



UNIVERSITEIT GENT

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2012-2013

HET CENTRAAL ONTHAAL OP DE URGENTIEDIENST EN DE RELATIE MET  
HET DECENTRAAL ONTHAAL OP DE DIENST MEDISCHE  
BEELDVORMING: EEN CASE STUDIE

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van  
Master in het management en het beleid van de gezondheidszorg

Door Kristien Croeckart

Promotor: Prof. dr. Paul Gemmel





UNIVERSITEIT GENT  
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen  
Academiejaar 2012-2013

HET CENTRAAL ONTHAAL OP DE URGENTIEDIENST EN DE RELATIE MET  
HET DECENTRAAL ONTHAAL OP DE DIENST MEDISCHE  
BEELDVORMING: EEN CASE STUDIE

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van  
Master in het management en het beleid van de gezondheidszorg

Door Kristien Croeckart

Promotor: Prof. dr. Paul Gemmel

“Ondergetekende, Kristien Croeckaert, bevestigt hierbij dat onderhavige masterproef mag worden geraadpleegd en vrij mag worden gefotokopieerd. Bij het citeren moet steeds de titel en de auteur van de verhandeling worden vermeld.”

## Abstract

De humanisatie van de ziekenhuizen, dichterbij de verwachtingen en behoeften van patiënten en bezoekers, zet de organisaties aan om nieuwe patiëntgerichte wijzen van onthaal te organiseren. Deze ontwikkeling in de zorginstellingen maakt dat de centrale en decentrale onthaaldiensten meer en meer dienen in te spelen op de noden en verwachtingen van hun patiënten.

In deze case studie worden de onthaalfloors op en tussen twee onderzoekseenheden - urgentiedienst en dienst medische beeldvorming van het OLV Ziekenhuis in Aalst - in kaart gebracht vanuit het perspectief van de patiënt/klant en vanuit het perspectief van de organisatie/ziekenhuis. Hoe ervaren patiënten en medewerkers de organisatie van het onthaal op beide diensten en de link tussen beiden en dit zowel op menselijk, architectonisch en operationeel vlak?

Dit onderzoek schetst een beeld van de noden, behoeften en verwachtingen van patiënten en medewerkers met betrekking tot het onthaal aan de hand van open interviews met patiënten, focusgroeps gesprekken met medewerkers en directe observaties op beide diensten. Tevens worden op basis van een literatuuronderzoek inzichten besproken met betrekking tot het onthaalproces van de patiënten.

Tenslotte worden de inzichten en resultaten van deze case studie vertaald in aanbevelingen voor een duurzame, patiëntvriendelijke en klantgerichte onthaal-omgeving. De bevindingen kunnen voor het ziekenhuis een hulpmiddel zijn om het centrale en decentrale onthaal van de urgentiedienst en de dienst medische beeldvorming meer patiëntvriendelijk te organiseren en zo de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen.

“Aantal woorden masterproef: 24956 (exclusief bijlagen en bibliografie)”

# Inhoud

<b>Abstract</b>	i
<b>Woord vooraf</b>	v
<b>Inleiding</b>	1
<b>Deel I: Literatuuronderzoek</b>	4
<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b>	4
<b>Hoofdstuk 2: Het onthaal van patiënten</b>	5
2.1 Definitie van het thema onthaal	5
2.2 Elementen en belang van een goed onthaal	6
2.3 Variabiliteit in het onthaalproces	6
2.4 Servicescape – Architectuur	9
<b>Hoofdstuk 3: Kwaliteit van dienstverlening</b>	11
3.1 Onthaal als onderdeel van kwaliteit, kwaliteitsbeoordeling en dienstverleningskwaliteit	11
3.2 Servqual – Klovenmodel of Gap-model	13
3.3 Patiëntenpercepties en verwachtingen	16
3.4 Loyaliteit	19
<b>Hoofdstuk 4: Onthaal en Hospitality</b>	22
<b>Deel II: Empirisch onderzoek</b>	25
<b>Hoofdstuk 1: Situering en methodologie Case Studie onderzoek</b>	25
1.1 Inleiding	25
1.2 Probleemformulering	26
1.3 Doelstelling	28
1.4 Onderzoeksmethode	29
1.5 Gegevensverzameling en gegevensverwerking	31
1.5.1 Observaties	31
1.5.2 Interviews patiënten	32
1.5.3 Focusgroepsgesprekken	36

<b>Hoofdstuk 2: Case studie onderzoek</b>	39
2.1 Inleiding	39
2.2 Voorstelling OLV Ziekenhuis	39
2.2.1 Voorstelling Urgentiedienst	40
2.2.2 Voorstelling Dienst Medische Beeldvorming	41
2.3 Resultaten	43
2.3.1 Observaties	43
2.3.2 Interviews patiënten	47
2.3.3 Focusgroepsgesprekken	54
<b>Hoofdstuk 3: Discussie en Aanbevelingen</b>	69
3.1 Discussie	69
3.2 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek	72
3.3 Aanbevelingen naar het beleid	73
<b>Hoofdstuk 4: Besluit</b>	76
Literatuurlijst	78

## **Bijlagen**

- Bijlage 1: Informed Consent Patiënteninterviews: Informatiebrief en Toestemmingsformulier
- Bijlage 2: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek UZ Gent
- Bijlage 3: Goedkeuringsbrief Ethisch Comité OLV Ziekenhuis Aalst
- Bijlage 4: Topiclijst Patiënteninterviews
- Bijlage 5: Missie en kernkwaliteiten OLV Ziekenhuis
- Bijlage 6: Verslaggeving directe observaties onthaalfloor UD en MBV
- Bijlage 7: Codeboom Patiëntinterviews
- Bijlage 8: Lijst met afkortingen



## Woord vooraf

Zonder de medewerking van een aantal personen had deze masterproef niet tot stand kunnen komen. In de eerste plaats wens ik mijn promotor, Prof. Dr. P. Gemmel te danken voor zijn advies en begeleiding. Hij gaf mij het vertrouwen waardoor ik mijn kennis met betrekking tot dit onderwerp kon verruimen en mijn competenties voor het uitwerken van een case studie kon verfijnen.

Aansluitend wil ik ook mijn dank uiten naar alle medewerkers, leidinggevenden en artsen van de dienst urgentiegeneeskunde en de dienst medische beeldvorming van het OLV Ziekenhuis Aalst. Hun steun, onvoorwaardelijke medewerking en inzet stimuleerden me om deze case studie en masterproef te voltooien.

Mijn oprechte dank aan alle patiënten die met volle overgave en consciëntieus mee hebben gewerkt aan de interviews. Ik dank de directie van het OLV Ziekenhuis Aalst die me de ruimte heeft gegeven deze masterproef te volbrengen.

Verder wil ik zeker nog mijn familie bedanken. Hun taalkundige en praktische adviezen, hun luisterend oor en bemoedigende woorden waren meer dan welkom. Daarnaast wil ik alle professoren en docenten van de Universiteit Gent bedanken. De door hen aangereikte kennis en inzichten van de voorbije drie jaren hielpen bij de uitwerking van deze masterproef.

Tot slot wil ik nog enkele mensen persoonlijk bedanken voor hun kritische visie die zij mij boden bij de uitwerking van deze scriptie: Dr. E. Kersschot, Dr. I. Demeyer, Dhr. D. Pletinckx, Dhr. M. De Neef, Mevr. A. Macharis en Mevr. A. Van De Velde.

Kristien Croeckaert

Augustus 2013

## **Inleiding**

De wijze waarop het onthaal van patiënten in ziekenhuizen wordt georganiseerd is een belangrijk element in de evaluatie van de dienstverlening. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is wat de relatie is tussen het centraal onthaal en decentrale onthaaldiensten, meer bepaald het centrale onthaal op een urgentiedienst (of spoedgevallendienst) en het secundaire decentrale onthaal op de dienst medische beeldvorming. In welke mate worden patiënten met beide onthaaldiensten geconfronteerd en wat is de impact op hun perceptie van de dienstverlening ?

Meerdere aspecten bepalen de kwaliteit van het onthaal in een ziekenhuis: goede (telefonische) bereikbaarheid, minimale wachttijden, goede informatieverstrekking en hulpvaardigheid van het personeel. De patiënten en hun familie zijn steeds mondiger en ook de overheid hecht aan de onthaalfunctie veel belang.

De humanisatie of vermenselijking van de ziekenhuizen, dichter bij de verwachtingen en behoeften van de patiënten en bezoekers, zet de organisaties aan om nieuwe, aangepaste wijzen van onthaal voor te stellen en te organiseren. Deze ontwikkeling in de zorginstellingen maakt dat ook de centrale en decentrale onthaaldiensten meer en meer dienen in te spelen op de noden en verwachtingen van hun klanten.

Het zoeken naar deze raakpunten heeft onder meer tot doel om de mens, die zijn eigen thuisomgeving verlaat, de weg niet te laten verliezen binnen het labrynt van de ziekenhuisstructuren en diverse onthaalmomenten en bepaalt mede of deze patiënten het ziekenhuis als aantrekkelijk beschouwen en in de toekomst zullen kiezen voor dezelfde instelling. De toekomstige uitdaging bestaat erin, voor vele ziekenhuizen, om van alle diverse centrale en decentrale onthaaldiensten een perfect functioneel geheel te maken op alle vlakken.

In deze masterproef gaat grote aandacht uit naar de perceptie van de patiënten:

Hoe ervaren de patiënten de organisatie van het onthaal op beide diensten en de link tussen beiden en dit zowel op menselijk, architectonisch en operationeel vlak?

Welke aspecten en factoren hebben een impact op hun toekomstige keuzes voor de onderzochte instelling? In hoeverre beantwoordt de organisatie van het centrale of primaire en decentrale of secundaire onthaal aan hun verwachtingen?

In welke mate werkt de omgeving, benadering en flow van de diverse onthalen en ontvangst al dan niet ondersteunend voor de patiënt? Is de ziekenhuisomgeving al dan niet te complex om nog onthaalvriendelijk voor de patiënt te kunnen zijn?

Bijkomend wordt nagegaan hoe de medewerkers zelf het onthaal van de patiënten beoordelen. Er wordt bekeken welke diensten met betrekking tot het onthaal een organisatie wenst aan te bieden en welke services volgens de medewerkers van cruciaal belang zijn voor de patiënten.

Finaal worden de percepties van klant en zorgverlener vergeleken met elkaar om na te gaan hoe groot of klein de kloof is tussen de percepties en verwachtingen van beide partijen. Er wordt bekeken of de dimensies en determinanten uit de vermelde literatuur terug te vinden zijn in de resultaten van het case studie onderzoek.

In het eerste deel worden op basis van een literatuuronderzoek inzichten besproken met betrekking tot het onthaalproces van patiënten. Er wordt aandacht besteed aan welke factoren de percepties van patiënten beïnvloeden en met welke verwachtingen de patiënten zich aanbieden tijdens hun bezoek en onthaal in het ziekenhuis, in het bijzonder op de urgentiedienst en dienst voor medische beeldvorming. Het ervaren van een optimaal onthaal is verbonden met de mate van dienstverleningskwaliteit en de servicescape of dienstenomgeving waarin het onthaal zich afspeelt. Klantgerichtheid van de organisatie speelt eveneens een belangrijke rol en ook de perceptie van de hulpverleners met betrekking tot de geleverde service komt aan bod. Het klovenmodel of GAP-model wordt als uitgangspunt gebruikt om in de case studie na te gaan hoe groot het verschil is tussen de verwachtingen en de ervaring van de patiënten/klanten. Ook verschillen in percepties tussen patiënt en zorgverlener komen hierbij aan bod.

In een diepgaand case studie onderzoek worden in het tweede deel enerzijds de diverse onthaalflows op en tussen de twee onderzoekseenheden (urgentiedienst en dienst medische beeldvorming van een groot algemeen privaat ziekenhuis) in kaart gebracht vanuit het perspectief van de patiënt/klant en mede vanuit het perspectief van de organisatie. Deze case studie werd uitgevoerd op de urgentiedienst en de dienst medische beeldvorming van het OLV Ziekenhuis te Aalst.

Voor de dataverzameling werden open interviews afgenomen bij patiënten die zowel het centrale spoedonthaal als het decentrale, secundaire onthaal op de dienst medische beeldvorming meemaakten. Er werden ook focusgroepsgesprekken gehouden met verpleegkundige en administratieve medewerkers van beide diensten.

Bijkomende info werd verkregen via gesprekken met de leidinggevenden van beide onderzoekseenheden. Directe observaties van het onthaal en de onthaalfloor op en tussen de twee diensten zorgden voor extra inzichten.

De inzichten en resultaten van deze studie kunnen verder vertaald worden in aanbevelingen naar een duurzame, patiëntvriendelijke onthaalomgeving -en organisatie in de zorgsector. Deze aanbevelingen kunnen bij het centrale en decentrale onthaal van patiënten in de onderzochte organisatie een meerwaarde betekenen om zodoende in de toekomst nog meer in te spelen op de verwachtingen van de patiënten. De bevindingen kunnen voor de organisatie en de medewerkers een extra hulpmiddel zijn om de individuele noden van de patiënt bij zijn onthaal in het ziekenhuis te beantwoorden op een patiëntvriendelijke en klantgerichte wijze.

# **Deel I: Literatuuronderzoek**

## **Hoofdstuk 1: Inleiding**

Het onthaal van een ziekenhuis is vaak het eerste contact dat een patiënt met het ziekenhuis heeft en maakt deel uit van de 'totaalervaring' die de patiënt in een ziekenhuis 'beleeft'. Daarnaast maakt de zorgsector een aantal ontwikkelingen door die ziekenhuizen dwingen om zich scherper te profileren. Het ziekenhuis wordt vandaag geconfronteerd met een mondige patiënt, iemand die 'wil begrijpen' en zodoende nood heeft aan informatie. Ook is de patiënt een heel andere dan vijf of tien jaar geleden. Toen volgde de patiënt meestal de doorverwijzing van de huisarts. De huidige patiënt is zich volledig bewust van de keuzevrijheid en mogelijkheden die hij heeft. Patiënten bepalen nu zelf voor welk ziekenhuis en/of arts ze kiezen. Zorginstellingen moeten dus patiënten 'verdienen' door een optimale klantgerichtheid en een goede dienstverlening (Smet, 2011).

De meeste pathologieën worden tegenwoordig in de verschillende ziekenhuizen op gelijkaardige manier behandeld met dezelfde technologische mogelijkheden. Er zijn dus andere en extra criteria nodig om mensen te overtuigen voor een bepaald ziekenhuis te kiezen. Patiënten worden beschouwd als klanten die op een klantvriendelijke wijze wensen opgevangen te worden (Barbier, 2009; van Leeuwen, 2010). Deze elementen dragen bij tot de vermensenlijking van het ziekenhuis. Maar ze hebben ook een grote invloed op de implementatie van kwalitatieve dienstverlening in een ziekenhuis, waar het onthaal een belangrijk en integraal onderdeel van uitmaakt.

## **Hoofdstuk 2: Het onthaal van patiënten**

### 2.1 Definitie van het thema onthaal

De overheid hechtte aan de onthaalfunctie reeds veel belang. Het onthaal was één van de thema's bij de uitvoering van het kwaliteitsdecreet (1999) in Vlaamse ziekenhuizen. Hier definieerde men het thema 'onthaal' als 'de begeleiding en bejegening van de patiënt vanaf het eerste contact met het ziekenhuis tot de eerste interventie door een zorgverstrekker'. Deze omschrijving is gebaseerd op de definitie terug te vinden in datzelfde kwaliteitsdecreet (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1999; Wilbers, Smet & Van Aken, 2011).

Onthaal wordt duidelijk onderscheiden van 'opname' en 'opnamebeleid'. Deze laatste kwamen niet aan bod in het thema onthaal binnen het kwaliteitsdecreet. Onthaal richt zich voornamelijk op de bejegening van de patiënten terwijl opnamebeleid meestal meer te maken heeft met logistiek en capaciteitsbezetting. Het onthaal is een belangrijk aspect van de respectvolle omgang met de patiënt wat één van de uitgangspunten was van het kwaliteitsdecreet van 1999. Een onvriendelijk en inefficiënt onthaal kan tot ergernis, onzekerheid, grote bezorgdheid en tijdverlies leiden. Goede bereikbaarheid, minimale wachttijden, goede informatieverstrekking, hulpvaardigheid van de medewerkers betrokken bij het onthaalproces zijn bepalende factoren voor het al dan niet positief ervaren van het onthaal in een algemeen ziekenhuis (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2002).

Bij een ziekenhuisopname kan een onthaal zonder het nodige respect voor de patiënt een negatieve invloed hebben op haar of zijn mentale toestand, vooral omdat de opname vaak een ingrijpende gebeurtenis is. Een goed onthaal legt de basis voor de noodzakelijke vertrouwensband tussen patiënt en hulpverlener, welke nodig is om nadien goed samen te kunnen werken tijdens de verblijfsperiode (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2002).

## 2.2 Elementen en belang van een goed onthaal

Het is belangrijk dat het onthaaltraject één geheel vormt. Voortraject, parkeren, traject naar onthaal, onthaal, inschrijvingen, traject naar kamer; alle verschillende fases en elementen binnen het onthaalproces dienen naadloos op elkaar aan te sluiten, op een coherente en consequente manier (Smet, 2011). Uit onderzoek van de Hogeschool Lessius Mechelen blijkt dat het belangrijk is dat ziekenhuizen deze coherentie in communicatie, signalisatie, uitstraling en architectuur bewaken. Meerdere elementen spelen hierbij een sleutelrol. Bereikbaarheid, duidelijk herkenbare hoofdingang, signalisatie, onthaalbalie dienen een aansluitend geheel te zijn (Smet, 2011; Wilbers et al.; 2011).

Ziekenhuizen begrijpen steeds meer dat een goed onthaal een belangrijk onderdeel is van de kwaliteitsbeoordeling -en beleving van de patiënt en dit heeft een directe invloed op de algemene tevredenheid. Aangezien een groot aandeel van de aangeboden patiënten in een ziekenhuis zich aanbieden via de urgentiedienst en deze dienst vaak de “voor deur” of “entry-point” van de organisatie genoemd wordt, kunnen we begrijpen waarom ziekenhuizen meer en meer investeren in een efficiënt, menselijk en kwaliteitsvol onthaalproces op deze dienst (Messner, 2005; Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2006; Dommerholt & Van Hal, 2012).

## 2.3 Variabiliteit in het onthaalproces

De beleving van de patiënt met betrekking tot de zorg en meer bepaald het onthaal wordt steeds belangrijker in de ziekenhuisperceptie. Patiënten beoordelen de kwaliteit van een ziekenhuis en zijn onthaal veel breder dan enkel de waardering van de medische behandelingen en onderzoeken. De dienstenomgeving of servicescape kan de patiënt zijn ervaring beïnvloeden. De houding en medewerking van de onthaalmedewerkers zijn hierbij van cruciaal belang. Een totaalbeleving zal slechts plaatsvinden indien de onderliggende processen en de organisatie dit toelaten (Cardoen, Gemmel & Robberecht, 2013).

Onthaalprocessen zijn vaak complex en meerdere (prestatie)doelstellingen dienen bereikt te worden: kwaliteit, snelheid, flexibiliteit, betrouwbaarheid, kostenbeheersing (Cardoen et al., 2013; Slack, Chambers & Johnston, 2004). Niet al deze doelstellingen zijn steeds verenigbaar en keuzes dienen soms gemaakt te worden. Gaat men voor operationele excellentie of voor service excellentie? Operationele excellentie zal variabiliteit trachten te reduceren (o.a. door implementatie standaard-processen).

Service excellentie zal maximaal trachten in te gaan op de individuele noden en wensen van de klanten. Er bestaan verschillende vormen van variabiliteit. Er is de variabiliteit in het aankomstpatroon, variabiliteit in taken/diensten, variabiliteit in kennis en vaardigheden, variabiliteit in de inspanning en variabiliteit in voorkeur (Cardoen et al., 2013; Frei, 2006).

Op een urgentiedienst (UD) is de variabiliteit in de aankomst een moeilijk te voorspellen parameter, aangezien men niet vooraf weet wanneer het druk of kalm zal zijn. Wel kan men door vroegere registraties voorspellingen doen en inschatten welke de meest drukke dagen of periodes zijn. Deze opmerking geldt net zo goed voor de dienst medische beeldvorming (MBV) waar men te maken heeft met geplande en niet geplande patiënten en patiënten die extern of intern binnenstromen (Asaro, Lewis, & Boxerman, 2007). Het opvangen van piekmomenten vraagt flexibiliteit en anticipatie. Dit kan bewerkstelligd worden door een dynamische personeelsbestaffing verdeeld over de dag (Cardoen et al., 2013).

Naast de variabiliteit in het aankomstpatroon onderscheidt men de variabiliteit in het takenpakket van het onthaal. Deze kan bijvoorbeeld gericht zijn op administratieve taken en/of op triage van ernstgraad. De diensten van een onthaal zijn ook afhankelijk van de doelgroepen die zich aanbieden. Dit kunnen ambulante of opnamepatiënten zijn of beiden zoals op een UD en MBV het geval is. De complexiteit en de taken van het onthaal kunnen dus sterk variëren.

De variabiliteit in kennis en vaardigheden van de individuele patiënt én het onthaalpersoneel is eveneens een element waar men rekening dient mee te houden. Niet elke patiënt is in staat om gestandaardiseerde processen te doorlopen (Cardoen et al., 2013). Denken we hierbij aan het volgen van de bewegwijzering van het centrale onthaal naar een tweede decentraal punt. En niet alle onthaalmedewerkers beschikken over dezelfde vaardigheden (triageverpleegkundige versus administratief bediende)



(Goodacre, Morris, Tesfayohannes & Sutton, 2001). Dergelijke variabiliteit heeft zijn invloed op wachttijden, doorstroomtijden en uiteindelijk ook op de perceptie en tevredenheid van de patiënten. Goed opgeleide en flexibele onthaalmedewerkers zijn hier van cruciaal belang.

Het spreekt voor zich dat deze onthaalmedewerkers en dus frontlinemedewerkers een belangrijke taak vervullen. Ze zijn immers het gezicht van de organisatie. Op basis van de service die zij leveren aan de klant, vormt de klant zich een idee over de organisatie. De mate waarin de frontlinemedewerkers services afstemmen op de noden van de klant en de kwaliteit van die services bepalen de perceptie van de servicekwaliteit bij de klant en het imago van de organisatie (Gemmel & Verleye, 2010).

De literatuur vermeldt ook de variabiliteit in inspanning van het ziekenhuis en de individuele patiënt. In welke mate investeert men in gemotiveerde en opgeleide medewerkers die het onthaal aanbieden? In hoeverre worden de patiënten voldoende ingelicht en welke info wordt er al dan niet automatisch aangeboden? In hoeverre zijn patiënten bereid en tolerant om te wachten op bepaalde services? (Cardoen et al., 2013; Frei, 2006; Goodacre, Morris, Tesfayohannes & Sutton, 2001)

Bij de organisatie van het onthaal speelt ook de voorkeur en wens mee van de patiënten. De patiënten kunnen een persoonlijke verbale communicatie verkiezen om info in verband met de onthaalflow te bekomen. Andere patiënten prefereren dan weer het consulteren van deze info via onthaalfolders of infoschermen ter hoogte van het onthaal of in de wachtzaal.

Verschillende types van patiënten bieden zich aan op een UD en dit betekent een aanbod van patiënten met een variabiliteit in presentatie van ziekte, trauma's en mentale toestand. Literatuur toont aan dat patiënten niet steeds tevreden zijn van de zorg die ze ontvangen op de UD. Men stelt dat meer aandacht zou moeten uitgaan naar de specifieke noden en verwachtingen van de niet-urgente groep spoedpatiënten, die een groot aandeel van de totale patiëntenpopulatie uitmaken op de meeste spoedgevallendiensten (Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2006).

Elk ziekenhuis kan en zal naargelang hun keuzes (missie en visie) en type activiteit met betrekking tot het onthaal kiezen voor meer of minder operationele excellentie of voor een grotere focus op de service excellentie. Men stelt dat het niet steeds nodig is te

moeten kiezen voor service of operationele excellence, indien men voldoende kennis heeft van de verschillende vormen van variabiliteit (Cardoen et al., 2013).

Het juiste aantal medewerkers met de juiste kwalificaties op de juiste plaats op het juiste ogenblik maakt dat men beter de mogelijke variabiliteit kan opvangen en er zich kan naar organiseren en zo de best mogelijke resultaten kan behalen (Zineldin, 2006).

#### 2.4 Servicescape – Architectuur

Servicescape is een concept dat is ontwikkeld door Booms en Bitner om te begrijpen wat de relatie is tussen omgeving en gebruiker in dienstverleningsorganisaties (Bitner, 1992). Het concept omvat parameters m.b.t. de fysieke omgeving, de respons van werknemers en klanten op deze omgeving, en de sociale interactie tussen werknemers en klanten. Een mix van omgevingsfactoren creëren een bepaalde servicescape. Zorgvuldig en creatief management van de servicescape heeft een invloed op de perceptie van de patiënt m.b.t. ziekenhuisomgeving. Er bestaan heel wat omgevingscondities die een invloed hebben op de percepties van de klanten en hun reactie op de omgeving. Omgevingsfactoren die patiënten positief of negatief kunnen ervaren zijn bepaalde achtergrondkarakteristieken zoals geluid, licht, temperatuur. Maar ook de inrichting en functionaliteit van de ruimten spelen een belangrijke rol voor de klanten. Verder spelen ook het gebruik van signalen en symbolen een grote rol in hoe de patiënten de omgeving ervaren (Fottler, Ford, Roberts & Ford 2000; Gemmel & Verleye, 2010; Van Aken, 2010; Douglas & Douglas, 2004).

De architectuur van het ziekenhuis moet zo ontworpen zijn dat een patiënt makkelijk en tijdig de weg vindt naar het juiste onthaalpunt. De architectuur en het design van de onthaalomgeving dienen maximaal rekening te houden met alle doelgroepen die het ziekenhuis bezoeken, zo ook anderstaligen of mensen met een handicap. Zowel op esthetisch als functioneel vlak moet de omgeving voor een zo groot mogelijke doelgroep patiëntvriendelijk zijn (Smet, 2011; Van Aken, 2010).

De signalisatie ('wayfinding') en bewegwijzering spelen in een ziekenhuis een cruciale rol. Patiënten willen naast voldoende en duidelijke bewegwijzering ook een persoon om

aan te spreken. De signalisatie in een ziekenhuis wordt beïnvloed door meerdere factoren (Smet, 2011; Wilbers et al., 2011). Enerzijds zijn er de persoonlijke factoren zoals het reeds kennen van de ziekenhuisomgeving door eerdere bezoeken of de emotionele toestand op het moment van het bezoek. Anderzijds spelen ook omgevingsfactoren (duidelijke inkom, herkenningspunten) en informatieve factoren een rol. Informatieve factoren hebben te maken met de info die de bezoeker vooraf (website ziekenhuis) of tijdens zijn bezoek (wegwijzers, infokiosk) ontvangt (Wilbers et al., 2011).

Patiënten ervaren dat de inrichting van de ziekenhuisomgeving ondersteunend kan werken. Onderzoek stelt dat er een duidelijke link bestaat tussen het welbevinden en het herstel van de patiënt enerzijds en de omgeving van het ziekenhuis anderzijds (Fottler, et al., 2000). Er is evidentie gevonden dat de dienstenomgeving en het design van het gebouw van het ziekenhuis een directe invloed kan hebben op de toestand van de patiënt omdat een aangepaste, klantvriendelijke onthaalomgeving stress en angst kan reduceren (Douglas & Douglas, 2004; Fottler et al., 2000; Wilbers et al., 2011).

Het optimaal ervaren van de zorgomgeving door de patiënt wordt onder andere verwezenlijkt door het wegnemen van verwarring, het creëren van orde in de chaos, het vermijden van stress en angst en het helpen van patiënten en bezoekers in het maken van beslissingen.

Zorgorganisaties zouden moeten trachten om het onthaal en de zorg uit de negatieve 'ziektesfeer' te halen door het aanbieden van een prettige niet-medische omgeving met bijhorende bejegening (houding en gedrag) van de klanten (van Leeuwen, 2010).

## **Hoofdstuk 3: Kwaliteit van dienstverlening**

### 3.1 Onthaal als onderdeel van kwaliteit, kwaliteitsbeoordeling en dienstverleningskwaliteit

Kwaliteit van zorg is niet eenduidig te omschrijven. Kwaliteit van zorg kan van verschillende kanten bekeken worden, namelijk die van de zorgvrager, de verzorgende, de directie, de overheid, enz. Daarbij is het een relatief begrip. Wat in de ene situatie hoge kwaliteit is kan in een andere situatie geringe kwaliteit betekenen. In het algemeen wordt met kwaliteit aangegeven of eigenschappen van een product of dienst overeenkomen met wat ervan verwacht wordt. Kwaliteit is een maat voor overeenkomst tussen prestatie en verwachting (Busch & Bovendeur, 2008).

Kwaliteit van zorg wordt in de literatuur op verschillende manieren en vanuit verschillende perspectieven omschreven. Een veel gehanteerde definitie is: 'de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)' (Donabedian, 1980). Het gezaghebbende Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) hanteert de volgende definitie: 'Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge' (IOM, 2001).

Het oordeel over de kwaliteit van zorg is sterk afhankelijk van het perspectief van waaruit een actor kijkt. Verschillende actoren hechten een verschillend belang aan de kwaliteitsdomeinen. Vanuit het perspectief van de patiënt gaat het vooral om effectiviteit en doelgroepgerichtheid. Vanuit het perspectief van de professional is de effectiviteit een belangrijk domein, terwijl vanuit het perspectief van de instelling/organisatie de efficiëntie van de zorg een belangrijk kwaliteitsdomein is, evenals de veiligheid (Busch & Bovendeur, 2008).

Inspanningen tot verbeteren van de kwaliteit is een belangrijk gegeven in de urgentiegeneeskunde, omdat de UD voor een groot aantal patiënten het startpunt is van hun verblijf in het ziekenhuis. En aangezien dat patiënttevredenheid in de UD in verband staat tot de toekomstige keuzes van de patiënt voor de instelling, zijn

initiatieven tot kwaliteitsverbetering noodzakelijk om het succes en de competitiviteit van de organisatie te waarborgen (Messner, 2005).

Kwaliteit in de gezondheidszorg is een belangrijk element bij politici, beleidsmensen en managers van ziekenhuizen. Het aantrekken van patiënten, de competitieve voordelen en de winsten op lange termijn beogen het bereiken van een betere maatschappelijke gezondheid (Dagger, Sweeney & Johnson, 2007).

Uit de literatuur blijkt dat kwaliteit van dienstverlening of 'service quality' zowel interpersoonlijke, technische, als omgevings- en administratieve dimensies omvat (Dagger et al., 2007). Dagger et al. (2007) stelden vast dat patiënten hun kwaliteitsverwachtingen ten aanzien van zorgaanbieders baseren op deze vier primaire factoren, namelijk interpersoonlijke (menselijke) kwaliteit, medische (technische) kwaliteit, omgevingskwaliteit en administratieve (logistieke) kwaliteit. Deze vier primaire factoren worden beïnvloed door in totaal negen onderliggende subfactoren, namelijk 'interactie' en 'relatie' (interpersoonlijke kwaliteit), 'medisch resultaat' en 'medische kennis' (medische kwaliteit), 'sfeer' en 'voorzieningen' (omgevingskwaliteit), 'planning', 'uitvoering' en 'ondersteuning' (administratieve kwaliteit).

Volgens Dagger, Sweeney en Johnson beoordelen patiënten de kwaliteit van de dienstverlening in zijn totaliteit, op het niveau van de vier primaire factoren en op het niveau van de negen subfactoren. Ieder niveau heeft invloed op de ervaring van patiënten. De patiënt beschouwt een ziekenhuisopname dus als een 'totaalervaring' waarbij elk element in dat proces een belangrijke rol speelt (Dagger et al., 2007; Smet, 2011).

Het is voor managers van de gezondheidszorg van belang de speerpunten te richten op deze vier domeinen zodat de kwaliteit van de service steeds verbeterd kan worden (Dagger et al., 2007).

De bevindingen van Dagger et al. vragen om een 'vermenselijking van het ziekenhuis'. De ziekenhuiservaring moet centraal staan, waarbij patiëntgerichte zorg en klantvriendelijkheid twee sleutelbegrippen zijn. Een ziekenhuis is namelijk een omgeving waar het merendeel van de mensen niet wil zijn. Er hangt steeds een zekere 'spanning' in de lucht. De beleving van de patiënt wordt daardoor in grote mate beïnvloed. Niet alleen medische fouten of elementen gerelateerd aan de zorg, ook het

onthaal, de inschrijvingen en dergelijke spelen een belangrijke rol in de wijze waarop een patiënt zijn opname 'beleeft' (Smet, 2011).

De drie meest frequente geïdentificeerde service factoren die een invloed hebben op de patiënttevredenheid op urgentiediensten zijn interpersoonlijke vaardigheden en attitude van de spoedmedewerkers, het voorzien van info en communicatie en de gepercipieerde wachttijden (Taylor & Benger, 2004).

### 3.2 Servqual – Klovenmodel of Gap-model

Servqual, een afkorting voor Service Quality, is een raamwerk voor het doorgronden van de kwaliteit van dienstverlening.

Parasuraman, Zeithaml en Berry (1985) definiëren de dienstverleningskwaliteit (service quality) als de evaluatie van een specifieke service organisatie die ontstaat door het vergelijken van de verwachtingen van de klant en de performantie van het bedrijf.

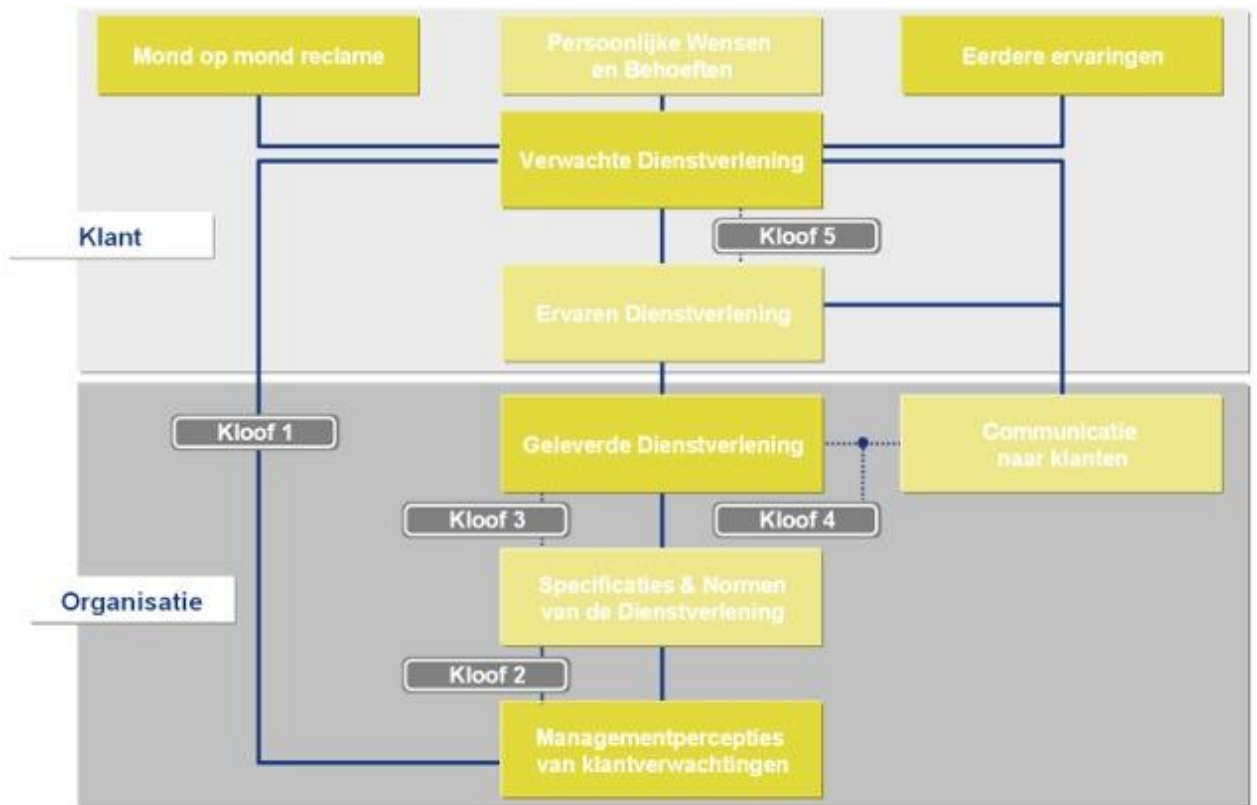
Het kan gebruikt worden als diagnose om de tekortkomingen in de dienstverlening aan de orde te stellen. Vanwege de vergelijking tussen verwachtingen omtrent de dienstverleningskwaliteit en de daadwerkelijk gemeten percepties van dienstverleningskwaliteit, wordt dit ook wel een 'gap analyse' genoemd. Centraal in het SERVQUAL-model staat dat kwaliteit van dienstverlening gedefinieerd kan worden als het verschil tussen verwachtingen en perceptie. Het kwaliteitsverschil komt dan tot uiting in het verschil tussen datgene wat men van de dienst verwachtte en datgene wat men daadwerkelijk heeft ervaren. Wanneer de verwachtingen van de klanten niet voldoen aan de percepties die zij ervaren is er sprake van een kloof of 'gap' (Parasuraman et al, 1988).

Het GAP-model (ook wel klovenmodel of Servqual-model) is een model waarmee een integrale procesanalyse uitgevoerd kan worden. Het Gap-model (van Zeithalm, Parasuraman et.al.) is een gereedschap dat gebruikt kan worden om te achterhalen waarom ervaringen van klanten (achteraf) niet overeenstemmen met de verwachtingen (vooraf). Het model geeft weer hoe het verschil tussen de verwachting van de klant en de uiteindelijke ervaring tot stand kan komen (zie Figuur 1).

Het uitvoeren van een analyse met behulp van het klovenmodel of GAP-model geeft een beeld over 4 mogelijke kloven:

- Het management kent de behoeften en verwachtingen onvoldoende (kloof 1 - **kenniskloof**). Weten we goed wat de klant wil? Hoe zorgen we ervoor dat we weten wat de verwachtingen van klanten zijn?
- Het management slaagt er niet in om de verwachtingen die de klanten hebben duidelijk te communiceren doorheen de organisatie (kloof 2 - **standaardkloof**). Hoe is het proces/ de organisatie "op papier" ingericht? Het betreft hier onder meer procedures, protocollen, functie omschrijvingen, plannings. Kan men zo de klantvraag goed afhandelen en de klant goed bedienen? Men weet wel wat de klant wil maar volgens de procedure moet dit en dat formulier ingevuld worden. Mogelijks worden de medewerkers door die regels en procedures ook nog eens dermate gedemotiveerd dat ze de klant niet meer optimaal te woord staan.
- Het personeel kan niet de dienst verlenen die nodig is om aan de verwachtingen te voldoen (kloof 3 - **dienstverleningskloof**). Hoe verloopt het proces "in de praktijk"? Beschikt men over voldoende middelen, ruimte, tijd en kennis?
- De verwachtingen van de klanten zijn verkeerd als gevolg van een slechte externe communicatie (kloof 4 - **positioneringskloof**). Kloof 4 draait om de vragen: Wat beloven we aan de klanten? Hoe beïnvloeden we de verwachtingen van de klant (via website of andere infokanalen)? Wat beloven onze medewerkers aan de klant?
- Het verschil tussen de gepercipieerde dienstverlening en verwachte dienstverlening is de zogenaamde **kwaliteitskloof** (kloof 5). Deze kloof wordt veroorzaakt door de andere kloven (Gemmel & Verleye, 2010; Parasuraman et al., 1988; Tan & Pawitra, 2001).

Elke organisatie moet proberen om kloven te vermijden en minstens aan de verwachtingen te voldoen. Lukt dit niet, dan zal de kwaliteit van de services als onvoldoende door de klanten worden beoordeeld. Naarmate de perceptie beter is dan de verwachtingen, zal de klant dit als een zeer goede tot uitstekende dienstverlening beschouwen. In dit laatste geval wordt over "customer delight" gesproken (Gemmel & Verleye, 2010).



Figuur 1: Het klovenmodel van Parasuraman et al. (1988).

In de eerste servqual-onderzoeken, die uitsluitend plaatsvonden in de telecommunicatie- en creditcardindustrie, vonden Zeithaml et al. met behulp van factoranalyse tien verschillende dimensies van de kwaliteit van diensten: betrouwbaarheid, responsiviteit, competentie, toegankelijkheid, hoffelijkheid, communicatie, geloofwaardigheid, zekerheid, het begrijpen of kennen van de klant en tastbare zaken. In 1988 bleek uit vervolgonderzoek dat deze tien dimensies teruggebracht konden worden tot vijf (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). Deze vijf dimensies zijn later vooral bekend geworden onder het acroniem RATER: reliability (betrouwbaarheid), assurance (zekerheid), tangibles (tastbare zaken), empathy (empathie), responsiveness (responsiviteit). Ondanks dat SERVQUAL genoeg aandacht heeft gekregen en veelvuldig is toegepast, heeft het model ook kritiek gekregen. Een kritiekpunt is gebaseerd op de dimensies van SERVQUAL (Babakus & Mangold, 1992). De vijf RATER dimensies zouden namelijk niet toepasbaar zijn op elk type organisatie,



aangezien dit afhankelijk is van de context (Tan & Pawitra, 2001). Zo kunnen in een aantal sectoren de factoren voor de kwaliteit van dienstverlening complex en multidimensionaal zijn, terwijl dit bij andere sectoren eendimensionaal en eenvoudig is. Francis Buttle bekritiseert het model en komt met drie kritiekpunten: perceptie en beleving zijn erg subjectief en daardoor niet goed meetbaar, er is niet per se een direct verband tussen service en kwaliteitsbeleving. Tot slot zou hetgeen dat gemeten wordt niet per se betrekking hoeven hebben op service kwaliteit, maar meer op klanttevredenheid (Buttle, 1996). Om deels aan deze kritiekpunten tegemoet te komen ontwikkelde Cronin en Taylor het SERVPERF-model. Hierin is slechts sprake van één dimensie, namelijk service kwaliteit (Cronin & Taylor, 1994).

### 3.3 Patiëntenpercepties en verwachtingen

Wensen zijn verlangens van mensen over de wijze waarop in behoeften kan worden voorzien. Functionele en emotionele behoeften kunnen op verschillende manieren voldaan worden. Mensen kunnen sterk verschillen in de wensen die zij hebben. Dit is vaak afhankelijk van factoren als levensfase, levensstijl, sociaal-culturele en sociaal-psychologische aspecten. Verwachtingen gaan over de wijze waarop mensen denken dat aan hun behoeften voldaan gaat worden. Verwachtingen worden vooral beïnvloed door eerdere ervaringen, door ervaringen van anderen (mond-tot-mond-reclame), door concurrenten en door communicatie en het imago van de organisatie. De mate van aandacht die een arts of zorgverlener heeft voor een patiënt is in grote mate bepalend voor de ervaren kwaliteit (van Leeuwen, 2010).

Er zijn meerdere factoren die een invloed hebben op de ervaring van patiënten die zich aanmelden op een UD. Gordon, Sheppard en Anaf (2010) selecteerden vijf categorieën die de ervaring van deze patiënten tijdens een spoedopname illustreren, namelijk emotionele impact, interactie tussen personeel en patiënt, wachten, aanwezigheid van familie op spoed en de omgeving van de UD. Patiënten ervaren veel *stress en emoties* wanneer zij naar de spoedgevallen moeten komen, mede omdat deze mensen vaak pijn hebben en ervan uitgaan dat hun aandoening dringend en ernstig is. De spoedopname heeft bij patiënten een grote emotionele impact (Hostutler, Taft & Snyder, 1999).

In stressvolle en beangstigende situaties verwachten en wensen patiënten niet alleen medisch-technische professionaliteit bij de zorgverleners. Men verwacht en waardeert evenveel empathie, respect en behulpzaamheid van het personeel bij een aanmelding op de UD (Gordon, Sheppard & Anaf, 2010).

**Communicatie** en het krijgen van voldoende **informatie** heeft een belangrijke impact op de ervaring van de spoedpatiënten. Patiënten blijken meer informatie te wensen over alle aspecten met betrekking tot hun spoedbezoek en onthaal. Zowel extra verbale info als info via folders en info rond verwachte wachttijden stellen de patiënten meer gerust. Patiënten wensen frequente persoonlijke contactmomenten met de zorgverlener tijdens welke ze ingelicht worden over de stand van zaken en planning (informatie over geplande onderzoeken, het waarom van wachtmomenten..) (Schattner, Bronstein & Jellin, 2006; Smet, 2011). De informatievoorziening is vaak een knelpunt in ziekenhuizen. Hoeveel bewegwijzering en extra pijlen er ook zijn, een meerderheid van de patiënten voelt zich beter wanneer ze iemand kunnen aanspreken. In grote ziekenhuizen kan deze functie gecombineerd worden met de beveiliging, maar in andere ziekenhuizen wordt dit overgelaten aan vrijwilligers. De signalisatie heeft voor de patiënten meer een ondersteunende rol (Wilbers et al., 2011).

De patiënten hebben vaak het gevoel repetitief hun verhaal te moeten vertellen aan meerdere zorgverleners en percipiëren op deze manier een tekort aan communicatie tussen de verschillende professionals die ze ontmoeten tijdens hun spoed -en ziekenhuisopname. Persoonlijke aandacht en zorg, beleefdheid van het personeel en een goede communicatie met de zorgverleners wordt als positief ervaren en heeft een invloed op de patiënttevredenheid bij patiënten die een onthaal en verzorging op de UD meemaken (Boudreaux & O’Hea, 2004; Messner, 2005).

Wachten en te lange **wachttijden** hebben een grote invloed op de ervaring van de patiënten. De patiënten vermeldden niet alleen de duur van de wachttijd, maar evenzeer het belang van de informatie die men al dan niet krijgt tijdens het wachten, zijnde vermoedelijke wachtduur en reden van de wachttijd en wachten op radiologisch onderzoek (Boudreaux et al., 2004; Gordon et al., 2010; Thompson, Yarnold, Williams & Adams, 1996). Bijkomend worden ook de omgeving, het comfort en de interactie tijdens het wachten als belangrijke factoren vernoemd, die de ervaring van de patiënt sterk beïnvloeden (Fottler et al., 2000; Gordon et al., 2010; Muntlin et al., 2006).

Patiënten vermeldden voornamelijk het wachten op onderzoeken, wachten op resultaten en het wachten op de arts voor herevaluatie na onderzoek. De *aanwezigheid van familie* of naasten is een belangrijke factor die de ervaring van het wachten beïnvloed (Gordon et al., 2010). De *omgeving* wordt als een belangrijke beïnvloedende factor gezien op de algemene perceptie van de patiënt zijn onthaal (inrichting wachtruimtes, temperatuur, inrichting en privacy van het onthaal) (Fottler et al., 2000).

De aspecten die patiënten tijdens hun bezoek aan de UD als zeer belangrijk ervaren zijn voornamelijk de aandacht en zorg voor hun psychosociale en emotionele noden. Dit is in contrast met de cultuur van een UD, waar vaak de nadruk gelegd wordt op medisch-technische skills en efficiëntie (Gordon et al., 2010). Patiënten zijn bereid om tolerantie te hebben voor wachttijden indien zij voldoende persoonlijke aandacht krijgen van de zorgverlener op een UD.

De dienstverlening die een patiënt krijgt op MBV is bijzonder, omdat er weinig tot geen contact is met de arts-radioloog. Het onthaal en verzorgen van het onderzoek op MBV gebeurt voornamelijk door MBV-verpleegkundigen of technologen. Patiënten verwachten van de dienstverlening op MBV dat het onderzoek accuraat en betrouwbaar uitgevoerd en geëvalueerd wordt met hoogtechnische apparatuur door speciaal opgeleide vakmensen. Patiënten verwachten dat deze service permanent kan aangeboden worden, ook tijdens de nacht, weekends en feestdagen (Alderson, 2000). Men wenst een snelle doorstroom vanaf het moment van aankomst tot het einde van het onderzoek met minimale wachttijden. Wat betreft het interpersoonlijk contact met de MBV-medewerkers verwachten en wensen patiënten een persoonlijke aanpak, privacy, voldoende communicatie en informatie van alle actoren op de dienst MBV. Patiëntvriendelijke omgang en attitude is voor de klanten op MBV van cruciaal belang. Ook de tastbare zaken met betrekking tot de omgeving spelen een belangrijke rol in de perceptie van de dienstverlening (parking, inrichting en netheid wachtzaal, moderne accommodatie en apparatuur) (Alderson, 2000).

Volgens de Amerikaanse consultant Fred Lee moet een ziekenhuis de zorg voor een optimale ervaring van patiënten centraal stellen (Lee, 2010 ). Hij benadrukt het streven naar 'patiëntgerichte zorg' en stelt daarbij vijf belangrijke gedragswijzen voorop: initiatief, teamwerk, empathie, respect voor waardigheid en privacy (hoffelijkheid) en

communicatie. Lee betoogt dat men met louter en alleen technische vaardigheden het verschil niet meer maakt. Iedere zorgmedewerker zou moeten voldoen aan de emotionele behoefte van patiënten en families die samen een minder aangename of zelfs tragische ervaring doorlopen. Het streven moet gericht zijn op excellente zorg, wat meer is dan goede zorg en dienstverlening (Lee, 2010; Goovaerts, 2011; Smet, 2011). Lee heeft het over ‘memorable experience’ waarbij men in staat moet zijn om in positieve zin een onuitwisbare indruk op patiënten te maken (Rottenberg, 2008).

### 3.4 Loyaliteit

Klantloyaliteit is de mate waarin een klant qua houding (attitudinal loyalty) en/of gedrag (behaviorial loyalty) trouw blijft aan een leverancier, ook als er andere, betere of goedkopere alternatieven zijn. Klantenbinding is de mate waarin een klant een emotionele en psychologische band voelt met een leverancier (emotionele binding) en/of de mate waarin een klant de relatie wil voorzetten in de overtuiging dat het behoud van de relatie meer voordelen oplevert dan het beëindigen van de relatie (rationele binding). Klantloyaliteit kent twee verschijningsvormen: houdingsloyaliteit en gedragsloyaliteit. Houdingsloyaliteit uit zich in mond-tot-mondreclame in de vorm van aanbevelingen of klagen. Gedragsloyaliteit uit zich in het verlengen of beëindigen van de relatie en/of het doen van herhaalaankopen/bezoeken. In algemene zin blijken er drie hoofddrijvers van klantloyaliteit te zijn: het vertrouwen van de klant, de tevredenheid van de klant en de binding met de klant (van Leeuwen, 2010).

De eerste loyaliteitsdrijver is het vertrouwen van de klant in het toekomstig gebruik van het product of de dienst zoals het vertrouwen in banken, ziekenhuizen of autodealers. Vertrouwen wordt bepaald door verwachtingen over de toekomst. Hoe hoger het vertrouwen dat de klant ook in de toekomst tevreden zal zijn, hoe groter zijn loyaliteit. Het gaat hier dus om het vertrouwen van de klant dat de leverancier ook in de toekomst aan zijn verwachtingen zal voldoen. De tweede loyaliteitsdrijver is de tevredenheid van klanten. Krijgt de klant wat hij verwacht, maakt de organisatie zijn beloftes waar, is de dienstverlening in orde, voelt hij of zij zich gewaardeerd? Kortom zijn de producten, diensten en klant/leverancierrelatie in orde? Tevredenheid zorgt voor commitment van

de klant. Daar waar vertrouwen gaat over de toekomst, gaat tevredenheid over het verleden. De derde loyaliteitsdrijver gaat over de binding met de klant. Deze binding wordt vooral bepaald door de kwaliteit van de alternatieven en de mate waarin de klant geïnvesteerd heeft in de relatie. Als klanten maar mondjesmaat tevreden zijn of zelfs ontevreden, dan wordt het krijgen van meer loyale klanten een moeilijke zaak. Dat betekent dat de basisdienstverlening op orde is, dat er een goede klachtenprocedure is en dat men structureel inzicht heeft in de mate van klanttevredenheid en hoe deze zich ontwikkelt (Kessler & Mylod, 2011; van Leeuwen, 2010; Wetzels et al., 1998).

Als er in een regio of verzorgingsgebied sprake is van concurrentie tussen artsen of ziekenhuizen, dan wordt patiëntloyaliteit heel belangrijk. Ziekenhuizen dienen te begrijpen dat het niet is omdat een patiënt 'geen klachten' heeft, dat hij niet zal overlopen naar de concurrentie. Anders gezegd, patiëntloyaliteit is dus niet gelijk aan patiënttevredenheid. Ziekenhuizen focussen vaak op de 'patiënttevredenheid' en dienen zich heden meer en meer te concentreren op 'patiëntpercepties' en de daaruit voortvloeiende loyaliteit. Fred Lee stelt in zijn boek dat tevredenheid slechts één onderdeel is van de perceptie. Wie zich toelegt op patiënttevredenheid, legt zich toe op middelmatigheid. Patiëntloyaliteit bereik je alleen door verder te gaan dan de middelmaat. Alles heeft te maken met het creëren van een unieke ervaring (Lee, 2010). Patiënttevredenheid is niet hetzelfde als patiëntloyaliteit en de loyaliteit wint het van de tevredenheid in een concurrentiële omgeving. Men krijgt geen loyale patiënt als men niet inspeelt op de emotionele ervaring van een patiënt. Hoe sterk men zich technisch ook profileert, men overstijgt niet de middelmaat. Dus afhankelijk van de graad waarin patiënten/klanten in ziekenhuizen of andere zorginstellingen pijn, angst, verlies, zorgen of emotionele stress gewaarworden, moeten zorgmedewerkers op een gepaste wijze reageren (Goovaerts, 2011).

Lee stelt dat we percepties niet op dezelfde wijze kunnen meten zoals we intern bepaalde processen meten (Lee, 2010). Daardoor zijn er andere waarden en aanpakken nodig om de loyaliteit van patiënten te winnen dan enkel de dingen die we kunnen meten. Ziekenhuizen steken de meeste energie in medische resultaten en procesverbeteringen. Ze werken met tastbare resultaten die objectief gemeten kunnen

worden. De patiënt beoordeelt kwaliteit op basis van zijn of haar perceptie, een subjectief gegeven dat niet op dezelfde manier gecontroleerd kan worden als resultaten. Het ziekenhuismanagement dient een grotere waarde te hechten aan kwalitatieve informatie, niet alleen aan kwantitatieve. Met andere woorden, we moeten praten met de klant (Lee, 2010; Goovaerts, 2011).

Om tevreden klanten te krijgen moet allereerst de medische kwaliteit van voldoende niveau zijn. Maar de relatie die opgebouwd wordt met de patiënt (interpersoonlijke kwaliteit) draagt het meest bij aan de klanttevredenheid. Hoe groter de klanttevredenheid, hoe meer patiënten zich als ware ambassadeurs gaan gedragen. Deze patiënten schatten de dienstverlening hoog in wanneer ze het gevoel hebben actieve participanten te zijn in de zorgverlening. Behulpzame, empathische en betrouwbare zorgmedewerkers spelen hierbij een belangrijke rol en resulteren in een grotere positieve mond-tot-mond-reclame. De ervaren totale dienstverleningskwaliteit heeft een grote invloed op de klanttevredenheid en de gedragsintenties van patiënten met betrekking tot toekomstig zorggebruik (van Leeuwen, 2010).

Een patiënt vertrekt niet uit het ziekenhuis met alleen het idee dat die ene dokter hem heel goed heeft geopereerd, of dat hij de beste medicijnen heeft gekregen. Hij gaat weg met een beeld van het ziekenhuis dat door zijn ervaringen tijdens het verblijf is gevormd. Was er begrip voor hem? Waren de artsen en verpleegkundigen vriendelijk? Tevredenheid en loyaliteit aan het ziekenhuis worden bij de patiënt maar voor een gering deel bepaald door de medisch-technische vaardigheden (Howard, 1999; Lee, 2010; Rottenberg, 2008).

Gezondheidsmedewerkers en zorgorganisaties die meer persoonlijke aandacht en zorg aanbieden, behalen een hogere graag van patiënttevredenheid. Patiënttevredenheid over de opvang en zorg in de UD voorspelt sterk de patiënt zijn bereidheid tot terugkeer naar dezelfde zorgorganisatie. Deze patiënttevredenheid wordt voor een groot deel beïnvloed door communicatievaardigheden, vriendelijkheid en beleefdheid van het personeel (Atkins, Marshall & Javalgi, 1996; Messner, 2005; Sun et al., 2000).

Tenslotte, producten en diensten worden steeds sneller gekopieerd en klanten veranderen steeds gemakkelijker van merk en leverancier. Zorgorganisaties investeren daarom noodgedwongen steeds meer in klantbehoud en het creëren van trouwe, loyale klanten. Allereerst kost het werven van nieuwe klanten in de regel meer geld dan het

behouden van bestaande klanten. Verder kunnen loyale klanten op verschillende manieren bijdragen aan het succes van de organisatie: ze zorgen met positieve mond-tot-mondreclame voor gratis reclame en nieuwe klanten (Howard, 1999; van Leeuwen, 2010). Een excellent onthaalproces is hierbij een cruciale factor.

Onderzoek identificeerde (Lee, 2005) de vijf belangrijkste voorspellende factoren die bepalen of een patiënt in de toekomst de intentie heeft om een ziekenhuis opnieuw te bezoeken. Deze vijf voorspellers zijn de algemene tevredenheid over het ziekenhuisbezoek, de intentie om de organisatie aan te bevelen aan anderen, de reputatie van het ziekenhuis, de tevredenheid over de vriendelijkheid van de artsen en de tevredenheid over de behandeling.

## **Hoofdstuk 4: Onthaal en Hospitality**

Gastvrijheid of hospitality is een begrip dat veelal geassocieerd wordt met horeca en toerisme: ontvangst, huisvesting en verzorging van gasten buiten de eigen leef-omgeving, tegen betaling. Een belangrijk element daarbij is de menselijke interactie (Lashley, 2007). Er zijn talloze definities te vinden, maar in essentie gaat het erom dat de gastheer zo goed mogelijk aan de basisbehoeften van de gasten voldoet (Hepple, Kipps & Thomson, 1990). Een meer holistische definitie van hospitality is: ‘een harmonieuze mix van tastbare en ontastbare componenten – voedsel, dranken, bedden, sfeer en omgeving, en het gedrag van het personeel’ (Casseo, 1983). Hier gaat het dus niet enkel meer om vriendelijk en gastvrij gedrag, maar ook om tastbare componenten, zoals voedsel en dranken, en ontastbare componenten, zoals sfeer. Een meer moderne visie stelt dat hospitality vier kenmerken omvat (King, 1995):

- het wordt verleend door een gastheer aan een gast die weg is van huis;
- het is interactief, en houdt het samenkomen in van verlener en ontvanger;
- het is samengesteld uit een mix van tastbare en ontastbare factoren en
- de gastheer zorgt voor de veiligheid van de gast en voor het psychologisch en fysiologisch comfort. Een definitie die alle essentiële elementen van hospitality combineert, is: “Een gelijktijdige, menselijke ruil, die vrijwillig wordt aangegaan, en die

bedoeld is om het wederzijds welzijn van de partijen te verhogen door het aanbieden van accommodatie, voedsel en drank” (Brotherton, 1999).

Ziekenhuisklanten verwachten echter steeds vaker als gast behandeld te worden, ook in sectoren waar daar traditioneel minder aandacht voor was.

Onzekerheid, ongemak en pijn, gecombineerd met een verlies van privacy, maken dat gastvrijheid in een zorgomgeving niet zomaar vergeleken kan worden met die in een hotel –of horeca omgeving. Toch streven ziekenhuizen in toenemende mate naar een beleving van gastvrijheid bij hun patiënten (King, 1995; Severt, Aiello, Elswick & Cyr, 2008). De traditionele elementen van gastvrijheid (ontvangst, huisvesting en verzorging van gasten buiten de eigen leefomgeving) zijn namelijk evenzeer van toepassing in een ziekenhuis als een traditionele horecaomgeving (Desombre & Eccles, 1998).

De principes van het hospitality management doen meer en meer een intrede in de ziekenhuiswereld. Ook patiënten willen op een gastvrije manier onthaald worden met aandacht voor een klantgerichte service en service-omgeving. Zorginstellingen gaan meer aandacht besteden aan het leren van andere sectoren zoals hotels en vrijetijdsindustrie. Maatschappelijke en culturele veranderingen hebben hun invloed op het onthaal van de patiënten en bezoekers. De vergrijzing staat voor de deur. Er komen meer patiënten en zij laten hun mening meer horen dan tien jaar geleden. Nu verwachten de patiënten naast vanzelfsprekend goede zorg ook een dienstverlening en ontvangst op hoog niveau. Het is aan de zorgorganisaties om de opvang en het verblijf zo aangenaam mogelijk te maken. Patiënten en hun begeleiders willen vriendelijkheid, veiligheid, transparantie, privacy, goed eten en drinken en dus ook een optimale beleving. Gastvrijheid of hospitality wordt iets vanzelfsprekend. Ziekenhuizen en andere zorgorganisaties kunnen zich meer en meer profileren met gastvrijheid en hotelservices.

Hospitality in de zorg hoeft niet perse gepaard te gaan met dure (technologische) investeringen. Veel hangt samen met luisteren, aandacht geven en net dat doen wat de klant van de organisatie verwacht. Dit betekent in het algemeen wel een cultuuromslag naar ‘hostmanship’. Dit kan men omschrijven als de kunst om mensen het gevoel te geven dat ze welkom zijn en verwacht worden, net zoals dat in de hotel -en vrijetijdsindustrie ook gebeurt. Het gaat immers om een positieve uitstraling van de medewerkers, het willen begrijpen en helpen van de klant.



Onnodig te zeggen dat het onthaalproces, de frontoffice met aandacht voor klantencontact waarin hospitality centraal staat, steeds belangrijker wordt in een ziekenhuisomgeving net zoals in de horeca-industrie.

Goed leiderschap en competente, opgeleide medewerkers met aandacht voor gepaste omgangsvormen, betrokkenheid en inlevingsvermogen zijn van cruciaal belang. Dit is essentieel om een optimaal patiëntenonthaal aan te bieden met medewerkers die zich bewust zijn van de noodzaak van hospitality. Een dienstverlenende houding en efficiëntie moeten samen kunnen bestaan. Medewerkers dienen getraind te worden op een attitude van hotelmatige gastvrijheid.

Hospitality is slechts één puzzelstukje, maar wel eentje waar je het verschil mee kan maken t.o.v. anderen (concurrerende) zorginstellingen die niet op deze trein springen. Een onthaal waarin hospitality of gastvrijheid centraal staat, levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteitsbeleving en aan het welbevinden van zowel patiënten, bezoekers als medewerkers (Koning, 2008; Meyer, 2012).

## **Deel II: Empirisch onderzoek**

### **Hoofdstuk 1: Situering en methodologie Case Studie onderzoek**

#### 1.1 Inleiding

In deze masterproef is het de bedoeling na te gaan hoe in de eerste plaats de patiënten, maar ook de medewerkers het onthaal ervaren binnen de setting van de UD waar men een primair onthaal aanbiedt en binnen de setting van de dienst MBV waar de patiënten een secundair, decentraal onthaal meemaken. Welke activiteiten spelen zich af tijdens beide onthaalmomenten? En welke elementen bepalen voor de klanten of zij de beide onthaalmomenten en het gehele gepercipieerde onthaaltraject als goed ervaren? Het onthaal wordt bekeken vanuit twee invalshoeken. Ten eerste wordt de perceptie van de patiënten ten aanzien van het onthaal op de UD en dienst MBV onderzocht aan de hand van patiënteninterviews en directe observaties. Ten tweede wordt de perceptie van de zorgverstrekkers en onthaalmedewerkers ten aanzien van het door hun aangeboden onthaal besproken. Hiervoor werden met een aantal medewerkers van beide diensten focusgesprekken gehouden.

Er wordt bekeken of de elementen van een goed onthaal, die aan bod komen in de geraadpleegde literatuur, terug te vinden zijn in de perceptie van de ziekenhuisklant.

Tevens is het interessant om te kijken of er een kloof is tussen de verwachtingen van de patiënt met betrekking tot de onderzochte onthaalprocessen en hun ervaring in de praktijk. Eveneens wordt besproken wat een goed onthaal betekent voor de verpleegkundigen en onthaalmedewerkers en welke elementen voor de patiënt van belang zijn volgens de medewerkers om te kunnen spreken van een goede totaalervaring van het onthaal op beide diensten. Via directe observaties wordt het primaire en secundaire onthaal op beide onderzoekseenheden in beeld gebracht. Er wordt bekeken hoe het onthaal in de praktijk verloopt met het in kaart brengen van de sterke en zwakke punten. Correleert de praktijk met de vermelde zaken uit de focusgesprekken?

Aangezien beide diensten, UD en MBV sinds twee jaar werken in een nieuwbouw-omgeving wordt nagegaan of de huidige vernieuwde infrastructuur bijdraagt tot een betere en meer efficiënte onthaalflow.

Voor de patiëntinterviews werd op basis van de geraadpleegde literatuur een topiclijst opgesteld met de voornaamste elementen die aan bod konden komen tijdens de interviews. Aangezien de nadruk lag op de perceptie van de patiënt werd er voldoende ruimte gelaten om naast de topiclijst ook andere items, die voor de patiënten van belang waren, aan bod te laten komen.

De onthaalbeleving wordt in grote mate beïnvloed door de relatie centraal en decentraal onthaal. Zowel de patiënten als de medewerkers komen er voortdurend mee in aanraking tijdens respectievelijk hun opname en de uitoefening van hun job. De keuze om zowel het centrale als het decentrale onthaal te bestuderen is dan ook ingegeven door een reële problematiek op de ziekenhuisvloer. We gaan in dit onderzoek dan ook na of patiënten de twee onthaalmomenten op de onderzochte diensten in zijn geheel ervaren of dit zien als twee onthaalprocessen die los van mekaar gebeuren. Er wordt nagegaan of de patiënt dit al dan niet bekijkt als een totaalervaring.

Het onderzoeken van het centrale en decentrale onthaalproces binnen eenzelfde opname kan eveneens bepaalde gelijkenissen of verschillen aan het licht brengen. Hierbij wordt bekeken of de patiënt zijn verwachtingen en ervaringen ten aanzien van het centraal en decentraal onthaal gelijkaardig zijn of anders zijn per type onthaal.

Ook vanuit het perspectief van de medewerkers is het interessant om te onderzoeken hoe zij de complexiteit van beide onthaalprocessen beleven: wat loopt goed volgens de medewerkers en waar zien zij eventuele verbeterpunten.

## 1.2 Probleemformulering

Het belang van een goed onthaal van de patiënt en zijn familie en de elementen die een invloed hebben op de patiënt zijn ervaring, kwamen in het literatuuronderzoek reeds aan bod. Mensen die zich aanmelden voor een spoedopname en dringende MBV behoeven tijdens hun spoedopname hebben meestal een acuut, onverwacht gezondheidsprobleem. Deze mensen hebben vaak pijn en zijn veelal onder de indruk van het gebeuren met emoties als angst en onzekerheid over de te verwachten resultaten. Dit geldt nog meer voor patiënten en bezoekers die zich aanmelden met levensbedreigende pathologie of

zeer ernstige chronische pathologie met complicaties. Het onthaalproces dat deze patiënten doorlopen en meemaken, de contacten en support die zij aangeboden krijgen bij hun centrale en decentrale onthaalmomenten dient een aansluitend geheel te zijn dat ondersteunend werkt voor de patiënt. Het onthaal dient zodanig georganiseerd te zijn dat de patiënt geen extra stress ondervindt, maar juist een totaalervaring krijgt waarbij hij het gevoel krijgt dat er voor hem gezorgd wordt en dat men een professioneel onthaal mag verwachten op menselijk, infrastructureel en organisatorisch vlak.

Met een huidig aantal spoedopnames in het OLV Ziekenhuis (Campus Aalst) van om en bij de 26 000 patiënten per jaar en gemiddeld 70-75 patiënten per dag, waarvan 80% eveneens een onthaal en onderzoek krijgt op de dienst MBV, kan men stellen dat de wijze waarop de patiënten een onthaal krijgen via deze diensten van cruciaal belang is en zijn impact heeft op de patiënttevredenheid.

Hierbij komt ook nog eens dat de percepties van de klanten, meer bepaald de verwachtingen en de kennis, de manier van reageren en omgaan met zorg sterk is geëvolueerd. Patiënten zijn veel kritischer, mondiger en weten beter wat hun rechten als patiënt inhouden. Een spoedopname zal steeds uniek zijn daar er een ganse waaier van redenen zijn om de spoedgevallen aan te doen, gaande van een plotse achteruitgang van diens gezondheidstoestand tot het niet te bereiken van alternatieve zorgaanbiedingen. Iedere klant heeft met andere woorden zijn specifieke noden en zal met bepaalde verwachtingen over het onthaal naar het ziekenhuis komen.

Voor ziekenhuismanagers nu en in de toekomst zal de uitdaging er vooral in bestaan de specifieke verwachtingen en zorgvragen van zijn bezoekers in verband met hun onthaal te onderkennen, zijn gehele team hiervan bewust te maken en een beleidsmatige strategie te implementeren die de klantrelaties versterkt, zowel naar tevredenheid als naar bereidheid terug te keren. Patiënten kiezen niet meer enkel voor een ziekenhuis omwille van de aanwezige medisch-technische expertise. Het zal meer en meer de manier van omgaan zijn met de klanten tijdens het gehele onthaaltraject die het verschil zal gaan maken.

### 1.3 Doelstelling

Grote aandacht zal uitgaan naar de perceptie/ervaring van de patiënten:

Hoe ervaren de patiënten de organisatie van het onthaal op beide diensten en de link tussen beiden en dit zowel op menselijk, architectonisch en operationeel vlak.

Welke aspecten en factoren hebben een impact op hun toekomstige keuzes voor de onderzochte instelling? In hoeverre beantwoordt de organisatie van het primaire en secundaire onthaal aan hun verwachtingen?

In welke mate werkt de omgeving, benadering en flow van de diverse onthalen en ontvangst al dan niet ondersteunend voor de patiënt? Is de ziekenhuisomgeving al dan niet te complex om nog onthaalvriendelijk voor de patiënt te kunnen zijn?

Welk inzicht en ervaring hebben de onthaalmedewerkers (verpleegkundigen en administratieve onthaalmedewerkers) van beide diensten ten aanzien van het onthaal?

Welke verwachtingen hebben de patiënten volgens hun met betrekking tot het onthaal op urgentie en de dienst MBV? Welk onthaal biedt men momenteel in de realiteit aan de patiënt aan? De taken, de competenties, de attitude en de communicatie van de onthaalmedewerkers zijn essentieel voor het bekomen van een efficiënte, patiëntvriendelijke organisatie. Om deze reden is het van cruciaal belang om ook hun percepties over het onthaal -en de onthaalomgeving te verwerken in het onderzoek.

Het antwoord op deze vragen levert vaak ook veel materiaal op voor verder onderzoek of nieuwe hypotheses. Het vervolg van deze studie zal de gevonden inzichten verder vertalen in aanbevelingen naar een duurzame, patiëntvriendelijke onthaalomgeving –en organisatie in de zorgsector.

De bedoeling is om met de verkregen resultaten aanbevelingen te doen naar het management van beide diensten zodat verbeterpunten en inzichten van patiënten kunnen aangewend worden in een klantvriendelijk en professioneel onthaalproces voor patiënten op de dienst urgentie en dienst MBV.

#### 1.4 Onderzoeksmethode

In een diepgaand case studie onderzoek zullen enerzijds de diverse onthaalfloes op en tussen de twee onderzoekseenheden (urgentie en MBV van een groot algemeen privaat ziekenhuis) in kaart worden gebracht vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt en mede vanuit het perspectief van de organisatie.

De keuze voor een case studie als onderzoeksdesign komt voort uit het willen begrijpen van een complex onthaalproces. Complex omdat er meerdere partijen betrokken zijn en heel wat elementen één ketting dienen te vormen om tot een efficiënte onthaalomgeving en onthaalproces te kunnen komen. Het onthaal op spoed en MBV is eveneens zeer specifiek en complex omdat een opname in urgentie geen standaard of geplande gebeurtenis is voor een patiënt. Hij komt vaak onvoorbereid en geheel onverwacht in een situatie die vaak gepaard gaat met onzekerheden op vele vlakken. De patiënt weet meestal niet vooraf of een verblijf in het ziekenhuis noodzakelijk zal zijn. Hij weet niet vooraf welke onderzoeken er zullen moeten gebeuren en welke artsen en andere hulpverleners hem zullen ontvangen. Deze situatie staat in groot contrast met patiënten die bijvoorbeeld naar een geplande consultatie komen of dagopname, waar alles vaak vooraf gepland werd, de patiënt vooraf geïnformeerd werd over wat er zal gebeuren en welke artsen hem zullen behandelen. Bijkomend weet de patiënt vooraf niet hoelang hij zal vertoeven op de UD.

Een case studie is een empirisch onderzoek dat een hedendaags fenomeen in detail binnen zijn reële context onderzoekt. In deze case wordt de link gelegd tussen het centraal onthaal op een UD en het secundaire, decentrale onthaal op de dienst MBV van één algemeen ziekenhuis.

Het betreft deels een verkennend/exploratief case studie onderzoek met een focus op de perceptie van de patiënten gebaseerd op kwalitatieve semi-gestructureerde persoonlijke diepte interviews. De ervaring van de betrokken medewerkers/professionals wordt in beeld gebracht via de informatie verkregen uit focusgesprekken met diverse onthaalmedewerkers.

Deels is de case studie beschrijvend waarbij de huidige onthaalfloor vanuit het perspectief van de klanten en vanuit het perspectief van de organisatie in kaart gebracht wordt.

Een case studie is een onderzoeksmethode waarbij diep en vaak voor een (langere) periode wordt ingegaan op één persoon, groep of fenomeen, hier in deze case het centraal en decentraal onthaal op respectievelijk een UD en een dienst MBV (Yin, 2008).

Een case studie wordt vaak gebruikt bij onderzoeksvragen die willen beantwoorden hoe iets werkt of waarom iets zo werkt. Bij het geselecteerde onderwerp is er sprake van dergelijke “hoe” of “waarom”-vragen. Het betreft hier het bestuderen van een situatie waar de onderzoeker weinig invloed zal/kan uitoefenen op de omstandigheden en het gaat om een voorval binnen een ‘reallife’ context, wat past binnen de methodiek van een case studie (Yin, 2008).

Bij een case studie worden er vaak meerdere manieren naast elkaar gebruikt om data te verzamelen, zoals: interviews, observaties, onderzoeken van documentatie en spoorwerk. Omdat deze case studie diep ingaat op één geval voor een bepaalde periode kan er veel specifieke data worden verkregen over dit ene geval. Bij dit onderzoeksonderwerp zijn er veel variabelen, wat past binnen een case studie. Dit in tegenstelling tot andere onderzoeksmethoden, waar vaak één variabele wordt bestudeerd en daarvoor vele gevallen worden bekeken (Yin, 2008).

Procedurele kenmerken in deze situatie zijn dat veel variabelen van belang zijn en meerdere bronnen van bewijs onderzocht worden. In deze case studie werden verschillende types van gegevens verzameld. Deze data triangulatie of gebruik van verschillende databronnen maakt het resultaat krachtiger omdat het onderzoeksonderwerp uit de case van verschillende zijden wordt bekeken. Dit verhoogt de geloofwaardigheid van de resultaten van het onderzoek. In deze uitgewerkte case studie werden observaties gecombineerd met patiënteninterviews en focusgroeps gesprekken met medewerkers van de twee onderzoeksunits.

Er werden diepte interviews afgenomen van patiënten die een onthaal op de UD meemaakten én binnen hun zelfde bezoek aan de UD mede een onthaal genoten op de

dienst MBV. Hun onthaal en onderzoek op de dienst MBV was steeds gelinkt aan hun spoedopname. Dit betreft patiënten die op de dienst MBV klassieke radiologische opnames nodig hadden, een echografisch onderzoek of CT (computerized tomographie) of een MR-onderzoek (magnetische resonantie) nodig hadden of een combinatie van meerdere van deze investigaties.

Deze case studie werd uitgewerkt op één grote locatie (een groot algemeen ziekenhuis) binnen twee onderzoekseenheden (dienst urgentiegeneeskunde en dienst MBV).

## 1.5 Gegevensverzameling en gegevensverwerking

### 1.5.1 Observaties onthaal en onthaalomgeving Urgentiedienst en Dienst Medische Beeldvorming

In de periode oktober 2012-maart 2013 werden observaties uitgevoerd van het onthaal en de onthaalomgeving van beide diensten. Eveneens de transfer naar het secundaire onthaalpunt werd geobserveerd. Deze observaties gebeurden op verschillende momenten van de dag en de week zodat men een realistisch beeld krijgt van de situatie. Op weekdays en tussen 8u en 22u is een hogere bestaffing op beide diensten aanwezig dan tijdens de nacht of gedurende het weekend. Dit geeft andere aandachtspunten en werkwijzen ten aanzien van het onthaalproces.

Er werd gestart met korte observatiemomenten om de grote structuur van de setting in kaart te brengen. De observaties werden gradueel opgebouwd. Naarmate de grote lijnen in de setting duidelijk werden, werd er lager geobserveerd. Dit houdt in dat men bepaalde aspecten of elementen van één of beide diensten (UD of MBV) scherper en dus meer in detail ging bekijken. In totaliteit werden gedurende 24u observaties uitgevoerd op beide diensten. Gedurende drie voormiddagen werd geobserveerd tussen 8u en 11u en tussen 10u en 13u (totaal van negen uren). Eveneens werden observaties gedaan tijdens de avondshift en het begin van de nachtshift. Tijdens de avondshift vond drie maal een observatie plaats tussen 13u en 16u of tussen 16u en 19u (totaal van 9 uren). Twee observatieperiodes vonden plaats tussen 19u en 22u en tussen 21u en 24u (totaal van 6u). Op deze manier werd getracht een beeld te krijgen van de verschillende



onthaalaspecten in relatie tot de verschillende shiften, de bestaffing van de shiften en de variabiliteit in aantal aanwezige patiënten.

### 1.5.2 Interviews patiënten

Vóór de start met de patiëntinterviews werd in maart 2013 toestemming gevraagd voor afname van een aantal patiëntinterviews in het ziekenhuis waar de case studie plaatsvond. Hiervoor werd toestemming gevraagd aan het centraal ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Gent en werd tevens advies en toestemming gevraagd aan het lokaal ethisch comité van het OLV Ziekenhuis te Aalst.

Meer bepaald diende een adviesaanvraagformulier en (patiënten)informatie –en toestemmingsformulier beoordeeld te worden (zie Bijlage 1).

Per 16 mei 2013 werd een definitieve goedkeuring bekomen van beide ethische comités voor uitvoering van de interviews (zie Bijlagen 2 en 3). Het Trial bureau werd na goedkeuring eveneens reglementair ingelicht over de goedkeuring en startdatum van de interviews.

Voor de start van de eigenlijke interviews die verwerkt werden in de case studie, werden er drie testinterviews uitgevoerd om te bekijken of de topiclijst volledig genoeg was en er geen cruciale items ontbraken. In totaal werden er in de periode mei-juni 2013 semi-gestructureerde interviews afgenomen bij twintig patiënten die een primair onthaal genoten op de dienst urgentie en binnen dezelfde opname een secundair onthaal kregen op de dienst MBV. Het betreft kwalitatief semi-gestructureerde interviews met topiclijst (zie Bijlage 4).

Het kwalitatieve interview wordt op een iteratieve wijze gebruikt. Dit wil zeggen dat fasen van interviewen en fasen van analyseren mekaar afwisselen. De structuur en de inhoud van het interview kunnen worden aangepast aan de resultaten van de analyses. Elk interview kan hierbij dus andere invalshoeken aan het licht brengen en andere richtingen uitgaan (externe flexibiliteit). Maar ook intern is het kwalitatieve interview flexibel. Ook al zijn er met het opstellen van de topiclijst reeds een aantal topics en thema's vastgelegd, deze moeten steeds inwisselbaar zijn tijdens het interview zelf. Het doel van de kwalitatieve interviews was om diepte te krijgen in de ervaring en het

verhaal van de respondenten. De geïnterviewde stuurt als het ware het interview. De interviewer dient er enkel over te waken dat het interview niet te ver afdwaalt zodat de onderzoeksvraag voldoende kan beantwoord worden.

Patiënten die reeds doorgestuurd werden van andere onthaalpunten (consultaties, andere afdelingen, centraal onthaal (aankomsthal ziekenhuis) werden niet geïnccludeerd omdat er specifiek en alleen een totaalbeeld gewenst werd van het onthaal op de UD en MBV (zonder vertekening door reeds andere onthaalervaringen op andere locaties in het ziekenhuis).

De patiënten werden ad random geselecteerd met volgende in -en exclusiecriteria:

De patiënten mochten niet verkeren in een levensbedreigende toestand waar een interview niet verantwoord of mogelijk zou zijn. De geïnterviewden dienden adequaat te zijn en in de mogelijkheid om te kunnen antwoorden. Patiënten die verward, gedesoriënteerd waren of van wie de mentale toestand geen interview toeliet, werden niet geïnccludeerd in de pool van mogelijk te interviewen personen.

Patiënten met (teveel) pijn of andere majeure ongemakken werden niet aangesproken tot toestemming voor interview. Steeds werd met de aanwezige spoedarts overlegd en toestemming gevraagd of een interview bij een bepaalde patiënt geen problemen kon stellen en medisch verantwoord was. Patiënten die geen MBV en aldus geen onthaal kregen op dit decentraal punt, kwamen niet in aanmerking voor het interview. De patiënten dienden volwaardig de Nederlandse taal te beheersen om alle info (mondeling en schriftelijk) te kunnen begrijpen en te kunnen antwoorden in het Nederlands. Alle patiënten die deelnamen werden ad random geselecteerd, rekening houdende met de vermelde criteria.

Beide diensthoofden (UD en MBV) verleenden hun toestemming tot het uitvoeren van deze case studie. De interviews werden afgenomen of op de spoedopname zelf of op de kamer indien de patiënt dit prefereerde (na de spoedopname en indien de patiënt in het ziekenhuis diende te blijven). Op de spoedopname zelf werden de interviews steeds afgenomen in een gesprekslokaal of op de kamer van de observatie-unit die aan de spoedopname verbonden is. Van alle geïnterviewde patiënten werd één interview niet geïnccludeerd en uitgeschreven wegens een taalprobleem dat pas tijdens het interview duidelijk werd.

Van alle patiënten die aangesproken werden om deel te nemen aan het onderzoek, waren er vijf patiënten die na de mondelinge informatie een deelname aan het interview weigerden. Drie patiënten weigerden wegens algemeen onwel of vermoeidheid. Twee andere patiënten weigerden wegens afwerking van hun dossier op moment van vraag tot deelname en hun wens om direct naar huis te kunnen terugkeren (ambulante patiënten). Elke deelnemende patiënt kreeg vooraf gemiddeld vijftien minuten uitleg over het doel en de inhoud van het onderzoek en interview. Tevens werd met elke patiënt de informatiebrief en het toestemmingsformulier volledig doorgenomen vóór ondertekening en akkoord tot deelname. Elke deelnemende patiënt ontving een copy van de informatiebrief en toestemmingsformulier. De duur van de interviews varieerde tussen 25 en 45 minuten (exclusief informatie vooraf). Alle interviews werden opgenomen via een voicerecorder op geluidsbandjes en uitgevoerd door de auteur van deze masterproef. Het opnemen van de gesprekken komt de kwaliteit van de gegevens ten goede, omdat de onderzoeker zich dan beter kan concentreren op het gesprek en zich niet hoeft bezig te houden met het maken van notities. Tevens vergroot dit de kwaliteit van de gegevens, omdat alle gegevens na te luisteren zijn (Mortelmans, 2007). Standaardisatie van de methode van dataverzameling is gewenst voor een hoge betrouwbaarheid. Door de dataregistratie met voicerecorder is de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd.

Tijdens alle interviews was gezelschap van een begeleider of familielid toegestaan.

De deelnemende patiënten beoordeelden de interviews als zeer positief omdat dit voor hun betekende dat het ziekenhuis belang hecht aan hun mening en aan een patiëntvriendelijk onthaal en onthaalomgeving.

Nadat de eerste interviews afgenomen waren werd gestart met het uittypen van de interviews volgens het Verbatim-principe. Dit betekent dat de interviews woordelijk uitgeschreven worden zoals ze op de geluidsband staan. Transcriptie is de analyse van het ruwe gegevensmateriaal. Het ruwe gegevensmateriaal, de geluidsopnamen van de interviews, wordt hierbij geschikt gemaakt voor analyse. De transcripts lezen zoals het gesprek verlopen is. Deze transcripts bevatten dus grammaticale fouten, verkeerde zinsconstructies en tussenwoordjes.

Na de afname en transcriptie van de eerste vijf interviews werd gestart met het coderen van de interviews. In een eerste fase zijn de interviews open gecodeerd. Hierbij worden

alle reeds uitgetypte teksten grondig doorgelezen. Alle data die relevant of interessant analytisch materiaal opleveren worden gescand. In de tekst worden fragmenten geselecteerd die met het onderzoeksonderwerp verband houden. Elk fenomeen/fragment dat significant lijkt, wordt afzonderlijk genomen en gelabeld met een code of omschrijving. Dezelfde terugkerende fenomenen krijgen hierbij een zelfde code of label. Hierbij wordt een zekere structuur in de gegevens aangebracht enerzijds en een zekere selectie gemaakt in de data anderzijds. Het open coderen vervult beide functies.

Bij het codeerproces is er gewerkt met in-vivo codes. Deze codes worden gemaakt op basis van woorden van de respondenten zelf. In-vivo codes leveren theoretische elementen aan vanuit de data zelf. Een in-vivo code is de nauwste band tussen de theorie en de data. Dit zorgt ervoor dat de concepten van de onderzoeker nauw blijven aansluiten bij wat de respondenten verteld hebben (Mortelmans, 2011).

Een tweede stap bij het coderen is het axiaal coderen of ontdekken van categorieën. Het is niet noodzakelijk dat gewacht wordt met het axiaal coderen tot alle interviews een open codering krijgen. Reeds na de open codering van een aantal interviews kon er gestart worden met het groeperen van de voorlopige categorieën die bij dezelfde fenomenen horen. Bij deze axiale codering worden de hoeveelheid codes gereduceerd en de verschillende concepten worden met mekaar vergeleken. In deze fase worden ook reeds eigenschappen en dimensies van de categorieën ontwikkeld. Alle gemaakte codes, thema's en concepten uit de doorgelezen en verwerkte interviewtranscripts werden verwerkt, ingevoerd en verzameld via een Microsoft Excel-bestand (versie 2010).

Er werd een lijst thema's en subcategorieën aangemaakt, hetgeen leidde tot een codeboom (lijst met thema's) van de bevindingen. De thema's zijn onderwerpen die veel voorkomen in de tekst en tot elkaar in relatie staan. De subcategorieën zijn onderdelen van de thema's die specifiek zijn. De thema's, die aan de tekstfragmenten werden gegeven, zijn samenvattende notaties voor een stuk tekst. Het doel van het maken van een codeboom is het ontwikkelen van een begrippenkader, die het onderzoeksmateriaal dekt. Een codeboom geeft een ordening aan in de thema's en zorgt ervoor, dat de begrippen gemakkelijk terug te vinden zijn (Mortelmans, 2011). Het maken van de codeboom of schematisch model heeft als doel om op een abstracter niveau te kijken naar de bevindingen om zo relaties te kunnen aantonen.

### 1.5.3 Focusgroepsgesprekken

Om het inzicht en de ervaring van de medewerkers van beide onderzoekseenheden met het centrale en decentrale onthaal uit de case studie in kaart te brengen, werd gekozen om enkele focusgesprekken te houden met de medewerkers die het onthaal dagelijks aanbieden en vorm geven. De informatie bekomen uit deze focusgesprekken wordt ondermeer gebruikt om te kijken of er een kloof is tussen de visie en gewoontes van de medewerkers met betrekking tot het onthaal ten opzichte van de percepties, verwachtingen en ervaringen van de patiënten. Deze methode was geschikt, omdat tijdens een focusgroepsgesprek de meningen van de verpleegkundigen inzichtelijk worden. Het voordeel van dergelijk groepsinterview was dat interactie plaatsvond tussen de verschillende participanten, dat leidde tot nieuwe inzichten.

Er werden in totaal drie focusgesprekken gehouden tussen november 2012 en april 2013. In een onderzoek is het gebruikelijk om meer dan één focusgroep te houden. Dit is om meer informatie te krijgen, maar ook om de eerder verkregen informatie te controleren (Mortelmans, 2011).

Twee focusgroepsgesprekken vonden plaats met telkens zes urgentiemedewerkers.

Eén focusgroepsgesprek vond plaats met twaalf medewerkers van de dienst MBV.

De deelnemers aan de focusgroepsgesprekken waren urgentieverpleegkundigen, verpleegkundigen of technologen van de dienst MBV, secretariaatsmedewerkers van beide diensten. De secretariaatsmedewerkers zijn allen medewerkers die een vooropleiding “Medisch Management Assistant” (vroegere term “Graduaat Medisch Secretariaat”) genoten. Alle medewerkers mochten zich vrijwillig kandidaat stellen voor deelname aan de focusgroepsgesprekken. Tijdens een werkoverlegmoment en via de leidinggevenden werden de medewerkers ingelicht over de inhoud en het doel van het onderzoek en de bijhorende focusgesprekken. Er werd vooraf gesteld om een focusgroepssamenstelling te bekomen met een mix van verpleegkundigen én secretariaatsmedewerkers, een groep van medewerkers zowel met beperkte als met lange beroepservaring in urgentie-geneeskunde of MBV. Uiteindelijk werden alle geïnteresseerde medewerkers geïncludeerd. Aan de focusgroepsgesprekken namen in totaal 24 personen deel, waarvan twaalf urgentiemedewerkers en twaalf medewerkers van de dienst MBV.

De groep werd op een gepland moment bij elkaar gebracht om een discussie te voeren over de diverse onthaalaspecten van hun respectievelijke dienst, maar ook met een blik gericht op de samenwerking met het onthaal van de andere onderzoekseenheid. Via deze focusgesprekken werd getracht een beeld te vormen van de medewerkers hun subjectieve percepties, opinies, attitudes, waarden, gevoelens en ervaringen met betrekking tot het aangeboden onthaal op hun dienst.

Elk focusgroeps gesprek duurde ongeveer anderhalf uur en vond plaats in een vergaderzaal buiten de muren van de dienst, zodat men niet onverwachts gestoord kon worden. De onderzoeker van deze scriptie heeft steeds gefungeerd als gespreksleider.

Bij de start van het gesprek werd steeds een introductie gegeven over het onderwerp. Er werd aangegeven op welke manier het gesprek ging verlopen.

Er werden drie grote open themavragen gebruikt tijdens de focusgroeps gesprekken, namelijk:

- Wat verwachten de patiënten van het onthaal op de UD en dienst MBV volgens de medewerkers van beide diensten? En dit zowel op menselijk, architectonisch en organisatorisch vlak?
- Welk onthaal menen de medewerkers actueel aan te bieden aan de patiënten en bezoekers?
- Welk onthaal zou men wensen aan te bieden en welke punten zouden het huidige onthaal kunnen optimaliseren volgens de medewerkers?

Deze begeleidende themavragen werden gekozen enerzijds op basis van de doorgelezen literatuur. Anderzijds dienden de richtinggevende themavragen om te evalueren welke kloven of gaps er bestaan tussen de verwachtingen en percepties van de klanten/patiënten en de percepties van de medewerkers. Aan de deelnemers werd gevraagd om hun mening concreet te maken met voorbeelden of beschrijvingen van situaties.

Om feedback te krijgen werd aan het einde van de bijeenkomst de prioritaire thema's samengevat en gecheckt met de deelnemers. Tegelijkertijd werd teruggekoppeld naar wat de deelnemers van de discussie vonden.

Naast de groepsleider was er telkens een persoon aangeduid als "assistent-secretaris" voor de aantekeningen van de uitspraken gedurende de gesprekken. Analyse van de focusgesprekken is gebaseerd op de nota's van deze secretaris. Aan alle deelnemers werd per open vraag en voor de start van elk discussieonderwerp gevraagd om hun

ideeën en visies anoniem te noteren. Ook deze aantekeningen werden gebruikt bij de analyse van de focusgesprekken.

Vanuit de focusgroep werden eveneens conclusies getrokken, deze conclusies kunnen de basis zijn voor het ontwerpen en implementeren van verbeteringen in de toekomst.

Een analyse van gegevens verhoogt in kwaliteit door feedback te vragen van experts die niet aanwezig waren bij de groepsbijeenkomst. In deze case werden bijkomende info en inzichten verkregen via gesprekken met de leidinggevenden van beide diensten.

## **Hoofdstuk 2: Case studie onderzoek**

### 2.1 Inleiding

In een eerste deel worden achtereenvolgens het OLV Ziekenhuis, de Urgentiedienst (UD) en de dienst Medische Beeldvorming (MBV) voorgesteld. Vervolgens worden de resultaten besproken van de observaties van de onthaalfloor, de patiënteninterviews en de focusgesprekken.

### 2.2 Voorstelling OLV Ziekenhuis

Het OLV Ziekenhuis biedt als fusieziekenhuis een zorgaanbod op drie campussen: in Aalst, in Asse en in Ninove. De uitgewerkte case studie vond plaats op de UD en dienst MBV van de campus te Aalst.

Het OLV Ziekenhuis Aalst en Asse zijn algemene ziekenhuizen, waar patiënten terecht kunnen voor alle raadplegingen, hospitalisatie en behandeling in de dagkliniek.

Het OLV Ziekenhuis telt in totaal 2600 medewerkers, 844 bedden, 259 geneesheren en 36 assistenten. Het ziekenhuis stelt dat de kwaliteit van hun dienstverlening een topprioriteit is. Men stelt eveneens veel belang te hechten aan investering in nieuwe technieken en apparatuur en in bijscholing en opleiding van hun medewerkers (Jaarverslag OLV Ziekenhuis, 2011).

In 2009 werd de nieuwbouw op Campus Aalst in gebruik genomen. In een voortdurend streven naar verbetering werden ondertussen op de drie campussen een groot aantal afdelingen van de oorspronkelijke bouw gerenoveerd, verbouwd en verfraaid. Ook de diensten urgentiegeneeskunde en MBV ondergingen een uitgebreide verbouwing in 2010 en 2011. De missie en kernkwaliteiten van het OLV Ziekenhuis worden in Bijlage 5 weergegeven.



### 2.2.1 Voorstelling Urgentiedienst

De UD van de campus te Aalst krijgt jaarlijks bijna 26.000 patiënten te verwerken. Van dit totale aantal werden er in 2012 11.247 patiënten gehospitaliseerd. De andere 14.667 patiënten kregen een ambulante opvang en verzorging op de UD. Dagelijks bieden er zich gemiddeld 70 patiënten aan op de UD.

De dienst beschikt over een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg (K.B. 27/04/1998) en een erkende functie mobiele urgentiegroep (K.B. 10/08/1998).

De UD onderging een totale renovatie en verbouwing tussen 2008 en 2011. De vroegere dagkliniek, die nauw verbonden was met de dienst, verplaatste zich naar een andere locatie zodat de urgentiedienst enerzijds verdubbelde in oppervlakte en anderzijds volledig verbouwd en heringedeeld werd. In 2011 werden de werken voltooid en kon de UD werken in een totale nieuwe omgeving en infrastructuur. De opnamecapaciteit en infrastructuur waren grondig verouderd en beantwoordden niet meer aan de moderne en reglementaire noden. Er was een tekort aan materiaal/stockageruimte, een oncomfortabele en te kleine wachtruimte. Er was geen gesprekslokaal en een algemeen tekort aan privacy wegens geen éénpersoonsboxen voor opname. De vroegere dispatching was veel te klein geworden en er waren onvoldoende bedposities om patiënten na onderzoek te huisvesten in afwachting van ontslag of doorstroom naar de kamer. Een groot deel van het aanwezige materiaal en de kwaliteit van de onthaalomgeving waren niet aangepast aan de huidige noden om een patiëntvriendelijk en professioneel klantenonthaal aan te bieden. De dienst onderging de laatste drie jaren een complete metamorfose op architecturaal en organisatorisch vlak. Niet alleen was er de verbouwing, maar ook de komst van urgentie-artsen die permanent op de dienst aanwezig zijn bracht een verandering teweeg. Elke patiënt wordt sedert 2009 primair gezien door een urgentiearts. Een team van tien vaste urgentieartsen zorgt voor de medische opvang van de patiënten. Andere medische disciplines worden in een tweede fase en op geleide van de urgentiearts of verwijzing van de huisarts in consult bij de patiënt geroepen. Daarna wordt beslist of de patiënt een opname behoeft in het ziekenhuis of als ambulante patiënt en na verzorging/therapie de UD kan verlaten. De verpleegkundige opvang wordt verzorgd door een team van 35,2 FEQ (fulltime-

equivalenten). Het merendeel van de verpleegkundigen beschikt over een bijzondere beroepstitel spoed/intensieve zorgen. Voor de logistieke en zorgkundige ondersteuning zijn vier medewerkers afwisselend aanwezig (2,8 FEQ). Zij verzorgen en begeleiden voornamelijk de transporten van de patiënten naar onderzoek en/of definitieve kamer. Zij staan ook in voor materiaalbeheer en andere logistieke taken. Er zijn eveneens acht medewerkers “Medisch Management Assistent” (totaal van 6,3 FEQ) die enerzijds de administratieve taken vervullen binnen het secretariaat urgentiegeneeskunde zoals facturatie, dossierbeheer, attesten e.d. Anderzijds verzorgen zij sedert november 2012 ook alle dagen tussen 8u en 22u een taak op het onthaal van de UD. Zij staan samen met een onthaal -en triageverpleegkundige in voor de eerste opvang en het onthaal van alle patiënten en bezoekers die zich aanmelden op de UD. Zij hebben onder meer als taak alle patiënten die zich aanmelden administratief te registreren zodat er voor elke patiënt een elektronisch patiëntendossier kan geopend worden. Zij beantwoorden samen met de verantwoordelijke onthaalverpleegkundige alle telefonische en interfonische oproepen voor de spoed. Dit betreft interne en externe lijnen, dringende intra-muros reanimatieoproepen en externe oproepen voor interventies door de mobiele urgentiegroep (MUG).

### 2.2.2 Voorstelling Dienst Medische Beeldvorming

De afdeling MBV, ook wel Radiologie genoemd, vervult in het ziekenhuis een belangrijke rol bij de diagnosestelling. Dit gebeurt onder andere door het maken van diverse soorten röntgenfoto's. Ook vindt er diagnosestelling plaats door middel van echografie (geluidsgolven), DSA (digitale substractie angiografie), CT (computer tomografie) en MRI (magnetische resonantie). Medische beeldvorming kan ook een rol spelen in curatieve geneeskunde, denken we vb. aan het verrichten van allerlei puncties, zoals een pleurapunctie, stentplaatsing,...

De radiologie wordt sinds enkele jaren gekenmerkt door spectaculaire technologische (r)evoluties waarbij men steeds meer details van het menselijk lichaam op een eenvoudige en niet-invasieve manier in beeld kan brengen. Dit geldt vooral voor de geavanceerde technieken zoals CT (computer tomografie) en MRI (magnetic resonance

imaging), en leidt tot een betere en meer vroegtijdige detectie van allerlei ziekten en afwijkingen. Ook de mogelijkheden voor beeldverwerking en driedimensionale weergave zijn drastisch toegenomen, wat een betere inschatting van de precieze ligging en uitbreiding van bepaalde letsels toelaat.

Op de campus Aalst werken ongeveer 50 medewerkers op de dienst MBV, voornamelijk in de functie van verpleegkundige, technoloog, zorgkundige of administratief medewerker.

De dienst telt 29 verpleegkundigen, zes technologen MBV en drie zorgkundigen (totaliteit van 34,6 FTE). Het secretariaat en de onthaalbalie van de dienst bestaat uit een team van dertien medewerkers met een opleiding “Medisch Secretariaat”. Deze medewerkers hebben administratieve taken en staan tevens in voor het onthaal van alle ambulante patiënten die zich aanbieden op de dienst tussen 7u en 21u op weekdays en tussen 7u en 12u op zaterdag. Buiten deze uren worden alle patiënten exclusief onthaald door de verpleegkundigen of technologen MBV. Eén van de hoofdtaken van het secretariaat is het verzorgen van de onthaalbalie MBV. Andere taken zijn onder meer het verzorgen van alle telefoonverkeer, nalezen van medische verslagen, verzorgen van interne en externe post, tarificatieverwerking, klachtenbehandeling, enz...

Wat de medische staf betreft beschikt de dienst MBV over twaalf stafleden radiologen, aangevuld met vier residenten en vier assistenten.

De dienst MBV onderging eveneens een grondige verbouwing. De reeds bestaande lokalen en zalen werden behouden en gedeeltelijk heringedeeld. Een volledig nieuwbouwgedeelte werd toegevoegd sedert januari 2012 met nieuwe echozalen en RX-zalen en een volledige nieuwe onthaalbalie. Er kwam eveneens een directe interne verbinding met de UD via een speciale dienstlift om begeleide patiënten (rolstoel, brancard) snel en via een korte interne weg naar de dienst MBV te brengen en terug te laten keren. Deze lift bevindt zich middenin de dienst MBV, dichtbij de CT-zaal en voornaamste spoedzaal. Op de UD bevindt deze verbindingslift zich eveneens centraal in het hart van de UD.

De MBV is gelegen op niveau 0 van het ziekenhuis, vlak boven de UD. De dienst MBV is een zeer grote afdeling binnen het ziekenhuis en bevat diverse onderzoekszalen: zes RX-zalen, drie echo-zalen, één CT-zaal, twee MR-zalen en één mammografie.

De dienst MBV voert dagelijks bij gemiddeld 350-400 patiënten onderzoeken uit. De patiëntenpopulatie bestaat uit verblijvende patiënten komende van een verpleegeenheid, ambulante patiënten doorgestuurd vanop consultaties intra-muros of via extern doorgestuurd vanuit huisartsenconsultaties. Bijkomend zijn er dan de patiënten die vanuit de UD dag en nacht naar de MBV kunnen gestuurd worden. Dit in tegenstelling tot de niet aan urgentie gebonden klanten, die zich aanbieden tussen 7u en 20u.

Van het gemiddeld aantal patiënten die dagelijks de dienst urgentie passeren (70 patiënten/dag), krijgt 80 à 85% een aanmelding en één of meerdere onderzoeken op de dienst MBV. Dit bedraagt gemiddeld voor de dienst MBV een dagelijks aantal van 55 à 60 patiënten die instromen op MBV via de urgentiepoort.

## 2.3 Resultaten

### 2.3.1 Observaties Onthaalfloor Urgentiedienst en Medische Beeldvorming

In dit onderdeel wordt een resumerend verslag weergegeven van de observaties van de onthaalfloor op de UD en de dienst MBV. Het volledig gedetailleerde verslag van deze observaties werd in bijlage geplaatst (zie Bijlage 6).

#### ***Centraal primair onthaal UD***

De onthaaldesk bevindt zich op korte afstand van de spoedgarage en situeert zich binnen een multifunctioneel lokaal, zijnde de algemene dispatching van de UD. De huidige UD beschikt over acht opnameboxen, elf kamers met “low care-zorgen” en zeven bedposities binnen een “high care-zaal”. De algemene grote wachtzaal bevindt zich frontaal tegenover de onthaaldesk.

De UD kan enkel betreden worden door verpleegkundig en medisch personeel met badgetoegang en autorisatie. Alle andere bezoekers of medewerkers, die niet vast aan de dienst verbonden zijn, dienen zich aan te melden via een aanmeldpunt met bel en een interfonisch systeem. Er zijn twee grote ingangen voor de UD. Enerzijds is er de grote ingang voor patiënten en bezoekers. Zij komen binnen langs een grote (vernieuwde) spoedgarage. Deze ingang kan zowel door voetgangers als door ziekenwagens en

privévervoer gebruikt worden zonder dat een passage langs de algemene aankomsthal van het ziekenhuis noodzakelijk is. Anderzijds is er een interne tweede grote toegangspoort voor patiënten en bezoekers die de UD betreden via een interne weg in het ziekenhuis. Achter de spoedgarage bevindt zich een kleine parking met parkeergelegenheid voor maximaal vijf personenwagens. Hier kunnen patiënten en hun begeleiders voor maximaal 15 tot 20 minuten hun voertuig parkeren. Men vraagt aan de patiënten om de wagen zo snel mogelijk naar de algemene ondergrondse parking van het ziekenhuis te brengen. Deze info staat niet aangegeven voor het inrijdend verkeer. Voor de ambulance-voertuigen zijn aparte parkeerplaatsen voorzien vóór de inrit van de UD. Alle ingangen, de spoedgarage, de oprit en de wachtzaal zijn voorzien van camerabewaking. Uit de observaties blijkt dat actueel slechts weinig onthaalmedewerkers en verpleegkundigen deze optie tot permanente visualisatie via het nieuwe camerasysteem gebruiken. De patiëntenregistratie wordt sedert 2012 dag en nacht op de UD zelf in orde gebracht, dit in tegenstelling tot vroeger. Dit bespaart familieleden of begeleiders de verplaatsing naar de centrale balie.

Tijdens de dag zitten de onthaalverpleegkundige en administratief onthaalmedewerker samen aan één onthaaldesk. Indien dit lokaal bezet is met patiënten, wachten de andere inkomende privé-patiënten in de inkomhal. Sommige patiënten en hun begeleiders gaan even wachten in de wachtzaal. Er staat nergens aangegeven in de inkomhal waar patiënten bij een bezet onthaallokaal dienen te wachten. Bij grote patiënteninstroom binnen een zelfde tijdspanne geeft dit regelmatig wachtrijen aan de ingang van de onthaalbalie. De efficiëntie van de onthaalbalie is momenteel afhankelijk van de beschikbare verpleegkundigen en van de drukte op het moment van de aankomst van de patiënt. Bijkomend bepalen de competentie en ervaring van de aanwezige onthaalmedewerkers mede voor een stuk de vlotheid en snelheid aan de onthaalbalie. Het onthaallokaal biedt plaats aan twee personen en is vrij klein en onpraktisch voor patiënten in een rolstoel. De onthaalruimte kan via een deur gesloten worden, wat de nodige privacy toelaat tijdens de onthaalprocedure en patiëntenregistratie.

De onthaalverpleegkundige beluistert in eerste instantie de reden van de komst en de aard van de klachten. De administratieve medewerker brengt ondertussen een aantal andere gegevens in zoals wijze van vervoer, identificatie verwijzer e.d. Afhankelijk van de dringendheid van de klachten en van de beschikbaarheid van het aantal vrije

opnameboxen of onderzoekskamers, beslist de onthaal -en triage verpleegkundige of de patiënt direct wordt doorverwezen naar een opnamebox of dat de patiënt dient plaats te nemen in de wachtzaal. Voor dringende patiënten wordt steeds direct een onderzoekskamer voorzien of binnen één tot twee minuten vrijgemaakt.

De onthaalverpleegkundige licht kort toe aan de patiënt wat er gaat gebeuren en waar en hoe de patiënt wordt verder geholpen. Het triagesysteem waarmee men proefdraaide en dat een onderdeel is van het elektronisch patiëntendossier (EPD) wordt door de meerderheid van de verpleegkundigen niet meer gebruikt.

De hoeveelheid en het type mondelinge info dat tijdens deze eerste ontvangst aan de patiënt wordt gegeven, verschilt en is sterk afhankelijk van de aanwezige onthaalmedewerkers. Er is officieel niet vastgelegd welke minimale info er aan elke patiënt, die zich aanbiedt aan de onthaalbalie, moet doorgegeven worden. In de praktijk worden maar heel weinig richttijden met betrekking tot het wachten medegedeeld. Slechts een minderheid van de verpleegkundigen heeft de gewoonte om een minimale wachttijd of de reden van het wachten mee te delen. De onthaalfolders worden in de praktijk niet standaard meegegeven vanuit de onthaalbalie. Extra info via bijkomende urgentie-infolders of via infoborden in de wachtzaal zijn momenteel niet aanwezig. De infofolder is enkel beschikbaar in het Nederlands.

Wat de instroom betreft van patiënten die met dringend 100-vervoer of (liggend) ambulancevervoer binnengebracht worden, tracht de onthaalverpleegkundige na een anamnese via de patiënt of via begeleidende paramedici/ambulanciers zo snel mogelijk een onderzoekruimte toe te wijzen. Patiënten die binnenkomen met bijkomende MUG-begeleiding stromen steeds direct door naar een opnamebox.

### ***Decentraal secundair onthaal MBV***

Een groot deel van de spoedpatiënten dient naar de dienst MBV te gaan voor onderzoek. Dit kan zowel met begeleiding als op eigen kracht.

#### ***1) Begeleide transfer naar MBV***

De niet-mobiele patiënten die liggend vervoer of rolstoelvervoer behoeven, patiënten die teveel pijn of andere klachten hebben om zelfstandig naar de MBV te gaan, worden allen begeleid door een logistiek medewerker of verpleegkundige van de UD via de

interne lift tussen de UD en MBV. Zij worden rechtstreeks naar één van de wachtzones van de onderzoekzalen van de MBV gebracht. Deze groep van patiënten krijgen op MBV enkel een verpleegkundig onthaal op het ogenblik dat men in de onderzoekzaal binnenkomt. Tijdens de dag (en dus grotere activiteit op MBV) dienen de patiënten veelal te wachten in de wachtzones zonder bij aankomst een direct onthaal te krijgen. In deze wachtzones beschikt de patiënt niet over een oproepsysteem om in geval van nood, vragen of pijn een hulpverlener te alarmeren. Deze patiënten dienen soms te wachten in een zone waar ook andere liggende patiënten aan het wachten zijn. Hier zijn geen compartimenteringen of gordijnen voorzien om de patiënten af te schermen van andere patiënten.

## 2) Niet begeleide transfer naar MBV

De patiënten die zelfstandig naar de MBV gaan, al dan niet vergezeld door hun familie, volgen een ander traject en dienen de UD te verlaten om via een gangpad, lift of roltrap zich één niveau hoger te begeven. De patiënten krijgen op de UD een mondelinge uitleg over hoe ze de weg naar de dienst MBV kunnen vinden. De signalisatie is hier beperkt tot een aantal gekleurde infoborden met pijlen als richtingaanwijzers. Dit in tegenstelling tot de aanduiding naar de centrale inkomsthal die vanuit de UD aangegeven staat met blauwe LED-lampjes op het plafond.

De patiënt arriveert aan de onthaalbalie van de MBV, waar men eerst een nummer dient te nemen en vervolgens dient te wachten in een eerste wachtzaal. Dan krijgt de patiënt een administratief onthaal door een MBV-secretariaatsmedewerker die hem doorverwijst naar een andere wachtzaal. De aanduidingen naar de verschillende wachtzalen gebeurt via infoborden. Deze patiënten worden niet vergezeld naar de wachtzaal. Eenmaal gearriveerd aan de correcte wachtzaal dient de patiënt te wachten tot men door de MBV-verpleegkundige wordt binnengeropen in de kleedkamers van de MBV-onderzoekzaal. Hier ontvangt de patiënt een verpleegkundig onthaal met instructies en uitleg van het onderzoek. Dit betekent dat urgentiepatiënten die niet direct aan de beurt zijn en in een tweede wachtzaal arriveren, geen direct onthaal krijgen en soms niet zeker weten of zij op de juiste locatie zitten te wachten. Samengevat kunnen we stellen dat de niet-begeleide urgentiepatiënten twee maal een decentraal onthaal

krijgen, een eerste maal puur administratief en een tweede maal door de MBV-verpleegkundige of MBV-technoloog.

Het systeem met wachtzones voor begeleide patiënten en wachtzalen voor niet-begeleide patiënten wordt niet gecommuniceerd aan de patiënten. De patiënten op MBV ontvangen noch een algemene infolder, noch een specifieke infolder vóór hun onderzoek op MBV, met uitzondering van de patiënten voor MR-onderzoek. Alle specifieke informatie die aan de patiënt wordt gegeven ter voorbereiding van het onderzoek en tijdens het onderzoek wordt mondeling gecommuniceerd eenmaal de patiënt zich bevindt in de onderzoekzaal. Aan de niet-begeleide patiënten wordt mondeling gecommuniceerd welke weg dient gevolgd te worden voor de terugkeer naar spoed.

In de praktijk worden bijna alle patiënten tussen 22u en 7u begeleid naar de MBV door een UD-verpleegkundige via de interne lift. Op deze uren is de onthaalbalie van de MBV gesloten en is er nog één MBV-verpleegkundige of technoloog aanwezig.

### 2.3.2 Interviews patiënten

Er werden in totaal 20 patiënteninterviews verwerkt. Eén extra interview werd niet uitgetypt en gebruikt wegens een taalprobleem bij de patiënt. Elf vrouwelijke en negen mannelijke patiënten met een leeftijd tussen 32 en 82 jaar namen deel. Drie van deze patiënten werden door ambulancevervoer naar de UD gebracht en 17 patiënten kwamen met eigen privé-vervoer naar het ziekenhuis, bijna steeds begeleid door familie of naasten.

#### *Toegang - Signalisatie UD*

De meerderheid van de geïnterviewde patiënten geven aan dat de **signalisatie** vanop de straatzijde naar de UD voldoende goed is aangeduid. Een verlichte display en oprit tonen duidelijk de **ingang** van de UD voor de patiënten en hun begeleiders. Slechts twee patiënten kwamen langs de algemene inkomhal en/of algemene ondergrondse garage naar de interne toegang van de UD. Zij vinden de **bewegwijzering** naar de UD vanuit



de centrale inkomhal duidelijk. Meerdere patiënten, die de UD voor een eerste maal bezochten, vermelden dat het niet duidelijk is of men de oprit naar de spoedgarage mag gebruiken bij aankomst met privé-vervoer. Dit staat niet aangeduid ter hoogte van de oprit of aan de ingang van de spoedgarage. De vermelding “100” op de oprit geeft aan de patiënten de indruk dat deze toegang enkel door ambulancevervoer kan en mag gebruikt worden. Deze patiënten melden ook dat er nergens in de garage aangeduid staat, waar men nadien de wagen kan stationeren. Vanuit de spoedgarage is het voor bijna alle patiënten zeer duidelijk hoe ze zich moeten aanmelden en aanbellen om de inkomhal van de UD te betreden. Alle patiënten geven aan direct te worden binnengelaten na aanbellen, ongeacht hun uur van aankomst. Het niet direct ter beschikking hebben van een rolstoel in de garage wordt eenmaal vernoemd.

### ***Onthaal UD***

Indien het lokaal vrij is verloopt de ontvangst in de **onthaalbalie** voor de helft van de geïnterviewde personen zeer vlot. Een aantal patiënten, bij wie de onthaalbalie bij aankomst bezet was, merken op dat zij in dit geval geen aanspreekpunt of persoon hebben, noch dat aangegeven staat waar zij dan dienen te wachten. Een aantal van deze mensen wachten op de gang in de inkomhal, maar stellen dat zij op dit moment een aanspreekpersoon missen. Zij stellen dat het niet kan dat verschillende instromende patiënten met mogelijks ernstige klachten moeten wachten tot het onthaallokaal vrij is en er aldus een wachtrij ontstaat ter hoogte van de onthaalbalie. Eén patiënt en familie werden in dergelijke situatie vergeten in de wachtzaal door de onthaalmedewerker, wat resulteerde in een majeure vertraging van het onthaal van deze patiënt. Enkele patiënten merken op dat de informatie bij het eerste onthaal in de onthaalruimte te sterk gericht is op patiëntenregistratie, opnamedocumenten en kamerkeuze. De patiënten verwachten hier ook al andere info en een luisterend oor.

Voldoende **informatie** krijgen bij aankomst is belangrijk voor de meerderheid van de patiënten, doch de manier waarop met hun omgegaan wordt is van een nog groter belang. Meer geafficheerde info en vooral meer verbale info over de dienst, de werking en het gangbare urgentietraject zou voor een aantal patiënten een meerwaarde betekenen. De geïnterviewde patiënten geven wel aan dat zij vanaf het onderzoek in de onderzoekskamer meer info krijgen, doch dit mag van hun ook al in een vroegere fase bij het onthaal, zodat men vooraf beter weet aan wat zich te moeten verwachten.

Op één respondent na vertellen alle patiënten dat zij zeer **vriendelijk** onthaald zijn op de UD met respect voor privacy en een grote mate van **behulpzaamheid**. Alle geïnterviewde patiënten verwachten van een goed primair spoedonthaal een **snelle respons en vriendelijk, hoffelijk personeel**. Men wil bij aankomst een gevoel hebben van geruststelling en directe hulp. Voor bijna alle patiënten werd hieraan voldaan en in alle interviews werd vermeld dat men de vriendelijkheid bij aankomst op de UD zeer opvallend vond en zelfs hun verwachtingen overtrof.

Voor de patiënten die onthaald werden in de onthaalbalie is het soms storend dat er veel andere medewerkers en hulpverleners in het onthaal -en dispatchinglokaal rondlopen of andere taken uitvoeren, wat een minder gevoel van **privacy** geeft. Enkele patiënten merken eveneens op dat de **onthaalverpleegkundige** teveel andere **taken** op hetzelfde moment moet doen. Men vindt dat het voor deze persoon in geval van drukte zeer moeilijk is om een volwaardig onthaal te geven aan alle binnenkomende patiënten.

Meerdere patiënten geven aan dat zij voor de komst naar de UD een verwachting hadden dat een spoedonthaal veelal gepaard gaat met **wachten**. Bijna alle geïnterviewde patiënten stellen daarentegen dat zij niet of slechts zeer kort dienden te wachten en dat hun ervaring hier veel positiever was dan hun verwachting met betrekking tot de wachttijden bij hun spoedonthaal. De meeste patiënten die zich aanmelden met majeure klachten of pijn, vertellen direct te kunnen doorstromen naar de onderzoekskamer met een korte of zelfs geen passage in de onthaalbalie of wachtzaal. Het persoonlijke onthaal van de patiënt gebeurde bij deze patiënten direct door de opnameverpleegkundige in de onderzoekskamer. Meer dan de helft van de respondenten stellen dat zij tolerant zijn voor beperkte wachtmomenten op de UD en mede tijdens het decentraal onthaal op de MBV, maar dat zij tijdens deze wachtmomenten de **nodige informatie en communicatie** wensen over de duur en de reden van het wachten. Dit wordt volgens de respondenten in het algemeen te weinig gedaan door de UD-medewerkers en MBV-medewerkers.

Wat de aankomst en het primaire onthaal op UD betreft, valt op dat zeker de helft van de geïnterviewde patiënten niet op de hoogte is van wie hun ontvangen heeft: een administratieve medewerker, een UD-verpleegkundige of een urgentiearts. De UD-onthaalmedewerkers stellen zichzelf niet automatisch voor. Dit gebrek aan

herkenbaarheid is niet echt een sterk storende factor voor de patiënten, doch het valt op dat dit item in meer dan de helft van de gesprekken vermeld wordt.

Over het communiceren van voorziene wachttijden en communiceren van de tussentijdse stand van zaken merken vijf patiënten op dat de medewerkers (artsen, verpleegkundigen en administratief personeel) **onvoldoende uniforme informatie** geven. De patiënt wenst juiste en eenduidige info te krijgen op regelmatige tijdstippen.

Wat betreft de **algemene wachtzaal** zijn de patiënten relatief tevreden over de inrichting. Men merkt op dat de wachtzaal en ook andere ruimten van de UD nogal een wat koele indruk geven en dat er weinig schriftelijke informatieverstrekking wordt aangetroffen. De grootte van de wachtzaal is voor de respondenten in orde. Hier ontbreekt wel enig daglicht en extra dienstinfo, zo stellen twee patiënten.

De patiënten die met (dringend) ambulancevervoer binnenkomen zijn over het algemeen tevreden over het ervaren onthaal. Eén van deze patiënten diende te wachten op de gang alvorens naar een opnamebox te kunnen doorstromen, wat niet voldoet aan de verwachting van een onthaal op spoed. Deze wachtprocedure op een gang voor patiënten die niet in de wachtzaal kunnen plaatsnemen, geeft deze patiënt het gevoel een tekort aan privacy te ervaren en de indruk dat men niet met hem bezig is.

Zeker een derde van de geïnterviewde patiënten vinden het zeer positief dat hun **familie** en/of **begeleiders** gedurende het ganse proces bij de patiënt kunnen blijven. Dit geeft hun minder angst, onzekerheid en extra steun.

Samengevat verwachten patiënten vooral een vriendelijk en empathisch onthaal, een direct aanspreekpunt bij aankomst en een snelle respons op hun probleem. Het geven van een gevoel van geruststelling en persoonlijke aandacht met voldoende info over wat er gaat gebeuren, reduceert aanzienlijk de angst, onzekerheid en stress bij de geïnterviewde patiënten die plots en onverwacht naar de UD dienen te komen.

### ***Transfer naar MBV***

Zestien respondenten kregen een **persoonlijke begeleiding** naar de dienst MBV met rolstoel of bed via de interne lift tussen de UD en dienst MBV. Men ervaart dit als een zeer belangrijke service. De patiënten zijn onder de indruk van het spoedgebeuren of verkeren in pijn. Het niet moeten op zoek gaan naar een ander onthaalpunt en het krijgen van support wordt als een groot pluspunt ervaren. Aan de patiënten wordt steeds

deze service aangeboden. Deze 16 patiënten werden rechtstreeks naar de MBV-onderzoekzaal gebracht, zonder de MBV-onthaalbalie te moeten passeren.

Slechts vier patiënten kozen om zelfstandig naar de MBV te stappen, al dan niet begeleid door familie. De patiënten die zelfstandig via het externe traject naar de MBV gingen en het traject niet kenden van een vroegere ervaring, stellen dat de **signalisatie naar de MBV** beter dient aangeduid te worden en momenteel verwarrend is.

### ***Onthaal MBV***

Patiënten die zelfstandig naar de dienst MBV gaan, menen dat de procedure met het nemen van een nummer aan de **onthaalbalie van MBV** niet aanvaardbaar is voor patiënten die van de UD komen. Zij komen binnen het circuit van de “niet urgentiepatiënten”, zijnde externe geplande klanten en interne minder dringende patiënten van de afdelingen. Zij betreuren het als patiënt van UD geen prioriteit te krijgen, althans zo komt het voor hun over.

Een groot deel geïnterviewde patiënten ervaart bij aankomst aan de **onderzoekzaal** van de MBV (RX, echo of CT) dat men **geen direct onthaal** krijgt van een medewerker (verpleegkundige of technoloog). Enkel de patiënten die arriveren op de voor MBV meer rustigere periodes van de dag (tussen 20u en 7u) kunnen bij aankomst direct de onderzoekzaal binnengaan en ervaren een snel onthaal. Overdag en op weekdays vertellen de meeste patiënten pas een onthaal te krijgen na een wachtperiode in een wachtzone. Voor meerdere patiënten betekent dit het **wachten** in een bepaalde zone op een gang, zonder dat een medewerker de patiënten inlicht over de voorziene wachttijd of reden daartoe. De respondenten lichten bijna allen toe dat er vooraf niet veel **inforestreking** gebeurt over het type van radiologisch onderzoek. Patiënten merken op een bevestiging te wensen van hun aankomst met reeds een eerste begroeting door de uitvoerder van het onderzoek. Het wachten zonder enige info over wie er met de patiënt bezig is, of men aan de juiste zaal staat en wanneer de patiënt zal geholpen worden is voor vele patiënten een tekortkoming in de dienstverlening van het onthaalproces op MBV. Wel stellen alle patiënten expliciet dat zij, eenmaal binnengelaten in de onderzoekzaal van MBV, een uitermate **vriendelijk en menselijk onthaal** genoten. De MBV-medewerkers geven in de onderzoekzaal de nodige, doch compacte info en stellen de patiënten gerust. Het is vooral de periode van aankomst dat men een sneller en direct

contact wenst met de MBV-medewerker, zodat de patiënten het gevoel krijgen dat ze verwacht worden en dat er iemand met hen bezig is.

De meeste respondenten verwachten ook dat, wanneer zij vanop de UD naar de MBV gevoerd worden, dit ook betekent dat het onderzoek direct zal plaatsvinden zonder nog een extra wachtperiode moeten mee te maken op de MBV. Patiënten die overdag een combinatie van meerdere onderzoeken op MBV behoeven, ervaren op het tweede onderzoek veelal een te lange wachttijd. De respondenten wensen dat het ene onderzoek automatisch aansluit op het volgende en het niet aanvaardbaar is dat hier tussenwachttijden bestaan tussen 30 en 60 minuten, mede omdat het gaat om spoedpatiënten met klachten die op het moment van de beeldvorming vaak nog niet behandeld zijn. Tevreden patiënten zijn deze mensen die vlug werden geholpen en weer vlug naar de UD konden terugkeren.

De **wachtomgeving** op de MBV wordt als modern en groots omschreven. De patiënten die zelf de weg naar de wachtzaal of wachtzone dienen te zoeken, omschrijven het soms als een “echt doolhof” en ervaren een **onvoldoende duidelijke bewegwijzering** om de correcte wachtzaal te vinden. Bijna alle patiënten die dienden te wachten in rolstoel of bed op de MBV vertellen dat er **geen oproepsysteem** te vinden is. Dit is volgens hun voor alle patiënten aangewezen, maar zeker voor patiënten van UD. De respondenten merken op dat er in een aantal wachtzones een televisie of lectuur voorzien is. In andere wachtzones is dit niet aanwezig. In één van de wachtruimtes, waar bedden gestationeerd worden, ervaren de patiënten een tekort aan **privacy** met een te kleine ruimte en doorgang, wat in geval van drukte voor twee patiënten tot chaotische, patiëntonvriendelijke situaties leidde.

Samengevat wensen de UD-patiënten die op MBV komen een snel en persoonlijk onthaal, geen wachttijden en extra info vóór het onderzoek. Vooral op momenten van grote patiënteninstroom ervaren patiënten onvoldoende snelheid en coördinatie tussen meerdere MBV-onderzoeken.

### ***Link Centraal – Decentraal Onthaal***

Wat betreft de link tussen beide onthaalmomenten zijn alle patiënten globaal gezien zeer tevreden over de aangeboden begeleiding tijdens de transfer van de UD naar MBV en omgekeerd. Mensen worden graag begeleid naar het juiste punt en worden steeds terug

afgehaald door de UD-medewerkers. Deze permanente service is een belangrijk pluspunt voor de mensen.

Een aantal patiënten geeft aan dat het onthaalproces op de UD complexer en uitgebreider is dan het onthaal op de MBV. Tijdens het UD-onthaal dient met veel aspecten rekening gehouden te worden, zo stellen de respondenten.

De onthaalmedewerkers op de UD worden geconfronteerd met veel ongeplande patiënten die zich vaak op een zelfde moment of korte tijdspanne aanbieden. Patiënten op UD dienen tijdens hun onthaalproces door de medewerkers over vele verschillende topics geïnformeerd te worden op een moment dat de patiënt nog in een stressvolle, soms acute toestand zit. Men moet info geven over alle verschillende aspecten met betrekking tot de omgeving, de administratie, de workflow, de onderzoeken en de wachtmomenten.

Daarnaast dienen de onthaalmedewerkers speciale aandacht te hebben voor de emotionele opvang van de binnenkomende patiënten en hun familie.

Kortom, heel veel taken en aandachtspunten volgens de patiënten, die stellen dat de onthaalmedewerkers ook nog veel andere niet-onthaal gerelateerde taken uitvoeren.

De patiënten merken op dat het onthaalproces op de MBV enigszins eenvoudiger en korter is van karakter, daar zij vooraf een melding krijgen welk type patiënt er komt en hoeveel patiënten er dienen te komen. De MBV kan hier toch enigszins een planning maken en zich patiënt per patiënt focussen op hun onthaal. Zij kampen ook wel met tijdsdruk en de verwachting om snelle, kwalitatieve service te leveren, maar de informatie die moet doorgegeven worden is toch beknopter en meer gericht op één aspect, namelijk het onderzoek aanbieden op een vriendelijke en informatieve manier. Het acute en meest stressvolle karakter is voor een groot aantal patiënten bij aankomst op de MBV reeds achter de rug, wat de aanpak bij het onthaal al voor een stuk rustiger en meer gecontroleerd maakt.

In de helft van de gesprekken komt duidelijk naar voor dat de gepercipieerde onthaalervaring op UD en MBV zeker meespelen om in de toekomst al dan niet terug te keren naar dezelfde zorginstelling. Enkele patiënten zijn zeer tevreden en menen resoluut dat vooral hun huidige ervaring en eerste indrukken van bij aankomst een stempel drukken op hun voorkeuren voor de toekomst. Dit zijn tevens patiënten die

terzelfdertijd vertellen het ziekenhuis aan te bevelen aan vrienden of familie. Meerdere patiënten lichten toe dat hun huidige komst in feite al een keuze is op basis van eerdere ervaringen op de UD of MBV. Twee patiënten laten zich leiden door het advies en de voorkeur van hun huisarts. Een vierde van de patiënten geeft aan dat de keuze gebeurt omdat hun dossier reeds langer in het ziekenhuis opgevolgd wordt en de patiënt aldus goed gekend is in de instelling. Maar ook deze groep van respondenten stellen dat hun keuze voor terugkeer naar dezelfde instelling mede gebaseerd is op de manier waarop men ontvangen wordt. Van alle respondenten geven 15 patiënten aan zeker terug te kiezen voor dezelfde opvang via de UD en MBV, rekening houdende met alle opgenoemde sterktes en zwaktes in de door hun ervaren onthaalmomenten. Vertrouwen in de medisch-technische vakkundigheid en de reputatie van het ziekenhuis zijn medebepalende determinanten voor hun toekomstige keuzes. Maar een patiëntvriendelijke aanpak met aandacht voor interpersoonlijk contact en communicatie met de klant primeert duidelijk boven de technische kwaliteit.

(Bijlage 7: Codeboom Patiëntinterviews)

### 2.3.3 Focusgroepsgesprekken

Aan de deelnemers van de focusgesprekken werd gevraagd om hun bevindingen en ideeën weer te geven over de volgens hun belangrijke elementen in het onthaalproces van de patiënten op de UD en de dienst MBV. Er werd nagegaan welke verwachtingen ten aanzien van het onthaal de patiënten volgens hun hebben en welke onthaalservice momenteel aangeboden wordt. Eveneens kwamen duidelijke verbeterpunten en opportuniteiten ter sprake die het toekomstig patiëntenonthaal op de UD en MBV zouden kunnen optimaliseren. Ook de link tussen het primaire centrale onthaal en het secundaire decentrale onthaal op de dienst MBV kwam aan bod.

#### 2.3.3.1 Focusgroepsgesprekken Urgentiedienst

##### ***Snelle service***

Alle urgentiemedewerkers zijn het erover eens dat alle patiënten verwachten om snelle hulp en service te krijgen bij aankomst op de spoedgevallen. Slechts enkele

verpleegkundigen merken op dat vele patiënten vooral verwachten na hun eerste onthaal heel snel een arts te zien. De meerderheid van de focusgroepsleden meent dat patiënten vooral een direct onthaal wensen waarbij men het gevoel krijgt dat men bezig is met zijn casus, ongeacht of dit een arts of een verpleegkundige is.

### ***Duidelijke Signalisatie en Toegang***

De patiënt verwacht reeds vanop de straatzijde een duidelijke signalisatie langs waar men de spoed kan betreden of binnenrijden, aldus het merendeel van de urgentiemedewerkers. Sedert de nieuwbouw is de signalisatie naar de oprit van de UD fors verbeterd, zo stelt men tijdens het focusgesprek. Er is een groot en verlicht uitgangbord aan de straatkant en de oprit is maximaal verlicht. Patiënten en hun familie willen volgens de focusgroepen dat ze automatisch en vlot naar de ingang geleid worden. Mensen zijn vaak emotioneel, in stress en overdonderd door hun plotse komst naar spoed.

*“Het laatste dat men dan wenst is tijd te verliezen door een niet goed aangeduide toegang te moeten zoeken.”*

Volgens de focusgroepsleden wensen de patiënten reeds bij het binnenrijden in de spoedgarage geholpen te worden, nog voor de aanmelding aan de onthaalbalie.

De onthaalmedewerkers en onthaalverpleegkundigen geven aan dat zij bij acute patiënten steeds hulp gaan bieden in de garage. De deelnemers vertellen dat het niet mogelijk is om alle patiënten hulp te gaan bieden bij aankomst in de garage en dat dit zeker niet haalbaar is bij een grote patiënteninstroom. Men meent dat vele patiënten direct een aanspreekpunt wensen om bijstand te vragen bij aankomst. Volgens de verpleegkundigen zou een soort van portierfunctie om de toegang en aankomst te faciliteren een verbeterpunt zijn. Men stelt hierbij dat men ambulanciers, die MUG-stage lopen op de dienst soms deze functie bij drukte laten uitoefenen.

Alle medewerkers vermelden het chronisch probleem van een tekort aan rolstoelen. De klanten verwachten volgens hun rolstoelen die klaar staan bij de spoedingang. Vele rolstoelen verdwijnen constant en de onthaalmedewerkers verliezen veelal tijd met het zoeken naar een rolstoel. Men stelt dat dit zowel voor de patiënten als voor het personeel een storend element is en een tekort bij het aanbieden van een goed onthaal.

De spoedbezoekers verwachten gratis parking na de aanmelding. In de praktijk kunnen de patiënten een beperkte periode op een spoedparking plaatsnemen achter de



spoedgarage (15 minuten), doch men vraagt om zich zo snel mogelijk op de grote bezoekersparking te gaan zetten, waar men dient te betalen. Bijna alle medewerkers vertellen dat vele patiënten en bezoekers vinden dat het niet kan om als spoedpatiënt de parking te moeten betalen.

De medewerkers stellen dat patiënten een goede signalisatie wensen vanuit de spoedgarage naar de juiste toegangsdeur. Na de opening van de nieuwbouw werden extra signalisaties aangebracht door het team binnenhuisinrichting, doch blijven de medewerkers ondervinden dat vele patiënten nog onvoldoende zien dat er vanuit de spoedgarage een aparte ingang is voor ambulances en een aparte ingang voor patiënten met privé-vervoer.

Een terugkerend en storend probleem volgens de verpleegkundigen zijn de recidiverende defecten aan de garagepoort. Patiënten dienen dan achterwaarts de garage te verlaten, terwijl inkomend verkeer dit bemoeilijkt. Dit zorgt voor moeilijke situaties en een blokkage van de oprit. De onthaalmedewerkers erkennen allen dit probleem en stellen bij grote patiënteninstroom geen tijd te hebben om als “portier” het in –en uitrijdend verkeer te reguleren. Men stelt dat dit voor de patiënt niet professioneel overkomt en de nodige ontevredenheid opwekt.

Tevens merken twee medewerkers op dat er nog steeds mensen zijn die de toegang van de spoedgarage gebruiken om door te stromen naar andere punten in het ziekenhuis. Men vermeldt dat dit reeds minder voorvalt dan vroeger, maar toch nog regelmatig problemen geeft voor een vlot doorgaand verkeer in de garage. Ook merken de meerderheid van de urgentiemedewerkers op dat het opvangen van personen die eigenlijk niet langs spoed dienen te komen, een extra werkbelasting en onnodige passages geeft, die beter vermeden kunnen worden. Anderzijds stellen drie medewerkers dat men de mensen zomaar niet kan of wil wegsturen, zeker als het om mensen gaat die de reguliere weg niet kennen. Het is niet klantvriendelijk volgens deze medewerkers om deze niet voor spoed bestemde klanten niet verder te helpen.

Wat de signalisatie betreft naar de dienst MBV voor de groep patiënten die zelfstandig naar dit decentraal onthaalpunt gaan, vinden de medewerkers van de UD dat deze bewegwijzering onvoldoende is.

### ***Administratieve registratie en coördinatie onthaal***

Er wordt door de medewerkers opgemerkt dat sedert de nieuwe procedure met de UD als enige nachtelijke toegangspoort van het ziekenhuis, er 's nachts een nachtwaker op de dienst aanwezig is, wat een extra hulp betekent op momenten dat de verpleegkundige met een patiënt bezig is. Alle groepsleden vermelden hierbij de meerwaarde van de inschrijvingen 's nachts op de UD zelf. Deze procedure is volgens de focusgroepsleden veel klantvriendelijker en sneller dan de vroegere procedure via de centrale hal.

Momenteel verzorgen de UD-secretariaatsmedewerkers overdag tussen 8u en 22u de administratie direct bij aankomst op de spoed, zonder dat de patiënt of begeleider zich nog dient te verplaatsen naar de algemene opname.

Alle focusgroepsdeelnemers vinden dat deze recente en permanente service van inschrijving op de UD, tijdens de dag door de eigen secretariaatsmedewerkers en 's nachts door de aanwezige portier, een meerwaarde betekent in het huidige onthaal en kwaliteit van dienstverlening. De focusgroepsdeelnemers zijn het er allen over eens dat deze dienst door de patiënten als zeer positief ervaren wordt.

De leidinggevenden van de dienst urgentie merken hierbij op dat in geval van grote instroom van patiënten men zou moeten kunnen overschakelen op een alternatieve "minimale" inschrijvingsprocedure om de wachtrijen aan de onthaalbalie te voorkomen. De medewerkers zelf maakten deze opmerking niet, doch volgens de leidinggevenden heeft het wachten aan de onthaalbalie bij aankomst zonder aanspreekpersoon of zonder medewerker die de mensen direct kan aanhoren, reeds geleid tot ontevredenheid van toestromende patiënten. Een probleem stelt zich vooral wanneer in de rij wachtenden echte urgente patiënten staan. Het kunnen overschakelen op een snellere en minimale inschrijving met meer focus op bejegening van de patiënt en minder op de administratieve taken zou kunnen verhinderen dat wachtrijen ontstaan aan de onthaalbalie, aldus de leidinggevenden.

Het belang en de functie van de inschrijving van de patiënt is volgens de urgentiemedewerkers sterk verbonden met het kunnen openen van het elektronisch dossier en het kunnen opzoeken van de voorgeschiedenis van de patiënt. Zolang een patiënt niet in het systeem is geregistreerd kan men geen gegevens bedside inbrengen in het dossier en beschikt men niet over de noodzakelijke etiketten voor bloedaanvragen of aanvragen medische beeldvorming, zo lichten de administratieve onthaalmedewerkers

toe. Aangezien het labo en de beeldvorming nog niet werken met elektronische aanvragen kan men zonder etiketten weinig basisonderzoeken laten doorgaan. Tot midden 2012 werkte men nog met een papieren verpleegkundig en medisch dossier. De verpleegkundigen stellen dat het toen veel eenvoudiger was om zelfs zonder inschrijving aan een patiëntopname te beginnen, maar zij erkennen wel de voordelen om samen met de artsen te werken in een digitaal dossier zoals nu het geval is.

De leidinggevenden vermelden hierbij de noodzaak aan een soort extra regulerende onthaalpersoon of “floor manager” die bij drukte en een overbezette onthaalbalie de mensen kan ontvangen, urgenties voorrang geven en de instroom meer kan sturen en opvangen. Dit betreft een zeer dynamische functie met veel patiëntencontact en aandacht voor communicatie en patiëntvriendelijkheid. Of deze persoon een medisch of verpleegkundig professional moet zijn is niet duidelijk voor de focusgroepsleden.

Ook een blijvende communicatie en controle van de wachtzaal gebeurt volgens de leidinggevenden te weinig. Momenteel is niemand aangeduid deze rol te vervullen en hangt het af van de aanwezige verpleegkundigen en hun takenpakket of zij de onthaalmedewerkers al dan niet (kunnen) bijstaan. De leidinggevenden erkennen dat de taken van de onthaal -en triageverpleegkundigen momenteel zeer uitgebreid zijn en zij, naast het onthaal van alle instromende patiënten, een heel gamma van andere taken toebedeeld krijgen. In geval van drukte mogen zij steeds bijstand van hun leidinggevende inroepen, doch dit is niet steeds mogelijk.

### ***Triage***

De personeelsleden vermelden dat de meeste patiënten vaak niet begrijpen dat er een onderscheid gemaakt wordt tussen dringend en niet-dringend. Bij acute pathologie en dringend ambulancevervoer trachten de onthaalverpleegkundigen de patiënt direct door te laten stromen naar de onderzoekskamer zonder passage in het onthaallokaal. Minder dringende patiënten worden eerst onthaald in het onthaallokaal dat geïntegreerd is in de dispatching. Vervolgens wordt bekeken of de patiënten al dan niet direct in een onderzoekskamer terecht kunnen of eerst een bepaalde periode dienen plaats te nemen in de wachtzaal. De verpleegkundigen geven aan dat alle collega's volgens dit principe werken, maar dat het voor de jonge en minder ervaren onthaalverpleegkundigen niet altijd evident is om prioriteiten toe te kennen in ernstgraad en pathologie. De verpleegkundigen hopen dat het nieuwe triagesysteem, dat geïncorporeerd zit in het

elektronisch dossier hier support, standaardisatie en uniformiteit kan bieden. Anderzijds merken vier verpleegkundigen op dat men zich afvraagt wanneer men nog tijd gaat vinden om iedereen een triagecode te geven, aangezien men bij drukte nu reeds overladen wordt met taken. Twee andere verpleegkundigen vinden dat het werken met een uniform, gevalideerd triagesysteem een vereiste is om de patiëntenstroom correct en veilig te laten verlopen. Alle verpleegkundigen stellen dat tot heden er puur getrieerd werd op basis van intuïtie, ervaring, verwijfsbrief en info van de patiënt, familie of het eventueel begeleidend paramedisch team dat de patiënt begeleidt naar de UD.

Het gebruiken van een onderzoekskamer als “short of fast track box” zou volgens de leidinggevenden gedurende een bepaalde periode moeten uitgetest worden. Men stelt dat sommige collega’s en artsen dit soms nu al zo doen, maar ook hier is dit geen vast afgesproken werkwijze.

### ***Interactie – communicatie - info - onthaalomgeving***

De patiënten verwachten volgens alle personeelsleden privacy, ook direct bij aankomst. Bij het vroeger onthaalproces dienden patiënten zich met hun klachten aan te melden aan een loket, waar geen mogelijkheid was om met aandacht voor privacy hun reden van aankomst mee te delen. Alle focusgroepsdeelnemers stellen dat patiënten discretie wensen en een aparte ruimte bij aankomst, zodat men niet in de inkomsthal zonder enige privacy zijn verhaal moet doen. Heden worden de patiënten onthaald in een onthaalruimte en niet meer aan een open loket.

Iedereen is het erover eens dat elke patiënt een vriendelijk onthaal wenst. Dit primeert voor de meerderheid van de patiënten boven alles. Men wil bij het onthaal een luisterend oor, empathie en een vriendelijke, beleefde en respectvolle omgang.

Het merendeel van de focusgroepsleden vermeldt dat vele patiënten bij de aankomst op de UD angst, onzekerheid en stress ervaren. Men stelt dat het zeker hun verantwoordelijkheid en opdracht is deze gevoelens te reduceren, onder meer door een gepast patiëntenonthaal.

Elke urgentiemedewerker stelt dat alle patiënten de nodige info verwachten rond diverse aspecten van hun onthaal. Meer nog dan vroeger wil een patiënt ingelicht worden over de te verwachten wachttijden, planning en organisatie van de dienst. De medewerkers stellen dat enerzijds de verbale inforoverstrekking en persoonlijke communicatie een essentieel element zou moeten vormen van een goed patiëntenonthaal. Anderzijds moet

er voldoende schriftelijke info beschikbaar zijn waaruit het voor de patiënt van bij het onthaal duidelijk wordt hoe de dienst georganiseerd is en wat de patiënt tijdens zijn verblijf kan en mag verwachten. De focusgroepsleden stellen dat niet alle patiënten evenveel info wensen en men als professionele onthaalmedewerker moet ingaan op de infonood van elke individuele patiënt. Het urgentiepersoneel stelt wel dat men in tijden van drukte minder uitgebreid info kan verstrekken en overstapt naar een meer compacte communicatie. Het is op deze momenten dat patiënten moeten kunnen rekenen op duidelijke schriftelijke info. Dit kan onder vorm van rolkranten, affiches en infofolders. De medewerkers stellen dat de huidige infofolder weinig gelezen wordt en dat de info in de wachtzaal ontoereikend is. Vier verpleegkundigen merken op dat men momenteel ook niet de standaard afspraak heeft om aan elke patiënt en/of begeleider automatisch deze folder aan te bieden. Enkele verpleegkundigen merken op dat er momenteel geen vaste afspraken zijn rond het verstrekken van uniforme info aan alle patiënten. De andere focusgroepsleden herkennen dit en stellen dat sommige verpleegkundigen inderdaad meer info verschaffen dan andere. Ook vermeldt men vaak een verschil tussen de info die verpleegkundige meegeeft en de info die de patiënt krijgt van artsen, artsen in opleiding of andere medewerkers.

*“Iedereen zou dezelfde taal moeten spreken over de regeling en manier van werken op dienst. De ene persoon licht de patiënt veel te weinig in bij aankomst en een andere medewerker verschaft dan weer info die in contrast staat met wat de arts een kwartier later meedeelt. Een patiënt wil klare taal horen en vooral eenduidige informatie van alle mensen die hem ontvangen.”*

Momenteel werkt men sedert november 2012 met één centraal onthaalpunt waar de onthaalverpleegkundige en administratief secretariaatsmedewerker de patiënten samen ontvangen. Deze manier is volgens hen reeds een meerwaarde ten opzichte van het vroegere ontubdubeld onthaal, zijnde één aan een verpleegkundig loket dat op de gang uitkwam en één aan een inschrijvingsdesk waar men louter de administratie in orde bracht. Maar aangezien de huidige onthaalruimte geïntegreerd is binnen de algemene dispatching, stellen de personeelsleden dat de patiënten vaak hun onthaal krijgen in een omgeving met veel andere randactiviteiten, lawaai en teveel ander personeel dat constant binnen en buiten loopt. Het onthaal van de patiënten speelt af zich in een deel van een multifunctie-lokaal, waar tal van andere taken door vele verschillende

medewerkers volbracht worden. De spoedmedewerkers menen dat patiënten hier geen optimaal gevoel van privacy krijgen en een onthaal wensen in een meer rustige omgeving zonder andere prikkels of storende elementen.

De architectonische vormgeving van de urgentiedispatching en onthaalbalie werd reeds vele jaren geleden op plan gezet volgens de huidige leidinggevenden. Hier werd gekozen voor een lokaal met twee aanmeldpunten (één loket met verpleegkundig onthaal en één inschrijvingsbalie). Ondertussen is men dit lokaal anders gaan indelen en gebruiken in vergelijking met de doelstelling van jaren geleden. Er was de komst van het elektronisch dossier met digitale overzichtsschermen, andere onthaalvoorkeuren, participatie van het administratief urgentiepersoneel aan de onthaalbalie, overgang naar één centrale aanmeldbalie. De focusgroepsleden en leidinggevenden zijn het erover eens dat de onthaalbalie en dispatching in de huidige manier van werken geen ideale vorm en indeling heeft. Een aantal architectonische aanpassingen zou een efficiënter en klantvriendelijker onthaal kunnen betekenen volgens de focusgroepsleden. Uiteraard beseffen alle groepsleden dat dit een verbouwing vraagt van deze ruimte die nog maar drie jaar in gebruik is. De nieuwe ruime wachtzaal na de verbouwing is volgens de medewerkers een groot verbeterpunt. Men stelt dat de wachtzaal veel groter is met aanwezigheid van een kinderhoek, lectuur, televisie en directe toegang tot sanitaire voorziening met een speciaal toilet voor mindervaliden en rolstoelgebruikers. Tevens is de wachtzaal frontaal tegenover de onthaalbalie gelegen.

De medewerkers stellen dat patiënten verwachten slechts één maal hun verhaal te moeten doen en dat iedereen dan voldoende op de hoogte is om de problemen op te lossen. In de praktijk dient men meermaals aan verschillende hulpverleners het probleem toe te lichten: verpleegkundige, stagiair-arts, assistent-arts, superviserende arts enz. De meeste verpleegkundigen erkennen allen dit probleem en denken dat een groot deel van de patiënten dit ervaren als onvoldoende communicatie tussen de verschillende hulpverleners en disciplines. Maar men stelt eveneens dat het bij heel wat patiënten nuttig en waardevol is om vanuit steeds een andere focus info de dingen opnieuw te bevragen. De groep licht toe dat vele patiënten vaak niet alles bij hun eerste onthaalmoment vermelden en tijdens een eerste onthaal worden er slechts algemene vragen gesteld om een globale inschatting van de patiënt zijn situatie te krijgen. Tijdens de verdere opname wordt volgens de verpleegkundige doorgevraagd aan de patiënt door

de artsen en verpleegkundigen over bepaalde aspecten van zijn ziektebeeld. Iedereen beaamt dat dit voor de patiënten vaak overkomt dat men zijn verhaal meer dan één maal dient te vertellen. Doch vinden de meeste verpleegkundigen dit nodig om een juist beeld te krijgen van de patiënt zijn toestand.

### ***Link centraal onthaal UD en decentraal onthaal MBV***

Volgens de spoedmedewerkers ervaren de mensen het centraal en decentraal onthaal vooral als één geheel en helemaal niet als twee afzonderlijke functionerende entiteiten. Alle verpleegkundigen stellen dat wanneer een patiënt bijvoorbeeld een te lange onaangename wachttijd ondervond op het decentrale onthaalpunt, deze patiënt het totale onthaal (inclusief het primaire onthaal op UD) als negatief percipieert.

Het afspreken van onderzoeken met de medewerkers gebeurt volgens de aanwezige urgentiemedewerkers momenteel niet gecoördineerd en teveel door verschillende personen. De afspraak om maximaal de onderzoeken te centraliseren via de onthaalverpleegkundige en administratieve onthaalmedewerker wordt onvoldoende opgevolgd door verpleegkundigen en artsen, zo stelt de meerderheid van de medewerkers. Normaliter dienen de niet-dringende aanvragen voor onderzoek op MBV te gebeuren via de urgentiemedewerkers aan de onthaalbalie. Dringende onderzoeken voor zeer acute patiënten die binnen een zeer korte tijdspanne CT of radiologische opnames behoeven kunnen afgesproken worden door de opnameverpleegkundige of behandelende arts. De focusgroepsleden geven aan dat er door onvoldoende naleven van de vroeger gemaakte afspraken vaak dubbel gebeld wordt naar MBV voor zelfde patiënten en het voor de collega's op de dienst MBV bij drukte onmogelijk is om uit te maken welke aanvragen echt dringend zijn of op een later ogenblik kunnen. Vier verpleegkundigen en twee administratieve medewerkers geven aan dat er steeds afspraken gemaakt worden met de zaalverantwoordelijke waar de patiënt zijn specifiek onderzoek zal krijgen en niet met een centrale planner van MBV die alle aanvragen binnenkrijgt en een overzicht heeft van het totale aantal urgentiepatiënten die een onderzoek behoeven. De leidinggevende van de UD beklemtoont dat er inderdaad tussen 8u en 19u veel niet gecoördineerde communicatie gebeurt tussen teveel verschillende medewerkers van UD en MBV. Deze werkwijze geeft dat niemand in deze situatie nog overzicht heeft welke patiënten met welke prioriteit wachten op onderzoek MBV, aldus de leidinggevende. De focusgroepsleden menen dat dit gevolgen

heeft voor het onthaal en een efficiënte doorstroom naar het decentrale onthaal van MBV. Enkele verpleegkundigen tijdens de gesprekken ervaren dat door deze manier van werken teveel patiënten op een zelfde ogenblik op MBV belanden, waar de wachttijden kunnen oplopen en patiënten zo te lang onbewaakt in een wachtzone of gang van de MBV staan. Bij navraag wat de reden is om zich dan niet aan de afspraak te houden rond organiseren van onderzoeken voor MBV, repliceert men dat sommige collega's menen dat het zo vlugger gaat en dat de onthaalmedewerkers in de drukte tijd tekort hebben om de coördinatie van alle onderzoeken MBV af te spreken en bij te houden.

### ***Aanspreekpunt - Herkenbaarheid***

De helft van de medewerkers vermeldt dat patiënten en begeleiders bij aankomst een duidelijk aanspreekpunt verwachten met een efficiënt onthaal en voldoende ondersteuning. Een verpleegkundige zegt: *“ De patiënt wil snel de juiste dingen op het juiste moment door de juiste persoon. De patiënt verwacht ook duidelijkheid over wie met hem bezig is. Wie is wie?”*

Men ondervindt dat er meestal niet naar de patiënt gecommuniceerd wordt welke functie de onthaalmedewerker uitvoert. Het is vaak niet duidelijk voor de patiënt door welke medewerker men onthaald wordt, een verpleegkundige, een administratieve medewerker of arts. Enkele verpleegkundigen stellen dat niemand de gewoonte heeft om zich voor te stellen aan de patiënt, terwijl men denkt dat patiënten dit wel zouden wensen. Men verwoordt het als volgt tijdens het focusgesprek: *“De patiënten zien enkel personeelsleden in identieke beroepskledij, sommigen dragen hun personeelsbadge goed zichtbaar, anderen niet. De patiënten weten soms niet meer tegen wie ze hun verhaal aan het vertellen zijn en durven vaak niet zelf vragen welke functie de medewerker heeft. Iedereen zou zich in feite kort moeten voorstellen bij aankomst van de patiënt. Mensen zouden zich al een stuk meer op hun gemak voelen. De artsen hebben veel vaker de gewoonte om zich voor te stellen, maar alle andere medewerkers totaal niet. Dit terwijl de mensen dit eigenlijk wel verwachten en wensen te weten met wie ze te maken hebben.”*



### 2.3.3.2. Focusgroepsgesprekken Dienst Medische Beeldvorming

#### ***Interactie – Communicatie - Info***

De MBV-medewerkers stellen allen eensgezind dat elke patiënt een vriendelijk en menselijk onthaal wenst en dat de eerste indruk tijdens het onthaalmoment heel bepalend is voor de algemene perceptie die de patiënt heeft na het onderzoek. Ondanks het grote aantal patiënten dat de dienst dagelijks te verwerken krijgt en de tijdsdruk die daarmee gepaard gaat, stellen de meerderheid van de focusgroepsleden dat patiënten ook hier, al is het maar kort, een luisterend oor appreciëren. Discretie en respect voor privacy wordt door alle medewerkers vermeld als zijnde een essentieel onderdeel van de dienstverlening tijdens het onthaal. De medewerkers bedoelen hier onder meer de nodige voorzichtigheid van communicatie met de patiënt op de RX-zalen en het discreet omspringen met het binnen –en buitenlaten van veel patiënten op korte tijd. Mensen dienen zich veelal te omkleden voor de onderzoeken en een correcte omgang met aandacht voor privacy in deze omgeving is volgens de verpleegkundigen van het focusgesprek van cruciaal belang. Het kan volgens hun niet dat andere medewerkers die niet met de patiënt in kwestie bezig zijn zomaar de onderzoekzaal betreden, noch dat er gesprekken plaatsvinden die niet relevant zijn en waar de patiënt geen boodschap aan heeft. Deze vorm van professionalisme wordt hier door alle MBV-medewerkers als belangrijk element van een goed onthaal gezien. Enkele verpleegkundigen verwoorden het als volgt: *“Het is dus van het allergrootste belang, en daar kan je als ziekenhuis en dienst MBV zeker een verschil maken, dat mensen op een vlotte en snelle en discrete manier bediend worden. Zowel de patiënt als de aanvragende arts is onze "klant". Voor de patiënt is hoffelijkheid en een efficiënt verloop van het onderzoek zeer belangrijk”*.

Bijna alle focusgroepsleden van MBV vermelden bij het onthaal het belang van een begroeting zodat de patiënt zich welkom en verwacht voelt. Ook al staat de patiënt geheel onverwacht aan de balie van MBV omdat men van de UD is vergeten te bellen, dient ook hier discreet gehandeld te worden zodat de patiënt zich professioneel onthaald voelt. Bepaalde opmerkingen worden in deze situaties beter niet vermeld wanneer de patiënt dit kan horen, zo stellen twee RX-verpleegkundigen.

Iedereen vernoemt tijdens het focusgesprek het belang van het geven van een uitleg vóór de start van het onderzoek. Deze uitleg dient volgens de groepsleden van het

gesprek eenvoudig, compact en duidelijk te zijn, zonder te technisch te worden. Dit maakt voor alle medewerkers eveneens deel uit van een professioneel onthaal op MBV. De meerderheid van de deelnemers vinden dat er vaak te weinig info gegeven wordt en er meer met de patiënt moet gecommuniceerd worden. Men stelt dat sommigen dit zeer consequent doen en andere collega's hier veel te weinig aandacht aan besteden. Als mogelijke reden wordt hier werkdruk en tijdsdruk genoemd.

De medewerkers geven aan dat het volgens hun de taak is van elke MBV-collega om met de nodige alertheid de verschillende wachtzones van MBV te controleren. Een verpleegkundige omschrijft dit als zijnde een soort steward-functie waarbij ingespeeld moet worden op patiënten die de weg zoeken of patiënten die lang op de gang staan en waarbij men controleert of deze mensen extra hulp nodig hebben.

#### ***Administratieve registratie en coördinatie onthaal***

Meerdere groepsleden stellen dat idealiter elke patiënt komende van de UD zou moeten begeleid worden tot aan de onderzoekzaal of de hieraan gelinkte wachtzone. Patiënten die vanuit de UD niet begeleid naar de MBV gaan, dienen actueel eerst nog langs de onthaalbalie te passeren voor een administratief onthaal waar men eerst, zoals alle andere ambulante niet-spoed patiënten een nummer dient te nemen vooraleer men aan de beurt is. Vervolgens kan deze groep van patiënten doorstromen naar een andere wachtplaats om dan daar vervolgens een verpleegkundig onthaal te krijgen. Een aantal verpleegkundigen stellen deze werkwijze voor de “goede en minder acute spoedpatiënt” in vraag. Men vindt dit een te complex onthaaltraject. Enkele medewerkers vinden dat dit eigenlijk niet kan voor urgentiepatiënten en voor de patiënt klantvriendelijk kan overkomen. Deze laatste patiëntengroep passeert dus eerst een administratief onthaal op RX, gevolgd door een verpleegkundig onthaal voor de start van het onderzoek. Aangezien alle patiënten reeds administratief onthaald zijn op UD stelt men deze extra stap voor niet begeleide patiënten in twijfel.

Wat betreft de patiënten die door UD-personeel persoonlijke begeleiding krijgen stellen de groepsleden volgend probleem vast:

Bij het afspreken van een onderzoek tussen MBV en UD wordt er niet standaard vermeld aan welke wachtzone of wachtruimte de patiënt (die door UD begeleid wordt naar MBV) dient afgezet te worden. De MBV-aanvraag wordt dan door de logistieke medewerker afgegeven aan de onthaalbalie, zonder dat de RX-verpleegkundige direct

weet dat er een nieuwe patiënt voor hem/haar gearriveerd is. Ook stelt men dat patiënten soms afgezet worden aan de foutieve wachtzone, wat kan resulteren in een patiënt die een lange wachttijd ervaart door aan een verkeerd punt te staan. Dit gebeurt onder meer wanneer studenten, die op urgentie stage lopen, meehelpen met het vervoer en begeleiding van de patiënten naar MBV. De vaste medewerkers weten veelal uit ervaring aan welke zaal de patiënt dient klaargezet te worden, aldus de secretariaatsmedewerkers van MBV. Toch gebeuren er ook hier met regelmaat fouten, zo stellen de focusgroepsleden. Het systeem met wachtzalen en wachtzones voor bepaalde doelgroepen is volgens de groepsleden van MBV nog steeds niet duidelijk voor het urgentieteam, ondanks vroegere communicatie bij opstart. Iedereen vermeldt hierbij wel dat laatst genoemd probleem zich enkel voordoet tijdens de daguren, aangezien men 's avonds en 's nachts alle onderzoeken op één bepaalde RX-zaal of CT-zaal uitvoert en er dan geen twijfel mogelijk is waar de patiënt dient afgezet te worden. Men geeft aan dat het eerste verpleegkundig onthaal pas plaatsvindt wanneer de patiënt binnen kan op de onderzoekzaal. Er wordt niet standaard bij aankomst van de patiënt contact gemaakt met de patiënt. De medewerkers vertellen dat men dit meestal wel doet op de CT-zaal en aldus aan de patiënten een idee kan geven over de voorziene wachttijd. Tegelijkertijd kunnen de CT-verpleegkundigen zich een idee vormen over welke wachtende patiënten prioriteit dienen te krijgen. Aan de klassieke RX-onderzoekzalen gebeurt dit meestal niet, zo stellen de verpleegkundigen van MBV. Nogmaals benadrukken de medewerkers dat voor zeer dringende CT-onderzoeken steeds de gehele planning opzij gezet wordt en dat dit altijd volledige voorrang krijgt op alle andere geplande en ongeplande klanten die even kunnen wachten. Aan de klassieke RX-onderzoekzalen gebeurt dit meestal niet, zo stellen de verpleegkundigen van MBV.

### ***Link centraal onthaal UD en decentraal onthaal MBV***

De meeste focusgroepsleden stellen dat beide diensten urgentie en MBV mekaars dienst en werking onvoldoende kennen en dat dit juist de toekomstige samenwerking en interactie zou optimaliseren. Iedereen is het erover eens dat herhalen en communiceren van afspraken en een bezoek aan mekaars afdeling als aanbeveling moet meegenomen worden voor de toekomst.

De helft van de MBV-medewerkers vermelden als element van een goed onthaal en dienstverlening dat patiënten willen weten wie het resultaat van het onderzoek zal krijgen en binnen welke tijdsspanne.

Gelijkaardig aan de opmerkingen van de urgentiecollega's merken een aantal MBV-medewerkers op dat er geen centraal contactpunt of regulerende persoon is op MBV die alle binnenkomende aanvragen van spoed ontvangt, prioriteit geeft en overzicht bijhoudt. De medewerkers stellen dat zij door verschillende medewerkers van urgentie worden opgebeld voor diverse onderzoeken. Veelal wordt hier geen prioriteitsgraad doorgegeven, behalve met uitzondering van de zeer dringende uit te voeren onderzoeken, die volgens de focusgroepsleden steeds totale voorrang genieten. De medewerkers merken op dat elke verpleegkundige werkt op een bepaalde MBV-zaal en dat het ook hier van cruciaal belang is dat er tussen de verschillende zalen een meer uitgebreide communicatie is overdag. Dit geldt vooral voor die groep van patiënten die op MBV combinaties van meerdere onderzoeken nodig hebben, zijnde RX, echo en/of CT. Eén medewerker merkt op dat de dienst MBV voor de patiënt eigenlijk een dienst is met meerdere kleine onthaalpunten en dat het totaalplaatje van al deze "mini-onthalen" in orde dient te zijn. De patiënt wenst volgens de groepsleden dat men begeleid wordt van het ene naar het volgende punt, liefst op een snelle manier en in een aangename omgeving.

### ***Duidelijke Signalisatie en Traject***

In het gesprek kwam duidelijk naar voor dat de signalisatie tussen MBV en de UD voor de patiënten een belangrijk element is in de evaluatie van het onthaal. De secretariaats-medewerkers stellen dat de niet-begeleide patiënten een duidelijke bewegwijzering verwachten. De huidige bewegwijzering naar de MBV kan zeker nog duidelijker. Concreet vermeldden twee medewerkers dat men beter een gelijkaardig systeem met blauwe LED-lampjes tussen urgentie en de algemeen inkomsthal zou uitbreiden met een kleurensysteem tussen UD en MBV. Naast een goede signalisatie en voldoende herkenningspunten stelt men dat patiënten ook nood hebben aan een bijkomende mondelinge uitleg over het terugkeerstraject naar de UD. Bijkomend geven de groepsleden aan dat de signalisatie binnen de dienst MBV voor de patiënten even duidelijk moet zijn. Momenteel krijgen de patiënten die vanuit de UD zelfstandig naar de MBV gaan vanop de administratieve onthaalbalie een kaart mee waarop staat ter

hoogte van welke wachtzaal de patiënt moet plaatsnemen. Enkele verpleegkundigen meldden dat ze het jammer vinden dat sommige UD-medewerkers soms toch de patiënten zonder begeleiding langs de interne lift naar de MBV sturen. Men licht toe dat dit niet zo is afgesproken en de patiënt arriveert op een locatie binnen de MBV waar geen signalisatie aanwezig is naar de onthaalbalie. Bijkomend kan de lift voor terugkeer enkel door personeelsleden gebruikt worden (badgetoegang) en dienen deze patiënten langs het voor hun onbekende reguliere externe traject terug te keren, wat voor de patiënten zeer verwarrend overkomt.

### ***Wachttijd – Doorlooptijd - Wachtomgeving***

Het merendeel van de RX-medewerkers meent dat een aanvaardbare wachttijd voor de patiënten een onderdeel is van een kwaliteitsvol onthaal. De RX-verpleegkundigen zien het als hun opdracht om een snelle service te leveren. Elke focusgroepsdeelnemer geeft mee dat zowel voor de patiënt als voor de aanvragende geneesheer de "tijdsfactor" een heel belangrijke rol speelt. De medewerkers lichtten het als volgt toe:

*“In een steeds sneller wordende maatschappij willen patiënten snel en efficiënt bediend worden. Het is belangrijk om de doorlooptijd zo kort mogelijk te houden (tijd vertrek UD – aankomst MBV – tijd terugkeer UD).”*

Een volgens de medewerkers frequent voorkomend probleem is de wachttijd tussen twee opeenvolgende onderzoeken op MBV. Een betere centrale regulatie en communicatie binnen MBV en meer afgelijnde afspraken met het urgentieteam worden nogmaals vermeld als oplossingen voor een efficiënter onthaal.

Een opmerking die door meerdere verpleegkundigen gemaakt wordt is dat het urgentieteam de patiënten regelmatig onvoorbereid naar de MBV laat komen. Met onvoorbereid bedoelen de RX-verpleegkundigen dat zij slechts kwalitatieve snelle service en opnames kunnen maken bij patiënten die vooraf de nodige pijnstilling kregen op de UD. Alle focusgesprekdeelnemers stellen dat de afspraak om bepaalde patiëntengroepen, die multipole en uitgebreide RX-onderzoeken behoeven, primair op de UD uit te kleden en een operatiehemdje aan te doen, regelmatig niet nageleefd wordt. Dit geeft een vertraging in de doorstroomtijden en is volgens de MBV-verpleegkundigen zeer oncomfortabel voor de patiënten.

## Hoofdstuk 3: Discussie en Aanbevelingen

### 3.1 Discussie

Aan de patiënten wordt heden de permanente service aangeboden met een patiëntenregistratie en inschrijving op de UD zelf. Dit wordt door de patiënten, hun begeleiders en door het UD-personeel als een grote meerwaarde gezien. Wel dient hierbij vermeld te worden, dat door het gemeenschappelijk verpleegkundig-administratief onthaal en het volbrengen van deze administratie tijdens het primaire onthaalmoment, het accent in de onthaalbalie teveel ligt op de administratieve zaken en te weinig op de persoonlijke interactie en communicatie van de dienstwerking. Hoewel de verpleegkundigen in de focusgroeps gesprekken allen het belang vermelden van het geven van voldoende info bij onthaal van de patiënten, ervaren de patiënten in de praktijk het anders. Er wordt in de onthaalbalie te weinig gecommuniceerd wat er juist met de patiënt gaat gebeuren. Er wordt onvoldoende toegelicht waarom en hoelang men soms dient te wachten en aan welk scenario de patiënt en zijn begeleiders zich mogen verwachten. Kortom, er wordt geen **onthaaltraject** gecommuniceerd en de onthaalfolder wordt niet standaard aangeboden. Bijkomend krijgt de patiënt voor zijn vertrek naar het decentrale onthaal van MBV te weinig **info** over de verwachtingen met betrekking tot het onthaal en onderzoek op de dienst MBV (wachttijd, procedure, traject). Zowel uit de patiënteninterviews als de literatuur blijkt dat dergelijk tekort aan info de patiënten extra stress, onzekerheid en onduidelijkheid geeft. Onderzoek van Smet (2011) bevestigt het belang van een goede **communicatie** tijdens het onthaal. Het niet standaard geven van uniforme info door alle UD-medewerkers in de onthaalfase maakt dat de patiënt en zijn begeleiders geen correct beeld krijgen over wat er gaat gebeuren en hoe de dienst functioneert. Het optimaal ervaren van het onthaal en de onthaalomgeving door de patiënt dient verkregen te worden door het wegnemen van verwarring, het creëren van orde in de chaos, het geven van correcte informatie op de gepaste moment en het vermijden van stress en angst bij patiënten en bezoekers (Wilbers et al, 2011).

Een kloof tussen de verwachting en ervaring van de patiënten is dat deze mensen bij aankomst in de spoedgarage, aan het onthaalpunt van de UD en bij aankomst aan de onderzoekzaal van MBV automatisch **spontane en snelle hulp** wensen en deze niet altijd ervaren. De patiënt moet nog te frequent zelf op zoek gaan naar aanspreekpunten, informatie en hulp. Men wenst verwacht te worden door professionals die paraat staan. Uit de interviews en observaties blijkt dat het vaak de patiënt is die inspanningen moet doen (wachten, zoeken, vragen) om een snel onthaal, aanspreekpersoon en de nodige onthaalinfo te bekomen. Men kan zich hier de vraag stellen of het niet patiëntvriendelijker is te streven naar een onthaal waar de patiënt zo min mogelijk moet bewegen tussen aankomst, toegang, triage, registratie en de onderzoekskamers.

Het aanbieden van en ruimte maken voor **begeleiding** van de patiënten naar en van het decentrale onthaal op MBV is een sterk punt in de kwaliteit van de dienstverlening. De meerderheid van de patiënten ervaren deze service als ondersteunend en zeer geruststellend. Onderzoek in de literatuur ondersteunt deze meerwaarde voor de patiënten (Wilbers et al., 2011).

De **communicatie** tussen het onthaal en de medewerkers van de **UD en MBV** verloopt niet altijd optimaal. De medewerkers regelen teveel afzonderlijk de beeldvorming-onderzoeken zonder centrale regulerende tussenpersoon. Elke medewerker werkt momenteel teveel binnen zijn afgebakende zone en er is te weinig coördinatie tussen de medewerkers en de diensten onderling. De onthaalmedewerkers hebben bij grote patiënteninstroom geen overzicht meer welke patiënten naar welk onthaalpunt op MBV moeten en welke prioriteiten er zijn in de lijst van patiënten die wachten op radiologisch onderzoek. Dit maakt dat er vaak dubbele communicatie gebeurt met de MBV voor dezelfde patiënt of dat sommige patiënten een te lange wachttijd ondervinden.

De **onthaalomgeving** verdient blijvende en extra aandacht, daar uit de literatuur en gesprekken blijkt dat een aangename onthaalomgeving bijdraagt tot geruststelling en een groter algemeen welbevinden van de patiënt. Extra bewegwijzering en herkenningspunten tussen het centraal UD-onthaal en het decentraal onthaal van MBV zijn aangewezen (Barbier, 2009; Van Aken, 2010). De omgeving dient ingericht te zijn met grote aandacht voor privacy. Aangezien op de beide diensten vaak gevoelige

informatie wordt uitgewisseld aan het onthaal, verdient dit bijzondere aandacht (Wilbers et al., 2011).

De algemene perceptie over het centrale en decentrale onthaal was bij de meerderheid van de patiënten goed tot zeer goed te noemen. Hier kunnen we stellen dat de percepties van de patiënten over het aangeboden onthaal positiever zijn dan de percepties van de personeelsleden over bepaalde onthaalaspecten.

De UD- en MBV-medewerkers geven in de focusgesprekken een aantal elementen aan die maken dat men niet steeds een uitstekende service kan geven.

Toch maken de patiënteninterviews duidelijk dat de **vriendelijkheid** van de verpleegkundigen en onthaalmedewerkers, zowel op de UD als op de MBV zeer opvallend was en eventuele zwaktes in het onthaal hierdoor getolereerd werden.

De medewerkers zijn van oordeel dat ze soms weinig tijd hebben voor de patiënten en dat ze teveel nevenactiviteiten moeten uitoefenen naast hun onthaalfunctie. Dit wordt ook aangehaald door de patiënten zelf. De eigen medewerkers menen dat een aantal tekorten en werkpunten in het onthaal als zeer storend moeten gezien worden door de patiënten. In de praktijk bleek dat de patiënten zeker een aantal gelijkaardige opmerkingen hadden over de onthaalomgeving, wachttijden en onthaalfloor. Maar vele patiënten relativeren deze werkpunten of storende factoren indien zij tevreden waren over de snelheid, vriendelijkheid en menselijkheid van reactie bij het UD-personeel.

De onthaalervaring van de patiënten blijkt een belangrijke factor te zijn in hun **beoordeling van de dienstverleningskwaliteit** van het centrale en decentrale onthaal in deze case studie. Deze ervaring bepaalt in belangrijke mate hun **toekomstige keuze** voor het ziekenhuis en de mate waarin men de ervaren diensten gaat aanbevelen aan anderen. Anderzijds spelen ook vroegere ervaringen en een reeds aanwezig medisch dossier een rol.

Dagger et al. (2007) stelden vast dat patiënten hun kwaliteitsverwachtingen ten aanzien van zorgaanbieders baseren op vier primaire factoren, namelijk interpersoonlijke (menselijke) kwaliteit, medische kwaliteit, omgevingskwaliteit en administratieve (logistieke) kwaliteit. De resultaten in deze case studie tonen dat de verwachtingen van de patiënten voornamelijk en in de eerste plaats steunen op de **interpersoonlijke of menselijke kwaliteit** van het onthaal.



Vroeger was de zorg vrijwel uitsluitend gericht op professioneel contact en medisch-technische kwaliteit, maar nu zijn bejegening en gastvrijheid (of hospitality) veel belangrijker geworden. Mensen willen vriendelijk opgevangen worden. Als dit bij een instelling niet gebeurt, zoekt men mogelijks het nodige elders. Gedragshouding van medewerkers en de manier waarop de mensen worden onthaald en bejegend loont en de organisatie onderscheidt zich in positieve zin van de concurrentie. Kortom, een hospitality-cultuur binnen het ziekenhuis en zeker bij de medewerkers, loont op lange termijn in functie van klantloyaliteit.

Op de tweede plaats verlangen de patiënten de nodige moderne voorzieningen en signalisatie (omgevingskwaliteit). Even belangrijk is de vlotte doorstroom en vooral de begeleiding tijdens alle deelaspecten van de onthaalfloor op de UD en MBV.

Opvallend is dat slechts weinig patiënten aspecten van medische kwaliteit aanhalen bij hun ervaring. Patiënten menen standaard te kunnen rekenen op aanwezigheid van medische kennis en expertise en slechts een minderheid van de patiënten merkt op dat het wachten op de arts een storend element was. Elke dimensie heeft zijn invloed op de onthaalervaring, maar de persoonlijke interacties en menselijke dimensie speelden voor de patiënten in de case studie een primaire rol.

### 3.2 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek

Ter volledigheid worden de beperkingen meegegeven binnen het kader van deze masterproef. Het centraal en decentraal onthaalproces in deze masterproef is geanalyseerd op basis van verschillende databronnen met elk hun specifieke invalshoeken die complementaire data aanreiken. Op deze wijze werden globale inzichten verkregen vanuit het perspectief van de patiënten en vanuit het perspectief van de medewerkers die dagelijks het patiëntenonthaal op beide eenheden ervaren en vorm geven. De diversiteit en complementariteit van de technieken draagt bij aan de validiteit van het onderzoek.

De beperkte omvang van deze case studie in één ziekenhuis en op één campus moet zeker in rekening gebracht worden. Uitbreiding van de case studie naar andere decentrale onthaalpunten in het OLV Ziekenhuis en andere campussen zou eveneens

kansen kunnen bieden om andere onthaalprocessen met een kritische blik te kunnen bekijken. Denken we hierbij aan consultaties waarnaar de urgentiepatiënt verwezen wordt of andere decentrale onderzoekseenheden die ondersteuning geven aan de diagnosestelling (longfunctie, endoscopische onderzoeken, cardiologische investigaties). Een groter aantal patiëntinterviews gespreid over een langere periode (winter/zomer) zou extra gegevens voor het onderzoek kunnen aanleveren om de case studie te voeden. Het beperkt aantal observaties, interviews en focusgesprekken in één ziekenhuis in een bepaalde periode maakt dat deze case studie dient gezien te worden als een steekproef. Er kan niet gesteld worden dat de resultaten kunnen veralgemeend worden naar andere instellingen toe. Een multicenteronderzoek zou kunnen aangeven welke conclusies generaliseerbaar zijn naar andere instellingen toe.

Onderzoek op meerdere urgentiediensten en diensten MBV zou extra data en inzichten kunnen aanbrengen binnen andere settings (kleinere campus of ziekenhuis, andere onthaalflows, ziekenhuizen met RX-zaal op de UD zelf, standaard gebruik van triagesystemen enz.).

### 3.3 Aanbevelingen naar het beleid

Uit de focusgesprekken en interviews blijkt dat alle partijen een zeer groot belang hechten aan een patiëntvriendelijk, menselijk en informatief onthaal. Snelle service en minimale wachttijden in het hele traject zijn cruciaal. De verwachtingen van de mensen liggen hoog: technisch, maar ook meer en meer op het gebied van service en bejegening. Een vlot en vriendelijk onthaal, een gemakkelijk bereikbare parking en toegang behoren tot de vereisten. De hele omkadering bij de evaluatie van alle onthaalpunten telt mee en het totaalplaatje moet kloppen voor de patiënt. De patiënt wil vooral onbezorgd en snel kunnen doorstromen van centrale naar decentrale onthaalmomenten met voldoende begeleiding, communicatie en een spontane, vriendelijke omkadering.

In de kernkwaliteiten van het ziekenhuis stelt men dat veel aandacht wordt geschonken aan opleiding van de medewerkers, maar voor de medewerkers van UD en MBV gaat dit meestal om medisch-technische opleidingen. Indien de UD en dienst MBV meer

rekening willen houden met de wensen en noden van de patiënt en willen gaan voor een klantgericht onthaal, dient men hier de nodige trainingen van het personeel te voorzien. Aan de onthaalbalies dienen specifiek opgeleide personen aanwezig te zijn, die de nodige competenties aangeleerd krijgen om in te kunnen inspelen op de individuele noden en verwachtingen van hun patiënten en familie. Het onthaalpersoneel dient te beschikken over communicatieve, klantgerichte en empathische vaardigheden. Het onthaalproces vereist vaardigheden om de patiënten persoonlijk te benaderen. Uit de gesprekken met patiënten is duidelijk gebleken dat de wijze waarop mensen persoonlijk benaderd worden een zeer belangrijke impact heeft op de perceptie van de dienstverlening tijdens hun onthaalproces.

Het leren werken met een vast en gevalideerd triage-instrument kan de regulatie aan het onthaal en de opvang van de UD-patiënten optimaliseren. Het overschakelen op een registratie van de patiënten bedside in de opnamebox in plaats van een volledige patiëntenregistratie tijdens het eerste onthaal in de onthaalbalie kan leiden tot een meer gepersonaliseerd onthaal met aandacht voor het probleem van de patiënt en minder focus op de administratie.

Er dient een oplossing gezocht te worden voor de wachtrijen ter hoogte van de onthaalbalie bij grote patiënteninstroom. Er gelden momenteel onvoldoende uniforme afspraken om deze instroom langs de drie ingangspoorten te reguleren. De efficiëntie van de onthaalbalie is momenteel afhankelijk van de beschikbare verpleegkundigen en van de drukte op het moment van de aankomst van de patiënt.

De onthaalverpleegkundige heeft teveel taken en verantwoordelijkheden om bij drukte deze patiëntenstroom te reguleren. Hij is vaak gebonden aan zijn “dispatch -en onthaalpositie” in de onthaalbalie en anderzijds is er ook een aanspreekpersoon nodig die met een soort stewardfunctie de binnenkomende patiënten en bezoekers kan opvangen en verder helpen.

Communicatie tussen de UD en de MBV dient meer gereguleerd en gecentraliseerd te verlopen. Het werken met aangeduide centrale personeelsleden op de UD en de MBV, die de onderzoeken voor patiënten vanuit de UD inventariseren en prioriteiten bepalen, zou kunnen leiden tot een meer gecoördineerde aanpak. Als gevolg hiervan kan men eveneens een beperking van de wachttijden op de MBV zien en eveneens de wachttijden tussen combinaties van beeldvorming vermijden.

Een gemeenschappelijke policy van afspraken en doelstellingen met betrekking tot het onthaal van de UD-patiënten zou de samenwerking en efficiëntie tussen de twee diensten verhogen. Dit vraagt overleg, consensus en vooral het kennen van mekaars verwachtingen, taken en werking. Een gemeenschappelijk werkoverleg met medewerkers van beide onderzoekseenheden is aan te raden om de toekomstige prioriteiten vast te leggen en een duurzaam onthaalbeleid uit te schrijven. De UD en MBV dienen mekaars werking en knelpunten met betrekking tot het patiëntenonthaal te kennen. Dit vraagt een discipline overschrijdende aanpak met steun van het management.

Architectonisch dient de onthaalbalie en dispatching op UD heringedeeld te worden. De huidige oriëntatie van de onthaaldesk geeft geen direct zicht op de binnenkomende patiënten en ambulances via de garage. De onthaaldesk is te klein en biedt geen privacy, daar geïntegreerd in een multifunctioneel dispatchinglokaal waar teveel andere nevenactiviteiten plaatsvinden.

De wachtzones en wachtzalen op de MBV zijn verwarrend voor patiënten en voor medewerkers. Een betere signalisatie voor niet-begeleide patiënten is aangewezen. Meer nog, in de focusgesprekken stelt men dat patiënten van de UD, die zelfstandig naar de MBV gaan, niet binnen het standaard MBV-circuit dienen te belanden en dat een extra aanmelding aan de onthaalbalie van MBV zou moeten vermeden worden. Het in de toekomst werken met elektronische aanvragen van MBV vanop de UD zou hier een oplossing kunnen bieden. Dergelijke nieuwe aanpak vraagt wel een betere communicatie tussen de UD en de MBV, zodat men steeds vooraf weet aan welke wachtzone de patiënt zich rechtstreeks kan aanmelden.

Een oproep -of interfoniesysteem per wachtzone op de MBV kan hier een meerwaarde zijn. Maar ook hier is er de aanbeveling van een soort steward-functie, een persoon die de mensen begeleidt binnen de verschillende onthaalpunten van de dienst MBV.

## Hoofdstuk 4: Besluit

Het centraal en decentraal onthaal van patiënten op UD en MBV is een complex gebeuren waar snelle respons, directe communicatie en persoonlijke interactie primeren. Beide diensten kenmerken zich door een dagelijkse grote patiënteninstroom met piek- en dalmomenten. Zij krijgen te maken met vele onverwachte, niet geplande situaties en patiënten in levensbedreigende acute situaties. Maar ook minder dringende patiënten bieden zich aan en verwachten evenzeer een correct en snel onthaal. De verwachtingen van de patiënten en de variabiliteit op beide diensten vragen een goed georganiseerd centraal en decentraal onthaal.

Het eerste onthaal van vele patiënten manifesteert zich vaak via de UD. De ontvangst die de patiënten en begeleiders hier krijgen is vaak het eerste contact met de organisatie en laat een blijvende indruk na. De onthaalomgeving, de wijze van ontvangst, de begeleiding en doorstromingsnelheid naar het decentrale onthaal dienen een aansluitend geheel te vormen. Het totaalbeeld van de patiënt over al deze onthaalaspecten heeft een belangrijke impact op zijn perceptie van de organisatie. Zijn onthaalervaring heeft eveneens een invloed op zijn toekomstige keuze of intentie om terug op dezelfde dienstverlening van het ziekenhuis beroep te doen.

Patiënten zijn steeds mondiger en vinden het meer en meer belangrijk dat er met hun wensen en verwachtingen rekening wordt gehouden. Ziekenhuizen beseffen dat patiënten betrokken dienen te worden bij hun dienstenaanbod en beleidskeuzes.

Zorginstellingen moeten dus patiënten 'verdienen' door een optimale klantgerichtheid en een volwaardig onthaal met een goede dienstverlening.

Luisteren naar de beleving en ervaringen van de patiënten is een permanente opdracht geworden voor veel ziekenhuizen. De evaluatie van de dienstverlening van het onthaal kan slechts gebeuren indien er op basis van de info van de patiënten aanbevelingen geformuleerd worden en verbeteringen geïmplementeerd worden.

Met deze case studie en masterproef is getracht om bevindingen uit de praktijk weer te geven, bekeken vanuit meerdere invalshoeken. Dit onderzoek kan reeds een eerste stap betekenen om de patiëntbeleving van het onthaal in kaart te brengen en kritisch te evalueren. Het kan voor de organisatie een richting geven waar prioritaire verbeteringen in het centrale en decentrale onthaalproces dienen geïmplementeerd te worden.

Een professioneel georganiseerd onthaal biedt voor zowel de patiënten, de medewerkers als het management voordelen en voorkomt heel wat stress en ontevredenheid.

Een patiëntvriendelijk onthaal is een belangrijk onderdeel in de kwaliteitsbeoordeling -en beleving van de patiënt en dit heeft een directe invloed op de algemene tevredenheid. Kortom, een patiëntgericht onthaal waarin de noden en de behoeften van patiënten centraal worden gesteld, zal de kwaliteit van de dienstverlening binnen het ziekenhuis alleen maar verhogen.

## Literatuurlijst

- Alderson, P.O. (2000). Customer Service and Satisfaction in Radiology. *American Journal of Roentgenology*, 175, 319-323.
- Asaro, P.V., Lewis, L.M., & Boxerman, S.B. (2007). The impact of input and output factors on emergency department throughput. *Academic Emergency Medicine*, 14(3), 235-242.
- Atkins, P.M., Marshall, B.S., & Javalgi, R.G. (1996). Happy employees lead to loyal patients. Survey of nurses and patients shows a strong link between employee satisfaction and patient loyalty. *Journal of Health Care Marketing*, 16(4), 14-23.
- Babakus, E., & Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Service Research*, 26(6), 767-786.
- Barbier, J. (2009). Ziekenhuizen willen aantrekkelijker worden. *Hospitals.be*, 9(7),6-11.
- Berry, L., & Parasuraman, A. (1997). Listening to the customer: The concept of a service quality information system. *Sloan management review*, 38 (3), 65-76.
- Bitner, M.J. (1992). Servicescapes: The Impact of Physical Surroundings on Customers and Employees. *Journal of Marketing*, 56, 57-71.
- Boudreaux, E.D., & O'Hea, E.L. (2004). Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *The Journal of Emergency Medicine*, 26(1), 13-26.
- Brotherton, B., (1999). Towards a definitive view of the nature of hospitality and hospitality management, *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 11 (4), 165-173.

- Busch, M., & Bovendeur, I. (2008) Wat is kwaliteit? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid RIVM, Opgehaald op 15 mei, 2013, van <http://www.nationaalkompas.nl>.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30 (1), 8-31.
- Cardoen, B., Gemmel, P., & Robberecht, R. (2013). Voldoen aan behoeften van ziekenhuis en patiënten. De onthaalomgeving vanuit een service-operations perspectief. *Hospitals.be*, 13(2), 22-28.
- Cronin, J. J. Jr., & Taylor, S.A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality, *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131.
- Desombre, T., & Eccles, G. (1998). Improving service quality in NHS Trust hospitals: lessons from the hotel sector. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(1), 21–26.
- Dommerholt, J., & Van Hal, A. (2012) Behoeftte begrijpen. *Facility Management Informatie*, 19(4), 24-27.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press.
- Douglas, C.H., & Douglas, M.R. (2004). Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, 7, 61-73.
- Fottler, M.D., Dickson, D., Ford, R.C., Bradley, K., & Johnson, L. (2006). Comparing hospital staff and patient perceptions of customer service: a pilot study utilizing survey and focus group data. *Health Services Management Research*, 19, 52-66.



- Fottler, M.D., Ford, R.C., Roberts, V., Ford, E.W. (2000). Creating a Healing Environment: The Importance of the Service Setting in the New Consumer-Oriented Healthcare System. *Journal of Healthcare Management Source Volume*, 45(2), 91-106.
- Frei, F.X. (2006). Breaking the trade-off between efficiency and service. *Harvard Business Review*, 84(11), 93-101.
- Gemmel, P., & Verleye K. (2010). *Service management voor zorgorganisaties*. Brugge: Die Keure.
- Goodacre, S., Morris, F., Tesfayohannes, B., & Sutton, G. (2001). Should ambulant patients be directed to reception or triage first? *Emergency Medical Journal*, 18, 441-443.
- Goovaerts, I. (2011). We moeten praten met de klant. *Hospitals.be*, 11(3), 27-29.
- Gordon, J., Sheppard, L.A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: a systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18, 80-88.
- Hepple, J., Kipps, M., & Thomson, J. (1990). The concept of hospitality and an evaluation of its applicability to the experience of hospital patients. *Journal of Hospitality Management*, 9(4), 305-318.
- Hostutler, J.J., Taft, S.H., Snyder, C. (1999). Patient needs in the emergency department: Nurses' and patients' perceptions. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 43-50.
- Howard, J. (1999). Hospital Customer Service in a Changing Healthcare World: Does It Matter? *Journal of Healthcare Management*, 44(4).

- Institute of Medicine, IOM (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academies Press.
- Kessler, D.P., & Mylod, D. (2011). Does patient satisfaction affect patient loyalty?, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24( 4), 266 – 273.
- King, C.A., (1995). What is hospitality? *International Journal of Hospitality Management*, 14 (3/4), 219-234.
- Koning, J. (2008). Dienstverlening met een glimlach. *Gastvrije zorg*, 42(9),14-15.
- Larivière, B. (2011) Cursus Methodologie van het wetenschappelijk onderzoek in de management-wetenschappen, Universiteit Gent.
- Lashley, C., (2007). Discovering hospitality: observations from recent research. *International Journal of Culture Tourism and Hospitality Research*, 1(3), 214-226.
- Lee, F. (2010). *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis. 9 1/2 dingen die u anders zou doen*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Lee, K.J. (2005). A Practical Method of Predicting Client Revisit Intention in a Hospital Setting. *Health Care Management Review*, 30(2), 157-167.
- Lee, M.A., Yom, Y.H. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44 (4),545-555.
- Leeuwen, S. van, (2010) *Zorgmarketing in de praktijk 2. Succesvol invoeren van marketing in de zorg*. Assen: Van Gorcum.

- Messner, E.R. (2005). Quality of Care and Patient Satisfaction. The Improvement Efforts of One Emergency Department. *Topics in Emergency Medicine*, 27(2), 132-141.
- Meyer, C. (2012). Gratis gastvrijheid. *Gastvrije zorg*, 46(12), 30-33.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. (1999). Ministerieel besluit betreffende de uitvoering van het kwaliteitsdecreet in algemene, universitaire, categorale en psychiatrische ziekenhuizen, art. 2 par.2. Opgehaald op 17 april, 2013, van [http://www.nsih.be/download/030328\\_SEPICUSSI\\_download\\_KD\\_Besluit1999-02-15.pdf](http://www.nsih.be/download/030328_SEPICUSSI_download_KD_Besluit1999-02-15.pdf)
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Administratie Gezondheidszorg. (2002). Rapport aan het Vlaams Parlement. Het Vlaams Decreet voor integrale kwaliteitszorg in de Verzorgingsvoorziening. Opgehaald op 6 mei, 2012, van <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/api2.pl?lg=nl&pd=1999-03-26&numac=1999035349>
- Mortelmans, D. (2011). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Muntlin, A., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1045-1056.
- OLV Ziekenhuis Aalst-Asse-Ninove, Jaarverslag 2011.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing*, 64, 12-40.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1995) *Nursing Research. Principles and Methods*. Fifth Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Rottenberg, F. (2008). Voorbij service en klantgerichtheid. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 8(7), 12-13.
- Schattner, A., Bronstein, A., & Jellin, N. (2006). Information and shared decision-making are top patients' priorities. *Health Services Research*, 6:21.
- Severt, D., Aiello, T., Elswick, S., & Cyr, C. (2008). Hospitality in hospitals? *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 20(6), 664-678.
- Shah, D.C. (2008). A View From the Other Side. *Annals of Emergency Medicine*, 51(4), 446-447.
- Slack, N., Chambers, S., Johnston, R. (2004). *Operations Management*. Harlow: Financial Times/Prentice Hall.
- Smet, K. (2011). Het belang van een goed onthaal. *Hospitals.be*, 11(9), 37-42.
- Sofaer, S., Crofton, C., Goldstein, E., Hoy, E., & Crabb, J. (2005). What Do Consumers Want to Know about the Quality of Care in Hospitals? *Health Research and Educational Trust*, 40:6, 2018-2036.
- Sun, B.C., Adams, J., Orav, E.J. *et al.* (2000). Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 35(5), 426-434.

- Tan, K.C., & Pawitra, T.A. (2001). Integrating SERVQUAL and Kano's model into QFD for service excellence development. *Managing Service Quality, 11*, 418-430.
- Thompson, D.A., Yarnold, P.R., Williams, D.R., Adams, S.L. (1996). Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine, 28(6)*, 657-665.
- Toma, G., Triner, W., McNutt, L.A. (2009). Patient satisfaction as a function of emergency department previsit expectations. *Annals of Emergency Medicine, 54(3)*, 360-367.
- Van Aken, L. (2010). De architectuur van het ziekenhuis. *Hospitals.be, 10(8)*, 20-25.
- Wetzels, M., & De Ruyter, K., & van Birgelen, M. (1998). Marketing service relationships: The role of commitment. *Journal of Business & Industrial Marketing, 13(4/5)*, 406-423.
- Wilbers, E., Smet, K., & Van Aken, L. (2011). Naar een betere kwaliteit van het onthaal. *Hospitals.be, 11(4)*, 23-28.
- Yin, R.K. (2008) *Case Study Research. Design and Methods*. (4<sup>th</sup> ed.) Thousand oaks: Sage.
- Zineldin, M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction. An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 19(1)*, 60-92.

## **Bijlagen**

## **Bijlage 1: Informed Consent Patiënteninterviews: Informatiebrief deelnemers en Toestemmingsformulier**



### **Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten**

**Verantwoordelijke onderzoeker: Prof. Dr. P. Gemmel**

**Verantwoordelijke student: Croeckart Kristien**

#### **Titel van de studie:**

**Het centraal onthaal op de Urgentiedienst en de relatie met het decentraal onthaal op de Dienst Medische Beeldvorming: een case studie.**

#### **Doel van de studie:**

Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een studie, meer bepaald door deelname aan een persoonlijk open diepte interview met betrekking tot het onthaal dat uervaarde op de Urgentiedienst en de dienst Medische Beeldvorming in het OLV Ziekenhuis te Aalst. De wijze waarop het onthaal van patiënten in ziekenhuizen wordt georganiseerd is een belangrijk element in de evaluatie van de dienstverlening. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is wat de relatie is tussen het centraal onthaal en decentrale onthaaldiensten, meer bepaald het centrale onthaal op een dienst urgentiegeneeskunde/spoedgevallen en het secundaire decentrale onthaal op de dienst Medische Beeldvorming. In welke mate wordt u als patiënt met beide onthaaldiensten geconfronteerd en wat is de impact op uw perceptie van de dienstverlening ?

In een diepgaand onderzoek zullen enerzijds de diverse onthaalfloWS op en tussen de 2 onderzoekseenheden (urgentie en medische beeldvorming van het OLV-ziekenhuis) in kaart worden gebracht vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt en mede vanuit het perspectief van de organisatie.

Grote aandacht zal uitgaan naar de perceptie/ervaring van de patiënten en daarom is de informatie, bekomen uit de interviews een zeer belangrijke bron om een realistisch zicht te krijgen over deze onthaalmomenten.

- *Hoe ervaren de patiënten de organisatie van het onthaal op beide diensten en de link tussen beiden en dit zowel op menselijk, architectonisch en operationeel vlak?*
- *Welke aspecten en factoren hebben een impact op hun toekomstige keuzes voor de onderzochte instelling? In hoeverre beantwoordt de organisatie van het primaire en secundaire onthaal aan hun verwachtingen?*



· *In welke mate werkt de omgeving, benadering en flow van de diverse onthalen en ontvangst al dan niet ondersteunend voor de patiënt? Is de ziekenhuisomgeving onthaalvriendelijk voor de patiënt?*

### **Beschrijving van de studie:**

Het interview zal handelen over diverse aspecten die u ervaren heeft tijdens het onthaal op de urgentiedienst en medische beeldvorming. Wanneer u over bepaalde items geen info wil of kan geven, wordt dit gerespecteerd en is dit geen enkel probleem om de rest van het interview verder te zetten.

Dit betreft een 1-malig interview en zal ongeveer een 30 tot max. 45 minuten in beslag nemen. Er zullen tussen de 15 en 20 patiënten aan deze interviews deelnemen.

Uw verhaal en ervaring zal geregistreerd worden op recorder, ten einde uw antwoorden nadien correct en volledig te kunnen uittypen voor het onderzoek. Na het onderzoek worden deze opnames vernietigd.

### **Wat wordt verwacht van de deelnemer?**

Voor het welslagen van de studie, is het uitermate belangrijk dat u volledig meewerkt met de onderzoeker en dat u zijn/haar instructies nauwlettend opvolgt.

Bovendien moet u onderstaande items respecteren:

U zal 1-malig deelnemen aan een open interview. Er wordt verwacht dat u op een open en eerlijke wijze de vragen beantwoordt.

### **Deelname en beëindiging:**

De deelname aan deze studie vindt plaats op geheel vrijwillige basis.

Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Uw deelname in de studie kan helpen om in de toekomst patiënten een beter en efficiënter onthaal aan te bieden.

U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts/verpleging.





Uw deelname aan deze studie zal worden beëindigd als de onderzoeker meent dat dit in uw belang is. U kunt ook voortijdig uit de studie worden teruggetrokken als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert. Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

### **Risico's en voordelen:**

Deelname aan de studie houdt geen enkel risico of ongemak in voor de deelnemer. Deelname aan het interview levert geen enkel voordeel op t.a.v. uw bezoek/ opname/ behandeling in het ziekenhuis.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en door het ethisch comité van het OLV-ziekenhuis Aalst.

De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

### **Kosten:**

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

### **Vergoeding:**

U ontvangt geen vorm van betaling voor uw deelname aan deze studie.

### **Vertrouwelijkheid:**

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier).

**Contactpersoon:**

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Prof. Dr. P.Gemmel      Tel. 09/264 35 18  
Kristien Croeckart      Tel. 053/728870



## Toestemmingsformulier

Ik, \_\_\_\_\_ heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten” pagina 1 tot en met 3 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie (1-malig interview).

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor “Toestemmingsformulier”. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico’s en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toezijnde onderzoeker.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en door het ethisch comité van het OLVrouwziekenhuis Aalst en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker. Het al of niet deelnemen aan het interview zal, op geen enkele wijze de relatie met de persoon die de studie uitvoert, beïnvloeden en zal eveneens geen invloed hebben op de relatie met de behandelende artsen en verpleging.

Ik ben op de hoogte gebracht dat de gegevens uit het interview op een geanonimiseerde wijze verwerkt zullen worden en er geen koppeling naar mijn persoon kunnen gemaakt worden.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, de geanonimiseerde gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.



Naam van de deelnemer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven over het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.

Ik bevestig dat ik de aard, het doel en het verloop van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde deelnemer.

De deelnemer stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon  
die voorafgaande uitleg  
heeft gegeven: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:

## **Bijlage 4: Topiclijst Patiënteninterviews**

### **Topiclijst**

- Geslacht
- Leeftijd
- Moment van onthaal: dag en uur
- Onthaal Urgentie
  - Aankomst
    - Ingang – aanmelden
  - Ontvangst
    - Personen
    - Omgeving
    - Info
    - Organisatie -procedure
  - Voorbeeld positieve ervaring – hoger dan verwachtingen
  - Voorbeeld negatieve ervaring – lager dan verwachtingen
  - Extra bemerkingsen – speciale incidenten
  
- Transfer naar medische beeldvorming
  - Wie
  - Hoe
  - Comfort
  - Info
  
- Onthaal dienst Medische Beeldvorming
  - Aankomst
    - Aanmeldpunt
    - Omgeving
    - Personen

Organisatie – procedure

Ontvangst

Personen

Omgeving

Info

Organisatie –procedure

Voorbeeld positieve ervaring – hoger dan verwachtingen

Voorbeeld negatieve ervaring – lager dan verwachtingen

Extra bemerkingen – speciale incidenten

- Transfer terug naar urgentiedienst
- Algemeen beeld van 2 onthaalmomenten – verschillen/gelijkenissen
- Algemene tevredenheid
- Meest belangrijk om van ‘goed onthaal’ te spreken
- Verwachtingen voor aankomst in ziekenhuis m.b.t. onthaal
- Ervaren onthaal een impact op toekomstige keuze?

## **Bijlage 5: Missie en kernkwaliteiten OLV Ziekenhuis**

De **missie** van het OLV Ziekenhuis luidt als volgt:

Voor iedereen die curatieve en preventieve gezondheidszorg nodig heeft, is het OLV Ziekenhuis het preferentieel ziekenhuis omdat het topgeneeskunde en -verzorging aanbiedt in combinatie met uitstekende ondersteunende en servicegerichte diensten, met research en innovatie de grenzen verlegt binnen de geneeskunde en gerelateerde activiteiten en naast de fysieke gezondheid het welzijn van de patiënt in al zijn aspecten en in elke levensfase behartigt.

Het ziekenhuis profileert zich met drie **kernkwaliteiten**, zijnde innovatie, menselijkheid en doelgerichtheid. Met deze drie kwaliteiten wil men zich onderscheiden en tonen waar zij voor staan. *Innovatie* betekent voor het ziekenhuis continu op zoek gaan naar nieuwe, betere manieren voor accurate diagnoses en minimaal invasieve behandelingen. Zij willen vooruitstrevend zijn op het vlak van onderzoek, technologie en technieken. Met *menselijkheid* benadrukt men al de aanwezige expertise samen te brengen in functie van de patiënten, waarbij elke patiënt als uniek wordt beschouwd. Men heeft hiervoor zorgprogramma's ontwikkeld afgestemd op de specifieke noden van de patiënt.

De mensgerichtheid van alle medewerkers maakt dat zowel patiënten als collega's zich begrepen en gehoord voelen. Zo wenst men te investeren in het OLV Ziekenhuis als zijnde een servicegerichte organisatie.

Om *doelgerichtheid* te realiseren verwacht men de inzet van alle medewerkers, zowel in de medische als in de ondersteunende diensten. Dit wil men bekomen door te investeren in mensen en opleidingen en zo te bouwen aan een sterke organisatie met een sterke regionale, nationale én internationale reputatie. Het resultaatgericht samenwerken van alle medewerkers maakt voor het OLV Ziekenhuis dat men zich als organisatie binnen het ziekenhuislandschap tracht te onderscheiden (Jaarverslag OLV Ziekenhuis, 2011).

## **Bijlage 6: Verslaggeving directe observaties onthaalfloor UD en MBV**

### ***Centraal primair onthaal UD***

De huidige UD beschikt over acht opnameboxen, elf kamers met “low care-zorgen” en zeven bedposities binnen een “high care-zaal”. Verder zijn er twee wachtzalen. De eerste algemene grote wachtzaal bevindt zich frontaal tegenover de onthaaldesk. Een tweede kleinere wachtruimte werd ingericht met tien relaxzetels, waar patiënten die reeds een eerste opvang en/of behandeling kregen kunnen wachten. Deze laatste wachtruimte wordt enkel gebruikt voor patiënten die geen acute pathologie vertonen en waarvoor het niet noodzakelijk is om een bed te voorzien. De UD kan enkel betreden worden door verpleegkundig en medisch personeel met badgetoegang en autorisatie. Alle andere bezoekers of medewerkers, die niet vast aan de dienst verbonden zijn, dienen zich aan te melden via een aanmeldpunt met bel en een interfonisch systeem. De onthaalmedewerkers kunnen alle toegangsdeuren vanop afstand bedienen en met de aanmelders verbaal en visueel (via camera’s) in contact treden. Er zijn twee grote ingangen voor de UD. Enerzijds is er de grote ingang voor patiënten en bezoekers van extern. Zij komen binnen langs een grote (vernieuwde) spoedgarage. Deze ingang kan zowel voor voetgangers als door ziekenwagens en privévervoer gebruikt worden zonder dat een passage langs de algemene aankomsthal van het ziekenhuis noodzakelijk is. De spoedgarage is direct bereikbaar vanop de straatzijde. In de spoedgarage wordt er direct een opsplitsing gemaakt door twee toegangsdeuren die zich links en rechts van de onthaalbalie en dispatching bevinden. De linker grote toegangsdeur fungeert als ingang voor alle ziekenwagens en dringend 100-vervoer of ambulances. De rechertoegang fungeert als toegangspoort voor patiënten die met eigen privé-vervoer of als voetganger arriveren op de UD. Anderzijds is er een interne tweede grote toegangspoort voor patiënten en bezoekers die de UD betreden via een interne weg in het ziekenhuis. Het betreft patiënten die het ziekenhuis betreden via de algemene hoofdingang van het ziekenhuis, de algemene ondergrondse parking of die arriveren na zich elders in het ziekenhuis begeven te hebben (onderzoek, consultaties e.a.).

De patiënten en begeleiders die met eigen vervoer via de spoedgarage arriveren kunnen binnenstappen vanuit de garage in een inkomsas, waar men dient aan te bellen vooraleer



daadwerkelijk zich te kunnen aanmelden aan de onthaalbalie. Aan de patiënten of hun begeleiders wordt gevraagd om hun wagen naar de ondergrondse garage te brengen. Indien dit niet direct kan, kunnen zij voor een 15 tot 20 minuten hun wagen op een kleine spoedparking achter de spoedgarage parkeren. Op deze parking kunnen maximaal vijf voertuigen parkeren. Deze parking kan verlaten worden via een afrit met slagboom die automatisch opengaat bij het uitrijden. Deze optie tot kort parkeren en hoe men de spoedparking kan verlaten staat niet aangegeven in de spoedgarage, op de parking, noch aan de onthaalbalie. De meeste onthaalmedewerkers lichten de patiënten en familie hier mondeling over in. In het inkomsas dient men aan te bellen en de onthaalverpleegkundige of administratief onthaalmedewerker laat de mensen binnen. De toegangsdeur wordt geopend vanop afstand uit de onthaalbalie. De onthaalbalie die geïntegreerd is in het dispatchingslokaal van de UD is niet georiënteerd met zicht op de toegangsdeuren van de spoedgarage. Deze balie is wel frontaal gericht op de interne toegangsdeuren, langs waar mensen die van elders in het ziekenhuis komen de spoed kunnen betreden. Ook hier is een aanmeldpunt met bel en interfonie. Tevens beschikt de UD over een camerasysteem dat permanent live-beelden biedt op alle toegangsdeuren, de spoedgarage en beide wachtzalen. Uit de observaties blijkt dat actueel slechts weinig onthaalmedewerkers en verpleegkundigen deze optie tot permanente visualisatie gebruiken. Men stelt bij navraag dat het systeem bij de indienstname frequent gebruikt werd om controle en zicht te hebben op de wachtzaal en het binnenrijdend verkeer in de garage. De redenen voor het weinig tot niet meer gebruiken zijn divers. Enerzijds stellen sommigen dat het systeem reeds meermaals defect was en dat men tijdens het onthaalproces van de patiënten en bezoekers overdag geen tijd heeft om permanent de camera's te bekijken. Een uitzondering hierop is het gebruik van de camera's door de nachtwakers, die permanent de camera's bewaken. De nachtwakers nemen tussen 22u00 en 7u00 plaats op de UD. De urgentie-ingang is in deze tijdspanne de enige toegangsweg voor alle patiënten, bezoekers en voor uitzonderlijke leveringen. Deze werkwijze heeft als voordeel dat de patiënten of hun familieleden 's nachts steeds onthaald worden door een urgentieverpleegkundige en nachtwaker. De patiëntenregistratie wordt sedert begin 2012 ook 's nachts op de UD zelf in orde gebracht, dit in tegenstelling tot vroeger. Dit bespaart familieleden of begeleiders de verplaatsing naar de centrale balie.

Tijdens de dag zitten de onthaalverpleegkundige en administratief onthaalmedewerker samen aan één onthaaldesk. De onthaalbalie en dispatching zijn voor de patiënten en spoedbezoekers volledig zichtbaar door glazen wanden. De inkomhal leidt tot de toegangsdeur van de onthaalbalie met een signalisatiebord “Hier aanmelden”. Indien dit lokaal bezet is met andere patiënten, wachten de andere inkomende privé-patiënten in de inkomhal. Sommige patiënten en hun begeleiders gaan even wachten in de wachtzaal. Er staat nergens aangegeven in de inkomhal waar patiënten bij een bezet onthaallokaal dienen te wachten. Bij grote patiënteninstroom binnen een zelfde tijdspanne geeft dit regelmatig wachtrijen aan de ingang van de onthaalbalie. Sommige onthaalverpleegkundigen doen dan beroep op een collega-verpleegkundige, shiftverantwoordelijke of leidinggevende om hun bij te staan bij het onthaal van de instromende spoedklanten. Andere onthaalverpleegkundigen trachten zelf even de onthaalbalie te verlaten om enige triage te doen in de wachtrij en aldus te voorkomen dat de veiligheid van dringende patiënten met acute pathologie in het gedrang komt door het wachten op een aanspreekpunt. Het gebeurt eveneens dat de onthaalverpleegkundige en administratief medewerker patiënt per patiënt binnenlaten, afwerken en ondertussen geen contact zoeken met de wachtenden ter hoogte van het onthaal. Hier gelden onvoldoende uniforme afspraken om de instroom te reguleren. De efficiëntie van de onthaalbalie is momenteel afhankelijk van de beschikbare verpleegkundigen en van de drukte op het moment van de aankomst van de patiënt. Bijkomend bepalen de competentie en ervaring van de aanwezige onthaalmedewerkers mede voor een stuk de vlotheid en snelheid aan de onthaalbalie. Wanneer de patiënt en zijn familie/begeleiders ontvangen worden in het onthaallokaal, zijn er twee zitplaatsen voorzien. Indien dit patiënten betreft in een rolstoel, blijkt deze ruimte te klein en inefficiënt ingericht om rolstoelgebruikers vlot in en uit te laten rijden. De onthaalruimte kan via een deur gesloten worden, wat de nodige privacy toelaat tijdens de onthaalprocedure en patiëntenregistratie. De onthaalverpleegkundige beluistert in eerste instantie de reden van de komst en de aard van de klachten. Er wordt steeds bevraagd of de patiënt doorverwezen werd en er een verwijsbrief werd meegegeven. Tegelijkertijd vraagt de administratief medewerker om de sis-kaart, het paspoort en eventueel andere administratieve zaken af te geven voor registratie. De administratieve medewerker brengt ondertussen een aantal andere gegevens in zoals wijze van vervoer,

identificatie verwijzer e.d. Afhankelijk van de dringendheid van de klachten van de patiënt en afhankelijk van de beschikbaarheid van het aantal vrije opnameboxen of onderzoekskamers beslist de onthaal -en triageverpleegkundige of de patiënt direct wordt doorverwezen naar een opnamebox of dat de patiënt dient plaats te nemen in de wachtzaal. Bij niet-dringende patiënten en vrije opnameboxen wordt overwogen of er direct een urgentiearts vrij is om de patiënt te onderzoeken. Voor dringende patiënten wordt steeds direct een onderzoekskamer voorzien of binnen één tot twee minuten vrijgemaakt. Van de onthaalverpleegkundige wordt verwacht om bij twijfel en grote patiënteninstroom overleg te plegen met de aanwezige urgentieartsen. Via dit overleg wordt mede bepaald welke patiënten prioriteit krijgen. Wanneer patiënten, die zich met eigen vervoer aanmelden, dringende zorgen en onderzoek vereisen, wordt de patiënt direct doorgesluisd naar de opnamebox en vangt men enkel de begeleiders en familieleden op via de onthaalbalie.

In de onthaalbalie wordt naast een eerste anamnese ook de patiëntenregistratie volbracht door de administratieve medewerker. In geval van opname worden hier ook de opnamedocumenten opgesteld, getekend en bevrage men de patiënt over zijn of haar kamerkeuze. De onthaalverpleegkundige licht kort toe aan de patiënt wat er gaat gebeuren en waar en hoe de patiënt wordt verder geholpen. Bij de indienstname van de het elektronisch patiëntendossier werd gestart met een vast triagesysteem waarbij op basis van vitale parameters, pijnscore en te voorspellen middelen een prioriteitscode wordt gegeven aan elke patiënt. Dit systeem (de Emergency Severity Index/ESI) wordt niet meer door iedereen standaard gebruikt. Men evalueert momenteel met welk gevalideerd triage-instrument men in de toekomst definitief verder wil.

Indien er een plaats vrij is, begeleidt de onthaalverpleegkundige de patiënt en maximaal twee begeleiders naar de onderzoekskamer. Dit gebeurt soms ook door de opnameverpleegkundigen zelf of door de urgentiearts die de patiënt zal bevrage en onderzoeken. In andere gevallen wordt gevraagd plaats te nemen in de algemene wachtzaal waar men dan later de patiënt komt halen voor onderzoek. De hoeveelheid en het type mondelinge info dat tijdens deze eerste ontvangst aan de patiënt wordt gegeven verschilt en is sterk afhankelijk van de aanwezige onthaalmedewerkers. Er is officieel niet vastgelegd welke minimale info er aan elke patiënt, die zich aanbiedt aan de

onthaالبالیه, moet doorgegeven worden. In een algemene urgentie-onthaalfolder staat kort omschreven door welke personen men onthaald wordt. Ook staat vermeld in de folder dat men op de UD de patiënten niet onderzoekt in volgorde van hun aanmelding, maar wel in volgorde van hun dringendheid of ernst van hun toestand. Men stelt in de folder dat men steeds kan informeren naar de reden van de wachttijd en dat men steeds de wachttijd zo kort mogelijk dient te houden. In de praktijk worden maar heel weinig richttijden met betrekking tot het wachten medegedeeld. Slechts een minderheid van de verpleegkundigen heeft de gewoonte om een minimale wachttijd of de reden van het wachten mee te delen. De onthaalfolders worden in de praktijk niet standaard meegegeven vanuit de onthaالبالیة. De folders zijn wel aanwezig in de wachtzaal en worden gebruikt in de loop van de verdere opname of als hulpmiddel om de telefoonnummers van de UD mee te geven aan familie die het ziekenhuis verlaten en nadien kunnen bellen voor infoverstreking. Indien men een onthaalfolder aanbiedt wordt deze haast nooit overlopen samen met de patiënt. De info in de folder is correct, maar vrij beperkt en geeft geen volledig beeld over het gehele onthaalproces. Extra info via bijkomende urgentie-infolders of via infoborden in de wachtzaal zijn momenteel nog niet aanwezig. De infofolder is enkel beschikbaar in het Nederlands.

De nieuwe grote wachtzaal biedt plaats aan een dertig, maximaal veertig personen. Er is een direct en open zicht op de onthaالبالیة, wat de mensen de kans geeft ten allen tijde extra info te kunnen vragen bij de aanwezige onthaalmedewerkers. Er is directe toegang tot sanitaire voorzieningen (ook voor rolstoelgebruikers). Er is een televisietoestel en steeds aanwezigheid van water en lectuur. Elke patiënt kan vanuit de wachtzaal een alarmknop indrukken voor bijstand. Vanuit de wachtzaal heeft men geen zicht op het inkomend dringend ambulancevervoer, zodat de privacy van deze vaak acutere patiëntengroep gewaarborgd blijft.

Buiten de onthaalfolders en een affiche rond het eerst helpen van levensbedreigende personen (standaard affiche Ministerie van Volksgezondheid) wordt in de wachtzaal geen andere visuele informatie over de urgentiedienst of het ziekenhuis aangeboden, noch schriftelijk, noch via de aanwezige televisie. Aan patiënten die opgenomen worden wordt wel een algemene opnamebrochure van het ziekenhuis overhandigd.

Wat de instroom betreft van patiënten die met dringend 100-vervoer of (liggend) ambulancevervoer binnengebracht worden, tracht de onthaalverpleegkundige na een

anamnese via de patiënt of begeleidende paramedici/ambulanciers zo snel mogelijk een onderzoeksruijnte toe te wijzen. Patiënten die binnenkomen met bijkomende MUG-begeleiding stromen steeds direct door naar een opnamebox. Het MUG-team verwittigt vooraf de komst van de patiënt zodat voor deze patiëntengroep ten alle tijde een directe ontvangst in de opnamebox kan gegarandeerd worden. Dit laat toe de patiënt zo snel mogelijk op een comfortabele brancard te installeren.

Het verdere verpleegkundig/medisch onthaal wordt aangeboden in de opnamebox. Aan begeleiders of familie wordt eveneens gevraagd langs de onthaalbalie te gaan voor onthaal en patiëntenregistratie, net zoals bij de opnames met eigen vervoer gebeurt.

Indien alle opnameboxen bezet zijn, worden de patiënten die met liggend ambulancevervoer binnenkomen veelal verbed op een urgentiebrancard. Dit gebeurt regelmatig op de gang ter hoogte van de dispatching en opnameboxen. Deze patiënten dienen soms te wachten op de brancard op de gang.

### ***Decentraal secundair onthaal MBV***

Een groot deel van de spoedpatiënten dient naar de dienst MBV te gaan voor onderzoek. Dit kan zowel met begeleiding als op eigen kracht.

#### ***3) Begeleide transfer naar MBV***

De niet-mobiele patiënten die liggend vervoer of rolstoelvervoer behoeven, patiënten die teveel pijn of teveel andere klachten hebben om zelfstandig naar de MBV te gaan, worden allen begeleid door een logistiek medewerker of verpleegkundige van de UD via de interne lift tussen UD en MBV. Zij worden rechtstreeks naar één van de wachtzones van de onderzoekzalen van de MBV gebracht. Deze service wordt voor een zeer groot deel van de patiënten aangeboden. Deze groep van patiënten krijgen op MBV enkel een verpleegkundig onthaal op het ogenblik dat men in de onderzoekzaal binnen kan.

Tijdens de dag (en dus grotere activiteit op MBV) dienen de patiënten veelal te wachten in de wachtzone zonder bij aankomst een direct onthaal te krijgen. In deze wachtzones beschikt de patiënt niet over een oproepsysteem om in geval van nood, vragen of pijn een hulpverlener te alarmeren. Aan deze spoedpatiënten wordt geen lectuur of informatiefolders met betrekking tot de dienst MBV of het onderzoek aangeboden. Deze

patiënten dienen soms te wachten in een zone waar ook andere liggende patiënten aan het wachten zijn. Hier zijn geen compartimenteringen of gordijnen voorzien om de patiënten af te schermen van andere patiënten. Eenmaal de patiënt aan de beurt is wordt in de onderzoekzaal van MBV mondelinge info verschaft over het onderzoek aan de patiënt. Tijdens de avond en nacht krijgt de MBV bijna uitsluitend een patiënteninstroom vanuit de UD. Op deze momenten dienen de patiënten weinig of in vele gevallen niet te wachten in de wachzones, die soms op de gang gelegen zijn. De patiënt krijgt op deze momenten een veel sneller verpleegkundig onthaal.

Alle patiënten die begeleid worden via de interne lift tussen de UD en MBV, worden steeds zo snel als mogelijk door de medewerkers van de UD weer afgehaald. Men tracht om deze patiënten binnen het kwartier af te halen op de MBV. In geval van drukte kunnen deze tijden oplopen.

#### 4) Niet begeleide transfer naar MBV

De patiënten die zelfstandig naar de MBV gaan, al dan niet vergezeld door hun familie, volgen een ander traject en dienen de UD te verlaten om via een gangpad, lift of roltrap zich één niveau hoger te begeven. De patiënten krijgen op de UD een mondelinge uitleg over hoe ze de weg naar de dienst MBV kunnen vinden. De signalisatie is hier beperkt tot een aantal gekleurde infoborden met pijlen als richtingaanwijzers. Dit in tegenstelling tot de aanduiding naar de centrale inkomsthal die vanuit de UD aangegeven staat met blauwe LED-lampjes op het plafond.

Af en toe begeven patiënten zich in de verkeerde richting, omdat tot 2011 de onthaalbalie van MBV zich bevond op een andere locatie. Alle patiënten, zo ook de urgentiepatiënten die zelfstandig naar MBV komen, dienen bij aankomst eerst een nummer te nemen. Op een infobord staat aangegeven om met het nummer plaats te nemen in een eerste algemene wachtzaal, ongeacht of de drie onthaaldesks van de MBV vrij of bezet zijn. Op een display verschijnen dan de nummers van de patiënten die aan de beurt zijn. De patiënten dienen hun aanvraag voor MBV af te geven op de onthaaldesk waar hun nummer verschijnt en de patiënt wordt geregistreerd door een secretariaatsmedewerker van de MBV. Vervolgens wordt aan de patiënten een gekleurde kaart meegegeven met de letter op van de wachtzaal waar men dient plaats te nemen. Dit eerste decentrale onthaal voor de niet-begeleide urgentiepatiënten heeft

vooral een administratief doel en in veel mindere mate een informatieve waarde voor de patiënt. De aanduidingen naar de verschillende wachtzalen gebeurt via infoborden. Deze patiënten worden niet vergezeld naar de wachtzaal. Eenmaal gearriveerd aan de correcte wachtzaal dient de patiënt te wachten tot men door de MBV-verpleegkundige wordt binnengeropen in de kleedkamers van de MBV-onderzoekzaal. Hier ontvangt de patiënt een verpleegkundig onthaal met instructies en uitleg van het onderzoek. Dit betekent dat urgentiepatiënten die niet direct aan de beurt zijn en in een tweede wachtzaal arriveren geen direct onthaal krijgen en soms niet zeker weten of zij op de juiste locatie te zitten wachten. In sommige wachtzalen is er een televisietoestel aanwezig, in andere niet. Sanitaire voorzieningen zijn steeds dichtbij en in de wachtzalen is gewerkt met diverse kleuren. In deze wachtzalen is geen mogelijkheid om in nood of bij vragen een MBV-medewerker te alarmeren. Enkel aan de CT-onderzoekzaal heeft men de gewoonte om frequent te checken welke patiënten gearriveerd zijn en deelt men voorziene wachttijden mee. Dit gebeurt weinig of niet ter hoogte van de andere onderzoekzalen. Samengevat kunnen we stellen dat de niet-begeleide urgentiepatiënten twee maal een decentraal onthaal krijgen, een eerste maal puur administratief en een tweede maal door de MBV-verpleegkundige of MBV-technoloog.

Het systeem met wachtzones voor begeleide patiënten en wachtzalen voor niet-begeleide patiënten wordt niet gecommuniceerd aan de patiënten. De patiënten op MBV ontvangen noch een algemene infofolder, noch een specifieke infofolder vóór hun onderzoek op MBV, met uitzondering van de patiënten voor MR-onderzoek.

Alle specifieke informatie die aan de patiënt wordt gegeven ter voorbereiding van het onderzoek en tijdens het onderzoek wordt mondeling gecommuniceerd eenmaal de patiënt zich bevindt in de onderzoekzaal. Aan de niet-begeleide patiënten wordt mondeling gecommuniceerd welke weg dient gevolgd te worden voor de terugkeer naar spoed.

In de praktijk worden bijna alle patiënten tussen 22u en 7u begeleid naar de MBV door een UD-verpleegkundige via de interne lift. Op deze uren is de onthaalbalie gesloten en is er nog één MBV-verpleegkundige of technoloog aanwezig. Dit is dan ook de persoon die de patiënten na 22u en gedurende de nacht een decentraal onthaal aanbiedt. Indien deze zich kan vrijmaken, begeleidt deze medewerker vaak de patiënt terug naar de UD.

## Bijlage 7: Codeboom Patiënteninterviews

CENTRAAL ONTHAAL UD	TRANSFER NAAR MBV	DECENTRAAL ONTHAAL MBV	LOYALITEIT	VERWACHTINGEN
<b>INFO - COMMUNICATIE</b>	<b>MET BEGELEIDING</b>	<b>INFO - COMMUNICATIE</b>	<b>ONTHAALERVARING +++</b>	<b>Snelle Respons aankomst UD</b>
* uitleg onthaaltraject --	* via interne lift	* info enkel in ond.zaal	<b>VROEGERE ERVARING +++</b>	<b>Snelle Respons aankomst MBV &gt;</b>
* mondeling -/schriftelijk --	* service belang voor pt	* beperkte info	<b>MEDISCH DOSSIER ++</b>	<b>direct onderzoek</b>
* uniformiteit --	* weinig info mbt onderzoek	* geen schriftel.info	<b>VERWIJZING HUISARTS</b>	<b>Vriendelijkheid</b>
* info wachttijden --			<b>AFSTAND --</b>	<b>Wachten</b>
* focus adm. Info			<b>AANBEVELEN TAV ANDEREN ++</b>	<b>Info: Wie? Wat? Wanneer?</b>
				<b>Hulp - Begeleiding</b>
				<b>Info wachttijden</b>
<b>INTERACTIE</b>	<b>ZONDER BEGELEIDING</b>	<b>INTERACTIE</b>		
* vriendelijk +++	* signalisatie --	* Geen direct onthaal aankomst--		
* privacy onthaalbalie --	* aankomst: nummersysteem adm onthaal	* geen aanspreekpunt--		
* hoffelijk ++		* vriendelijkheid +++		
* geruststelling > angstreductie		* menselijk		
		* herkenbaarheid personeel		
* herkenbaarheid personeel --		* herkenbaarheid personeel		
* behulpzaamheid +		? Functie uitvoerder ond.		
* belang familie				
<b>OMGEVING</b>		<b>OMGEVING</b>		
* Garage:		* systeem		
> signalisatie ++		wachtzones/wachtzalen		
> parking --		* geen oproepsysteem --		
> toelating privé-vervoer?		* privacy wachtzones --		
* Inkomhal: wachtrij --		* signalisatie binnen MBV -		
* Onthaallokaal en dispatch samen -- >> privacy /drukte				
* Wachtzaal				
> inrichting				
> info				
<b>ORGANISATORISCH</b>		<b>ORGANISATORISCH</b>		
* Aanspreekpunt bezette balie		* Wachttijden:		
* Groot aantal taken onthaalpersoneel		> bij aankomst		
		> tussen meerdere onderzoeken!		
* Direct onthaal 100/MUG		* niet-begeleide ptn.:		
		2 decentrale onthalen -		
* Complex Onthaal tov MBV		> eerst adm. onthaal dan pas VK onthaal		



## **Bijlage 8: Lijst met afkortingen**

EPD: Elektronisch patiëntendossier

MBV: Medische Beeldvorming

UD: Urgentiedienst

