Aan de slag - groeien: Hoe verandering een succes wordt bij de komst van een verpleegkundige

Er is of er komt een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Een fantastische stap richting meer werkvreugde voor de artsen en een nog betere, vakkundige opvolging van de patiënten. Maar eerlijk is eerlijk: de komst van een nieuwe discipline zet de vertrouwde praktijkwerking ook even op z'n kop. Rollen verschuiven, communicatielijnen veranderen en ingesleten gewoontes moeten worden herdacht.

Hoe zorg je ervoor dat deze verandering geen bron van stress wordt, maar een organische groei voor het hele team?

Om die transitie te begeleiden, gebruiken we twee beproefde kompassen, vertaald naar de medische realiteit van de huisartsenpraktijk: de juiste voedingsbodem (Knoster) en een stapsgewijze aanpak (Kotter).

Deel 1: De Voedingsbodem voor Succes (Het Knoster-model)



Verandering slaagt nooit zomaar; er zijn een aantal onmisbare ingrediënten nodig. Het Knoster-model laat prachtig zien welke elementen aanwezig moeten zijn in de praktijk. Ontbreekt er eentje? Dan merk je dat meteen aan de dynamiek op de werkvloer.

Visie: voorkomt verwarring

- *Wat is het?* Waarom halen we een verpleegkundige in de praktijk? Welke zorgtaken gaat zij/hij overnemen?

- *HAP-praktijk:* Als het secretariaat en de artsen niet helder hebben wat de specifieke rol van de verpleegkundige wordt, ontstaat er **verwarring**. Patiënten worden verkeerd doorgeboekt en de verpleegkundige weet niet waar haar grenzen liggen.

Belang: voorkomt weerstand

- *Wat is het?* Wat is de winst voor het hele team? Waarom doen we dit nu?
- *HAP-praktijk:* Als een collega het gevoel heeft dat de verpleegkundige taken "afpakt" of dat het alleen maar extra werk oplevert, ontstaat er **weerstand**. Het is cruciaal dat iedereen inziet hoe de verpleegkundige voor méér ademruimte en werkplezier kan zorgen.

Plan: voorkomt chaos

- *Wat is het?* Een helder stappenplan voor de integratie.
- *HAP-praktijk:* Gewoon starten op maandagochtend en "zien waar we uitkomen" leidt onvermijdelijk tot **chaos**. Er is een concreet inwerkschema nodig: wie introduceert haar bij de patiënten, hoe bouwen we de rol en de verantwoordelijkheden op, en wanneer evalueren we?

Competenties: voorkomt angst

- *Wat is het?* Beschikt iedereen over de juiste vaardigheden en kennis?
- *HAP-praktijk:* Kent de verpleegkundige de specifieke werking van het softwarepakket (EMD)? En weten de artsen wat een (bachelor) verpleegkundige wettelijk allemaal zélfstandig mag doen? Zonder deze kennis ontstaat er **angst** of onzekerheid ("Mag ik dit wel delegeren?", "Kan de verpleegkundige dit wel alleen?").

Middelen: voorkomt -frustratie

- *Wat is het?* Zijn de fysieke en organisatorische randvoorwaarden aanwezig?
- *HAP-praktijk:* Heeft de verpleegkundige een eigen kabinet om patiënten te ontvangen? Is er een computer vrij? Is er tijd vrijgemaakt in de agenda voor overleg? Zonder deze middelen slaat het enthousiasme snel om in **frustratie**.

Deel 2: Een planmatige aanpak in acht stappen

Hoe loods je de praktijk nu concreet door deze verandering? De acht veranderstappen van Kotter geven ons een praktische kapstok, opgedeeld in drie logische fasen.



Afhankelijk van waar jouw praktijk vandaag staat, zijn er twee verschillende realiteiten op de werkvloer.

Situatie A: De Nieuwe Start

- Er komt binnenkort voor het eerst een verpleegkundige (VPK) jullie team versterken, of zij/hij is net gestart. Alles is nog onontgonnen terrein.

Situatie B: De herstart

- Er werkt al een verpleegkundige in de praktijk, maar de organisatie is er eigenlijk nooit écht goed op aangepast. De VPK wordt onderbenut, de agenda loopt niet zoals het moet, of er is frictie over de taakverdeling.

Herken jij jouw praktijk in **situatie A** of **situatie B**?

Situatie A: De nieuwe start

Bij een nieuwe start ligt de focus op het **voorkomen van opstartchaos**. Omdat er nog geen ingesleten patronen zijn met een VPK, kun je vanaf nul bouwen aan een heldere visie en structuur.

Fase A: Creëer een klimaat van succes

1. **Verhoog het urgentiebesef:** Erken samen dat de huidige manier van werken (bijv. de immense werkdruk, te weinig tijd voor proactieve en chronische zorg zoals diabetes en kwetsbare ouderenzorg) klaar is voor een volgende stap. De noodzaak tot verandering moet door iedereen gevoeld worden.
2. **Vorm een leidend team:** Je hoeft dit niet alleen te trekken. Maak een klein 'trekkersduo' (bijvoorbeeld samen met een tweede arts of de praktijkcoördinator….) dat de kar trekt en het proces bewaakt.

3. **Ontwikkel visie en strategie:** Hoe zetten we de verpleegkundie zo optimaal en waardevol mogelijk in? Waar focussen we eerst op? Focus eerst op technische handelingen (bloednames, wondzorg, spirometrie…) of ligt de focus eerst op het opstarten van chronische zorgtrajecten en preventie of eerder op het organisatorische van de praktijk…?

zie ook de voedingsbodem voor succes (Knoster)

Fase B: Betrek het team en breng de praktijk op gang

4. **Communiceer de verandervisie:** Betrek de rest van de praktijk. Zit samen tijdens een praktijkoverleg. Leg uit wat de komst van de verpleegkundige betekent voor de agenda's, de patiëntenstromen en ieders takenpakket. Neem hier de tijd voor.
5. **Creëer breed draagvlak (obstakels wegnemen):** Geef de ruimte aan vragen en onzekerheden. Als de iemand vreest dat diens taken minder gevarieerd worden, luister dan en zoek samen naar een herverdeling waar iedereen blij van wordt.
6. **Realiseer kortetermijnresultaten:** Begin behapbaar. Laat de verpleegkundige in de eerste maand bijvoorbeeld de volledige organisatie en uitvoering van de griep- en covidvaccinaties of de pre-operatieve onderzoeken op zich nemen. Dit zijn duidelijke, afgebakende projecten. Is dit een succes? Vier dat dan samen! Dat geeft energie en vertrouwen.

Fase C: Implementeren en ondersteunen

7. **Consolideer en ga door:** Bouw het takenpakket systematisch uit op basis van het succes. Nu de basiszorg vlot loopt, kan de verpleegkundige starten met het structureel opvolgen van patiënten met diabetes of het doen van gerichte huisbezoeken bij kwetsbare ouderen enzovoort.
8. **Veranker het nieuwe systeem:** Zorg dat de nieuwe werkwijze 'de norm' wordt. De verpleegkundige is nu een vast, onmisbaar gezicht in het team. De wekelijkse of maandelijkse overlegmomenten tussen arts en verpleegkundige zitten verankerd in de vaste praktijkagenda.

Situatie B: De herstart

In deze situatie dienen dezelfde stappen doorlopen te worden als bij situatie A. Maar er zijn een aantal **extra aandachtspunten** die we hieronder even op een rij zetten.

Bij een herstart ligt de focus op het **doorbreken van oude gewoontes**. De VPK is er wel, maar de praktijk leeft nog volgens de oude 'arts-centrische' routines. Dit vraagt om een milde, maar duidelijke herpositionering.

Een noodzakelijke check van de voedingsbodem

Bij een doorstart zie je vaak dat het schuurt bij de **Middelen** of dat er **Weerstand** is ontstaan door onduidelijkheid.

- **Middelen:** Heeft de VPK wel écht een volwaardig eigen kabinet, of moet zij/hij constant verhuizen als een arts consultatie heeft? Zitten er structurele blokken voor overleg in de agenda? Is er een mentor aangeduid voor de verpleegkundige? Tekort aan middelen zorgt hier voor *frustratie*.
- **Belang & Competenties:** Soms weten artsen of secretariaatsmedewerkers simpelweg niet wat de verpleegkundige allemaal mag en kan, waardoor ze patiënten zelf blijven vasthouden. Dit uit zich in *weerstand* of *angst*.

Het stappenplan

- **Verhoog het urgentiebesef (De Reset):** Plan een specifiek praktijkoverleg. Erken eerlijk dat de huidige integratie niet optimaal loopt en dat dit voor niemand (de VPK, de artsen, de patiënt) de beste zorg oplevert.
- **Obstakels wegnemen:** Ga in dialoog. Waar loopt het spaak?

Referenties

Het Knoster-model (Managing Complex Change)

Knoster, T. (1991). *Presentation at the Association for Persons with Severe Handicaps (TASH) Conference*. Washington, D.C.

Knoster, T., Villa, J., & Thousand, R. (2000). A framework for thinking about systems change. In J. Villa & R. Thousand (Eds.), *Restructuring for caring and effective education: Piecing the puzzle together* (pp. 93-128). Paul H. Brookes Publishing Co.

Het Kotter-model (8-stappen van verandering)

Kotter, J. P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 73(2), 59-67.

Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business School Press.

Disclaimer

De tools en documenten van Start2VIHP werden ontwikkeld door het Research and Innovation Centre Health and Care van de Arteveldehogeschool in België, in samenwerking met Vlaamse huisartsenpraktijken, zorgorganisaties, onderwijs- en kennisinstellingen en dienstverlenende bedrijven, in het kader van het VLAIO-gefinancierd project Start2VIHP (2024–2026).

Een correcte bronvermelding is verplicht bij elk gebruik, elke verspreiding of publicatie van resultaten die met behulp van deze instrumenten worden verkregen. De instrumenten en de bijbehorende materialen mogen niet worden aangepast, voor commerciële doeleinden gebruikt of verder verspreid zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbenden.

Voor vragen over het gebruik van deze instrumenten of de correcte bronvermelding kunt u contact opnemen met: start2vihp@arteveldehs.be