relatief haalbare interventie zijn voor zorginstellingen. In vergelijking met structurele maatregelen, zoals het uitbreiden van personeel of het aanpassen van infrastructuur, vraagt een digitale applicatie doorgaans een beperkte financiële investering. De kosten situeren zich voornamelijk in de ontwikkeling, implementatie en het onderhoud van de applicatie. Bovendien kan een dergelijke digitale oplossing de verpleegkundigen gedeeltelijk ondersteunen in hun informerende rol, doordat patiënten via de applicatie reeds basisinformatie ontvangen over wachttijden en het zorgproces. Hierdoor kan er efficiënter omgegaan worden met de beschikbare tijd van het zorgpersoneel. Wel is te benadrukken dat de applicatie de structurele *crowding* niet oplost, het verhelpt niet het personeelstekort en daarnaast vermindert het de objectieve wachttijd niet rechtstreeks maar wel de ervaren of subjectieve wachttijd.

Ook is te bewerkstelligen dat er enkele nadelen zijn verbonden aan het soort leiderschapsstijl dat verwoord is binnen deze bachelorproef. De effectiviteit van de applicatie is sterk afhankelijk van duidelijke en correcte communicatie over wachttijden en zorgprocessen. Wanneer deze informatie niet tijdig of accuraat wordt geüpdatet, kan dit leiden tot verwarring of ontevredenheid bij patiënten. Daarnaast vereist het gebruik van de applicatie een zekere mate van digitale toegankelijkheid en digitale vaardigheden. Niet alle patiënten beschikken over een smartphone of zijn vertrouwd met digitale toepassingen, waardoor niet iedereen gebruik kan maken van deze interventie. Verder moet worden benadrukt dat MyTurn geen oplossing biedt voor structurele problemen binnen de spoedgevallendienst. De applicatie vermindert de objectieve wachttijd niet en lost problemen zoals personeelstekorten of *crowding* niet op. Daarnaast vraagt de ontwikkeling, implementatie en het onderhoud van de applicatie ook organisatorische en financiële middelen. Tot slot bestaat het risico dat digitale informatie een deel van de persoonlijke communicatie tussen zorgverleners en patiënten kan vervangen. Nochtans blijft directe en empathische communicatie door verpleegkundigen een belangrijke factor voor patiënttevredenheid.

Tot slot is de studie afhankelijk van de kwaliteiten en volledigheid van de bestaande literatuur. Hierdoor worden niet alle relevante interventies geïdentificeerd.

Beperkingen aan deze bachelorproef

Naast positieve aspecten binnen deze literatuur zijn er ook enkele beperkingen. De geïnccludeerde studies vertonen een grote variatie in de opzet van het onderzoek, meetinstrumenten en context. Zo kan de vergelijkbaarheid van de resultaten worden beperkt. Ook een beperking binnen de literatuur, de geïnccludeerde studies vonden voornamelijk plaats binnen de internationale context. Hierdoor is het mogelijk beperkt

generaliseerbaar naar de Belgische ziekenhuizen. Daarnaast werden er heel wat studies geïncludeerd met significante resultaten, wat een publicatiebias niet volledig kan uitsluiten.

Literatuurstudie zonder eigen empirische dataverzameling

Deze bachelorproef is een systematische literatuurstudie. Dit wil zeggen dat er geen eigen empirische data werd verzameld. Hierdoor steunen de bevindingen uitsluitend op bestaande wetenschappelijke literatuur en secundaire bronnen. Het impliceert dat er geen directe toetsing van de resultaten in de klinische praktijk heeft plaatsgevonden, wat de mogelijkheid beperkt om causale verbanden of praktijkeffecten met zekerheid vast te stellen.

Afhankelijkheid van kwaliteit en selectie van literatuur

De resultaten van deze studie zijn in sterke mate afhankelijk van de kwaliteit, beschikbaarheid en selectie van de geïncludeerde literatuur. Hoewel er systematisch werd gewerkt met in- en exclusiecriteria en kwaliteitsbeoordelingen, blijft er nog steeds een risico op selectie- en publicatiebias bestaan. Studies met positieve resultaten worden vaker gepubliceerd, wat de synthese van de evidentie kan vertekenen. Daarnaast kan variatie in studiedesigns en methodologische kwaliteit leiden tot heterogeniteit in de bevindingen.

Geen praktijk validatie van het prototype MyTurn

Het voorgestelde prototype MyTurn werd binnen deze bachelorproef conceptueel uitgewerkt, maar niet effectief getest of geïmplementeerd in de praktijk. Hierdoor blijft de werkelijke impact op patiënttevredenheid, *workflow* en zorgorganisatie hypothetisch. Hoewel de interventie gebaseerd is op *evidence-based* inzichten, is verder empirisch onderzoek noodzakelijk om de effectiviteit, haalbaarheid en gebruiksvriendelijkheid in een reële spoedcontext te evalueren.

Beperkte generaliseerbaarheid naar andere spoeddiensten

De generaliseerbaarheid van de resultaten is beperkt, aangezien spoedgevallendiensten sterk kunnen verschillen in organisatie, middel, patiëntenpopulatie en zorgcontext. Factoren zoals personeelsbezetting, infrastructuur, regionale zorgstructuren en culturele verschillen kunnen een invloed hebben op patiënttevredenheid en de toepasbaarheid van interventies. Hierdoor dienen de bevindingen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden bij extrapolatie naar andere instellingen.

Beperkingen van digitale interventies voor alle patiëntengroepen

Digitale interventies, zoals het prototype MyTurn, veronderstellen een zekere mate van digitale vaardigheden en toegang tot technologie bij de patiënt. Niet alle patiënten beschikken echter over een smartphone, internettoegang of voldoende digitale en gezondheidsvaardigheden (*health literacy*). Dit kan leiden tot ongelijkheid in toegang en gebruik van dergelijke toepassingen, waardoor een deel van de doelgroep mogelijk minder profiteert van de interventie. Het is essentieel om bij implementatie rekening te houden met inclusieve en ondersteunende maatregelen, zoals een brochure (zie bijlage 6).

CONCLUSIE

Deze bachelorproef had als doel inzicht te verkrijgen in de factoren die de patiënttevredenheid op de spoedgevallendienst beïnvloeden, met bijzondere aandacht voor drukke en wachttijden, en om mogelijke interventies te identificeren die deze tevredenheid kunnen verbeteren. Uit de bachelorproef blijkt dat patiënttevredenheid op spoedgevallen een multidimensionaal concept is dat niet uitsluitend bepaald wordt door de objectieve wachttijd, maar vooral door hoe patiënten deze wachttijd ervaren. Factoren zoals *crowding*, personeelstekorten, beperkte toegang tot eerstelijnszorg en een stijgende zorgvraag dragen bij aan langere wachttijden en een verhoogde werkdruk voor zorgverleners. Deze omstandigheden kunnen leiden tot onzekerheid, stress en frustratie bij patiënten, wat een negatieve invloed heeft op hun zorgervaring.

Daarnaast toont de literatuur aan dat communicatie, informatievoorziening en interpersoonlijke zorg een cruciale rol spelen in de patiëntbeleving. Wanneer patiënten duidelijke uitleg krijgen over het triagesysteem, het verloop van het zorgproces en de verwachte wachttijd, wordt het wachten vaak beter aanvaard, zelfs wanneer de effectieve wachttijd niet verkort. Persoonsgerichte zorg, empathische communicatie en het gevoel dat patiënten gezien en gehoord worden, blijken belangrijke determinanten van patiënttevredenheid. Verpleegkundigen vervullen hierin een sleutelrol, aangezien zij vaak het eerste en meest frequente contactpunt zijn voor patiënten op de spoedgevallendienst.

Op basis van deze inzichten werd het prototype MyTurn ontwikkeld, een digitale applicatie die patiënten tijdens het wachten informeert over triage, wachttijden en het zorgproces. Door transparante informatie en actieve patiëntbetrokkenheid te stimuleren, beoogt deze toepassing de subjectieve wachttijdbeleving te verbeteren en de patiënttevredenheid te verhogen, zonder het bestaande zorgproces te vertragen.

Samenvattend toont deze bachelorproef aan dat het verbeteren van patiënttevredenheid op spoedgevallen niet uitsluitend ligt in het verkorten van wachttijden, maar vooral in het optimaliseren van communicatie, informatie en persoonsgerichte zorg. Structurele oplossingen vereisen zowel organisatorische maatregelen binnen de spoedgevallendienst als een betere samenwerking met de eerstelijnszorg om de patiëntenstroom te beheersen.

Message to take home voor het verpleegkundig werkveld:

Patiënttevredenheid op de spoedgevallendienst wordt niet enkel bepaald door hoe lang patiënten wachten, maar vooral door hoe zij deze wachttijd beleven. Transparante communicatie, empathische begeleiding en persoonsgerichte zorg vormen daarom essentiële verpleegkundige interventies, om zelfs in een drukke en complexe spoedomgeving, een positieve patiëntervaring te creëren.

REFERENTIELIJST

- Abidova, A., Da Silva, P. A., & Moreira, S. (2021). Understanding complaints in the emergency department. *Health Services Insights*, 14.
<https://doi.org/10.1177/11786329211057351>
- Abuguyan, F., Alhusainy, A., Alsuliman, O., Alqahtani, S., & Alrajhi, A. (2025). Reasons and features of patients who leave the emergency department without being seen. *Emergency Medicine International*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/emmi/7199212>
- Accreditering van artsen en apothekers-biologen | RIZIV. (n.d.).
<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/financiele-tegemoetkomingen/forfaitair-accrediteringshonorarium>
- Alhabib, A., Almutairi, M., & Alqurashi, H. (2024). Patient-Centered Care Model's Effectiveness in reducing patient waiting time in the Emergency Department: A systematic literature review. *Saudi Journal of Health Systems Research*, 4(3), 103–113.
<https://doi.org/10.1159/000540398>
- Almulhim, K. N., AlMudayris, L. A., Alshehri, Z. K., Alnawah, A. K., Aljeri, D. A., & Hadadi, A. S. (2025). Effect of the provision of estimated waiting time on patient satisfaction with the Emergency Department: A randomized controlled trial. *Journal of Family and Community Medicine*, 32(1), 36–43.
https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_173_24
- Alrajhi, K. N., Algerian, N. A., Alazaz, R. N., Araier, L. B., Alqahtani, L. S., & Almushawwah, S. O. (2020). Effect of waiting time estimates on patients satisfaction in the emergency department in a tertiary care center. *Saudi Medical Journal*, 41(8), 883–886. <https://doi.org/10.15537/smj.2020.8.25190>
- Alshalawi, S., Aljedaani, S., Fintyanh, D., Salim, S., Fairaq, W., & Refaei, S. (2025). The effect of Nurse-Patient communication on patient satisfaction in the emergency department. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 12(1).
<https://doi.org/10.5812/jnms-158740>
- Altun, M., & Kudu, E. (2025). Overcrowding in Emergency Departments: A Scoping Literature review. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*, 8(2), 94–100.
<https://doi.org/10.54996/anatolianjem.1684632>
- Andreoni, G., Santangelo, A., Sannicandro, R., & Chailly, A. N. (2025). Health pods for automated triage improve efficiency and satisfaction in nurses and patients. *Applied Sciences*, 15(2), 813. <https://doi.org/10.3390/app15020813>
- Arifianti, D., & Etlidawati, N. (2025). Relationship between Triage Response Time and Patient Satisfaction in the Emergency Room of Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Hospital. *Proceedings Series on Health & Medical Sciences*, 6, 41–47.
<https://doi.org/10.30595/pshms.v6i.1405>
- AZORG. (2026). *INFORMATIEBROCHURE SPOEDGEVALLEN EN TRIAGE CONCREET*.
https://www.azorg.be/sites/default/files/patient_brochures/02222-NL.pdf

- Bergs, J., Verelst, S., Gillet, J., & Vandijck, D. (2014). Evaluating Implementation of the Emergency Severity Index in a Belgian Hospital. *Journal Of Emergency Nursing*, 40(6), 592–597. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.01.006>
- Bhattacharya, A., Hou, Z. A., Pathrabe, A., Sethia, A., Tandon, A., Hussain, Z., & Ray, N. A. (2025). From frustration to understanding: The effectiveness of an emergency department waiting room video in enhancing patient satisfaction. *PubMed*, 12, 23743735251383265. <https://doi.org/10.1177/23743735251383265>
- Bhattacharyya, D. S., Neiterman, E., Mac, C., Cheung, K., Dang, E., Jaffer, A., McCready-Branch, B., Gauhar, A., & Butt, Z. A. (2025). Interventions to reduce wait times in emergency departments in Canadian hospitals: A scoping review. *Public Health*, 245, 105778. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105778>
- Bidari, A., Jafarnejad, S., & Faradonbeh, N. A. (2021). Effect of queue management system on patient satisfaction in emergency department; a randomized controlled trial. *PubMed*, 9(1), e59. <https://doi.org/10.22037/aaem.v9i1.1335>
- Binnie, V., Eley, R., & Staib, A. (2025). What factors could create a more comfortable waiting experience for patients on emergency department ramps? a scoping review. *Emergency Medicine Australasia*, 37(5). <https://doi.org/10.1111/1742-6723.70125>
- Bull, C., Latimer, S., Crilly, J., & Gillespie, B. M. (2021). A systematic mixed studies review of patient experiences in the ED. *Emergency Medicine Journal*, 38(8), 643–649. <https://doi.org/10.1136/emered-2020-210634>
- Butun, A., Kafdag, E. E., Gunduz, H., Zincir, V., Batibay, M., Ciftci, K., Demir, D., Bayram, R., & Yigit, E. (2023). Emergency department overcrowding: causes and solutions. In *Emergency and Critical Care Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1097/EC9.0078>
- Calder-Sprackman, S., Kwok, E. S. H., Bradley, R., Landreville, J., Perry, J. J., & Calder, L. A. (2021). Availability of emergency department wait times information: a Patient-Centered Needs assessment. *Emergency Medicine International*, 2021, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2021/8883933>
- Cleymans, N. (2021). IMPACT VAN DE IMPLEMENTATIE VAN EEN ZELFMETINGSKIOSK OP DE SPOEDGEVALLENDIENST. In P. De Paepe, C. Lyphout, Jeroen Deconinck, Mike Bardyn, Universitair Ziekenhuis Gent, & Universiteit Gent, Masterproef Master in De Specialistische Geneeskunde [Thesis; PDF]. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/003/009/365/RUG01-003009365_2021_0001_AC.pdf
- Demeulenaere, E., & Mathuis, L. (2022). PUNTPREVALENTIE IN DE GENTSE SPOEDGEVALLEN: EEN DATABASE STUDIE MET FOCUS OP DE POTENTIËLE IMPACT VAN EEN HUISARTSENWACHTPOST. In Prof. dr. Patrick Van de Voorde, Masterproef Voorgelegd in Het Kader Tot Het Behalen Van De Graad Master of Medicine in De Geneeskunde [Thesis]. <https://www.uzgent.be> (Original work published 2021)
- DGGS - Gezondheidszorg Data en Beleidsinformatie. (2010/2018). RAPPORT "SPOEDGEVALLENDIENST." https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/analyse_2010_2018_nl.pdf

DGGS - Gezondheidszorg Dienst Data en Beleidsinformatie Dienst Acute en chronische zorgen. (2022). Kenmerken contacten met spoedgevallendienst tussen 2010 en 2019 [Report].

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/18012022_evolutie_contacten_spoedgevallen_nl.pdf

Dierckx, S. (2022). Ziekenhuizen zien op spoed méér patiënten dan voor de coronacrisis: "We kreunen onder de werklust." In VRT NWS (pp. 1–8) [News].
<https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/08/05/ziekenhuizen-spoed/>

Een toegankelijk aanbod aan preventieve gezondheidsinterventies en -methodieken. (2026). Gezond Leven.

<https://www.gezondleven.be/themas/gezondheidsongelijkheid/kunnen-preventie-en-gezondheidsbevordering-gezondheidsongelijkheid-vergroten-of-verkleinen/een-toegankelijk-aanbod-aan-preventieve-gezondheidsinterventies-en-methodieken#:~:text=De%20B's%20staan%20voor%20bruikbaar,%2C%20betrouwbaar%2C%20begripvol%20en%20begrijpbaar.>

Europees Parlement & De Raad van de Europese Unie. (2016). Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming). In Publicatieblad Van De Europese Unie (pp. 1–1) [Report].

Frau, E. D., Degabriel, D., Luvini, G., Petrino, R., & Uccella, L. (2024). Asking patients if they have any questions can help improve patient satisfaction with medical team communication in the emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 24(1).
<https://doi.org/10.1186/s12873-024-01001-1>

Fryburg, D. A., Mueller, S., Pilarski, A., Rabaglia, J. L., & Truwit, J. D. (2025). Promoting kindness through media increases patient satisfaction in an emergency department: a simple intervention to uplift patients and lower stress. *BMJ Leader*, leader-001314. <https://doi.org/10.1136/leader-2025-001314>

Hafifi, N. a. A., Suhari, S., & Yunita, N. R. (2025). The Correlation between Effective Communication and Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Health and Technology Journal (HTechJ)*, 3(1), 74–82. <https://doi.org/10.53713/htechj.v3i1.309>

Hazari, A. (2023). Research methodology for allied health professionals: A comprehensive guide to thesis & dissertation. Springer Nature Singapore.
<https://doi.org/10.1007/978-981-99-8925-6>

Henselmans, I., Heijmans, M., Rademakers, J., & Van Dulmen, S. (2014). Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support. *Health Expectations*, 18(6), 2375–2388.
<https://doi.org/10.1111/hex.12206>

Herzog, A., Luster, M., Keller Lang, D. I., & Slankamenac, K. (2025). Overbezetting op de spoedeisende hulp: eerste Zwitserse toepassing van de werkdrukindex voor de spoedeisende hulp en risicofactoren voor overbezetting. In *Front Volksgezondheid* [Journal-article]. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1691633>

Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2022). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (version 6.3). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook>

Huang, B. (2025). Shortening emergency department length of stay: Fast track, short-stay unit and acute medical unit. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 19, 100626. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2025.100626>

Ibrahim, I. A., Abdurrahman Isa Ali, & Baballe, M. A. (2025). Leveraging artificial intelligence to transform hospital queue management systems: Challenges and opportunities. In *Journal of Emerging Technologies and Innovative Research* (Vol. 12, Issue 6). <https://www.researchgate.net/publication/393157900>

Janerka, C., Leslie, G. D., & Gill, F. J. (2024). Patient experience of emergency department triage: An integrative review. *International Emergency Nursing*, 74, 101456. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101456>

Janerka, C., Leslie, G. D., & Gill, F. J. (2025). Co-Design of a framework for Person-Centred Care at Emergency Department triage and Waiting room. *Health Expectations*, 28(5). <https://doi.org/10.1111/hex.70442>

Jeyaraman, M. M., Copstein, L., Al-Yousif, N., Alder, R. N., Kirkland, S. W., Al-Yousif, Y., Suss, R., Zarychanski, R., Doupe, M. B., Berthelot, S., Mireault, J., Tardif, P., Askin, N., Buchel, T., Rabbani, R., Beaudry, T., Hartwell, M., Shimmin, C., Edwards, J., . . . Abou-Setta, A. M. (2021). Interventions and strategies involving primary healthcare professionals to manage emergency department overcrowding: a scoping review. *BMJ Open*, 11(5), e048613. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048613>

Joint Commission International. (2026). Joint Commission International. <https://www.jointcommission.org/en/accreditation>

Justel databank. (2018, September 5). https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2018073046&table_name=wet

Kokko, P. (2022). Improving the value of healthcare systems using the Triple Aim framework: A systematic literature review. *Health Policy*, 126(4), 302–309. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.005>

Krieg, C., Hudon, C., Chouinard, M.-C., & Dufour, I. (2016). Individuele voorspellers van frequent gebruik van de spoedeisende hulp: een verkennend literatuuronderzoek. *BMC Gezondheidszorg Serv Res*. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1852-1>

Lievens, S. (2015). OVERBEZETTING OP SPOEDOPNAME: OORZAKEN, EFFECTEN EN OPLOSSINGEN - CASE STUDY IN EEN MIDDELGROOT ZIEKENHUIS. In P. Gemmel, Masterproef [Thesis]. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/214/578/RUG01-002214578_2015_0001_AC.pdf

Mace, S. E., & Mayer, T. A. (z.d.). Triage.

Mackway-Jones, K., De Caluwé, R., & Group, M. T. (2007). Triage voor de spoedeisende hulp. Elsevier gezondheidszorg.

Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2023). Emergency triage: Manchester Triage Group (3de editie). Wiley Blackwell.

Manukumar, A. G., Mariathas, H. H., Patey, C., Anaraki, N. R., Walsh, A., Hurley, O., Senior, D., Etchegary, H., Norman, P., & Asghari, S. (2025). "They just don't want to feel forgotten": A Mixed-Methods research on patient satisfaction with wait times in emergency departments. *Journal of Patient Experience*, 12.
<https://doi.org/10.1177/23743735251333213>

McCarthy, M. L., Ding, R., Zeger, S. L., Agada, N. O., Bessman, S. C., Chiang, W., Kelen, G. D., Scheulen, J. J., & Bessman, E. S. (2011). A randomized controlled trial of the effect of service delivery information on patient satisfaction in an emergency department Fast track. *Academic Emergency Medicine*, 18(7), 674–685.
<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01119.x>

Medicine, N. A. O. S. E. A. (2021). The Future of Nursing 2020-2030. In National Academies Press eBooks. <https://doi.org/10.17226/25982>

Munten, G., Snoeren, M., & Cardiff, S. (2013). Als implementeren navigeren is, is een GPS wel handig. *Nederlands Tijdschrift Voor Evidence Based Practice*, 11(4), 16–20.
<https://doi.org/10.1007/s12468-013-0036-9>

Nij Clinics. (z.d.). Patiëntentevredenheid. Geraadpleegd op 31 oktober 2025, van <https://www.nijclinics.com/nl/over-ons/patiententevredenheid/>

Nws, V. (2025, February 25). 6 procent meer patiënten bij spoeddiensten ZAS Antwerpen: "Steeds minder huisartsen dus komen meer mensen naar spoed" | VRT NWS: nieuws. VRTNWS. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2025/02/24/patienten-spoeddiensten-zas-antwerpen-met-6-procent-gestegen-s/>

Nws, V. (2025b, October 24). *Video - Artificiële intelligentie doet intrede op spoedafdeling: eerste praten met AI-assistent voor je dokter ziet* [Video]. VRTNWS. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/kijk/2025/10/24/video-spoed-ziekenhuis-uz-gent-artificiele-intelligentie/>

PDCA cyclus. (2025, July 5). <https://leansixsigmagroep.nl/lean-agile-en-six-sigma/pdca-cyclus/?srsId=AfmBOooSyXSolZQ4aSLCnJFPzGLbVhmwSexY-IDoYKXJ9BalvdqT7qYm>

Perez, J. (z.d.). Patiënttevredenheid: wat het is & hoe het te verbeteren. QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/nl/patienttevredenheid/#:~:text=Wat%20is%20pati%C3%ABnttevredenheid?,en%20claims%20voor%20medische%20fouten.>

PETERS, V. (2024). Quelles perspectives pour l'intelligence artificielle (IA) en Médecine d'Urgence : réalisation d'un baromètre national et proposition de recommandations (By Allison GILBERT & Giovanni Briganti) [Thesis].

PRISMA statement. (z.d.). PRISMA Statement. <https://www.prisma-statement.org/>

Qualicor Europe. (2026). Qualicor Europe. <https://www.qualicor.eu/accreditation/>

Rachmah, S., PhD, Mawaddah, N., Wijaya, T. A., STIKES Majapahit Mojokerto, & Rekso Waluya Hospital. (2025). Effectiveness of implementing nursing intervention health

education about triage on patients' families in the emergency room hospital. In *Jurnal Kegawatdaruratan Medis Indonesia* (Vol. 4, Issue 2, pp. 115–124). <https://doi.org/10.58545/jkmi.v4i2.547>

Rejeki, S., Perawati, & Rumah Sakit Riau, Indonesia. (2025). Implementation of an emergency department boarding time monitoring dashboard to reduce patient retention. In *An Idea Nursing Journal* (Vol. 4, Issue 2, pp. 45–46).

Rowe, A., & Knox, M. (2022). The impact of the healthcare environment on patient experience in the Emergency Department: A Systematic Review to understand the implications for Patient-Centered Design. *HERD Health Environments Research & Design Journal*, 16(2), 310–329. <https://doi.org/10.1177/19375867221137097>

Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A., Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo, A. M., Cremonesi, P., Canale, F., & Cristina, M. L. (2022). Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review. *Healthcare*, 10(9), 1625. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>

Savioli, G., Ceresa, I. F., Gri, N., Piccini, G. B., Longhitano, Y., Zanza, C., Piccioni, A., Esposito, C., Ricevuti, G., & Bressan, M. A. (2022). Emergency department overcrowding: Understanding the factors to find corresponding solutions. *Journal of Personalized Medicine*, 12(2), 279. <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>

Schäfer, I., Menzel, A., Herrmann, T., Oltrogge, J. H., Lühmann, D., & Scherer, M. (2022). Patient satisfaction with computer-assisted structured initial assessment facilitating patient streaming to emergency departments and primary care practices: results from a cross-sectional observational study accompanying the DEMAND intervention in Germany. *BMC Primary Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01825-5>

Schouten, B., Merten, H., Kremers, M. N. T., Van Greuningen, M., Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Public and Occupational Health, Amsterdam Public Health research institute, De Boelelaan 1117, Amsterdam, The Netherlands, Department of internal medicine, Catharina hospital, Eindhoven, the Netherlands, Vektis, Zeist, The Netherlands, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), Utrecht, The Netherlands, & Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Section General Internal Medicine, Department of Internal Medicine, Amsterdam Public Health research institute, De Boelelaan 1117, Amsterdam, The Netherlands. (2023). Emergency department crowding and older patients: a nationwide retrospective cohort study. In *Acute Medicine* (Vol. 22, Issue 2, pp. 72–82) [Journal-article].

Schoenmakers, B., Delmeiren, L., Pietermans, S., Janssens, M., Van Der Mullen, C., & Sabbe, M. (2021). The implementation of the nationwide out-of-hours phone number 1733 in Belgium: analysis of efficiency and safety. *Primary Health Care Research & Development*, 22, e7. <https://doi.org/10.1017/s1463423621000098>

Sebai, J., Jeddi, C., Kilani, M., & Thabet, H. (2025). Assessment of relatives' satisfaction in the emergency department. *Panorama of Emergency Medicine.*, 3(1). <https://doi.org/10.26738/poem.v3i1.106>

Sedgman, R., Pallot, N., Peart, A., Wrobel, S., Miller, J., Hackett, L., Maybury, K., Aldridge, E., Owen, P. J., & Buntine, P. (2025). Consumer experiences of emergency

department pre-triage waiting period: A mixed-methods study. *Australasian Emergency Care*. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2025.01.001>

Spoed in beweging. (2023, July 18). magUZA. <https://maguza.be/zorg/artikel/spoed-beweging>

Sterkte/zwakte analyse (SWOT analyse). (n.d.). Vlaanderen.be. <https://www.vlaanderen.be/informatie-voor-hr-professionals/organisatie/werkvormen/sterkte-zwakte-analyse-swot-analyse>

Sterckx, S. (2025). *Geneeskunde in tijden van AI: Handvatten voor vandaag en morgen*. Lannoo.

Team Taaladvies. (z.d.). *Spoedgevallen, spoedeisende hulp, spoed*. Vlaamse overheid. Geraadpleegd op 31 oktober 2025, van <https://www.vlaanderen.be/team-taaladvies/taaladviezen/spoedgevallen-spoedeisende-hulp-spoed>

Van Dam, P. M., 1, Lasso Peña, R. E., 1, Mommertz, J. A., 1, Borggreve, H. F., 1, Van Loon, N. P., 1, Zelis, N., 1, Westerman, D., 1, Henry, R. M., 1, Posthouwer, D., 1, 2, Cals, J. W., 3, & Stassen, P. M., 1, 4. (2024). Klinische intuïtie van internisten op basis van telefonische verwijzingen in acute zorg: een prospectieve studie. In Filip Haegdorens (Ed.), *PLoS One* (Vol. 19, Issue 6, p. e0305566). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305566>

Van Den Broek, S., 1, 2, Ozcan Sir, Dennis Barten, Gert Westert, Gijs Hesselink, & Yvonne Schoon. (2024). Mening van patiënten, mantelzorgers en professionals over vermijdbare spoedopnames van oudere patiënten: een multi-methodenstudie in drie Nederlandse ziekenhuizen. *BMC Geriatr*, 24, 673. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05267-9>

Van Der Sande, Y. & Belga. (2022). Forse toename spoedopnames door onder meer huisartsentekort en wachtlijsten. In *VRT NWS* (pp. 1–4) [News]. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/10/22/spoed-opnames-toename/>

Visie op gezondheid. (2026). *Gezond Leven*. <https://www.gezondleven.be/wat-is-gezondheid/visie-op-gezondheid>

Volksgezondheid, F. (2026, 2 maart). *FOD Volksgezondheid - Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu*. FOD Volksgezondheid. <https://www.health.belgium.be/nl>

Ware, K. S., Chidume, T., & Chou, C. (2022). Sociale determinanten van gezondheid en vermijdbare spoedeisendehulpbezoeken bij volwassenen met hypertensie. *Volksgezondheidsverpleging*, Jaargang 40, nummer 1, 171–174. <https://doi-org.k.thomasmore.e-bronnen.be/10.1111/phn.13152>

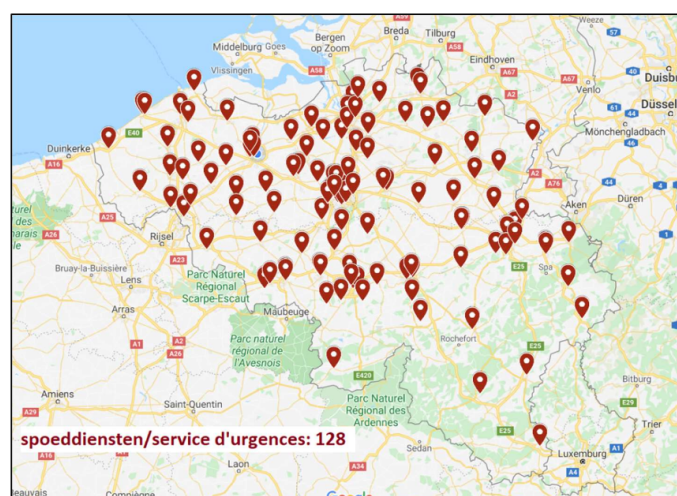
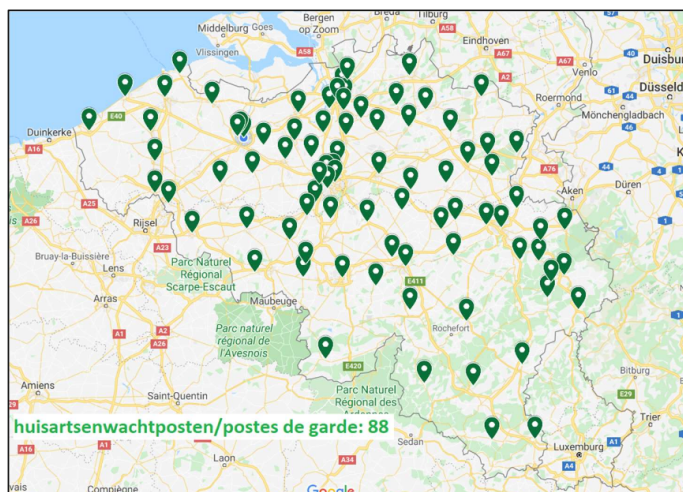
Weiss, S. J., Rogers, D. B., Maas, F., Ernst, A. A., & Nick, T. G. (2014). Evaluating community ED crowding: the Community ED Overcrowding Scale study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 32(11), 1357–1363. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.08.035>

World Health Organization: WHO. (2025, December 22). Health literacy.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

BIJLAGEN

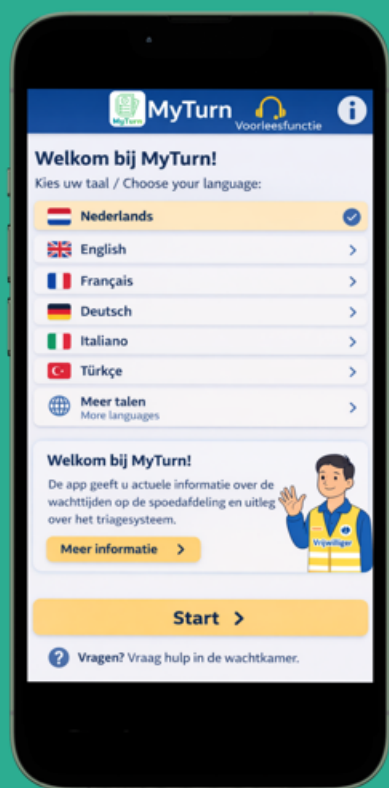
Bijlage 1

	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Totaal
Huisartsenwachtposten	43	39	6	88
Spoeaafaelingen ¹	66	47	15	128



Bijlage 1: Aantal huisartsenwachtposten, spoedaafaeling en geografische spreiding (anno 2020) (DGGS - Gezondheidszorg Data en Beleidsinformatie, 2010/2018)

Bijlage 2





Medische Vragenlijst

Vul de vragen in voor uw anamnese

A Allergieën

Heeft u allergieën? ☐ Ja ☐ Nee

De ja, waarvoor? (optioneel)

M Medicatie

Welke medicatie neemt u?

Lijst uw huidige medicatie op

Of upload een foto van uw medicatie

P Vorige Aandoeningen

Endere ziektes of operaties?

☐ Ja ☐ Nee

De ja, welke? (optioneel)

L Laatste Maaltijd

Wanneer heeft u voor het laatst gegeten?

Tijdstip van laatste maaltijd

Wat heeft u gegeten of gedronken?

E Recent Event

Wat is er gebeurd?

Beschrijf recent event

Volgende

MyTurn

Triageweergave

De triage geeft de urgentie van uw medische situatie weer. De kleur bepaalt de volgorde waarin patiënten geholpen worden.

? Leer hoe goed u op kleur behandelt
Meer informatie

! **Acuut** Levensbedreigend, onmiddellijke hulp

! **Zeer acuut** Kritiek, richttijd 0 - 10 minuten

! **Urgent** Niet kritiek, richttijd 60 minuten

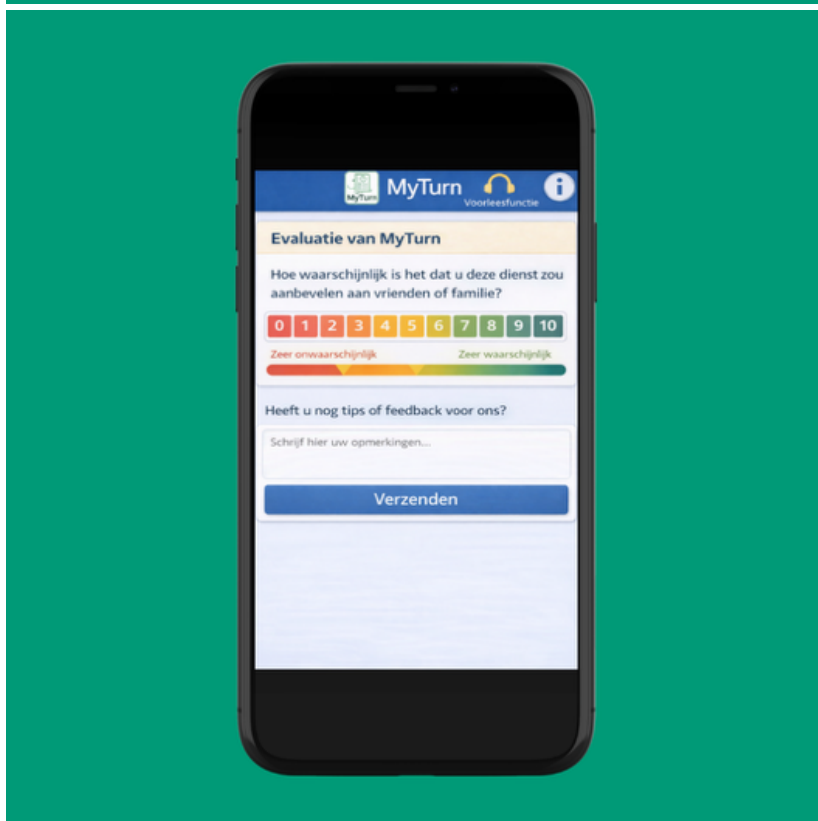
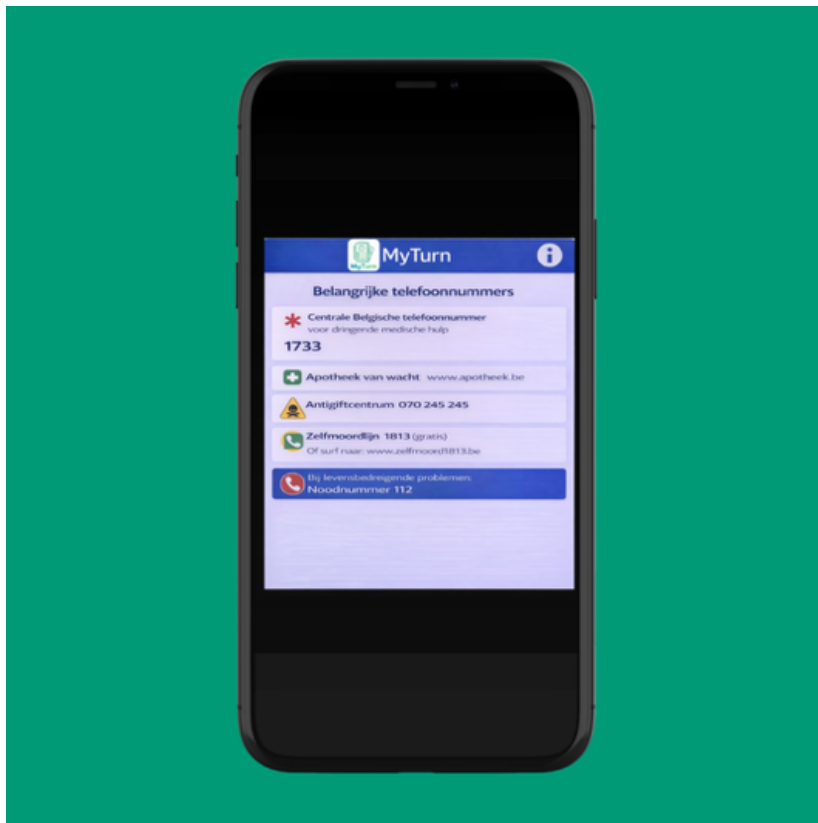
! **Standaard** Niet kritiek, richttijd 120 minuten

! **Niet urgent** Niet kritiek, richttijd 240 minuten

! **Meer talen**
Andere talen beschikbaar

Start

Vragen? Vraag hulp in de wachtkamer.



Bijlage 2: Mogelijkheden hoe MyTurn er zou kunnen uitzien

Bijlage 3: Disciplines en hun rol bij implementatie van MyTurn

Discipline	Rol binnen de implementatie	Concrete verantwoordelijkheden
Verpleegkundigen (zaal & triage)	Belangrijkste figuur in uitvoering en directe patiëntcommunicatie	- Helder en transparant communiceren over wachttijd en zorgproces - Opmerken van ontevredenheid en/of stress
Hoofdverpleegkundige spoed	Coördinatie en opvolging	- Implementatie aansturen en uniformiteit bewaken. - Evaluatiemomenten organiseren
Spoedartsen	Medische ondersteuning	- Duidelijkheid bieden over behandelprioriteiten - Efficiënte zorgtrajecten ondersteunen
Ziekenhuismanagement /directie	Strategische ondersteuning	- Beleidsmatige en financiële ondersteuning voorzien - Integratie in kwaliteitsbeleid
Kwaliteitsdienst	Monitoring en evaluatie	- Patiënttevredenheid meten en analyseren - Verbeteracties formuleren
IT-dienst	Technische implementatie	- Digitale toepassingen ontwikkelen en onderhouden - Integratie van informatie uit AMPLE-anamnese in EPD.
Onthaal/administratief personeel	Eerste contact	- Basisinformatie verstrekken bij aanmelding
Vrijwilligers ("wachverzachters")	Ondersteuning wachtruimte	- Aanspreekpunt zijn voor patiënten en familie - Ondersteuning bij gebruik van MyTurn
Eerstelijnspartner (HAWP, 1733)	Zorgstroomoptimalisatie	- Correcte triage en doorverwijzing bevorderen

Bijlage 4: Tijdspad voor implementatie van prototype MyTurn

Tijdspad voor de implementatie van prototype MyTurn				
Fase	Periode	Acties	Verantwoordelijken	Output/resultaat
1. Initiatie- en analysefase	Maand 1	- Samenstellen projectgroep - Stakeholderanalyse (SEH-verpleegkundigen, artsen, IT, directie, patiëntenvertegenwoordiging) - Analyse huidige wachttijdcommunicatie en knelpunten - Vastleggen doelstellingen en succesindicatoren (bv. patiënttevredenheid, ervaren wachttijd)	Projectgroep MyTurn Hoofdverpleegkundige SEH	Projectcharter Overzicht noden en risicoanalyse
2. Conceptuele fase	Maand 2-3	- Functioneel ontwerp MyTurn (wachttijdvisualisatie, informatiestructuur, privacy-aspecten) - Juridische en GDPR-toetsing - Afstemming met IT over technische haalbaarheid en EPD-koppeling - Ontwikkeling eerste wireframe	Projectgroep IT-dienst Data protection officer	Goedgekeurd functioneel ontwerp
3. Technische ontwikkelings-fase	Maand 4-5	- Technische ontwikkeling prototype - Integratie met bestaande systemen - Ontwikkeling visuele communicatiematerialen in wachtzaal - Opstellen gebruikershandleiding	IT-dienst Communicatiedienst	Werkende testversie MyTurn
4. Interne testfase (simulatie)	Maand 6	- Testen door beperkte groep verpleegkundigen - Simulatie van patiëntentrajecten - Evaluatie gebruiksvriendelijkheid - Identificeren technische en	Testgroep SEH IT-dienst	Geoptimaliseerde versie 2.0

		organisatorische knelpunten		
5. Opleidings- en voorbereidingsfase	Maand 7	- Opleidingssessies voor SEH-medewerkers - Instructie rond communicatie naar patiënten - Opstellen FAQ-document - Voorbereiding meetinstrument patiënttevredenheid	Opleidingsverantwoordelijke Projectgroep	Getraind personeel Meetkader klaar
6. Pilootimplementatie (beperkte zone)	Maand 8-9	- Implementatie in één zone of tijdens bepaalde shifts - Continue monitoring gebruik - Registratie patiëntfeedback - Meting ervaren wachttijd en tevredenheid	Projectgroep Kwaliteitscoördinator	Tussentijds evaluatierapport
7. Analyse en bijsturing	Maand 10	- Analyse tevredenheidsscores - Evaluatie impact op werkdruk - Aanpassingen op basis van feedback personeel en patiënten	Projectgroep Kwaliteitsdienst	Definitieve versie MyTurn
8. Volledige implementatie	Maand 11	- Uitrol binnen volledige spoedgevallendienst - Integratie in standaardwerkprocedures - Communicatie naar volledige ziekenhuisorganisatie	Hoofdverpleegkundige Directie	Structurele ingebruikname
9. Borgings- en evaluatiefase	Maand 12	- Finale evaluatie (voor- en nameting patiënttevredenheid) - Rapportage aan directie - Opname in kwaliteitsbeleid - Plan voor jaarlijkse evaluatie	Projectgroep Kwaliteitsdienst	Eindrapport implementatie Structurele verankering

Bijlage 5: SWOT-analyse van prototype MyTurn

	Sterkte 1 Transparante informatie over wachttijden en triage	Sterkte 2 Digitale AMPLE-vragenlijst ondersteunt triage	Sterkte 3 Verhoogt patiëntbetrokkenheid en begrip van het zorgproces	Zwakte 1 Afhankelijkheid van smartphone en digitale vaardigheden	Zwakte 2 Technische implementatie en EPD-integratie nodig
Kans 1 Toenemende digitalisering in de zorg	Offensief: MyTurn kan inspelen op digitale communicatie met patiënten en transparantie verhogen	Offensief: Digitale gegevensverzameling kan triage efficiënter maken en zorgprocessen ondersteunen.	Offensief: Digitale participatie kan patiëntgerichte zorg versterken.	Ombuigen: Extra ondersteuning voorzien (vrijwilligers of personeel) voor patiënten met lage digitale vaardigheden	Ombuigen: Samenwerking met IT-diensten om integratie met EPD mogelijk te maken
Kans 2 Meer focus op patiënttevredenheid en person-centred care	Offensief: Transparante wachttijdinformatie kan patiënttevredenheid verhogen	Offensief: Vooraf verzamelde informatie kan communicatie tussen patiënten en zorgverlener verbeteren.	Offensief: Betere informatie kan stress en onzekerheid tijdens het wachten verminderen	Ombuigen: Alternatieve informatiekanalen voorzien (bv. schermen in wachtzaal, brochure)	Ombuigen: Stapsgewijze implementatie en pilootproject om technische uitdagingen te beperken.
Bedreiging 1 Weerstand tegen nieuwe technologie	Defensief: Aantonen dat MyTurn communicatieproblemen en wachttijd-frustraties vermindert.	Defensief: Benadrukken dat de app triage ondersteunt maar niet vervangt.	Defensief: Opleiding en betrokkenheid van zorgverleners bij implementatie.	Overleving: Alternatieve informatievoorziening behouden voor patiënten zonder smartphone	Overleving: Intensieve samenwerking met IT-diensten om implementatieproblemen te voorkomen.
Bedreiging 2 Privacy- en databeveiligingsrisico's	Defensief: Enkel noodzakelijk informatie tonen en transparant communiceren over gegevensgebruik.	Defensief: Veilige opslag en koppeling van AMPLE-gegevens volgens GDPR.	Defensief: Vertrouwen creëren door duidelijke communicatie over dataveiligheid.	Overleving: GDPR-richtlijnen strikt volgen en dataminimalisatie toepassen	Overleving: Regelmatige beveiligingsupdates en monitoring van het systeem.

Bijlage 6: Mogelijke infobrochure



Onthaalbrochure **Spoed**

De triageverpleegkundige helpt u zo snel mogelijk verder.
Hij of zij zal jouw urgentiegraad inschatten en
het verdere verloop op spoed meedelen.

Rood

☐

Oranje

☐

Geel

☐

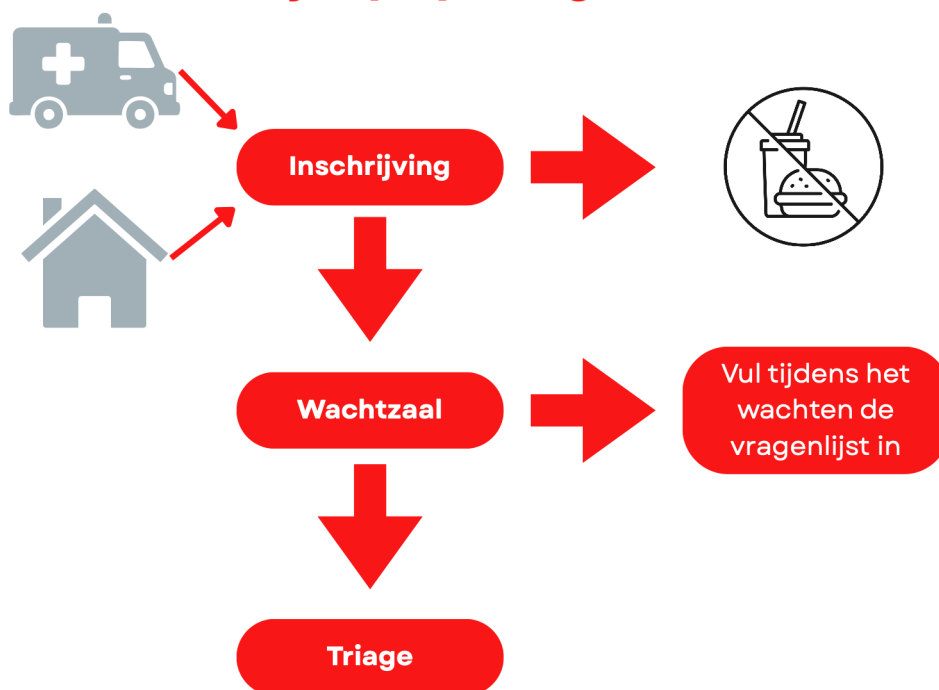
Groen

☐

Blauw

☐

1. Je verblijf op spoedgevallen



De triageverpleegkundige kent jou een kleur toe, deze verpleegkundige zal de urgentiegraad bepalen. Op basis van deze kleur krijg je tijdig de nodige zorgen toegediend.

Kleurcode	Omschrijving	Max. wachttijd tot 1ste contact arts	
ROOD	Levensbedreigend	0 min.	Onmiddellijke hulp
ORANJE	Kritiek	0-10 min.	Onmiddellijke hulp door verpleegkundige
GEEL	Niet Kritiek	60 min.	De uitgebreidheid van je onderzoeken/ behandeling bepaalt de kleurcategorie
GROEN	Niet Kritiek	120 min.	
BLAUW	Niet Kritiek	240 min.	

Behandelkamer

- Niet eten en drinken
- Max. 2 begeleiders
- Onderzoeken worden opgestart
- Spoedarts komt je onderzoeken
- Evt. bijkomende specialisten in consult gevraagd



Ontslag



Wij zorgen zo nodig voor:

- Specifieke attesten
- Controleafspraak
- Infobrochure



Opname



Verplaats je auto
zo snel mogelijk naar de
hoofdparking



Transfer



Merk je dat je klachten toenemen, meld dit meteen!

Oplopende wachttijden zijn mogelijk:

- Bij verschillende inschrijvingen op korte tijd.
- Afhankelijk van de aanmeldingsklachten.
- Wachten op resultaten van je onderzoek.
- Kinderen krijgen voorrang bij dezelfde urgentiegraad.
- Bij uitruk van ziekenwagen, PIT en/of MUG halveert het aantal medewerkers op onze spoeddienst, bijgevolg lopen de wachttijden op.

2. Algemene vragenlijst spoeddienst

Deze vragenlijst heeft als doel jouw wachttijd te verbeteren.

1. Heb je allergieën?

Ja

Nee



Zo ja, waarvoor?

2. Neemt u medicatie?

Ja

Nee



Zo ja, welke?

3. Heeft u eerdere ziektes of aandoeningen?

Ja

Nee



Zo ja, welke aandoeningen of ingrepen?

4. Wanneer heeft u voor het laatst gegeten en/of gedronken.

Eten: omuur



Drinken: omuur

5. Wat is er gebeurd?



[illegible]

Indien je na het doornemen van de brochure nog
vragen hebt, aarzel dan niet om deze te stellen aan
één van onze medewerkers.

4. Belangrijke telefoonnummers van het ziekenhuis

Na jouw verblijf op onze afdeling spoedgevallen kan je 24h/24h terecht met vragen.

Afdeling spoedgevallen



Telefoonnummer van jouw spoedgevallendienst

Algemeen nummer (centrale)



Algemeen nummer van centrale

Ombudsdienst



Nummer van de ombudsdienst



E-mailadres van de ombudsdienst

Controleer zeker of je al je persoonlijke spullen hebt teruggekregen of hebt meegenomen voordat je het ziekenhuis verlaat.

5. Belangrijke algemene telefoonnummers/websites

Centrale Belgische telefoonnummer voor dringende medische hulp

 1733

Apotheek van wacht

 www.apotheek.be

Zelfmoordlijn (gratis)

 1813

 www.zelfmoordlijn1813.be

Antigifcentrum

 070 245 245

Noodnummer

Bij levensbedreigende problemen

 112