People management in de huisartsenpraktijk

Start2VIHP

VERPLEEGKUNDIGE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Samenwerken in de huisartsenpraktijk

Impact en lessen uit de Start2VIHP proeftuinen

artevelde hogeschool

VLAIO

Inhoudsopgave

1. INLEIDING 5

Over START2VIHP 5

Overzicht deliverables binnen het start2VIHP project 6

Beoogde impact 7

2. PROEFTUINEN 9

Opzet en verloop van de Start2VIHP proeftuinen 9

Workshops protocollair werken 10

Intervisie sessies voor verpleegkundige in de huisartsenpraktijk 11

Coaching op maat van de huisartsenpraktijk 12

Aanvullend vormings- en ondersteuningsaanbod 13

3. METHODOLOGIE IMPACT 16

Deelnemende huisartsenpraktijken 16

Onderzoeksopzet en dataverzameling 17

Gebruikte meetinstrumenten 18

Analyse en rapportage 20

4. RESULTATEN 23

Kenmerken van de deelnemende huisartsenpraktijken 23

4.1 Impact op zorgverleners 25

Jobtevredenheid van huisartsen 25

Jobtevredenheid van verpleegkundigen 25

Samenwerking, taakverdeling en inzet van verpleegkundige competenties 27

Werkdruk en werkbeleving 31

4.2 Impact op huisartsenpraktijken 32

Organisatie van zorg 32

Efficiëntie en capaciteit 33

Ontwikkeling en implementatie van praktijkprotocollen 33

Gebruik van de ontwikkelde tools 37

4.3 Impact op kwaliteit van zorg 38
Toegankelijkheid 38
Continuïteit van zorg 38
Preventie 38
Chronische zorg 39
Patiëntgerichte zorg 40
4.4 Economische en organisatorische implicaties 42
Efficiëntere inzet van competenties 42
Impact op praktijkwerking 42
Mogelijke economische en maatschappelijke effecten 43
5. LESSONS LEARNED 45
Wat helpt om verandering te realiseren? 45
Wat maakt implementatie moeilijk? 45
Welke ondersteuning werkt voor welke praktijk? 46
Van protocolontwikkeling naar duurzame toepassing 47
6. TOEKOMSTPERSPECTIEF 49
Van projectresultaten naar praktische hulpmiddelen 49
Doorwerking van Start2VIHP in het bredere werkveld 50
Aanbevelingen voor huisartsenpraktijken 51
Aanbevelingen voor verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk 52
Aanbevelingen voor beleid en ondersteunende organisaties 53
Kennisdeling en verdere verspreiding 54
7. CONCLUSIE 56
Colofon 57

1

INLEIDING

1. INLEIDING

Over START2VIHP

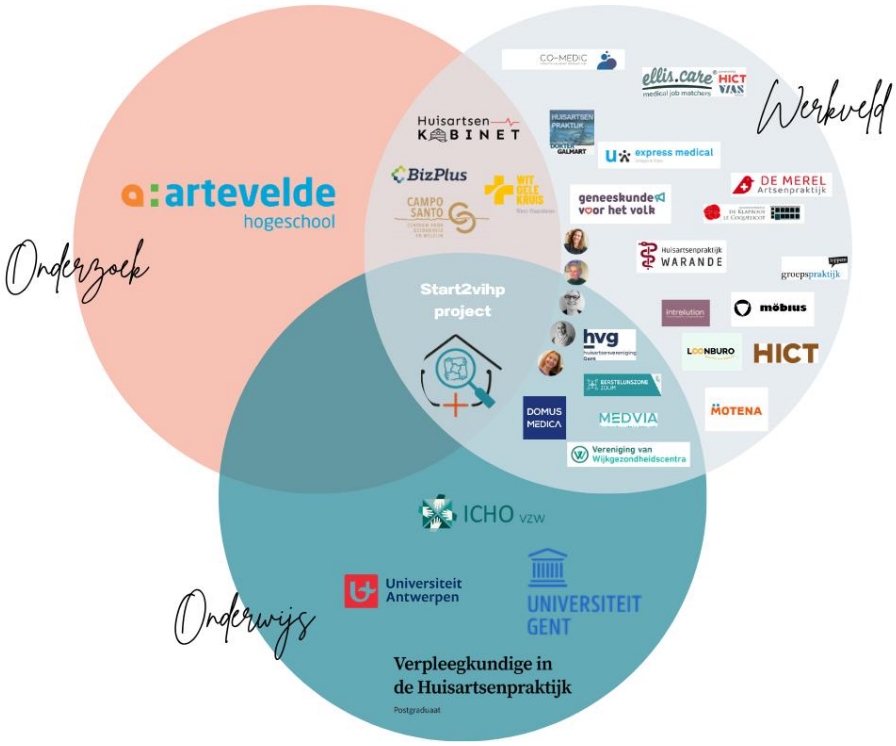
De druk op huisartsenpraktijken neemt toe. Steeds vaker kiezen praktijken daarom voor samenwerking met een verpleegkundige, zodat patiënten kunnen rekenen op toegankelijke, kwaliteitsvolle en persoonsgerichte zorg.

Onder de noemer *verpleegkundige* schuilen verschillende profielen, elk met hun eigen accenten en sterktes. Het komt er dan ook op aan om het juiste profiel te matchen met de juiste praktijk. Zo ontstaat er een samenwerking waarin visie, aanpak en verwachtingen op elkaar zijn afgestemd; de basis voor duurzame, toekomstgerichte zorg.

De **Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk (VIHP)** gaat nog een stap verder. Naast het bachelordiploma verpleegkunde volgde zij een postgraduaat dat specifiek inzet op de brede en verdiepte competenties die nodig zijn in de eerstelijnszorg. Daardoor kan de VIHP complexere taken opnemen op een autonome manier en wordt zij een cruciale schakel in de praktijk. Met **Start2VIHP** ondersteunen we zowel verpleegkundigen als huisartsenteams bij de opstart en duurzame verankering van deze rol.

Voor wie dieper wil ingaan op de randvoorwaarden van deze samenwerking, bundelden we onze inzichten in een **rapport rond implementatievoorwaarden en praktijkgerichte use cases**. Dit rapport reikt concrete handvatten aan om de rol van de VIHP niet alleen op te starten, maar ook stevig te verankeren in de werking van de huisartsenpraktijk.

Dit project wordt gefinancierd door VLAIO en is mede mogelijk gemaakt door de hulp van onze begeleidingsgroep:



Overzicht deliverables binnen het start2VIHP project

In het kader van het start2VIHP project worden volgende deliverables opgeleverd, die elk een cruciale bijdrage leveren aan de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van de projectdoelstellingen:

1) **Rapport implementatievoorwaarden**
   Bij de start van het project zijn er heel wat interviews gedaan met alle stakeholders. Zo zijn de perspectieven van huisartsen, verpleegkundigen, studenten, patiënten en ook vanuit ethisch-juridisch en economisch standpunt in kaart gebracht. Dit rapport is dus een samenvatting van alle bevindingen van alle stakeholders in de huidige context. Met andere woorden: hoe was de situatie bij de start van het project, waar moeten we rekening mee houden als we de samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen willen verbeteren, waar loopt het goed, waar niet en wat moeten we aanpakken. Het werd al snel duidelijk dat dit terug te brengen is in 5 stappen. Dit rapport kadert dus de bevindingen terug vanuit het vijfstappenmodel van start2VIHP. >> Download het rapport

2) **Tools ter ondersteuning van instroom-management en onboarding van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP)**
   Na het samenvatten van de implementatievoorwaarden ontwikkelde het onderzoeksteam samen met de begeleidingsgroep enkele tools om later in huisartsenpraktijken mee aan de slag te gaan.
   Dit houdt in:
   - Beslissingsondersteunende tool om het juiste verpleegkundig profiel (praktijkverpleegkundige of VIHP) te kiezen afhankelijk van de praktijkcontext.
   - Implementatietoolkit met stappenplan, sjablonen, checklists en draaiboeken voor een duurzame integratie van de VIHP in de huisartsenpraktijk.

   De implementatietools zijn digitaal terug te vinden in de vorm van een website: www.start2vihp.be. Deze website bevat toegankelijke informatie, praktijkvoorbeelden en ondersteunend materiaal.

3) **Impactrapport (huidig rapport)**
   Gedurende één jaar testte het onderzoeksteam de tools uit in acht proeftuinen, bestaande uit huisartsenpraktijken. De impact werd in kaart gebracht via zowel kwantitatieve als kwalitatieve bevragingen: wat werkt, wat werkt minder goed.
   In dit rapport vind je de bevindingen van de impact van een VIHP in een huisartsenpraktijk terug. Het biedt een overzicht van de belangrijkste inzichten die tijdens de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van tools ter ondersteuning van twee kernprocessen, instroommangement en onboarding, van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) zijn opgedaan, met aandacht voor zowel succesfactoren als uitdagingen.

Beoogde impact

Start2VIHP vertrok vanuit twee centrale maatschappelijke doelstellingen: het verhogen van de kwaliteit van zorg en het verbeteren van de efficiëntie van zorg.

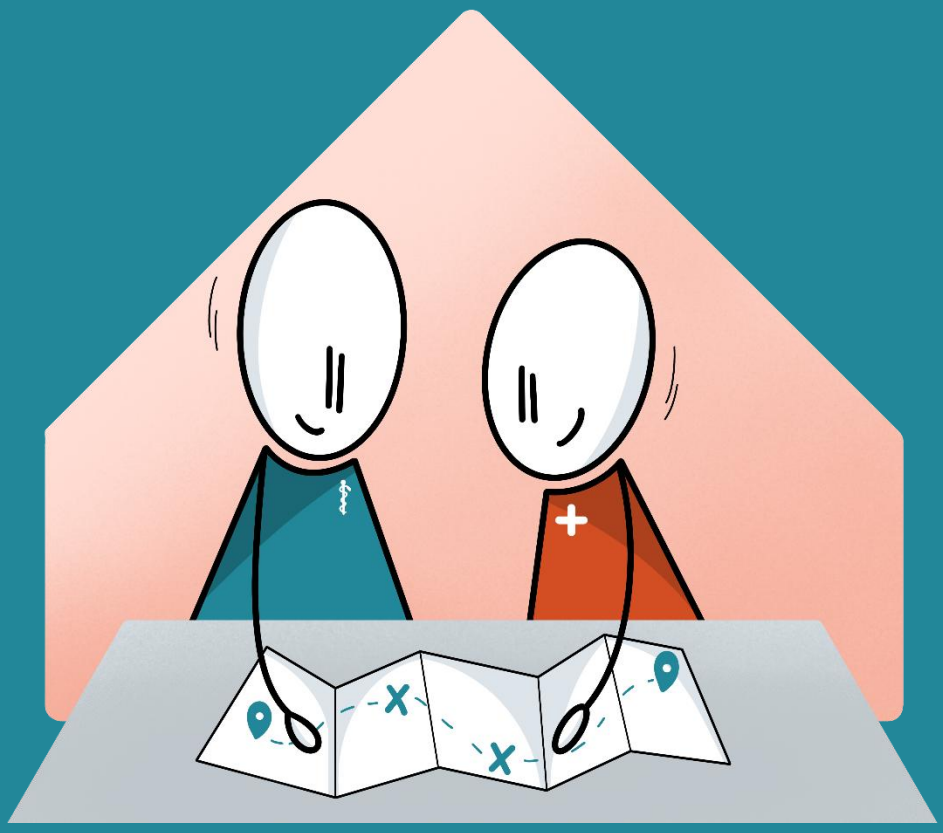
Op het vlak van kwaliteit van zorg wordt verwacht dat de samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen leidt tot meer toegankelijke, proactieve en patiëntgerichte zorg. Verpleegkundigen kunnen een belangrijke rol opnemen in preventie, gezondheidsbevordering, chronische zorg, opvolging na ziekenhuisontslag en zorgcoördinatie. Hierdoor ontstaat meer ruimte voor vroegtijdige detectie van gezondheidsproblemen, betere opvolging van kwetsbare patiënten en een hogere continuïteit van zorg.

Daarnaast wil het project bijdragen aan een efficiëntere organisatie van de eerstelijnszorg. Door taken toe te wijzen aan de zorgverlener die hiervoor het best geplaatst is, kunnen beschikbare competenties optimaal worden ingezet. Dit creëert ruimte voor huisartsen om zich meer te richten op complexe zorgvragen, terwijl verpleegkundigen een actieve rol opnemen in preventieve, chronische en protocollaire zorg. Op die manier kan de capaciteit van huisartsenpraktijken toenemen en kan de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg verder worden versterkt.

Naast deze maatschappelijke impact wordt ook een positieve invloed verwacht op de werkbeleving van zowel huisartsen als verpleegkundigen. Een betere taakverdeling, verhoogde samenwerking en meer gedeelde verantwoordelijkheid kunnen bijdragen aan hogere jobtevredenheid en een duurzamere inzetbaarheid van zorgverleners.

2

PROEFTUINEN



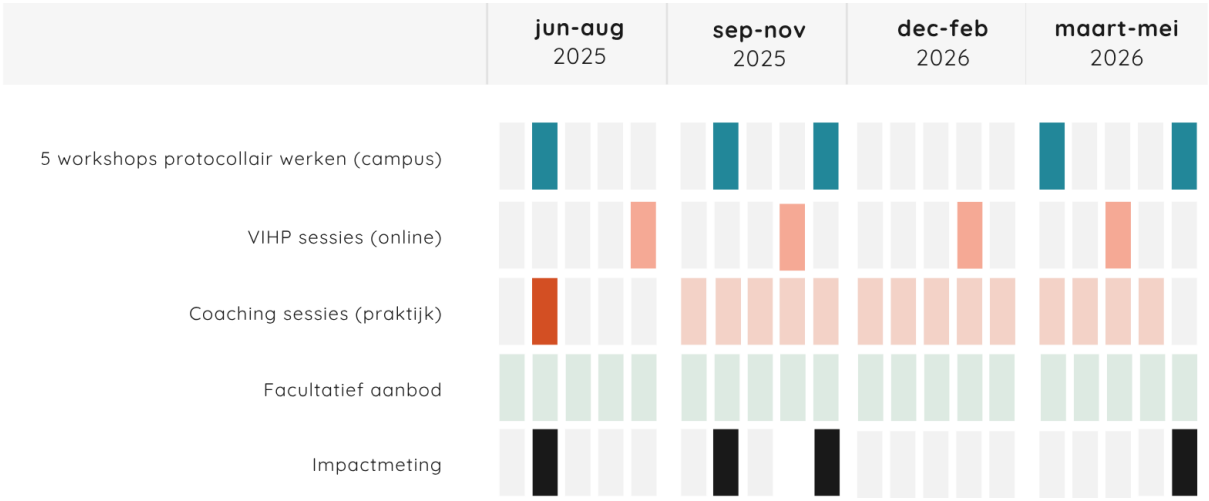
2. PROEFTUINEN

Opzet en verloop van de Start2VIHP proeftuinen

Binnen het Start2VIHP-project werd een proeftuintraject opgezet waarin acht Vlaamse huisartsenpraktijken gedurende ongeveer één jaar werden ondersteund bij de verdere integratie van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) en het versterken van de interdisciplinaire samenwerking. Het traject liep van juni 2025 tot mei 2026 en combineerde verschillende vormen van ondersteuning, waarbij zowel de samenwerking binnen het praktijkteam als de organisatie van zorg centraal stonden.

De proeftuinen bestonden uit vier onderling verbonden onderdelen: vijf gezamenlijke workshops rond protocollair werken, vier online intervisiesessies voor verpleegkundigen, praktijkgerichte organisatiecoaching op maat en een aanvullend vormings- en ondersteuningsaanbod. Via de workshops werkten huisartsen en verpleegkundigen samen aan de ontwikkeling en implementatie van een praktijkprotocol. De online intervisies boden tussentijdse ondersteuning en ruimte voor uitwisseling tussen verpleegkundigen, terwijl de organisatiecoaching inspeelde op de specifieke noden van elke praktijk. Het aanvullende aanbod werd gaandeweg afgestemd op de gemeenschappelijke vragen en uitdagingen die tijdens het traject naar voren kwamen.

De verschillende onderdelen werden gespreid over de looptijd van de proeftuinen en waren bedoeld om elkaar te versterken. Daarbij werd bewust ingezet op een combinatie van gezamenlijke leermomenten, uitwisseling tussen praktijken en begeleiding binnen de eigen praktijkcontext. Figuur 1 geeft een overzicht van het verloop en de samenhang tussen de verschillende onderdelen. De werkwijze van elk onderdeel wordt hieronder afzonderlijk toegelicht.



Figuur 1 Tijdslijn proeftuinen start2VIHP

Workshops protocollair werken

Als onderdeel van de Start2VIHP-proeftuinen werd een reeks van vijf workshops rond protocollair werken georganiseerd, in nauwe samenwerking met de Universiteit Antwerpen binnen het Europese JACARDI-project (Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes). Deze samenwerking sloot aan bij de doelstelling van JACARDI om huisartsenpraktijken te ondersteunen bij de ontwikkeling en implementatie van praktijkgerichte zorgpaden, met aandacht voor een duidelijke taakverdeling en interdisciplinaire samenwerking.

De workshops hadden als doel om **elke deelnemende huisartsenpraktijk te begeleiden bij het ontwikkelen van een gedragen praktijkprotocol rond een zelfgekozen zorgthema**, en dit tijdens de looptijd van de proeftuinen ook al te implementeren en, waar mogelijk, te evalueren.

De **vijf workshops** vonden plaats op 24 juni, 30 september en 7 november 2025, en op 26 maart en 21 mei 2026. Ze werden georganiseerd op een externe locatie, doorgaans op een campus van Arteveldehogeschool. Vanuit elke huisartsenpraktijk namen bij voorkeur een huisarts en een verpleegkundige samen deel. De workshops werden gefaciliteerd door twee Start2VIHP-onderzoekers, Karen Van den Bussche en Vanessa Gauwe, waarbij werd voortgebouwd op bestaande expertise in het begeleiden van protocolontwikkeling in huisartsenpraktijken. Aanvullend werden huisartsen met ervaring in kwaliteitsverbeterprojecten betrokken om kleinere groepen van deelnemende praktijken inhoudelijk en procesmatig te begeleiden.

Het traject werd opgebouwd volgens **vijf opeenvolgende fasen van protocolontwikkeling en kwaliteitsverbetering.** Tijdens de eerste workshop lag de nadruk op het bepalen van een concrete doelstelling, het afbakenen van de patiëntenpopulatie en het samenstellen van een projectteam. Daarbij werd aandacht besteed aan de beschikbare middelen, de zorgbelasting en een gedeelde visie op taakverdeling. In de tweede workshop werkten de deelnemers aan het praktijkprotocol zelf, met aandacht voor de organisatie van zorgcontacten, de verdeling van taken en verantwoordelijkheden, de noodzakelijke randvoorwaarden en de communicatie tussen zorgverleners. De derde workshop richtte zich op de implementatie, waaronder het betrekken van het volledige praktijkteam en relevante externe stakeholders, het identificeren van mogelijke drempels en het opstellen van een implementatieplan. Tijdens de vierde workshop stond de evaluatie centraal. De deelnemers werden ondersteund bij het analyseren van implementatieproblemen en het formuleren van een evaluatieplan met passende structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. De vijfde workshop was gericht op de verdere verankering van het protocol in de dagelijkse praktijkvoering, met aandacht voor factoren die duurzame implementatie bevorderen of belemmeren.

De workshops **combineerden inhoudelijke toelichting met praktijkgerichte begeleiding**, **uitwisseling** tussen deelnemende praktijken en **opdrachten** die tussen de sessies werden uitgevoerd. Een centraal onderdeel was de **bespreking van de voortgang van de eigen praktijk**. De deelnemende huisarts-verpleegkundige-duo's lichtten aan de hand van een vooraf opgesteld presentatiesjabloon toe welke stappen ze sinds de vorige workshop hadden gezet, welke moeilijkheden ze ondervonden en welke vragen nog openstonden. Tijdens deze besprekingen kregen ze gerichte feedback van de facilitatoren, de begeleidende huisartsen en de andere deelnemende praktijken. Door in kleinere groepen te werken, was er ruimte om dieper in te gaan op de specifieke uitdagingen van elke praktijk en om ervaringen en oplossingen met elkaar uit te wisselen.

Voor elke workshop werd een **bijhorende werkbundel** ontwikkeld met achtergrondinformatie, reflectievragen, oefeningen en praktische sjablonen. Deze werkbundels dienden als leidraad tijdens de workshops en als ondersteuning bij het verdere werk in de eigen huisartsenpraktijk. Deelnemers kregen tussen de workshops opdrachten mee, zodat de protocolontwikkeling niet beperkt bleef tot de contactmomenten, maar verdergezet werd binnen het volledige praktijkteam. Aanvullende materialen werden beschikbaar gesteld via het online leerplatform. Tussen de opeenvolgende workshops werden bovendien online intervisiesessies voor de deelnemende verpleegkundigen georganiseerd, waarin onder meer de voortgang van de werkbundels, de uitvoering van de opdrachten en de voorbereiding van de volgende workshop werden besproken (zie verder).

Elke workshop werd daarnaast gekoppeld aan een aanvullend vormings- of ondersteuningsaanbod, met onderwerpen die aansloten bij de uitdagingen rond interdisciplinaire samenwerking, praktijkorganisatie en veranderingsprocessen (zie verder).

Intervisie sessies voor verpleegkundige in de huisartsenpraktijk

Als aanvulling op de vijf workshops rond protocollair werken werden **vier online intervisiesessies georganiseerd, specifiek voor de verpleegkundigen in de deelnemende huisartsenpraktijken**. Deze vonden plaats op 4 september en 21 oktober 2025, en op 5 februari en 28 april 2026, telkens gedurende één uur **via Microsoft Teams**. De sessies werden begeleid door de Start2VIHP-onderzoekers, met Vanessa Gauwe als vaste begeleider.

Het doel van deze bijeenkomsten was om de verpleegkundigen tussen de gezamenlijke workshops door bijkomend te **ondersteunen bij de ontwikkeling en implementatie van hun praktijkprotocol**. Daarnaast boden de sessies ruimte voor **onderlinge uitwisseling van ervaringen, praktische tips en uitdagingen** tussen verpleegkundigen uit verschillende huisartsenpraktijken. Door deze bijeenkomsten uitsluitend voor verpleegkundigen te organiseren, werd ook ruimte gecreëerd om stil te staan bij hun eigen rol in het veranderingsproces, waaronder het opnemen van initiatief, het betrekken van collega's en het afstemmen met de huisartsen.

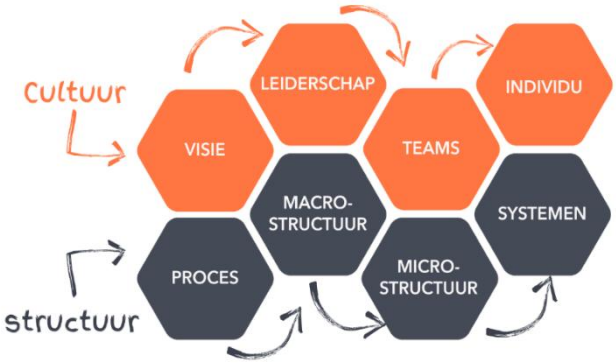
De sessies volgden een gelijkaardige opbouw. Na een **korte terugblik** op de voorgaande workshop en de bijhorende opdrachten kreeg elke verpleegkundige de gelegenheid om de **voortgang binnen de eigen praktijk toe te lichten**. Hierbij werd besproken welke onderdelen van de werkbundels reeds waren uitgewerkt, welke stappen binnen het praktijkteam waren gezet en waar nog vragen of moeilijkheden waren. De deelnemers konden hierover **feedback en advies** vragen aan de begeleider en aan elkaar. De sessies werden telkens afgesloten met een **vooruitblik op de volgende workshop** en de opdrachten die tegen dan verder moesten worden uitgewerkt.

Van elke intervisiesessie werd een verslag opgesteld met een overzicht van de besproken thema's, de voortgang per praktijk en de belangrijkste aandachtspunten. Deze **verslagen werden via het online leerplatform Canvas** beschikbaar gesteld aan de deelnemers, zodat ook verpleegkundigen die niet aanwezig konden zijn de besproken informatie konden raadplegen.

Coaching op maat van de huisartsenpraktijk

Als onderdeel van de Start2VIHP-proeftuinen werd een coachingtraject aangeboden, afgestemd op de **specifieke noden en uitdagingen van elke deelnemende huisartsenpraktijk**. Voor de opstart werden de betrokken organisatiecoaches, zowel interne medewerkers van Arteveldehogeschool als externe coaches, samengebracht tijdens een voorbereidend overleg. Hierbij werden de doelstellingen, de werkwijze en de rolverdeling binnen het coachingtraject toegelicht. Vervolgens werd aan elke huisartsenpraktijk een coach toegewezen en werd deze toewijzing aan de praktijken gecommuniceerd.

Het coachingtraject ging van start tijdens de kick-off van de proeftuinen op de campus van Arteveldehogeschool op 24 juni 2025. Tijdens deze bijeenkomst verzorgde, een extern consultancy/coaching organisatie dat vertegenwoordigd was in de Start2VIHP-begeleidingsgroep, een sessie over de bouwstenen voor samenwerking binnen een organisatie. Hiervoor werd gebruikgemaakt van een organisatiecanvas dat acht onderling verbonden bouwstenen onderscheidt, opgedeeld in cultuur (visie, leiderschap, teams en individu) en structuur (proces, macrostructuur, microstructuur en systemen).



Aan de hand van dit canvas voerden de deelnemende huisartsen en verpleegkundigen een oefening in duo uit. Eerst beoordeelden ze voor elke bouwsteen afzonderlijk welke uitdagingen er binnen hun praktijk nog waren en hoeveel werk er volgens hen nodig was, aan de hand van een score van 1 tot 10. Vervolgens brachten ze hun perspectieven samen om tot een gedeeld beeld van de belangrijkste uitdagingen te komen. Daarbij gaven ze per bouwsteen ook aan hoeveel ondersteuning hun praktijk nodig had, opnieuw op een schaal van 1 tot 10. Deze oefening vormde een eerste aanzet om de ondersteuningsbehoeften van de praktijken in kaart te brengen.

Het verdere coachingtraject voorzag in **drie contactmomenten per praktijk**: een intakegesprek om de ondersteuningsbehoeften en prioriteiten verder te verkennen, gevolgd door twee coachingsessies op maat. De concrete invulling en planning werden in onderling overleg tussen de coach en de huisartsenpraktijk bepaald, binnen de voorziene periode van half augustus 2025 tot begin mei 2026. Bij elk contactmoment was ook een onderzoeker aanwezig, fysiek of online, om het traject vanuit onderzoeksperspectief op te volgen en te documenteren.

Om de coaches tijdens het traject te ondersteunen, werden **drie online intervisiemomenten** georganiseerd waarin de voortgang, ervaren moeilijkheden en goede praktijkvoorbeelden werden besproken. Daarnaast kregen de coaches toegang tot een **gedeeld online platform** met ondersteunende materialen en een discussieforum voor onderlinge kennisuitwisseling. Ter ondersteuning van een consistente werkwijze werden documenten opgesteld waarin de rollen en verantwoordelijkheden van de coach en onderzoeker werden verduidelijkt. Tot slot werden **gestandaardiseerde verslaggevingssjablonen** ontwikkeld voor zowel de coach als de onderzoeker, die

als observator optrad. Deze dienden om het verloop, de behandelde thema's en de belangrijkste bevindingen van de coachingtrajecten systematisch te documenteren.

Aanvullend vormings- en ondersteuningsaanbod

Naast de workshops protocollair werken, de online intervisiesessies en de praktijkgerichte coaching werd binnen de Start2VIHP-proeftuinen een aanvullend vormings- en ondersteuningsaanbod voorzien. Dit aanbod bestond uit een **combinatie van thematische vormingssessies en een online leerplatform met informatie, instrumenten en praktische hulpmiddelen**. Het vormingsaanbod lag niet volledig op voorhand vast, maar kreeg **gaandeweg vorm op basis van de gemeenschappelijke vragen**, noden en uitdagingen die tijdens de proeftuinen naar voren kwamen.

Thematische vormingsessies

De aanvullende vormingssessies werden zoveel mogelijk gekoppeld aan de vijf workshops protocollair werken, zodat huisartsen en verpleegkundigen op dezelfde dag konden deelnemen.

Tijdens de eerste bijeenkomst op 24 juni 2025 verzorgde een consultancy/coaching organisatie, vertegenwoordigd in de Start2VIHP-begeleidingsgroep, een sessie over de duurzame integratie van verpleegkundigen in huisartsenpraktijken. Aan de hand van een organisatiecanvas werden de bouwstenen voor samenwerking toegelicht en brachten de deelnemende huisarts-verpleegkundige-duo's de belangrijkste uitdagingen en ondersteuningsbehoeften van hun praktijk in kaart. Deze sessie vormde tevens de start van het praktijkgerichte coachingtraject (zie eerder).

De tweede bijeenkomst, op 30 september 2025, vond plaats in een wijkgezondheidscentrum. Vanuit hun praktijkervaring werd toegelicht welke aandachtspunten, tips en valkuilen belangrijk zijn bij de ontwikkeling van een praktijkprotocol. Aansluitend werd het denkkader rond complementair werken voorgesteld, ontwikkeld door de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC). De deelnemers gingen hier ook zelf mee aan de slag en werden uitgenodigd om na te denken over een passende taakverdeling en de complementariteit van de verschillende disciplines binnen hun eigen huisartsenpraktijk.

Tijdens de derde bijeenkomst, op 7 november 2025, werd een interactieve introductiesessie rond Deep Democracy georganiseerd, begeleid door een externe coach/trainer verbonden aan het project. Deze methode biedt handvatten om binnen teams om te gaan met uiteenlopende meningen, weerstand en besluitvorming. De deelnemers maakten kennis met het belang van het beluisteren van minderheidsstemmen en het onderscheid tussen consensus en consent. Later die maand, op 28 november 2025, werd een facultatieve verdiepingssessie aangeboden. Hierin werd verder gewerkt rond het bespreekbaar maken van tegenstellingen, het omgaan met weerstand en het komen tot gedragen beslissingen, vertrekkend vanuit concrete situaties uit de eigen praktijk.

De vierde bijeenkomst, op 26 maart 2026, werd aangevuld met een inspiratiesessie over timemanagement en efficiënt vergaderen, verzorgd door een interne communicatiecoach. De sessie bood praktische handvatten voor het stellen van prioriteiten, het plannen van werkzaamheden en het bewaken van tijd voor taken buiten de reguliere patiëntenzorg. Daarnaast werd aandacht besteed aan een efficiënte organisatie van teamoverleg, waaronder de voorbereiding van vergaderingen, een duidelijke rolverdeling, het betrekken van alle deelnemers en het vastleggen en opvolgen van gemaakte afspraken.

De vijfde en laatste bijeenkomst, op 21 mei 2026, werd gecombineerd met de afsluitende meeting van de Start2VIHP-begeleidingsgroep. Tijdens deze bijeenkomst kregen de deelnemende huisartsenpraktijken de gelegenheid om hun ontwikkelde praktijkprotocol en ervaringen uit het traject voor te stellen aan de bredere begeleidingsgroep. Op die manier werd de uitwisseling tussen de proeftuinen en de betrokken praktijk- en beleidspartners gefaciliteerd.

Online leerplatform

Gedurende het volledige proeftuintraject hadden de deelnemende huisartsen en verpleegkundigen toegang tot een **online leerplatform via Canvas**. Dit platform bundelde inhoudelijke informatie, praktische instrumenten en ondersteunende materialen die de deelnemers vrij konden raadplegen en gebruiken, afhankelijk van de noden en ontwikkelingsfase van hun praktijk.

Het leerplatform bevatte onder meer **bouwstenen voor verschillende fasen van de integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk**. Voor de fase Overwegen werd informatie aangeboden over het wettelijk kader, verpleegkundige profielen, bevoegdheid en bekwaamheid, en mogelijke taken en rollen van de VIHP. Daarnaast waren onder meer een beslissingshulp voor de keuze van het verpleegkundig profiel en een readiness check beschikbaar. Voor de fase Vinden werden hulpmiddelen voorzien rond het sollicitatie- en selectieproces, het loonpakket en administratieve aandachtspunten. De fase Starten omvatte praktische checklists en gespreksleidraden voor verschillende momenten in het onthaal- en inwerkingstraject, waaronder de voorbereiding van de eerste werkdag, de eerste werkweek, de eerste werkmaand en het eerste werkjaar. Ook instrumenten voor het formuleren van SMART-doelstellingen en het opstellen van een groeiplan waren beschikbaar.

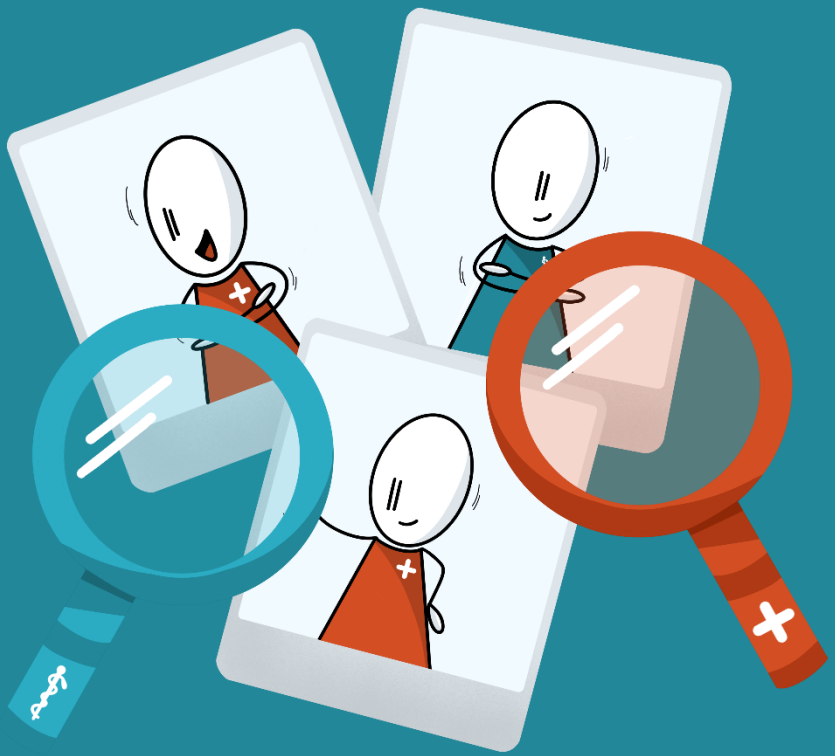
Daarnaast bood het platform **ondersteuning bij de verdere organisatie van de interdisciplinaire samenwerking**, bijvoorbeeld via materialen voor het ontwikkelen van een gedeelde missie en visie, het uitwerken van praktijkprotocollen en het maken van afspraken over taken en verantwoordelijkheden. Ook de presentaties, werkbundels, aanvullende vormingsmaterialen en verslagen van de georganiseerde bijeenkomsten werden via Canvas ter beschikking gesteld.

Het leerplatform was daarmee niet uitsluitend een verzamelplaats voor documentatie, maar vormde een **doorlopend en vrij toegankelijk ondersteuningsaanbod** naast de gezamenlijke contactmomenten. De aangeboden materialen konden zelfstandig worden gebruikt binnen de eigen praktijk en werden, waar relevant, ook aangehaald of ingezet tijdens de coachingtrajecten, workshops en online intervisiesessies.

Tijdens de looptijd van de proeftuinen werd een deel van de ontwikkelde informatie en instrumenten ook beschikbaar gesteld via de publiek toegankelijke projectwebsite www.start2vihp.be. Op die manier werd het ondersteuningsaanbod uitgebreid naar huisartsenpraktijken en andere geïnteresseerden buiten de proeftuinen. Daarnaast werd het online informatieaanbod beoordeeld aan de hand van het CRAAP-model, waarbij de actualiteit (Currency), relevantie (Relevance), autoriteit (Authority), nauwkeurigheid (Accuracy) en het doel (Purpose) van de informatie werden geëvalueerd (zie "Gebruik van ontwikkelde tools", pag. 33).

3

IMPACT METING



3. METHODOLOGIE IMPACT

Om inzicht te krijgen in de impact van de Start2VIHP-proeftuinen werd een **mixed-methods evaluatie** uitgevoerd, waarbij kwantitatieve en kwalitatieve gegevens werden gecombineerd. De evaluatie richtte zich enerzijds op mogelijke veranderingen in de praktijkorganisatie, het teamfunctioneren en de taakuitoefening van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP). Anderzijds werd onderzocht hoe de deelnemende huisartsen en verpleegkundigen het ondersteuningstraject ervaarden en welke factoren de ontwikkeling en implementatie van een praktijkprotocol bevorderden of bemoeilijkten.

De **kwantitatieve evaluatie** omvatte vier meetmomenten, verspreid over de looptijd van de proeftuinen. De meetstrategie en de gebruikte vragenlijsten werden grotendeels gebaseerd op de aanpak binnen het Europese JACARDI-project van de Universiteit Antwerpen, in samenwerking met onderzoeker Laurent Desmet. Waar nodig werden de instrumenten aangepast of aangevuld om aan te sluiten bij de specifieke doelstellingen van Start2VIHP.

Aanvullend werden gedurende het traject **kwalitatieve gegevens verzameld** via observaties en veldnotities. Na afloop van de proeftuinen vonden bovendien afsluitende evaluatiegesprekken plaats in de deelnemende huisartsenpraktijken. Deze kwalitatieve gegevens werden verzameld om de ervaringen van de betrokken zorgverleners en de context waarin veranderingen plaatsvonden beter te begrijpen.

In dit hoofdstuk worden de kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie, de gebruikte meetinstrumenten en de aanpak voor de analyse en rapportage toegelicht.

Deelnemende huisartsenpraktijken

Aan de Start2VIHP-proeftuinen namen acht Vlaamse huisartsenpraktijken deel. De praktijken stapten vrijwillig in het project en engageerden zich om gedurende het proeftuintraject deel te nemen aan de aangeboden ondersteuning en evaluatie. Als onderdeel van het TETRA-project droegen de deelnemende praktijken ook financieel bij via cofinanciering.

Bij de samenstelling van de groep werd gestreefd naar variatie in praktijkkenmerken, waaronder de omvang en samenstelling van het praktijkteam, de geografische context, het financieringsmodel en de ervaring met de inzet van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. De deelnemende praktijken varieerden van kleinere huisartsenpraktijken met een beperkt aantal medewerkers tot grotere, multidisciplinaire praktijken met verschillende zorgprofessionals en ondersteunende functies.

De ondersteuning werd aangeboden binnen de bestaande praktijkwerking en hield rekening met de specifieke uitgangssituatie en ondersteuningsbehoeften van elke praktijk. Om de vertrouwelijkheid van de deelnemende praktijken te bewaken, worden hun kenmerken en resultaten in dit rapport zoveel mogelijk op geaggregeerd niveau beschreven.

Onderzoeksopzet en dataverzameling

Om de impact van de Start2VIHP-proeftuinen in kaart te brengen, werd een longitudinaal evaluatieopzet met vier meetmomenten gehanteerd (zie Tabel 1). Hierbij werden zowel veranderingen in de praktijkorganisatie, de taakuitoefening van de verpleegkundige en het teamfunctioneren als het verloop en de aanvaardbaarheid van de aangeboden ondersteuning onderzocht. De metingen combineerden gevalideerde meetinstrumenten met projectspecifieke vragen over de organisatie en werking van de deelnemende huisartsenpraktijken.

De **kwantitatieve evaluatie** werd grotendeels gebaseerd op de meetstrategie en vragenlijsten van het Europese JACARDI-project (Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes), meer bepaald het onderzoek naar de ontwikkeling en implementatie van geïntegreerde zorgpaden in huisartsenpraktijken, uitgevoerd aan de Universiteit Antwerpen onder leiding van onderzoekers Laurent Desmet en Dr. Katrien Danhieux. In samenwerking met het JACARDI-onderzoeksteam werd deze aanpak overgenomen en waar nodig afgestemd op de doelstellingen en context van de Start2VIHP-proeftuinen.

De **eerste meting (T0)** vond plaats bij de start van de proeftuinen in juni 2025. Twee tussentijdse metingen werden gekoppeld aan de tweede workshop protocollair werken in september 2025 en de vierde workshop in maart 2026. De vierde meting (T3) werd georganiseerd na de laatste workshop, eind mei 2026, als nameting van het traject.

De gegevens werden hoofdzakelijk verzameld via online vragenlijsten in Qualtrics. Enkel de *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) werd zowel bij de voor- als bij de nameting op papier afgenomen. Afhankelijk van het meetinstrument werden de vragenlijsten individueel ingevuld door huisartsen en verpleegkundigen, of eenmaal per deelnemende huisartsenpraktijk. Bij de individuele vragenlijsten stond de persoonlijke ervaring van de respondent centraal; de praktijkvragenlijsten brachten de organisatie en werking van de praktijk als geheel in kaart.

De **herhaalde afname van een aantal instrumenten** maakte het mogelijk om de situatie bij de start en na afloop van de proeftuinen te vergelijken. De tussentijdse metingen waren specifiek gericht op het proces van protocolontwikkeling en -implementatie. De eerste (T0) en vierde meting (T3) richtten zich vooral op de uitgangssituatie en eventuele veranderingen na deelname aan de proeftuinen. De tweede en derde meting boden inzicht in de voorwaarden voor en het verloop van de implementatie van een praktijkprotocol.

Kwalitatieve gegevensverzameling

Naast de vragenlijsten werden gedurende de proeftuinen kwalitatieve gegevens verzameld om beter te begrijpen hoe de samenwerking en praktijkorganisatie evolueerden en welke factoren de implementatie van nieuwe werkwijzen beïnvloedden.

Tijdens de praktijkgerichte coaching en de online intervisiesessies voor VIHP's werden observaties en veldnotities gemaakt. Hierin werden onder meer de voortgang van de deelnemende praktijken, ervaren moeilijkheden, ondersteuningsnoden en besproken oplossingen gedocumenteerd.

Na afloop van het proeftuintraject werden daarnaast afsluitende evaluatiegesprekken georganiseerd in de deelnemende huisartsenpraktijken. Tijdens deze gesprekken werd teruggeblikt op de deelname aan Start2VIHP, de ervaren veranderingen binnen de praktijk, de bruikbaarheid van de aangeboden ondersteuning en de factoren die de verdere ontwikkeling van de samenwerking bevorderden of bemoeilijkten. Afhankelijk van de praktijk namen verschillende leden van het praktijkteam deel, of vond het gesprek plaats met een beperkter aantal betrokken zorgverleners.

De verslagen van de coaching, de intervisiesessies en de afsluitende praktijkgesprekken vormden samen de basis voor de kwalitatieve bevindingen in dit rapport. Deze gegevens werden gebruikt om terugkerende ervaringen, verschillen tussen praktijken en mogelijke verklaringen voor de kwantitatieve resultaten in kaart te brengen.

Tabel 1. Overzicht van de meetmomenten

Meetmoment	Tijdstip	Meetinstrumenten
1. Premeting (T0)	Juni 2025	ACIC, VIHP-takenlijst, TCI-14, SIJS, AIM en praktijkvragenlijst
2. Tussentijdse meting (T1)	September 2025	ORIC, IAM en FIM
3. Tussentijdse meting (T2)	Maart 2026	NoMAD
4. Nameting (T3)	Mei 2026	ACIC, VIHP-takenlijst, TCI-14, SIJS, AIM en aanvullende vragen over de praktijkorganisatie

Gebruikte meetinstrumenten

Voor de kwantitatieve evaluatie werd grotendeels gebruikgemaakt van de instrumenten en vragenlijsten die binnen het JACARDI-project van de Universiteit Antwerpen werden geselecteerd en samengebracht. Deze omvatten zowel gevalideerde meetinstrumenten voor teamfunctioneren, arbeidstevredenheid en implementatieprocessen als aanvullende vragen over de praktijkorganisatie en de ontwikkeling van praktijkprotocollen. Voor Start2VIHP werden deze vragenlijsten waar nodig aangepast of aangevuld om ook de specifieke doelstellingen van het project, waaronder de integratie en taakuitoefening van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk, in kaart te brengen. De afzonderlijke meetinstrumenten worden hieronder toegelicht.

Organisatie van chronische zorg (ACIC)

De *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) werd bij de voor- en nameting gebruikt om de organisatie van chronische zorg binnen de deelnemende huisartsenpraktijken te beoordelen. Het instrument is gebaseerd op het Chronic Care Model en omvat zes domeinen: het gezondheidszorgsysteem, de samenwerking met de omgeving, ondersteuning van zelfmanagement, besliskundige ondersteuning, organisatie van zorg en informatiesystemen. De respondenten beoordeelden verschillende onderdelen van de huidige zorgorganisatie op een schaal van 0 tot 11. De ACIC werd op papier

ingevuld, vanuit het perspectief van de zorgverleners die betrokken zijn bij de chronische zorg binnen de praktijk.

Takenpakket van de verpleegkundige

Bij de voor- en nameting werd een afzonderlijke online vragenlijst afgenomen bij de deelnemende verpleegkundigen, ontwikkeld in samenwerking met de COOPERATE-studie van de Universiteit Antwerpen. Deze vragenlijst bracht de aard en frequentie van de uitgevoerde taken in kaart, waaronder verpleegtechnische handelingen, acute en chronische zorg, preventie, psychosociale zorg, onthaal- en administratieve taken, interprofessioneel overleg en praktijkondersteunende activiteiten. Daarnaast werd bevraagd voor welke zorgtaken praktijkprotocollen beschikbaar waren. De herhaalde afname had als doel eventuele veranderingen in het takenpakket van de verpleegkundige tijdens de proeftuinen in kaart te brengen.

De vragenlijst omvatte ook achtergrondvragen over de opleiding, werkervaring en tewerkstellingssituatie van de verpleegkundige. Door een technisch probleem in Qualtrics werden deze gegevens tijdens de premeting niet volledig verzameld. Daarom werd een aanvullende vragenlijst afgenomen om de ontbrekende achtergrondinformatie alsnog te verzamelen.

Teamfunctioneren en arbeidstevredenheid (TCI-14 en SIJS)

Om het teamfunctioneren en de arbeidstevredenheid te beoordelen, werden bij de voor- en nameting twee gevalideerde vragenlijsten individueel afgenomen bij de deelnemende huisartsen en verpleegkundigen.

De *Team Climate Inventory* (TCI-14) bestaat uit 14 items en meet hoe medewerkers het functioneren en samenwerkingsklimaat binnen hun team ervaren. Daarbij wordt aandacht besteed aan vier dimensies: gedeelde teamdoelstellingen, betrokkenheid, open communicatie en informatie-uitwisseling, en innovatiegerichtheid.

De *Short Index of Job Satisfaction* (SIJS) omvat vijf stellingen over de algemene arbeidstevredenheid. Hiermee werd nagegaan hoe de deelnemende zorgverleners hun werk ervaarden en of hierin veranderingen optraden gedurende het traject.

Aanvaardbaarheid, geschiktheid en haalbaarheid van de interventie (AIM, IAM en FIM)

Om de aangeboden ondersteuning te evalueren, werden drie gevalideerde implementatie-uitkomstmaten gebruikt. De *Acceptability of Intervention Measure* (AIM) werd zowel bij de voor- als bij de nameting afgenomen en peilde naar de ervaren aanvaardbaarheid van de vijfdelige workshopreeks rond protocollair werken. Het instrument omvat vier stellingen.

Tijdens de tweede meting in september 2025 werden daarnaast de *Intervention Appropriateness Measure* (IAM) en de *Feasibility of Intervention Measure* (FIM) afgenomen, telkens bestaande uit vier stellingen. De IAM peilde naar de ervaren geschiktheid van de workshopreeks, terwijl de FIM de haalbaarheid van deelname door een huisarts en een verpleegkundige uit dezelfde praktijk beoordeelde.

Gereedheid voor verandering (ORIC)

Tijdens de tweede meting werd ook de *Organizational Readiness for Implementing Change* (ORIC) afgenomen. Deze vragenlijst omvatte 12 stellingen en werd gebruikt om de gereedheid van het praktijkteam voor de implementatie van het gekozen protocol in kaart te brengen. Daarbij werd

gepeild naar de gezamenlijke bereidheid om de verandering door te voeren en het vertrouwen in het vermogen van de praktijk om deze implementatie te realiseren.

Verloop en verankering van de implementatie (NoMAD)

Tijdens de derde meting in maart 2026 werd de *Normalization Measure Development Questionnaire* (NoMAD) afgenomen. Dit instrument, gebaseerd op de *Normalization Process Theory* (NPT), omvat 20 items en werd gebruikt om inzicht te krijgen in de processen die bijdragen aan de implementatie en verankering van het ontwikkelde praktijkprotocol. De vragenlijst richtte zich onder meer op de mate waarin zorgverleners het doel en de meerwaarde van het protocol begrepen, de betrokkenheid van het team, de praktische integratie in de dagelijkse werking en de mogelijkheden om de nieuwe werkwijze te evalueren en bij te sturen. Vooraf werd ook bevraagd in welke fase van de protocolontwikkeling de praktijk zich op dat moment bevond.

Project-specifieke vragen over de praktijkorganisatie

Naast de gevalideerde instrumenten werden project-specifieke vragen opgenomen om de context van de deelnemende praktijken en mogelijke veranderingen in hun werking te beschrijven. Bij de premeting werd een afzonderlijke praktijkvragenlijst eenmaal per huisartsenpraktijk ingevuld. Deze omvatte onder meer vragen over de teamsamenstelling, patiëntenpopulatie, financiering, gebruikte software, bestaande samenwerkingsvormen, interne communicatie, teamoverleg, missie en visie, taakverdeling en aanwezige praktijkprotocollen. Ook werd gepeild naar organisatorische randvoorwaarden, zoals beschikbare infrastructuur, projectmatig werken en de tijd die hiervoor wordt vrijgemaakt. Bij de nameting werden opnieuw vragen gesteld over verschillende aspecten van de praktijkorganisatie, waaronder de beschikbare infrastructuur, de uitvoering van zorgtaken, de aanwezigheid van protocollen en procedures, en de tijdsinvestering van de betrokken projectteamleden. Hiermee werd aanvullende informatie verzameld over de veranderingen die zich tijdens het proeftuintraject binnen de praktijken hadden voorgedaan.

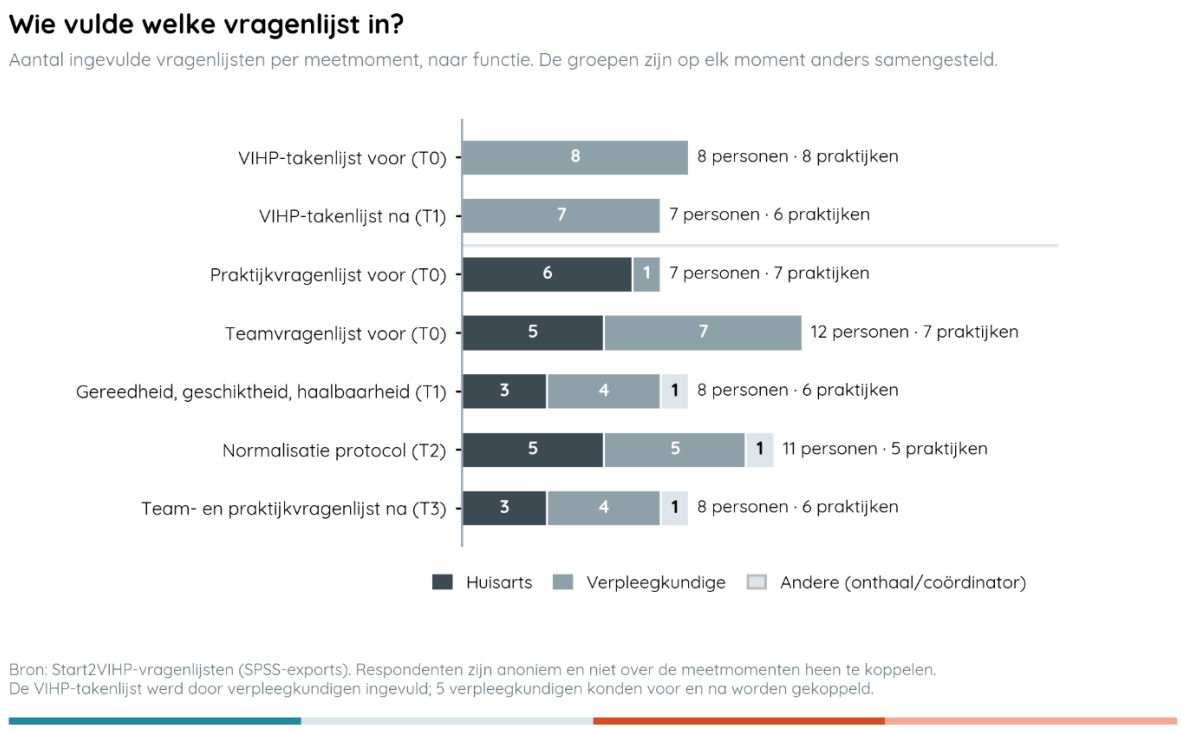
Analyse en rapportage

Gezien het beperkte aantal deelnemende huisartsenpraktijken (n = 8), de variatie in respons tussen de meetmomenten en de aanwezigheid van ontbrekende gegevens, werd voor de kwantitatieve gegevens gekozen voor een overwegend beschrijvende analyse.

De **respons verschilde naargelang het meetmoment en het gebruikte instrument** (zie Figuur 2). De individuele vragenlijst over teamfunctioneren en arbeidstevredenheid werd bij de premeting ingevuld door 12 zorgverleners uit zeven praktijken en bij de nameting door acht zorgverleners uit zes praktijken. Voor de tussentijdse metingen waren acht antwoorden beschikbaar voor ORIC, IAM en FIM en elf voor NoMAD. De scores worden daarom beschrijvend naast elkaar geplaatst, zonder uitspraken te doen over individuele veranderingen. Bij de interpretatie werd bovendien rekening gehouden met het niveau waarop de gegevens werden verzameld. De individuele vragenlijsten weerspiegelen de ervaringen en percepties van de deelnemende huisartsen en verpleegkundigen en werden niet zonder meer beschouwd als representatief voor het volledige praktijkteam. De resultaten werden op **geaggregeerd niveau gerapporteerd**, met vermelding van het aantal beschikbare antwoorden waar relevant. Voor de gebruikte vijf-puntsschalen geldt doorgaans dat hogere scores wijzen op een gunstigere beoordeling van het onderzochte aspect.

Voor de analyse van het VIHP-takenpakket waren bij de premeting data uit alle acht huisartsenpraktijken beschikbaar. Bij de nameting waren zeven vragenlijsten uit zes praktijken beschikbaar, waarvan één gedeeltelijk was ingevuld. De groepen verschilden in samenstelling; twee praktijken namen niet deel aan de nameting en in één praktijk antwoordden andere verpleegkundigen dan bij de premeting. Voor vijf verpleegkundigen was koppeling tussen beide meetmomenten mogelijk. De resultaten worden daarom voornamelijk beschrijvend geanalyseerd, rekening houdend met de verschillen in respons en samenstelling.

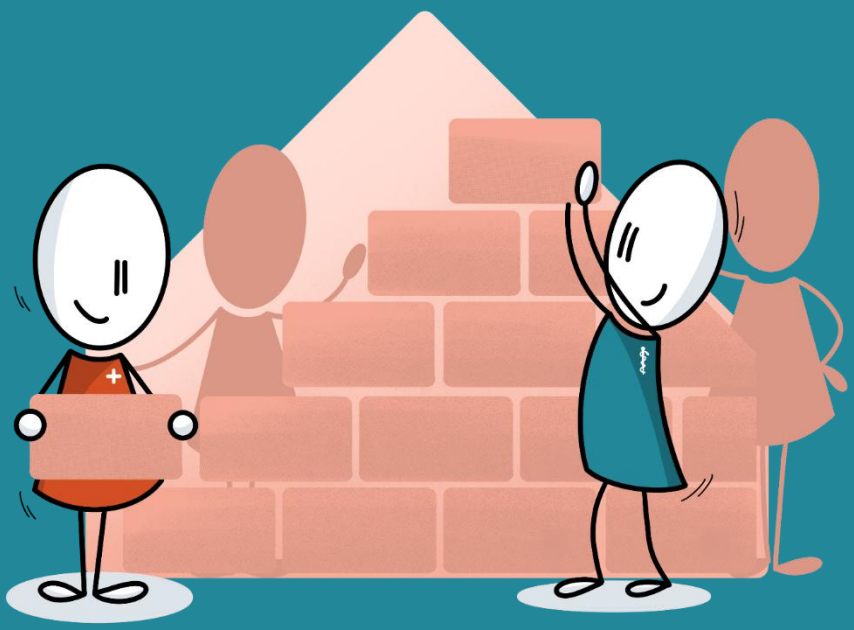
Door de beperkte steekproefomvang, ontbrekende gegevens en wisselende samenstelling van de respondentengroepen lag de nadruk op het beschrijven van waargenomen verschillen en mogelijke aandachtspunten, eerder dan op het aantonen van statistisch significante effecten. De bevindingen laten geen causale conclusies toe over de impact van Start2VIHP en kunnen niet zonder meer worden veralgemeend naar alle Vlaamse huisartsenpraktijken. Naast verschillen in respons en uitgangssituatie **varieerde ook de mate waarin praktijken aan de verschillende onderdelen van het ondersteuningstraject deelnamen**. Hierdoor weerspiegelen de resultaten ervaringen van praktijken die niet in dezelfde mate aan de interventie werden blootgesteld.



Figuur 2 Respons per vragenlijst

4

RESULTATEN



4. RESULTATEN

Kenmerken van de deelnemende huisartsenpraktijken

De **acht deelnemende huisartsenpraktijken** verschilden in omvang, teamsamenstelling, organisatie en geografische context. Zowel kleinere als grotere praktijken waren vertegenwoordigd, met twee tot zeven huisartsen per praktijk. In verschillende praktijken waren ook huisartsen in opleiding (HAIO's) werkzaam. Bij de start van de proeftuinen beschikten zeven praktijken over minstens één verpleegkundige. In de achtste praktijk werd tijdens het proeftuintraject een verpleegkundige aangeworven.

Zeven van de acht praktijken vulden bij de premeting een vragenlijst over hun **praktijkorganisatie** in. Binnen deze groep bedroeg de mediaan drie huisartsen per praktijk (spreiding: twee tot zes), één verpleegkundige en twee onthaal- of secretariaatsmedewerkers. Het mediane aantal patiënten met een globaal medisch dossier (GMD) bedroeg 3.800 per praktijk (spreiding: 1.100–6.890). Voor zes praktijken waren ook gegevens beschikbaar over de tewerkstellingsgraad van de verpleegkundige. De mediane verpleegkundige inzet bedroeg 0,5 voltijdsequivalent (VTE), met een spreiding van 0,1 tot 0,7 VTE.

Ook de verdere **teamsamenstelling** varieerde. Naast huisartsen en verpleegkundigen waren in sommige praktijken andere zorgprofessionals of ondersteunende functies aanwezig, zoals paramedici, praktijkassistenten en praktijkcoördinatoren. Tijdens het traject vonden in enkele praktijken bovendien veranderingen in de personeelsbezetting plaats, waaronder de aanwerving van een bijkomende verpleegkundige of een praktijkcoördinator.

De praktijken verschilden eveneens in hun **organisatie- en financieringsmodel**. Naast praktijken met betaling per prestatie namen een praktijk met forfaitaire financiering en een praktijk binnen het New Deal-financieringsmodel deel. Ook de geografische context was uiteenlopend: de praktijken waren gevestigd in stedelijke, voorstedelijke en landelijke omgevingen, waaronder een regio met een beperkte huisartsencapaciteit.

Deze verschillen in uitgangssituatie zijn belangrijk bij de **interpretatie van de resultaten**. De omvang en samenstelling van het praktijkteam, de beschikbare verpleegkundige ondersteuning en de organisatie van de praktijk kunnen immers mee bepalen welke mogelijkheden er zijn om de rol van de VIHP verder te ontwikkelen, de interdisciplinaire samenwerking te versterken en nieuwe praktijkprotocollen te implementeren. Een overzicht van de gehanteerde bronnen per onderdeel wordt weergeven in Figuur 3.

Waar komt de informatie vandaan?

Per onderdeel van het impactrapport: welke bronnen leveren informatie. Een gevulde cirkel zegt iets over de beschikbaarheid van gegevens, niet over de grootte van een effect.

	Vragenlijsten	Afsluitende praktijkgesprekken	Intervisie, coaching, gebruikersevaluatie
4.1 Impact op zorgverleners			
Jobtevredenheid van huisartsen	●	●	○
Jobtevredenheid van verpleegkundigen	●	●	○
Samenwerking en taakverdeling	●	●	●
Werkdruk en werkbeleving	◐	●	○
4.2 Impact op huisartsenpraktijken			
Organisatie van zorg	●	●	●
Efficiëntie en capaciteit	◐	●	○
Implementatie van de VIHP	◐	●	●
Gebruik van de ontwikkelde tools	◐	●	●
4.3 Impact op kwaliteit van zorg			
Toegankelijkheid	○	●	○
Continuïteit van zorg	○	◐	○
Preventie	●	●	○
Chronische zorg	●	●	○
Patiëntgerichte zorg	○	●	●
4.4 Economische impact			
Efficiëntere inzet van competenties	◐	●	○
Impact op praktijkwerking	◐	●	○
Potentiële maatschappelijke besparingen	○	○	○

● Rechtstreeks gemeten of uitgebreid beschreven
◐ Indirect of beperkt (bv. één item, zelfschatting)
○ Niet gemeten of geen bewijs

Bron: indeling op basis van de resultatenhoofdstukken van het impactrapport (voorstel, te valideren door het team).
Weinig gevulde cirkels bij kwaliteit van zorg en economische impact: hierover zijn enkel kwalitatieve of indirecte gegevens beschikbaar.

Figuur 3 Informatie bronnen

4.1 Impact op zorgverleners

Jobtevredenheid van huisartsen

Jobtevredenheid volgens de SIJS-vragenlijst. De gemiddelde jobtevredenheid van de deelnemende huisartsen bedroeg 4,08/5 bij de premeting (n = 5) en 4,80/5 bij de nameting (n = 3). Beide gemiddelden zijn relatief hoog. Hoewel de score bij de nameting hoger ligt, kan dit door de kleine en wisselende groep niet worden geïnterpreteerd als een aangetoonde verbetering bij dezelfde huisartsen (zie Figuur 4).

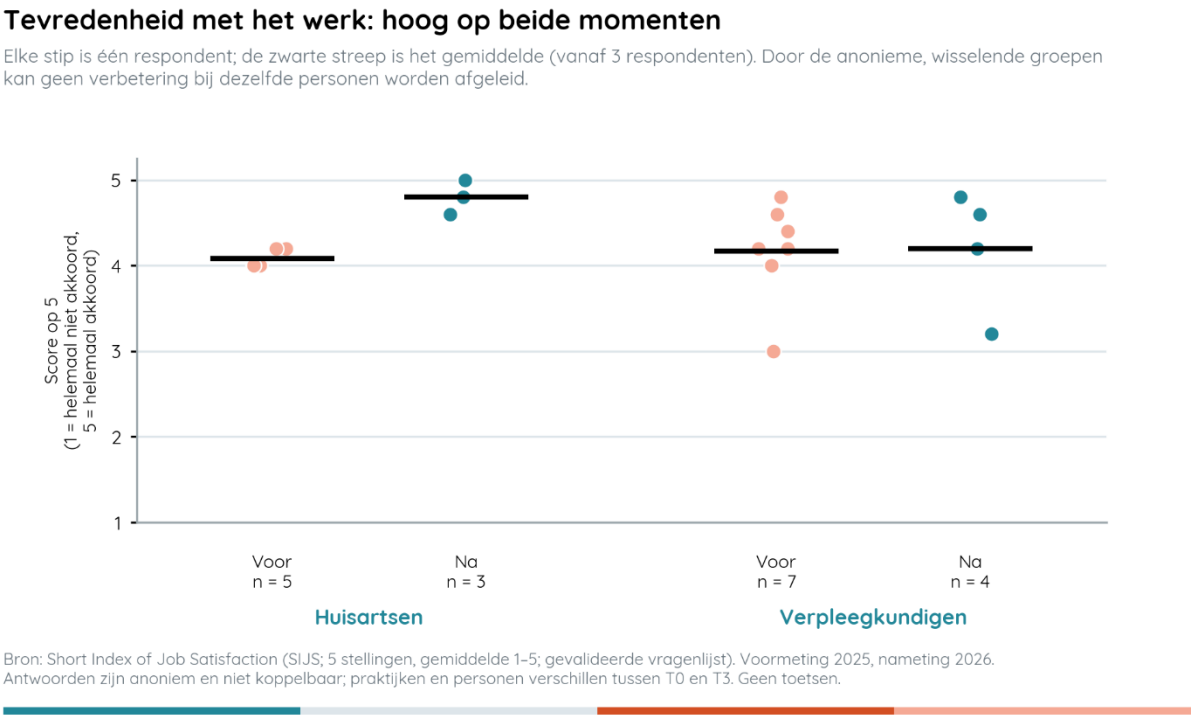
Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. In de gesprekken werden geen expliciete veranderingen in de algemene jobtevredenheid van huisartsen vastgesteld. Wel komen verschillende elementen naar voren die hun werkbeleving kunnen beïnvloeden. In Praktijk B ervaren artsen verlichting doordat de VIHP verschillende technische en protocollaire handelingen opneemt. Bij Praktijk A zorgden de coachingsessies vooral voor vertrouwen en bevestiging en hielpen ze om sterktes en groeipunten scherper te zien. Ook Praktijk C en D benadrukken de meerwaarde van coaching op maat. In Praktijk E droeg de begeleiding bij aan het ontwikkelen van een gedeelde visie en een opener communicatie tussen huisarts en verpleegkundige. Praktijk G rapporteert meer structuur en betrokkenheid binnen het volledige team, onder meer door een verbeterde overlegwerking. Daartegenover staat Praktijk F, waar ondanks de deelname aan het traject weinig verandering werd gerealiseerd. De hoge werkdruk, weerstand binnen de praktijk en het gebrek aan structureel overleg beperkten de mogelijkheden om de aangereikte inzichten toe te passen. Over de praktijken heen lijkt de impact daardoor vooral te liggen in ondersteuning, reflectie, samenwerking en praktijkorganisatie, eerder dan in aantoonbare veranderingen in algemene jobtevredenheid.

Jobtevredenheid van verpleegkundigen

Jobtevredenheid volgens de SIJS-vragenlijst. Bij verpleegkundigen bedroeg de gemiddelde score 4,17/5 bij T0 (n = 7) en 4,20/5 bij T3 (n = 4). Ook hier is de tevredenheid op beide meetmomenten hoog en ligt het gemiddelde bij de nameting hoger. Individuele ontwikkeling kan uit deze niet-gepaarde vergelijking niet worden afgeleid. Over alle beroepsgroepen samen bedroeg de gemiddelde SIJS-score 4,13/5 (n = 12) bij T0 en 4,38/5 (n = 8) bij T3 (zie Figuur 4).

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. Ook bij verpleegkundigen werden geen systematische veranderingen in algemene jobtevredenheid vastgesteld. Wel wijzen verschillende ervaringen op professionele groei, meer autonomie en een versterking van de eigen rol. In Praktijk B evolueerde de VIHP van een voornamelijk uitvoerende naar een bredere rol met meer zelfstandigheid en initiatiefname. Bij Praktijk C werd het beeld van de VIHP-functie verbreed door de combinatie van opleiding en leren in de praktijk. In Praktijk D neemt de VIHP een centrale rol op bij het ontwikkelen van protocollen en het vertalen van nieuwe inzichten naar de praktijkwerking. Ook in Praktijk E wordt een positieve ontwikkeling beschreven: de verpleegkundige neemt geleidelijk meer verantwoordelijkheden op, voelt zich zekerder over haar bevoegdheden en ervaart een opener communicatie met de huisarts. Ze verwoordt dit als: *“Ik voel me zekerder in mijn rol, omdat steeds duidelijker wordt welke verantwoordelijkheden ik kan en mag opnemen.”* Praktijk F toont echter dat

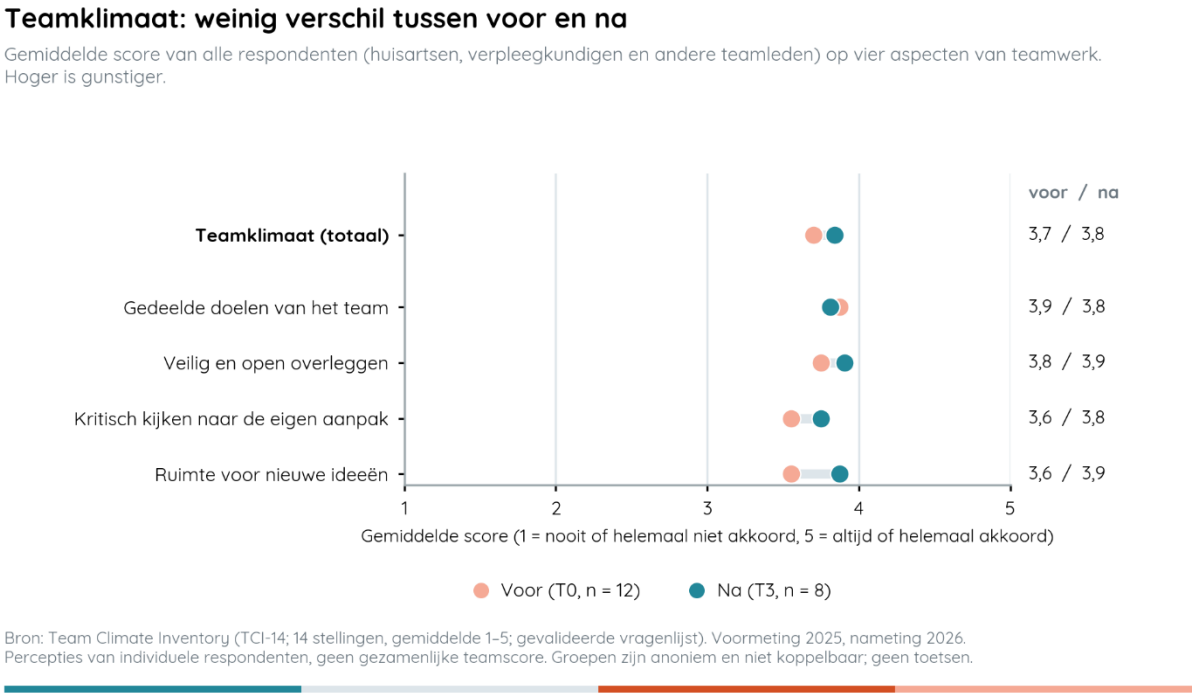
deze ontwikkeling niet vanzelfsprekend is. De VIHP ervaart weinig vooruitgang, ondanks haar jarenlange ervaring en betrokkenheid bij het traject. De waardering van patiënten en mogelijkheden tot bijscholing blijven voor haar belangrijke motiverende factoren, maar zij overweegt om haar loopbaan in een andere praktijk verder te zetten waar meer ruimte is voor rolontwikkeling. In Praktijk G werd de rol van de verpleegkundige duidelijker voor het volledige team, wat de samenwerking versterkte. De bevindingen wijzen erop dat professionele ontwikkeling niet uitsluitend afhankelijk is van de competenties van de VIHP, maar ook van de ruimte en ondersteuning die de praktijk biedt.



Figuur 4 Jobtevredenheid

Samenwerking, taakverdeling en inzet van verpleegkundige competenties

Ervaren teamklimaat volgens de TCI-14. Het gemiddelde teamklimaat, beoordeeld door de deelnemende zorgverleners, bedroeg 3,70/5 bij T0 (n = 12) en 3,84/5 bij T3 (n = 8). Van de vier deelaspecten lag vooral de score voor steun aan vernieuwing hoger bij T3 (3,56 tegenover 3,88), gevolgd door taakgerichtheid (3,56 tegenover 3,75) en participatieve veiligheid (3,75 tegenover 3,91). De score voor gedeelde doelstellingen lag licht lager (3,88 tegenover 3,81). Dit zijn percepties van individuele respondenten, niet noodzakelijk een gezamenlijke teamscore. Door de veranderde responsgroep kan geen verbetering binnen dezelfde teams worden vastgesteld (zie Figuur 5).



Figuur 5 Teamklimaat (TCI-14)

Bevindingen uit de bevraging van het VIHP-takenpakket. Om na te gaan hoe het takenpakket van de VIHP tijdens de proeftuinen evolueerde, werd bij de voor- en nameting de aard en frequentie van verschillende zorgtaken en praktijkondersteunende activiteiten bevraagd. De resultaten zijn gebaseerd op acht verpleegkundigen bij de premeting en zeven bij de nameting, afkomstig uit respectievelijk acht en zes huisartsenpraktijken. Figuur 6 geeft een overzicht van de taken die wekelijks gebeuren bij de voor- en nameting.

Een breed en gevarieerd takenpakket. De resultaten tonen dat de deelnemende VIHP's een gevarieerd takenpakket uitvoeren. Naast verpleegtechnische handelingen zijn zij betrokken bij acute en chronische zorg, preventie, psychosociale ondersteuning, overleg en praktijkondersteunende activiteiten. Rechtstreeks patiëntencontact vormt een belangrijk onderdeel van hun werk. Op beide meetmomenten bedroeg de mediane frequentiecategorie hiervoor 10, de hoogste categorie op de gehanteerde schaal. Dit betekent dat rechtstreeks patiëntencontact bij de deelnemende verpleegkundigen doorgaans dagelijks een aanzienlijk deel van hun werktijd innam. Ook

verpleegtechnische handelingen maakten op beide meetmomenten een belangrijk deel uit van het takenpakket. Vooral medicatietoediening, inclusief vaccinaties, bloedafnames en wondzorg werden frequent uitgevoerd. Bij de premeting bedroeg de mediane frequentiecategorie voor medicatietoediening 8 en voor bloedafnames 9. Bij de nameting waren deze respectievelijk 7 en 7,5. Voor wondzorg bedroeg de mediaan 6 bij de premeting en 7 bij de nameting. Andere handelingen, zoals spirometrie en uitstrijkjes, werden minder frequent uitgevoerd.

De verschillen tussen verpleegkundigen waren echter groot. Sommige taken werden door meerdere VIHP's regelmatig uitgevoerd, terwijl andere slechts bij een beperkt aantal verpleegkundigen tot het vaste takenpakket behoorden.

Betrokkenheid bij acute en chronische zorg. Naast verpleegtechnische handelingen werden ook consultaties en zorgtaken bij acute en chronische aandoeningen bevraagd. De betrokkenheid bij chronische zorg was op beide meetmomenten relatief groot. Bij de premeting rapporteerden zes van de acht VIHP's minstens wekelijks betrokken te zijn bij zorg voor patiënten met chronische aandoeningen. Bij de nameting waren dat vijf van de zeven verpleegkundigen. De mediane frequentiecategorie bedroeg respectievelijk 7 en 6. Binnen deze zorg namen verpleegkundigen uiteenlopende taken op, zoals het bevragen van patiënten, het opnemen van parameters, het uitvoeren van een deel van het klinisch onderzoek, het opstellen of uitvoeren van zorgplannen en het geven van levensstijladvies of -coaching. Voor consultaties bij acute klachten lag de mediane frequentiecategorie bij de nameting hoger dan bij de premeting (4 tegenover 1). Bij de vijf verpleegkundigen voor wie gegevens van beide meetmomenten konden worden gekoppeld, rapporteerden drie een hogere frequentie van acute consultaties en twee een lagere frequentie. Voor chronische zorg was het beeld minder eenduidig. Binnen de gekoppelde groep rapporteerden twee VIHP's een hogere frequentie, twee een lagere en één een ongewijzigde (zie Figuur 10). Er kan op basis van deze gegevens dus geen algemene toename van de betrokkenheid bij chronische zorg worden vastgesteld.

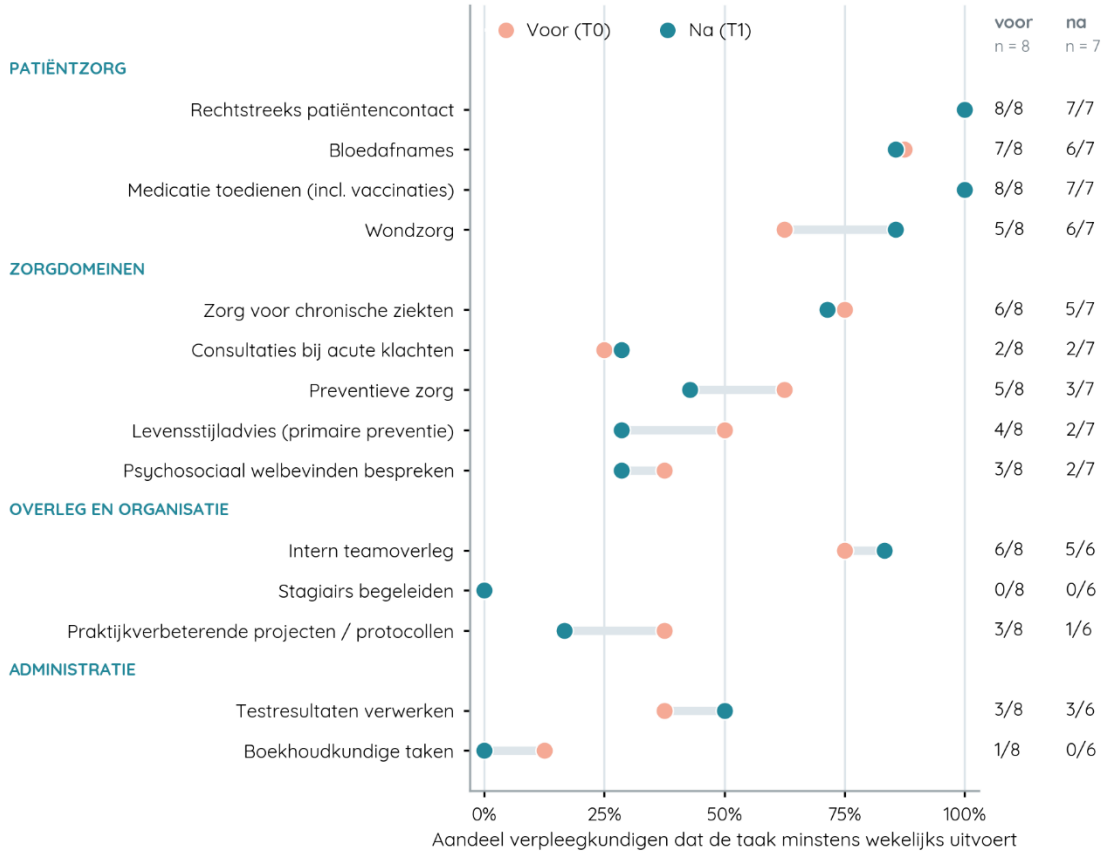
Preventieve en psychosociale zorg. Ook preventieve zorg maakte deel uit van het takenpakket van de deelnemende VIHP's. Het ging onder meer om risicoberekening voor cardiovasculaire aandoeningen of diabetes, het plannen van preventieve onderzoeken en het geven van levensstijladvies en -coaching. Bij de premeting rapporteerden vijf van de acht verpleegkundigen minstens wekelijks betrokken te zijn bij preventieve zorg (zie Figuur 6). Bij de nameting waren dat drie van de zeven. De mediane frequentiecategorie bedroeg respectievelijk 6,5 en 5. Binnen de vijf gekoppelde metingen was er geen eenduidige ontwikkeling voor preventieve zorg in het algemeen: twee VIHP's rapporteerden een hogere, twee een lagere en één een ongewijzigde frequentie (zie Figuur 10).

Voor specifieke preventieve taken waren enkele positieve signalen zichtbaar. Bij de vijf gekoppelde VIHP’s rapporteerden drie een hogere frequentie van levensstijladvies bij primaire preventie, één een lagere en één een ongewijzigde frequentie. Voor levensstijlcoaching rapporteerden drie een hogere en twee een lagere frequentie. Daarnaast voerden verpleegkundigen ook psychosociale zorgtaken uit, zoals het bespreken van psychosociaal welbevinden, administratieve ondersteuning bij hulpvragen en het organiseren van psychosociale zorg. Deze activiteiten werden minder frequent gerapporteerd dan verpleegtechnische handelingen en chronische zorg. Bij de vijf gekoppelde VIHP’s was de frequentie van psychosociale zorg in het algemeen bij één verpleegkundige

hoger, bij twee ongewijzigd en bij twee lager. De mate waarin deze taken worden opgenomen verschilt tussen verpleegkundigen en praktijken.

Overleg, samenwerking en praktijkorganisatie. Een bredere inzet van de VIHP-competenties beperkt zich niet tot patiëntgebonden zorgtaken. Uit de vragenlijst blijkt dat overleg- en samenwerkingstaken op beide meetmomenten deel uitmaakten van het takenpakket. Bij de premeting rapporteerden vijf van de acht VIHP's minstens wekelijks dergelijke taken uit te voeren, tegenover zes van de zeven bij de nameting. Ook intern teamoverleg kwam frequent voor: zes van acht VIHP's bij de premeting en vijf van zes met beschikbare antwoorden bij de nameting namen hier minstens wekelijks aan deel. De mediane frequentiecategorie bedroeg respectievelijk 6 en 6,5. Bij de vijf gekoppelde VIHP's rapporteerden twee een hogere frequentie van algemene overleg- en samenwerkingstaken en drie een ongewijzigde frequentie. Voor intern teamoverleg rapporteerden twee van de vier met vergelijkbare gegevens een hogere frequentie en twee een ongewijzigde. Sommige VIHP's namen daarnaast coördinerende en organisatorische taken op, zoals het begeleiden van stagiairs, het ondersteunen van praktijkverbeterende projecten, het verwerken van medische informatie en administratieve taken. De betrokkenheid bij praktijkverbeterende projecten en protocolimplementatie kende geen eenduidige ontwikkeling. Bij de premeting rapporteerden drie van acht VIHP's minstens wekelijks dergelijke activiteiten uit te voeren, tegenover één van zes bij de nameting (zie Figuur 6). Binnen de vier gekoppelde met volledige gegevens rapporteerde één een hogere frequentie en drie een lagere (zie Figuur 10). De vragenlijst meet vooral taakfrequentie en geeft geen rechtstreeks inzicht in het aandeel van de VIHP in besluitvorming of de mate van verantwoordelijkheid.

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. De integratie van een VIHP vraagt meer dan het overdragen van afzonderlijke taken. In verschillende praktijken zette Start2VIHP aan tot reflectie over rollen, verantwoordelijkheden en complementaire samenwerking. In Praktijk B werd concreter bepaald welke consultaties de verpleegkundige zelfstandig kan opnemen. Praktijk C benadrukt dat taakdelegatie in de eerste plaats moet bijdragen aan de kwaliteit van zorg en niet uitsluitend gericht mag zijn op het verhogen van het aantal uitgevoerde handelingen. Bij Praktijk A waren rolafstemming en taakverdeling belangrijke thema's, terwijl de VIHP in Praktijk D een brugfunctie vervult tussen opleiding, implementatie en het praktijkteam. In Praktijk E wordt een opener communicatie tussen huisarts en verpleegkundige gerapporteerd en worden verantwoordelijkheden geleidelijk uitgebreid. Praktijk G realiseerde concrete vooruitgang door het uitwerken van protocollen en een organigram, waardoor voor het volledige team duidelijker werd welke taken en bevoegdheden bij de verpleegkundige horen. Tegelijk toont Praktijk F dat samenwerking moeilijk kan evolueren wanneer er onvoldoende overleg is en de betrokken artsen verschillende visies hebben op protocollair werken en taakdelegatie. Vertrouwen, een gedeelde visie, duidelijke afspraken en structureel overleg komen daarmee naar voren als belangrijke voorwaarden voor een effectieve samenwerking.



Figuur 6 Overzicht taken met een wekelijkse frequentie

Bevindingen uit de VIHP intervisies sessies. Uit de online intervisiesessies bleek dat de ontwikkeling van praktijkprotocollen voor verschillende verpleegkundigen aanleiding gaf om actiever betrokken te worden bij de organisatie van zorg en de afstemming met huisartsen. De VIHP's namen onder meer initiatief om richtlijnen op te zoeken, voorstellen voor nieuwe werkwijzen voor te bereiden en knelpunten in de bestaande taakverdeling bespreekbaar te maken. Dit verliep niet altijd vanzelfsprekend. Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat het moeilijk kon zijn om alle huisartsen op één lijn te krijgen, voldoende tijd voor overleg te vinden of vanuit hun eigen expertise voorstellen naar voren te brengen. Ook onzekerheid over de eigen rol en verantwoordelijkheden kwam aan bod. Tijdens de intervisies werden ervaringen en praktische tips uitgewisseld om hiermee om te gaan, bijvoorbeeld door voorstellen vooraf uit te werken, duidelijke vragen aan het team voor te leggen en overlegmomenten doelgericht voor te bereiden. Naarmate het traject vorderde, beschreven enkele verpleegkundigen hoe deze werkwijze hielp om meer structuur aan te brengen en een actievere rol op te nemen in de ontwikkeling van het praktijkprotocol. Deze ervaringen illustreren

dat een bredere inzet van de VIHP niet uitsluitend betrekking heeft op het opnemen van bijkomende zorgtaken, maar ook op betrokkenheid bij overleg, besluitvorming en de organisatie van zorg.

Bevindingen uit de praktijkcoaching. Tijdens de praktijkcoaching kwam ook de positie van de VIHP binnen het team regelmatig aan bod. De verpleegkundigen beschreven uiteenlopende ervaringen met zelfstandigheid, betrokkenheid bij overleg en mogelijkheden om mee richting te geven aan de praktijkwerking. In sommige praktijken groeiden het wederzijdse vertrouwen en de zelfstandigheid van de verpleegkundige geleidelijk. In andere praktijken bleef de VIHP vooral betrokken bij de uitvoering van zorgtaken en was er minder ruimte om mee te denken over organisatorische keuzes of de verdere ontwikkeling van de zorgverlening.

De gesprekken maakten duidelijk dat een bredere inzet van verpleegkundige competenties niet alleen afhankelijk is van de kennis en vaardigheden van de VIHP. Ook de bereidheid van huisartsen om verantwoordelijkheden te delen, de ruimte voor inspraak en de aanwezigheid van duidelijke overleg- en feedbackmomenten speelden een rol. De coaching bood gelegenheid om deze verwachtingen en verschillen in perspectief bespreekbaar te maken. Daarbij werd vertrokken vanuit zowel de competenties van de verpleegkundige als de noden van de patiënten en de praktijk. De ervaringen onderstrepen dat een meer doelgerichte inzet van de VIHP niet uitsluitend vraagt om duidelijke taakafspraken, maar ook om vertrouwen, wederzijdse afstemming en betrokkenheid bij de organisatie van zorg.

Werkdruk en werkbeleving

Jobtevredenheid volgens de SIJS-vragenlijst. In de SIJS werd de algemene werkbeleving bevraagd. Voor de stelling ‘De meeste dagen ben ik enthousiast over mijn werk’ bedroeg de gemiddelde score 4,08/5 bij T0 (n = 12) en 4,63/5 bij T3 (n = 8). Deze cijfers wijzen op een gunstige gerapporteerde werkbeleving bij de deelnemers, maar vormen geen rechtstreekse meting van werkdruk. Het effect op werkdruk kan daarom alleen voorzichtig worden besproken op basis van de kwalitatieve gegevens en de waargenomen organisatorische randvoorwaarden.

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. De impact op werkdruk verschilt tussen de praktijken. In Praktijk B ervaren artsen ontlasting doordat de VIHP verschillende technische en protocollaire activiteiten opneemt. Tegelijk blijkt tijdsdruk een terugkerende uitdaging. Praktijk C waarschuwt voor het te snel volledig vullen van de agenda van de verpleegkundige: *“Het is heel verleidelijk om vol te proppen.”* Ook in Praktijk D en E vormt het vrijmaken van tijd voor overleg en praktijkontwikkeling een belangrijke moeilijkheid. In Praktijk E beperken de beschikbare praktijkruimtes en volle agenda's bovendien de aanwezigheid en verdere inzetbaarheid van de VIHP. Praktijk F illustreert hoe een combinatie van hoge werkdruk, personeelsproblemen, weerstand en ontbrekende overlegmomenten de implementatie vrijwel volledig kan blokkeren. De VIHP ervaart hierdoor weinig mogelijkheden om haar rol verder te ontwikkelen. Praktijk G rapporteert daarentegen een efficiëntere overlegstructuur, met vaste vergaderrollen en een actievere betrokkenheid van het onthaal. De bevindingen tonen dat het vrijmaken van tijd voor overleg en samenwerking niet uitsluitend een organisatorische keuze is, maar een belangrijke randvoorwaarde voor implementatie.

4.2 Impact op huisartsenpraktijken

Organisatie van zorg

Inzichten uit de project-specifieke vragenlijst over de praktijkorganisatie (T0). Bij de start van de proeftuinen beschikten drie van de zeven bevraagde praktijken volgens de respondent al over minstens één bestaand praktijkprotocol. Vijf van de zeven praktijken rapporteerden voldoende infrastructuur voor de integratie van een verpleegkundige; twee niet. De antwoorden over de aanwezigheid van een gedeelde visie, vaste rolafspraken en een planmatige werkwijze liepen sterk uiteen.

Inzichten uit de project-specifieke vragenlijst over de praktijkorganisatie (nameting). Op de vraag naar voldoende accommodatie voor de verpleegkundige antwoordden bij T3 acht van acht respondenten bevestigend, tegenover vijf van zeven respondenten bij T0. De T3-antwoorden komen echter niet noodzakelijk van dezelfde praktijken of personen en mogen niet worden gelezen als een bewezen verbetering van de infrastructuur.

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. Start2VIHP zette verschillende praktijken aan om hun organisatie kritisch te bekijken. In Praktijk D werd onder meer gereflecteerd over vergaderen, protocollair werken, chronische zorg, communicatie en de visie en missie van de praktijk. In Praktijk C hielp de coaching om de agenda's van huisarts en verpleegkundige, overlegmomenten en werkafspraken concreet te bespreken. Praktijk B rapporteert een bredere bijdrage van de VIHP aan zorgorganisatie en populatiemanagement. Bij Praktijk A kwamen vooral verdere ondersteuningsnoden rond onboarding, HR-management en teamontwikkeling naar voren. In Praktijk E hielpen de coachingsessies om tot een gedeelde visie te komen, al blijft de verdere uitwerking afhankelijk van beschikbare tijd en infrastructuur. Praktijk G realiseerde concrete organisatorische veranderingen: vergaderingen verlopen met duidelijk omschreven rollen, het onthaal neemt actiever deel aan briefings en er wordt gewerkt aan een gestructureerd onthaal- en triagebeleid. Praktijk F rapporteert daarentegen geen wezenlijke organisatorische verandering. De eerste coaching bracht de knelpunten snel in beeld, maar zonder verdere opvolging en voldoende draagvlak konden deze niet worden aangepakt. De ervaringen tonen dat externe begeleiding een aanzet kan geven tot praktijkontwikkeling, maar dat effectieve verandering afhankelijk blijft van de interne mogelijkheden en bereidheid om hiermee aan de slag te gaan.

Bevindingen uit de praktijkcoaching. Bij de start van de proeftuinen brachten huisartsen en verpleegkundigen aan de hand van een **organisatiecanvas** hun belangrijkste organisatorische uitdagingen en ondersteuningsbehoeften in kaart. Daarbij kwamen over het algemeen meer aandachtspunten naar voren op het vlak van structuur en organisatie dan op het vlak van cultuur en samenwerking. Het ging onder meer om het verduidelijken van taken en verantwoordelijkheden, het organiseren van overleg, het delen van informatie en het omzetten van ideeën in concrete acties. De perspectieven van huisartsen en verpleegkundigen liepen daarbij niet altijd gelijk. De verdere coaching maakte duidelijk hoe sterk de **ondersteuningsnoden verschilden tussen praktijken**. Terwijl sommige teams vooral werkten aan een gedeelde missie en visie, lag de nadruk bij andere op de organisatie van overleg, interne communicatie, de uitbreiding van de verpleegkundige rol of het verbeteren van

bestaande praktijkprocessen. Een terugkerend inzicht was dat samenwerking niet vanzelfsprekend betekent dat organisatorische keuzes ook gezamenlijk worden besproken en genomen. Impliciete afspraken, uiteenlopende verwachtingen en onduidelijkheid over de **besluitvorming** konden de verdere ontwikkeling van de praktijk bemoeilijken. De coaches benadrukten daarom het belang van expliciete afspraken en een concrete, **stapsgewijze aanpak**. In verschillende praktijken werd tijdens de coaching gewerkt aan het verduidelijken van verantwoordelijkheden, het structureren van overleg en het vastleggen van acties met een verantwoordelijke en een timing. Deze aanpak hielp volgens de betrokkenen om **organisatorische uitdagingen bespreekbaar** te maken en volgende stappen concreter te formuleren. Tegelijk bleek dat het vertalen van deze afspraken naar de dagelijkse praktijkwerking verdere opvolging vroeg.

Efficiëntie en capaciteit

Bevindingen uit de project-specifieke vragenlijst over de praktijkorganisatie (voor- en nameting). Het gerapporteerde aandeel van de arbeidstijd van de verpleegkundige besteed aan chronische zorg bedroeg bij T0 mediaan 25% (vijf numeriek bruikbare antwoorden; spreiding 2–100%) en bij T3 mediaan 35% (acht antwoorden; spreiding 5–80%). Twee antwoorden bij T0 waren tekstueel en konden niet in de mediaan worden opgenomen. Respondenten uit dezelfde praktijk konden bovendien verschillende inschattingen geven. Deze cijfers suggereren geen meetbare capaciteitswinst: er werden geen objectieve aantallen consultaties, wachttijden of productiviteitsgegevens verzameld.

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. De effecten op efficiëntie en capaciteit verschillen sterk tussen de praktijken. In Praktijk B werd gerapporteerd dat de agenda van de VIHP inmiddels vaak volledig gevuld is, de opvolging van patiënten efficiënter verloopt en populatiemanagement beter haalbaar wordt. Praktijk G rapporteert een efficiëntere vergaderwerking door de introductie van vaste rollen en een duidelijkere structuur. In Praktijk E werden de kwartaalcontroles binnen de diabeteszorg anders georganiseerd en geïntegreerd in de reguliere planning, waardoor deze volgens de verpleegkundige sneller en breder kunnen worden uitgevoerd. In Praktijk F werd geen efficiëntiewinst gerealiseerd, ondanks de oorspronkelijke verwachting om de praktijkwerking te verbeteren. Het gebrek aan overleg, tijd en gedragen afspraken vormde hierbij een belangrijke belemmering. Bij de overige praktijken werden geen expliciete capaciteitswinsten vastgesteld. De bevindingen tonen dat organisatorische verbeteringen mogelijk zijn, maar laten niet toe om een algemeen effect van Start2VIHP op efficiëntie of zorgcapaciteit vast te stellen.

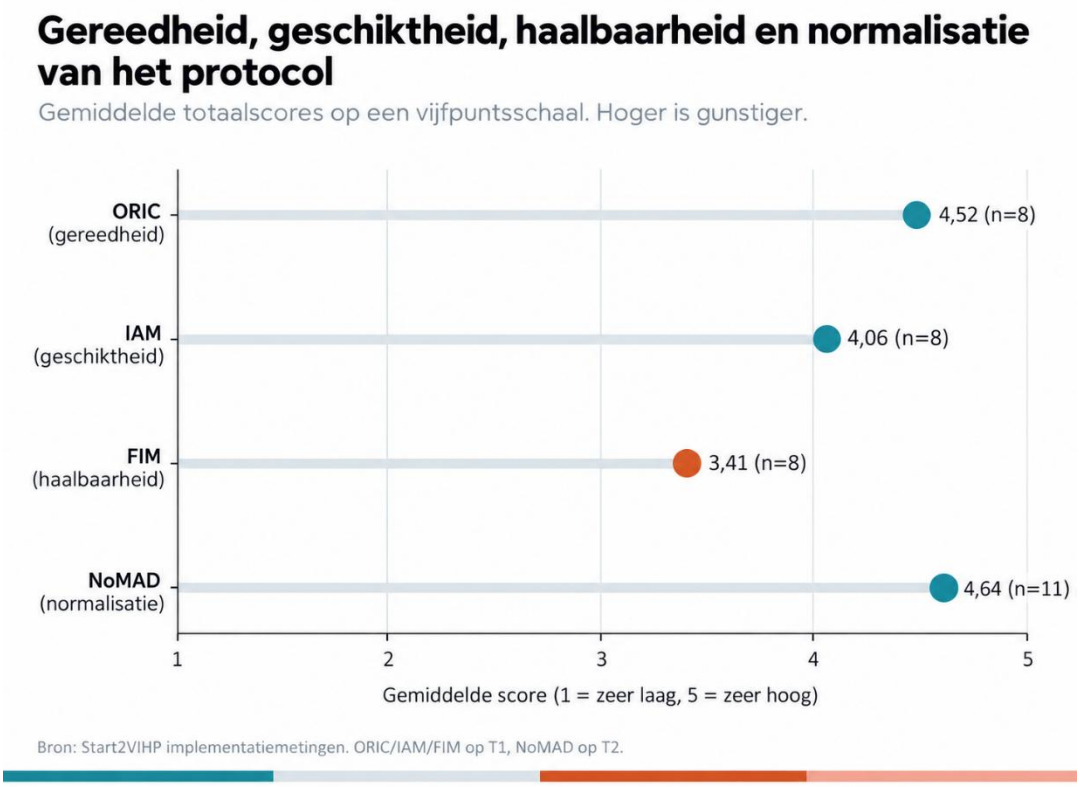
Ontwikkeling en implementatie van praktijkprotocollen

Een centraal onderdeel van de Start2VIHP-proeftuinen was het ondersteunen van huisartsenpraktijken bij de ontwikkeling en implementatie van een praktijkprotocol. Daarbij werd zowel onderzocht in welke mate de praktijkteams klaar waren om nieuwe werkwijzen in te voeren en hoe de implementatie verliep, als hoe de deelnemers het aangeboden workshoptraject beoordeelden. De resultaten geven daarmee inzicht in het veranderingsproces binnen de deelnemende praktijken en in de ervaren bruikbaarheid van de ondersteuning.

Gereedheid (ORIC), geschiktheid (IAM) en haalbaarheid (FIM; T1). Acht deelnemers uit zes praktijken beoordeelden hun gereedheid om het gekozen praktijkprotocol te implementeren gemiddeld met

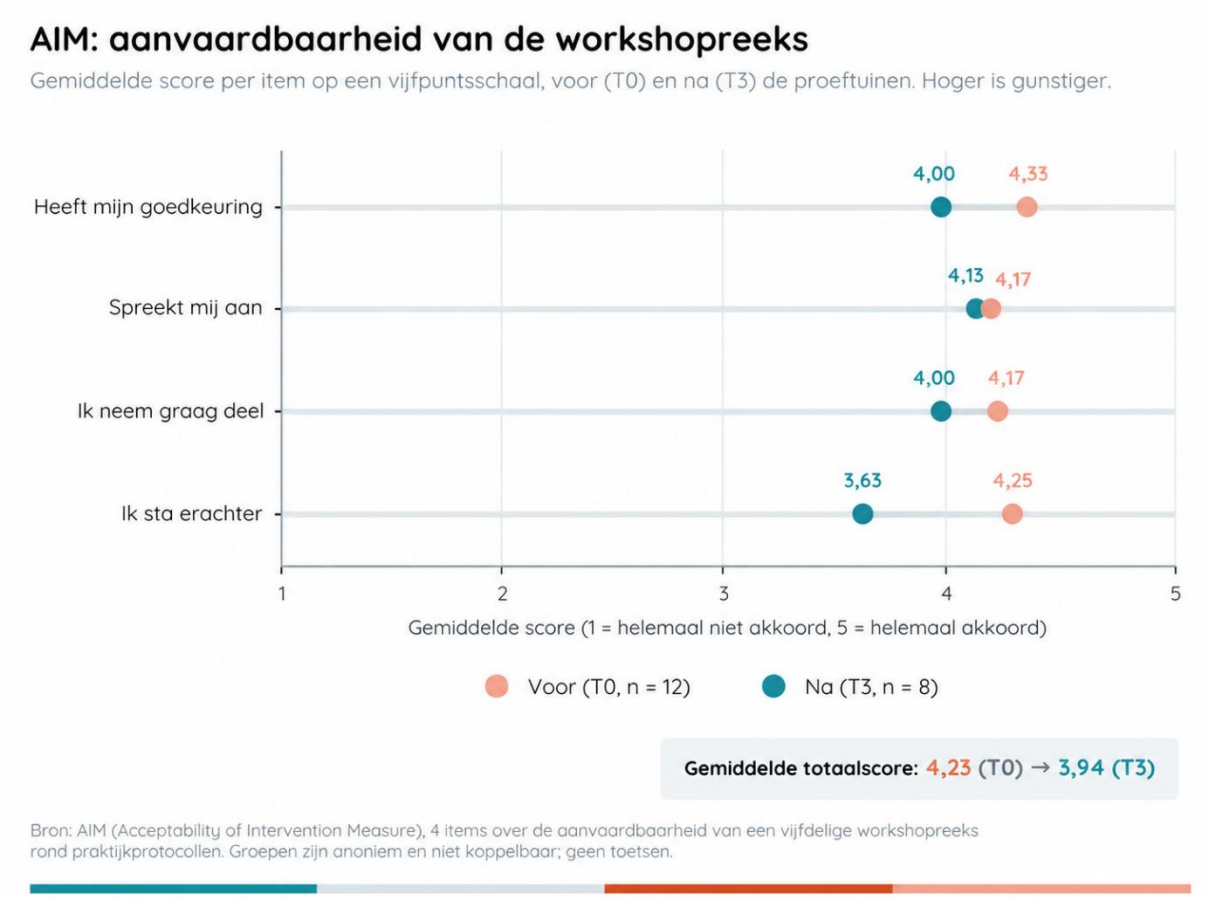
4,52/5 (ORIC). De ervaren geschiktheid van het workshoptraject bedroeg gemiddeld 4,06/5 (IAM) en de praktische haalbaarheid 3,41/5 (FIM) (zie Figuur 7). Die laatste score lag dus lager. Deze instrumenten hadden betrekking op het protocol- en workshoptraject, niet rechtstreeks op de algemene integratie van de VIHP.

Verankering van protocollair werken (T2). Elf respondenten uit vijf praktijken vulden NoMAD in (zie Figuur 7). Zeven situeerden hun praktijk in de implementatiefase van het protocol; vier nog in de ontwikkelingsfase. De gemiddelde totaalscore bedroeg 4,64/5. Vooral betrokkenheid bij en bereidheid om het protocol te ondersteunen werden hoog beoordeeld (cognitieve participatie: 4,95/5). De praktische uitvoering scoorde gemiddeld 4,38/5 (n = 9). Antwoordmogelijkheden 'nog niet van toepassing' werden niet meegerekend, waardoor de aantallen per deelaspect verschillen. De hoge scores moeten daarom worden gelezen als ervaringen van een kleine, selecte groep die zich bovendien in verschillende implementatiefasen bevond.



Figuur 7 Gereedheid, geschiktheid, haalbaarheid en verankering

Aanvaardbaarheid van het workshoptraject (AIM). De gemiddelde AIM-score bedroeg 4,23/5 bij de premeting (n = 12) en 3,94/5 bij de nameting (n = 8). Op beide momenten werd het aanbod dus overwegend positief beoordeeld; op basis van deze niet-gepaarde gegevens is geen ontwikkeling in aanvaardbaarheid vast te stellen. De gemiddelde scores per item worden weergegeven in Figuur 8.



Figuur 8 Aanvaardbaarheid van de workshops

Bevindingen uit de bevraging van het VIHP-takenpakket. Een belangrijk onderdeel van de Start2VIHP-proeftuinen was het ontwikkelen en implementeren van praktijkprotocollen, met aandacht voor duidelijke taakafspraken en interdisciplinaire samenwerking. In de VIHP-takenlijst werd daarom ook nagegaan of er voor bepaalde zorgtaken praktijkprotocollen beschikbaar waren. Bij de premeting gaven twee van de zeven verpleegkundigen die betrokken waren bij chronische zorg aan dat er voor minstens één van de bevraagde taken een praktijkprotocol beschikbaar was. Bij de nameting waren dat vijf van de zeven verpleegkundigen. Voor acute zorg rapporteerde bij de premeting geen van de drie betrokken verpleegkundigen de aanwezigheid van een protocol voor de bevraagde taken. Bij de nameting waren dat vijf van de zeven verpleegkundigen.

Deze bevindingen tonen dat bij de nameting meer respondenten de aanwezigheid van praktijkprotocollen rapporteerden, zowel voor acute als voor chronische zorg. Dit sluit aan bij de aandacht voor protocollair werken binnen de Start2VIHP-proeftuinen. Door de beperkte respons en de verschillen in samenstelling tussen de respondentengroepen kan echter niet worden vastgesteld in welke mate dit een daadwerkelijke toename binnen dezelfde praktijken weerspiegelt.

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. De praktijken bevonden zich bij aanvang van Start2VIHP in uiteenlopende ontwikkelingsfasen. Praktijk C stond voor de aanwerving en integratie van een nieuwe verpleegkundige en had vooral behoefte aan ondersteuning rond selectie, onboarding en samenwerking. Praktijk A en B stonden verder in hun ontwikkeling en richtten zich sterker op verdere rolontwikkeling en optimalisatie. In Praktijk D liepen de opleiding van de VIHP en het implementatietraject parallel en werden beide als versterkend ervaren. Praktijk E zette geleidelijk stappen naar een bredere rol voor de VIHP, onder meer binnen diabeteszorg, maar werd afgeremd door beperkte tijd en infrastructuur. Praktijk G realiseerde meer duidelijkheid over de verpleegkundige rol door protocollen en een organigram, al moest de volledige toepassing hiervan nog starten. Praktijk F vormt een belangrijke contrasterende casus: ondanks een ervaren VIHP, deelname aan sessies en inzicht in de knelpunten werd nauwelijks vooruitgang geboekt. Weerstand, uiteenlopende visies en onvoldoende ruimte voor overleg verhinderden de vertaling naar de praktijk. Dit illustreert dat deelname aan een implementatietraject op zichzelf onvoldoende is om verandering te realiseren. De ontwikkelingsfase, het draagvlak, de beschikbare middelen en de betrokkenheid van het team bepalen mee welke vooruitgang mogelijk is.

Bevindingen uit de VIHP intervisies sessies. De verslagen van de online VIHP-intervisies tonen dat de ontwikkeling en implementatie van praktijkprotocollen in de deelnemende huisartsenpraktijken uiteenlopend verliep. Hoewel de praktijken vertrokken vanuit een eigen zorginhoudelijk thema, kwamen tijdens het traject verschillende gemeenschappelijke uitdagingen naar voren.

Een terugkerend knelpunt was het **vinden van voldoende tijd** om samen met de huisartsen en andere teamleden aan het protocol te werken. De dagelijkse praktijkwerking, uiteenlopende agenda's en andere prioriteiten maakten het niet altijd eenvoudig om vooruitgang te boeken. Daarnaast bleek dat het bespreken van voorstellen tijdens een teamoverleg niet automatisch leidde tot concrete beslissingen. In sommige praktijken werden onderwerpen herhaaldelijk besproken zonder dat duidelijk werd welke werkwijze uiteindelijk zou worden toegepast. Tijdens de laatste intervisiesessie werd het belang van **expliciete besluitvorming** sterk benadrukt. Naast het organiseren van overleg bleek het noodzakelijk om duidelijke keuzes te maken, verantwoordelijkheden toe te wijzen en afspraken te maken over de volgende stappen. Het formuleren van concrete doelstellingen en deadlines hielp volgens deelnemers om het ontwikkelproces verder te brengen. Ook het **betrekken van het volledige praktijkteam** kwam herhaaldelijk aan bod. Niet alleen huisartsen en verpleegkundigen, maar ook onthaalmedewerkers en andere betrokken zorgverleners moesten voldoende geïnformeerd worden over hun rol binnen de nieuwe werkwijze. Bij de voorbereiding van een protocol voor preoperatieve zorg bleek bijvoorbeeld dat onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden van onthaalmedewerkers een belangrijke drempel vormde. Dit maakte bijkomende afstemming en verduidelijking van de taakverdeling noodzakelijk. De intervisieverslagen tonen daarnaast dat de **vertaalslag van wetenschappelijke richtlijnen** naar haalbare werkafspraken binnen de eigen praktijk tijd en overleg vroeg. Praktijken moesten onder meer keuzes maken over de doelgroep, de inhoud van consultaties, de taakverdeling, de registratie in het elektronisch medisch dossier en de praktische organisatie van afspraken. Het ontwikkelen van een protocol bleek daardoor niet uitsluitend een zorginhoudelijke oefening, maar ook een organisatorisch veranderingsproces.

Enkele verpleegkundigen beschreven dat de **begeleiding tijdens de proeftuinen** hielp om meer structuur in dit proces aan te brengen. Door het doel van het protocol scherper af te bakenen,

overlegmomenten in te plannen en concrete deadlines af te spreken, konden eerder vastgelopen trajecten opnieuw vooruitgang boeken. Tegelijk was de **implementatie aan het einde van de proeftuinen niet in alle praktijken afgerond**. Sommige praktijken waren al gestart met nieuwe consultaties of werkafspraken, terwijl andere nog bezig waren met het finaliseren van procedures of de voorbereiding van de praktische invoering. De intervisies maken daarmee duidelijk dat de overgang van protocolontwikkeling naar daadwerkelijke implementatie een belangrijke uitdaging vormde en dat de benodigde tijd en ondersteuning verschilden tussen praktijken.

Gebruik van de ontwikkelde tools

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. De ontwikkelde tools en ondersteuningsvormen werden op verschillende manieren benut. Praktijk A werkte onder meer met een sjabloon voor groeigesprekken en materialen rond protocollair werken. Praktijk B waardeerde protocollen, sjablonen en coaching. Bij Praktijk C was de ondersteuning rond selectie concreet bruikbaar, onder meer door het gebruik van praktijkcasussen en gerichte sollicitatievragen. Praktijk D werkte rond protocollen, efficiënter vergaderen en communicatie. In Praktijk E werden concrete werkafspraken ontwikkeld voor de planning van diabetescontroles en werd coaching gebruikt om een gedeelde visie te formuleren. Praktijk G gebruikte protocollen en een organigram om rollen te verduidelijken en paste aangereikte principes voor efficiënter vergaderen toe. De website en het digitale materialenaanbod werden als waardevol beschouwd, maar waren onvoldoende bekend en werden nog weinig geraadpleegd. In Praktijk F werden de sessies rond protocollair werken gevolgd, maar leidde dit niet tot concrete toepassing. De eerste coaching maakte knelpunten zichtbaar, maar kreeg onvoldoende vervolg. De ervaringen tonen dat de beschikbaarheid van tools niet automatisch leidt tot gebruik: toegankelijkheid, relevantie, draagvlak en begeleiding bij de toepassing zijn bepalend.

Bevindingen uit een gebruikersevaluatie (T3). Tijdens een gebruikersevaluatie werd de website van Start2VIHP beoordeeld aan de hand van de CRAAP-test (Currency, Relevance, Authority, Accuracy en Purpose). Vier deelnemers evalueerden de website op inhoudelijke kwaliteit, gebruiksvriendelijkheid, betrouwbaarheid en relevantie voor huisartsenpraktijken en VIHPs. De evaluatie toont aan dat Start2VIHP een sterke, betrouwbare en praktijkgerichte website is die goed aansluit bij de behoeften van huisartsenpraktijken en verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Vooral de doelgerichtheid, betrouwbaarheid en relevantie worden hoog gewaardeerd.

De belangrijkste verbeterkansen liggen niet in de inhoud zelf, maar in de toegankelijkheid van die inhoud. Door de homepage te vereenvoudigen, de navigatie doelgroepgerichter te maken, de mobiele gebruikservaring te optimaliseren en de branding van Arteveldehogeschool zichtbaarder te maken, kan de gebruikservaring worden versterkt. De gemiddelde algemene waardering voor de website scoorde 8,1 op 10. Alle deelnemers gaven aan dat zij de website zouden aanbevelen aan collega's. Daarmee vormt Start2VIHP volgens de evaluatoren een waardevolle en betrouwbare bron voor de implementatie en verdere ontwikkeling van de VIHP-functie binnen huisartsenpraktijken.

4.3 Impact op kwaliteit van zorg

Toegankelijkheid

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. De meest concrete aanwijzingen voor een impact op toegankelijkheid komen uit Praktijk B, waar patiënten sneller terechtkunnen voor bepaalde zorgvragen en steeds beter hun weg vinden naar de verpleegkundige. Ook Praktijk D rapporteert dat patiënten, na verduidelijking van het takenpakket van de VIHP, gemakkelijker bij haar terechtkomen. In Praktijk G wordt gewerkt aan een gestructureerd onthaalbeleid en een betere triage, wat mogelijkheden biedt om zorgvragen gerichter te behandelen. De effecten hiervan op de toegankelijkheid werden echter nog niet geëvalueerd. Voor de overige praktijken werden geen expliciete veranderingen in toegankelijkheid gerapporteerd. De beschikbare gegevens laten daarom geen algemene conclusie toe over de impact van Start2VIHP op toegankelijkheid.

Continuïteit van zorg

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. Over continuïteit van zorg is beperkte informatie beschikbaar. Praktijk B rapporteert een efficiëntere opvolging van patiënten sinds de VIHP breder wordt ingezet. In Praktijk E worden diabetespatiënten opgevolgd via kwartaalcontroles en wordt gestreefd naar regelmatige educatiemomenten. Dit wijst op een meer gestructureerde opvolging binnen deze praktijk. Voor de overige praktijken werden geen concrete effecten op continuïteit van zorg beschreven. De beschikbare gegevens zijn onvoldoende om een algemene impact op de continuïteit van zorg vast te stellen.

Preventie

Inzichten uit de project-specifieke vragenlijst over de praktijkorganisatie (T0/T3) en uit de bevraging van het VIHP-takenpakket (T0/T3). De takenlijst toont dat preventie een onderdeel van het VIHP-takenpakket vormt. Vijf van de acht VIHP's bij de premeting en drie van de zeven bij de nameting rapporteerden minstens wekelijks preventieve zorg. In de vijf gekoppelde metingen rapporteerden drie VIHP's wel een hogere frequentie van levensstijladvies en -coaching in primaire preventie (zie Figuur 10). Het beeld is dus wisselend. De huisartsenvragenlijst over chronische zorg liet voor proactief screenen en uitnodigen een mediane frequentiecode van 3 bij T0 en 2 bij T3 zien (respectievelijk zeven en acht antwoorden; een lagere code betekent vaker), maar deze groepen zijn niet rechtstreeks vergelijkbaar. Preventiebereik of gezondheidswinst werden niet gemeten.

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. Preventie kwam in verschillende praktijken aan bod. In Praktijk B vormde een vaccinatiecampagne een eerste activiteit van de VIHP en een vertrekpunt om de rol verder uit te bouwen. Bij Praktijk D werd gewerkt rond communicatie over preventie. In Praktijk E neemt de verpleegkundige bijkomende opvolgingstaken op, waaronder het opstellen van lijsten voor vaccinatieopvolging. In Praktijk G werd vooral ingezet op het verbeteren van de interne organisatie en het onthaal, zonder dat concrete effecten op preventieve zorg werden gerapporteerd.

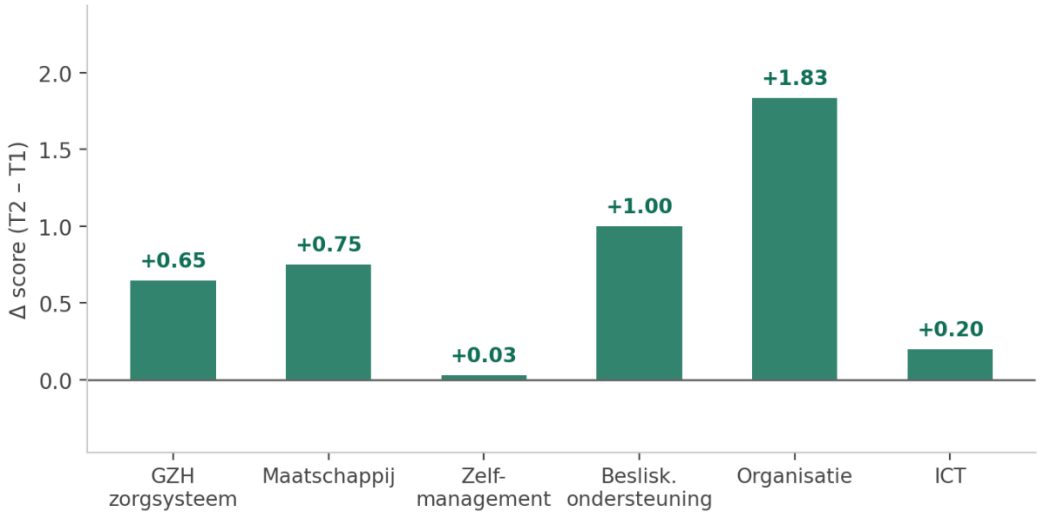
Voor de andere praktijken zijn geen specifieke veranderingen beschreven. Er zijn geen gegevens beschikbaar over veranderingen in preventiebereik of gezondheidsuitkomsten**.**

Chronische zorg

Inzichten uit de project-specifieke vragenlijst over de praktijkorganisatie (T0/T3) en uit de bevraging van het VIHP-takenpakket (T0/T3). In de VIHP-takenlijst rapporteerden zes van acht verpleegkundigen bij T0 en vijf van zeven bij de nameting minstens wekelijks chronische zorg; de mediane frequentiecategorie bedroeg respectievelijk 7 en 6. Bij de vijf gekoppelde VIHP's lag de frequentie tweemaal hoger en tweemaal lager en eenmaal ongewijzigd (zie Figuur 10). Voor de huisartsentaken binnen chronische zorg werden bij zowel T0 als T3 zeven vragenlijsten geanalyseerd. Daarin werden onder meer het opstellen van zorgplannen (mediane frequentiecode 2 bij T0 tegenover 1 bij T3) en levensstijlcoaching (3 tegenover 2) bij T3 vaker gerapporteerd. In de vragenlijst bij huisartsen en praktijken rapporteerden vijf van zeven respondenten bij T0 minstens één specifiek protocol voor chronische zorgtaken, tegenover vijf van acht bij T3.

Organisatie van chronische zorg (ACIC). Met de ACIC-vragenlijst werd onderzocht hoe de deelnemende huisartsenpraktijken hun chronische zorg organiseerden. De vragenlijst beoordeelt verschillende onderdelen van de zorgorganisatie op een schaal van 0 tot 11, waarbij hogere scores wijzen op een sterkere ondersteuning van chronische zorg (zie Figuur 9). Bij de voormeting bedroeg de gemiddelde totaalscore van de huisartsen 5,49 op 11. De hoogste scores werden vastgesteld voor besliskundige ondersteuning (6,15) en de organisatie van zorg (6,13). De laagste scores kwamen voor bij de samenwerking met de bredere maatschappelijke omgeving (4,90) en het gezondheidszorgsysteem (4,78). Voor vier praktijken waren zowel een voor- als een nameting beschikbaar. Binnen deze groep steeg de gemiddelde totaalscore van de huisartsen van 4,59 naar 5,34 op 11. De grootste verschillen werden vastgesteld voor de organisatie van zorg (+1,83 punten) en besliskundige ondersteuning (+1,00 punt). Voor zelfmanagementondersteuning (+0,03) en informatiesystemen (+0,20) waren de verschillen beperkt. Bij de nameting bedroeg de gemiddelde totaalscore van de deelnemende verpleegkundigen 5,47 op 11, tegenover 5,34 bij de huisartsen uit de vier praktijken met gekoppelde metingen. De beoordelingen van beide beroepsgroepen vertoonden globaal een vergelijkbaar patroon.

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. De mogelijkheden van de VIHP binnen chronische zorg komen in meerdere praktijken naar voren. In Praktijk B ondersteunt de verpleegkundige de voorbereiding van populatiemanagementprojecten en wordt de organisatie van chronische zorg beter haalbaar. Praktijk D werd aangezet om verder na te denken over de opvolging van chronische patiënten en verkende mogelijkheden om via data patiënten met onvoldoende geregistreerde diagnoses te identificeren. In Praktijk E werden concrete stappen gezet binnen diabeteszorg: de VIHP voert kwartaalcontroles uit, neemt aanvullende metingen af en werkt aan verdere patiënteneducatie. De verpleegkundige probeert patiënten minstens tweemaal per jaar te bereiken voor educatie en bereidt ook groepseducaties voor.

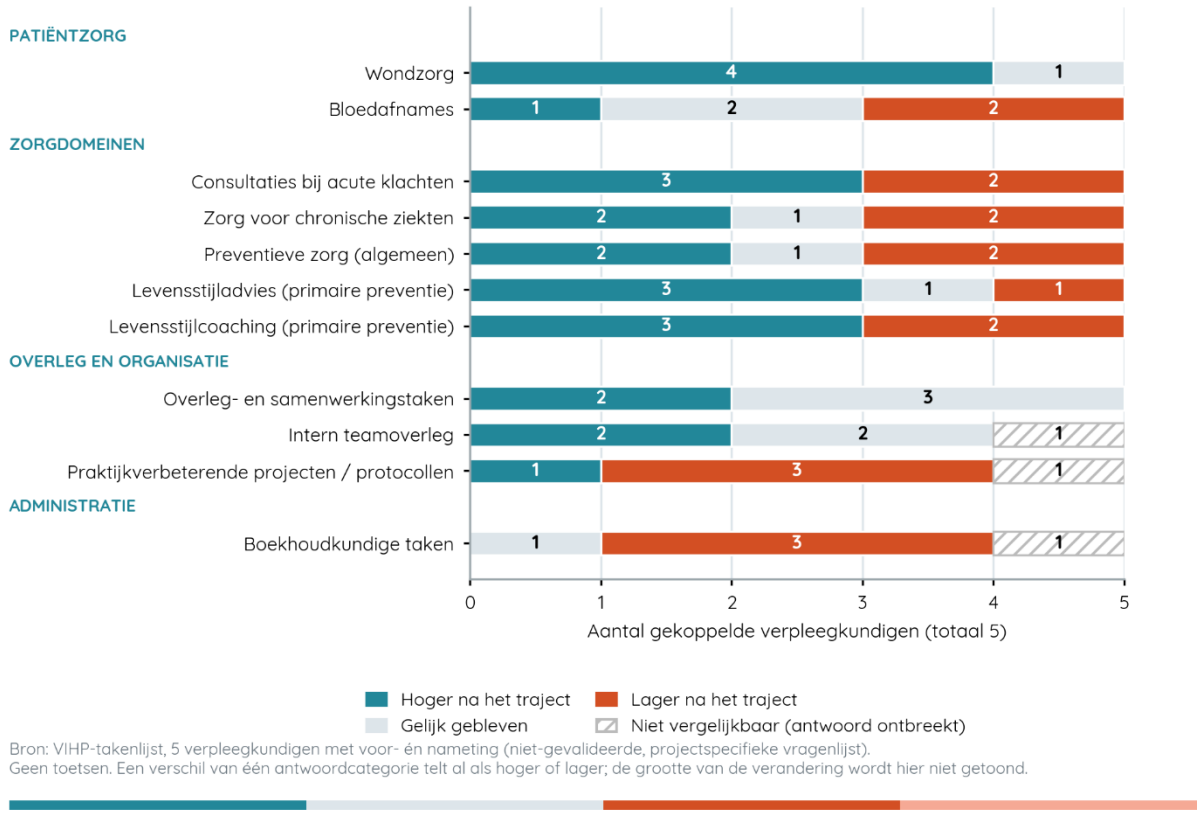


Figuur 9 Verschil in ACIC scores per domein (T0 vs. T3)

Patiëntgerichte zorg

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. De praktijken benadrukken dat de integratie van een VIHP in functie moet staan van kwalitatieve en persoonsgerichte zorg. Praktijk A waarschuwt dat protocollen ondersteunend moeten blijven en voldoende ruimte moeten laten voor de individuele patiënt. Praktijk C benadrukt dat de VIHP vooral moet bijdragen aan de kwaliteit van zorg en niet uitsluitend aan het aantal uitgevoerde handelingen. In Praktijk B vragen patiënten inmiddels soms spontaan een afspraak bij de verpleegkundige, terwijl Praktijk D rapporteert dat patiënten vertrouwen hebben in de VIHP. In Praktijk F vormt de waardering van patiënten een belangrijke motivatie voor de verpleegkundige, ondanks de moeilijke samenwerking binnen de praktijk. In Praktijk E wordt ingezet op een meer gestructureerde opvolging en educatie van patiënten met diabetes.

Bevindingen uit de VIHP intervisies sessies Tijdens de intervisies werd ook aandacht besteed aan de communicatie met patiënten over nieuwe vormen van samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen. Deelnemers benadrukten dat patiënten moeten begrijpen waarom bepaalde consultaties voortaan bij de verpleegkundige plaatsvinden en waarvoor zij bij de VIHP terechtkunnen. Bij de opstart van verpleegkundige diabetesconsultaties werd door een deelnemer gerapporteerd dat de eerste patiënten positief reageerden en openstonden voor het gesprek met de verpleegkundige. Tegelijk kwamen ook vragen en terughoudendheid voor, bijvoorbeeld wanneer patiënten verwachtten dat zij voor voorschriften nog steeds een huisarts moesten raadplegen of wanneer zij hun vertrouwde huisarts minder vaak zouden zien. Volgens de deelnemende verpleegkundigen speelde de huisarts een belangrijke rol in het informeren en motiveren van patiënten. Wanneer huisartsen de samenwerking met de VIHP actief toelichten en ondersteunen, kan dit bijdragen aan het vertrouwen in de nieuwe werkwijze.



Figuur 10 Resultaten gekoppelde voor en nameting

4.4 Economische en organisatorische implicaties

De samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen kan gevolgen hebben voor de inzet van zorgverleners, de efficiëntie van de praktijkwerking en de kosten van zorg. Binnen de Start2VIHP-proeftuinen werden deze effecten niet rechtstreeks economisch gemeten. De beschikbare gegevens bieden wel inzicht in ervaren organisatorische veranderingen, financiële aandachtspunten en mogelijke implicaties voor de verdere ontwikkeling van huisartsenpraktijken.

Efficiëntere inzet van competenties

Inzichten uit de project-specifieke vragenlijst over de praktijkorganisatie (T0/T3) en uit de bevraging van het VIHP-takenpakket (T0/T3). De VIHP-takenlijst laat zien dat de deelnemende verpleegkundigen zowel uitvoerende taken als chronische zorg, preventie, consultaties, teamoverleg en praktijkondersteuning opnemen. Bij de vijf gekoppelde VIHP's rapporteerden drie een hogere frequentie van acute consultaties en levensstijlcoaching, terwijl bij chronische zorg en preventie in het algemeen zowel hogere als lagere frequenties zichtbaar waren. Een algemene verschuiving van uitvoerende naar meer complexe taken is daarmee niet aangetoond. Evenmin zijn werkelijke tijdsbesparingen of de doelmatigheid van taakdelegatie rechtstreeks gemeten.

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. De ervaringen tonen dat de VIHP in verschillende praktijken een bredere rol kan opnemen dan uitsluitend technische handelingen. In Praktijk B draagt de verpleegkundige naast het uitvoeren van technische en protocollaire activiteiten ook bij aan zorgorganisatie en populatiemanagement. Praktijk C benadrukt het belang van een bredere invulling van verpleegkundige competenties. In Praktijk E neemt de VIHP bijkomende verantwoordelijkheden op binnen diabeteszorg, waaronder kwartaalcontroles, aanvullende metingen en educatie. Praktijk G werkte aan een duidelijkere verdeling van taken en bevoegdheden, wat de complementaire inzet van competenties ondersteunt. Praktijk F toont daarentegen dat bestaande verpleegkundige expertise niet noodzakelijk optimaal wordt benut wanneer draagvlak en werkafspraken ontbreken. De kwalitatieve gegevens laten niet toe om de economische waarde van deze competentieverschuiving te kwantificeren.

Impact op praktijkwerking

Inzichten uit de project-specifieke vragenlijst over de praktijkorganisatie (T3). Respondenten schatten bij de nameting de tijdsinvestering in het protocolproject per teamlid op mediaan 20 uur voor huisartsen (n = 8; spreiding 0–50 uur) en 35 uur voor verpleegkundigen (n = 8; spreiding 0–200 uur). Het gaat om zelfgerapporteerde schattingen, niet om systematisch geregistreerde arbeidsuren. De grote spreiding toont dat de benodigde inzet sterk kan verschillen; zonder gegevens over gerealiseerde opbrengsten kan geen kosten-batenbalans worden berekend.

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. In Praktijk B wordt gerapporteerd dat de VIHP artsen ontlast, de zorgcapaciteit uitbreidt en populatiemanagement beter haalbaar maakt. In Praktijk

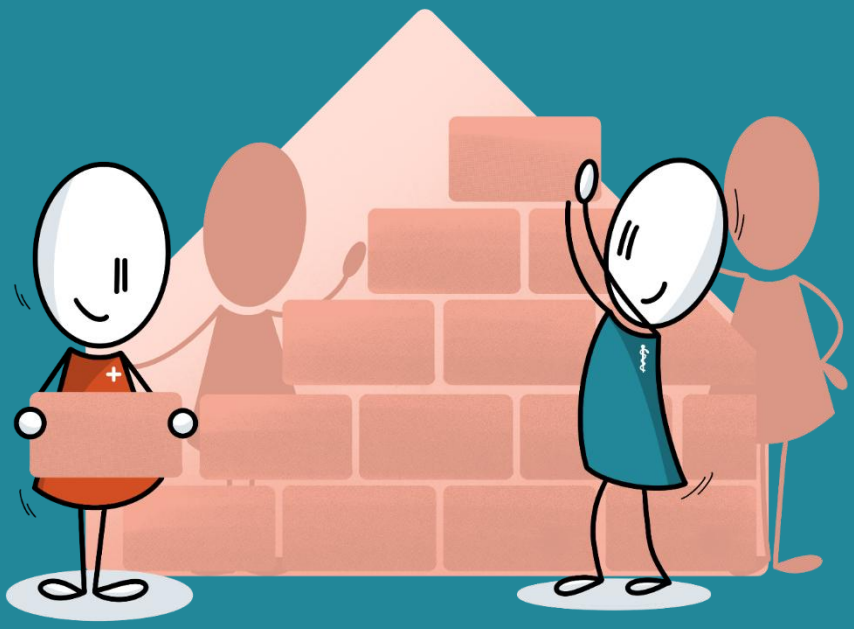
C ligt de gerapporteerde impact vooral bij de coaching: *"De zaken waar we 1 op 1 zijn op gecoacht, dat lukt ons beter."* Praktijk E realiseerde een meer werkbare planning van diabetescontroles, terwijl Praktijk G verbeteringen rapporteert in overlegstructuur, rolverdeling en betrokkenheid van het onthaal. Praktijk F rapporteert geen wezenlijke verandering in de praktijkwerking, ondanks deelname aan het traject. De bevindingen illustreren dat organisatorische verbeteringen mogelijk zijn, maar dat de gerealiseerde impact sterk afhankelijk is van de praktijkcontext. Deze effecten werden niet financieel gekwantificeerd.

Mogelijke economische en maatschappelijke effecten

Bevindingen uit de afsluitende praktijkgesprekken. De beschikbare kwalitatieve gegevens bevatten geen bewijs voor gerealiseerde maatschappelijke besparingen. Er werden geen gegevens verzameld waarmee vermeden consultaties, verwijzingen, hospitalisaties of andere zorgkosten kunnen worden berekend. In Praktijk A werd financiële haalbaarheid als aandachtspunt benoemd. In Praktijk B werd de inzet van de verpleegkundige op basis van een interne financiële analyse als haalbaar beschouwd, al blijft onzekerheid bestaan over toekomstige financiering. Praktijk F illustreert daarnaast dat deelname aan een implementatietraject niet automatisch leidt tot organisatorische of economische meerwaarde wanneer de randvoorwaarden voor verandering ontbreken. Potentiële maatschappelijke besparingen blijven op basis van deze gegevens een mogelijke, maar niet aangetoonde impact.

5

LESSONS LEARNED



5. LESSONS LEARNED

Wat helpt om verandering te realiseren?

Een **gedeelde visie op de rol van de VIHP** bleek een belangrijk vertrekpunt, maar was op zichzelf niet voldoende. Uit de afsluitende praktijkgesprekken, de coaching en de VIHP-intervisies komt vooral naar voren dat voortgang ontstaat wanneer teams hun ambities vertalen naar concrete werkafspraken. Daarbij helpt het om een afgebakend thema te kiezen dat aansluit bij een actuele praktijknood, de doelgroep te bepalen en gezamenlijk te bespreken welke taken bij de huisarts, de verpleegkundige en andere teamleden horen.

Een belangrijke les uit de proeftuinen is dat een bredere en meer doelgerichte inzet van de VIHP niet noodzakelijk betekent dat zij meer of andere zorgtaken uitvoert. De takenanalyse bracht vooral de frequentie van activiteiten in kaart, maar gaf minder inzicht in de mate van zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en betrokkenheid bij besluitvorming. De kwalitatieve bevindingen tonen dat **rolontwikkeling** ook tot uiting kan komen in duidelijkere taakafspraken, meer betrokkenheid bij het praktijkoverleg en een bewustere inzet van verpleegkundige competenties. Een doelgerichte taakverdeling vraagt daarom niet alleen aandacht voor welke taken een VIHP opneemt, maar ook voor de verantwoordelijkheden en ruimte die zij krijgt om haar expertise in te zetten.

Daarnaast bleek dat **overleg pas resultaat oplevert wanneer ook besluiten worden genomen**. Tijdens de intervisies beschreven verpleegkundigen hoe voorstellen herhaaldelijk besproken werden zonder dat duidelijk was welke keuze het team maakte. Het expliciet vastleggen van beslissingen, een verantwoordelijke per actie en haalbare deadlines hielp volgens deelnemers om opnieuw vooruitgang te boeken. Een verpleegkundige kan dit proces voorbereiden en mee trekken, maar heeft daarvoor betrokkenheid en mandaat van de huisartsen nodig.

Ook het **volledige team betrekken** bleek essentieel. Bij verschillende protocollen beïnvloedden nieuwe afspraken niet alleen de huisarts en VIHP, maar ook het onthaal en andere zorgverleners. Hun vragen over triage, patiëntencommunicatie en verantwoordelijkheden moesten worden meegenomen voordat de werkwijze kon functioneren. Praktijkgerichte coaching werd herhaaldelijk gewaardeerd omdat zij hielp om zulke organisatorische vragen bespreekbaar te maken en om overleg, rolverdeling en opvolging concreter te organiseren. Uitwisseling met andere praktijken bood daarnaast herkenning en bruikbare voorbeelden.

Wat maakt implementatie moeilijk?

Tijdsdruk vormde een terugkerende belemmering. Niet alleen het uitschrijven van een protocol, maar ook overleg met huisartsen, het opzoeken van richtlijnen, het betrekken van collega's en de praktische voorbereiding vroegen tijd naast de dagelijkse patiëntenzorg. Volle agenda's, personeelswissels en beperkte infrastructuur konden deze inspanningen vertragen. De gerapporteerde tijdsinvestering in het protocolproject varieerde sterk tussen respondenten; dit onderstreept dat een uniform tijdspad niet voor elke praktijk haalbaar is.

De mate waarin praktijken deelnamen aan het aangeboden ondersteuningstraject verschilde tussen praktijken. Niet alle praktijken namen deel aan alle workshops of konden de opdrachten rond protocolontwikkeling tussen de sessies verder uitwerken. Ook de voortgang liep uiteen: terwijl sommige praktijken concrete stappen zetten naar de implementatie van hun protocol, bleven andere in een vroegere ontwikkelingsfase. **Personeelswissels, tijdelijke afwezigheid van sleutelfiguren en de dagelijkse werkdruk** bemoeilijkten in sommige praktijken de continuïteit van het traject. Deze verschillen in deelname en voortgang zijn belangrijk bij de interpretatie van de resultaten: de aangeboden ondersteuning kon niet in elke praktijk in dezelfde mate worden benut.

Een volgend knelpunt lag bij **uiteenlopende visies en impliciete verwachtingen** over de verpleegkundige rol. Wanneer artsen onderling verschillende werkwijzen hanteerden, of wanneer niet duidelijk was wie een beslissing mocht nemen, bleef de invoering van een protocol soms steken. Weerstand, beperkte ruimte voor feedback en onvoldoende structureel overleg vergrootten dit risico. De ervaringen tonen dat een protocol inhoudelijk ver gevorderd kan zijn zonder dat de noodzakelijke organisatorische afspraken al bestaan.

Verder kwamen er **praktische drempels** naar voren, zoals afsprakenplanning, beschikbare consultatieruimte, ondersteuning door software en onzekerheid bij onthaalmedewerkers over wat van hen verwacht werd. Deelnemers wezen er ook op dat online intervisie voldoende privacy vereist om moeilijkheden binnen het praktijkteam vrijuit te kunnen bespreken. Zulke randvoorwaarden verdienen aandacht vanaf de start en niet pas wanneer de implementatie vastloopt.

Welke ondersteuning werkt voor welke praktijk?

De ervaringen uit de afsluitende gesprekken met zeven praktijken wijzen erop dat de **ondersteuningsbehoefte samenhangt met de uitgangssituatie**. Voor praktijken die nog aan de start staan van de samenwerking met een verpleegkundige zijn selectie, onboarding, rolafbakening en het organiseren van eerste werkafspraken doorgaans het meest relevant. Bij praktijken waar de VIHP al ingebed is, verschuift de focus eerder naar verdere rolontwikkeling, protocollair werken, populatiemanagement en het verbeteren van de praktijkorganisatie.

Een vast programma bood een gezamenlijk kader, terwijl coaching op maat ruimte gaf om lokale knelpunten te bespreken. De **combinatie van workshops, online intervisie, coachingscontacten en bruikbare sjablonen** werd door verschillende deelnemers als ondersteunend ervaren. De mate waarin die ondersteuning tot concrete veranderingen leidde, liep evenwel uiteen. Een praktijk met beperkte overeenstemming tussen artsen, weinig overleg en hoge werkdruk rapporteerde nauwelijks vooruitgang, terwijl andere teams overlegstructuren, protocollen of taakafspraken wel verder uitwerkten.

De centrale les is daarom niet dat één ondersteuningsvorm voor alle praktijken het beste werkt. Belangrijker is om eerst samen de veran**derbereidheid, ontwikkelingsfase, prioriteiten en beschikbare tijd te verkennen** en vervolgens te bepalen welke ondersteuning op dat moment zinvol én uitvoerbaar is. De kleine groep praktijken laat niet toe om hieruit een algemene typologie of bewezen werkzaamheidsverschillen tussen praktijktypes af te leiden.

Van protocolontwikkeling naar duurzame toepassing

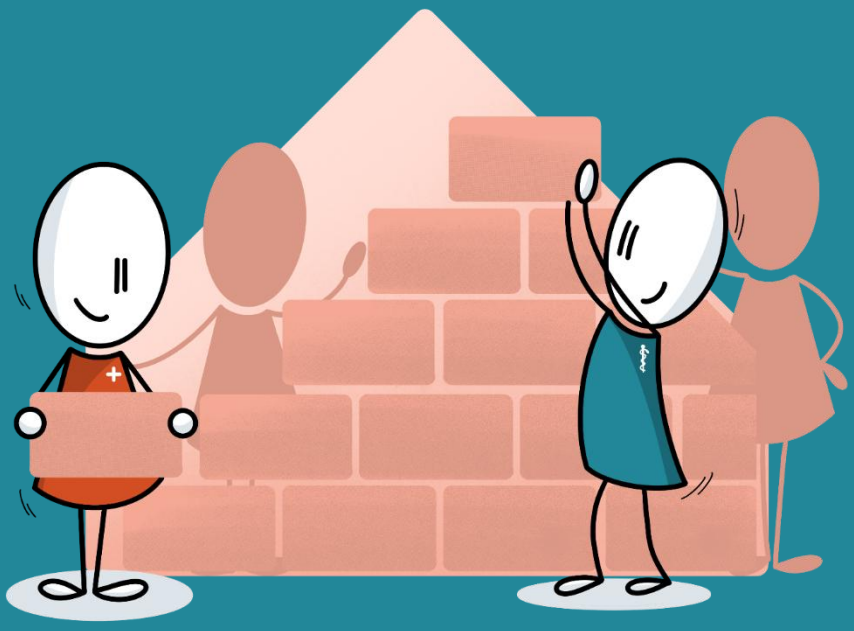
Het **ontwikkelen van een praktijkprotocol bleek vaak slechts een eerste stap**. In de intervisies werd zichtbaar hoeveel bijkomende keuzes nodig waren om afspraken in de dagelijkse praktijk toe te passen: wie komt in aanmerking, hoe wordt een patiënt uitgenodigd of ingepland, welke vragen stelt het onthaal, wanneer wordt een arts betrokken en hoe wordt in het elektronisch medisch dossier geregistreerd? De vertaling van wetenschappelijke richtlijnen naar die concrete stappen vroeg afstemming en soms bijkomende opleiding.

Ook **patiënten** moesten worden meegenomen in de nieuwe werkwijze. Verpleegkundigen wezen op het belang van een duidelijke uitleg over de rol van de VIHP, met actieve ondersteuning door de huisarts. De eerste ervaringen met verpleegkundige consultaties waren in sommige praktijken positief, maar er kwamen ook vragen voor over voorschriften en het minder vaak zien van de vertrouwde huisarts. Dit zijn ervaringen zoals gerapporteerd door zorgverleners, geen rechtstreeks verzamelde patiëntervaringen.

Aan het einde van de proeftuinen waren **niet alle protocollen volledig ingevoerd**. Sommige praktijken waren al met consultaties of nieuwe afspraken gestart, terwijl andere nog procedures aan het afronden waren of de invoering pas voor een later moment planden. Voor duurzame toepassing zijn daarom niet alleen een duidelijk protocol en draagvlak nodig, maar ook een realistische startplanning, tijd om te oefenen, afspraken over evaluatie en de mogelijkheid om bij te sturen. Het voorhanden zijn van een protocol mag niet worden verward met de succesvolle toepassing ervan of met bewezen betere patiëntuitkomsten.

6

TOEKOMSTPERSPECTIEF



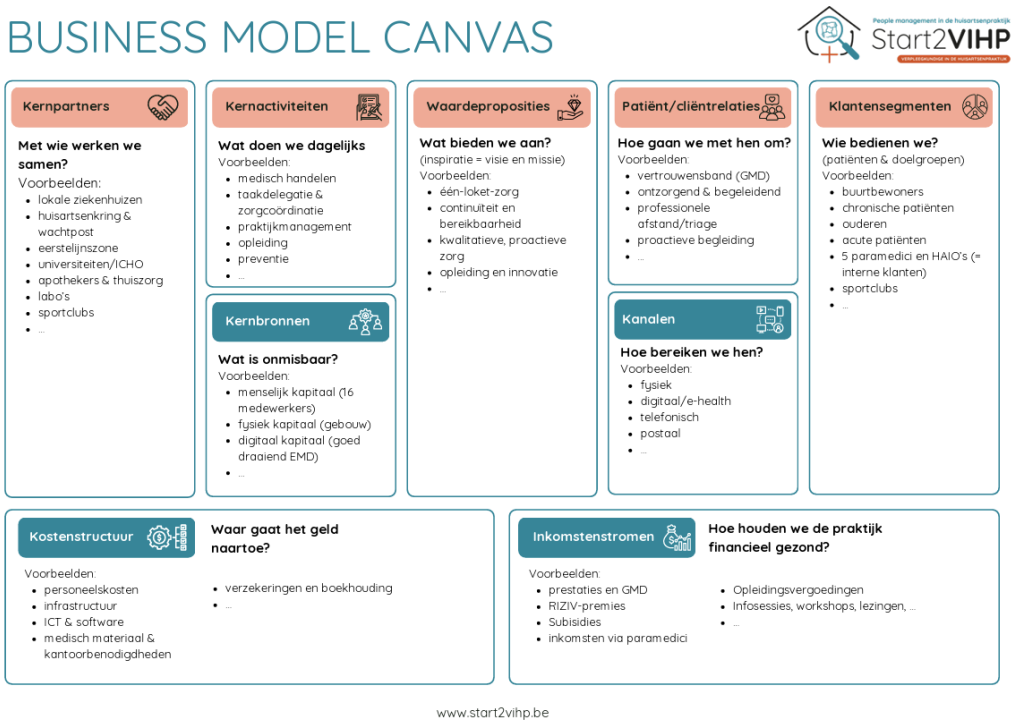
6. TOEKOMSTPERSPECTIEF

De Start2VIHP-proeftuinen leverden inzichten op over de mogelijkheden en uitdagingen bij de verdere integratie van verpleegkundigen in huisartsenpraktijken. De ervaringen werden niet alleen vertaald naar lessen en aanbevelingen voor huisartsenpraktijken, verpleegkundigen en ondersteunende organisaties, maar vormden ook de basis voor praktische hulpmiddelen die breder inzetbaar zijn. Dit hoofdstuk bundelt de ontwikkelde hulpmiddelen, de bredere doorwerking van het project en de belangrijkste aanbevelingen voor huisartsenpraktijken, verpleegkundigen en beleid en ondersteunende organisaties. Tot slot wordt toegelicht hoe de opgedane kennis verder wordt verspreid en beschikbaar blijft voor het werkveld.

Van projectresultaten naar praktische hulpmiddelen

De inzichten en praktijkervaringen uit Start2VIHP werden vertaald naar praktische hulpmiddelen voor huisartsenpraktijken en verpleegkundigen. Via www.start2vihp.be worden deze tools aangeboden volgens de verschillende fasen van de samenwerking: van het overwegen en voorbereiden van de aanwerving tot de onboarding, verdere rolontwikkeling en organisatie van de praktijkwerking. Het aanbod omvat onder meer beslissingshulpen, checklists, gespreksleidraden, groeimodellen en hulpmiddelen voor het maken van werkafspraken en het ontwikkelen van praktijkprotocollen.

Een van deze instrumenten is een Business Model Canvas op maat van de huisartsenpraktijk. Het helpt praktijkteams om hun werking vanuit negen samenhangende bouwstenen te bekijken en zorginhoudelijke ambities af te stemmen op de beschikbare mensen, middelen en financiering. Het canvas is via de Start2VIHP-website beschikbaar als blanco sjabloon en als ingevuld voorbeeld (zie Figuur 11).



Figuur 11 Business Model Canvas

Doorwerking van Start2VIHP in het bredere werkveld

De resultaten van Start2VIHP reiken verder dan de acht deelnemende proeftuinen. Gedurende het project werden ook ondernemingen, zorgorganisaties, praktijkbegeleiders en onderwijs- en opleidingspartners betrokken bij het ontwikkelen, uittesten en toepassen van nieuwe kennis en hulpmiddelen. Deze **wisselwerking tussen onderzoek en praktijk** leidde tot concrete toepassingen en nieuwe samenwerkingsvormen buiten de proeftuinen.

Zo gebruikte een **thuisverplegingsorganisatie** de inzichten en ondersteuning vanuit Start2VIHP om de samenwerking met huisartsenpraktijken verder uit te bouwen. Dit resulteerde in een eerste formele samenwerking waarbij een verpleegkundige via detachering in een huisartsenpraktijk werd ingezet. Ook andere huisartsenpraktijken buiten de proeftuinen maakten gebruik van de ontwikkelde hulpmiddelen, onder meer bij de selectie en onboarding van een verpleegkundige.

Daarnaast bood Start2VIHP ruimte voor de ontwikkeling en toetsing van **digitale toepassingen voor populatiemanagement**. Een technologieontwikkelaar werkte, op basis van gesprekken met verschillende stakeholders, een eerste concept uit voor een populatiedashboard dat beleids- en planningsbeslissingen binnen de eerstelijnszorg kan ondersteunen. Een andere ontwikkelaar testte digitale toepassingen voor proactieve zorgopvolging bij huisartsenpraktijken en gebruikte de ontvangen feedback om deze verder te verfijnen.

Ook **externe dienstverleners** benutten de opgedane kennis. Zo werd in samenwerking met een sociaal secretariaat een praktisch stappenplan ontwikkeld rond de verloning van verpleegkundigen in huisartsenpraktijken. Het instrument werd getest en bijgestuurd op basis van gebruikersfeedback. Daarnaast integreerden verschillende organisatiecoaches inzichten en hulpmiddelen uit Start2VIHP in hun eigen begeleiding van huisartsenpraktijken.

De projectinzichten vonden eveneens hun weg naar **professionele netwerken en initiatieven rond de verdere positionering van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg**. Vanuit Start2VIHP werd onder meer bijgedragen aan de uitbouw van een professionele werkgroep voor verpleegkundigen in huisartsenpraktijken en aan visieontwikkeling en beleidsmatige standpuntvorming over verpleegkundige functies en competenties.

Tot slot werkt de opgebouwde kennis verder door in **onderwijs en vorming**. De ontwikkelde inzichten en hulpmiddelen worden geïntegreerd in opleidingen voor verpleegkundigen en in vormingsactiviteiten voor huisartsen in opleiding en praktijkopleiders.

Deze voorbeelden illustreren hoe Start2VIHP niet alleen huisartsenpraktijken rechtstreeks ondersteunde, maar ook bijdroeg aan kennisontwikkeling, nieuwe toepassingen en samenwerking tussen verschillende actoren in de eerstelijnszorg. De verdere ontwikkeling en toepassing verschilt per initiatief, maar biedt mogelijkheden om de resultaten ook buiten de oorspronkelijke proeftuinen te benutten.

Aanbevelingen voor huisartsenpraktijken

1. Start vanuit een duidelijke visie op de rol van de VIHP

Bepaal vooraf waarom de praktijk met een verpleegkundige wil samenwerken en welke meerwaarde wordt nagestreefd. De VIHP is niet uitsluitend inzetbaar voor het overnemen van technische handelingen, maar kan een bredere rol opnemen in onder meer chronische zorg, preventie, populatiemanagement en praktijkorganisatie.

2. Bouw de samenwerking gefaseerd op

Een verpleegkundige hoeft niet onmiddellijk een maximaal takenpakket op te nemen. Start met duidelijk afgebakende activiteiten en breid rollen en verantwoordelijkheden stapsgewijs uit.

3. Investeer in selectie én onboarding

Een goede samenwerking begint vóór de eerste werkdag. Maak bij selectie gebruik van praktijkgerichte casussen, vraag door naar concrete ervaringen en verwachtingen en bespreek de wederzijdse verwachtingen. Voorzie vervolgens een gestructureerd onboardingtraject waarin rollen, verantwoordelijkheden en werkafspraken worden verduidelijkt.

4. Bescherm tijd voor overleg en samenwerking

Vul de agenda van de verpleegkundige niet uitsluitend met patiëntcontacten. Voorzie structurele ruimte voor overleg, feedback, coördinatie, kwaliteitsverbetering en gezamenlijke ontwikkeling. De praktijken geven aan dat tijdsdruk en het vinden van gezamenlijke overlegmomenten belangrijke uitdagingen zijn.

5. Maak taakdelegatie bespreekbaar

De integratie van een VIHP vraagt niet alleen ontwikkeling van de verpleegkundige, maar ook verandering bij de huisarts. Vertrouwen, duidelijke verantwoordelijkheden en het kunnen loslaten van taken zijn belangrijke voorwaarden voor samenwerking.

6. Gebruik protocollen als ondersteuning, niet als doel op zich

Protocollen kunnen helpen om verantwoordelijkheden en werkafspraken te verduidelijken, maar moeten aansluiten bij de praktijkcontext en voldoende ruimte laten voor persoonsgerichte zorg. De ervaringen verschillen bovendien tussen praktijken: waar de ene praktijk protocollair werken als waardevol ervaart, waarschuwt de andere ervoor dit niet automatisch gelijk te stellen aan meer efficiëntie.

7. Maak van protocolimplementatie een expliciete vervolgstap

Beschrijf niet alleen de inhoud van het protocol, maar leg vast hoe patiënten worden geselecteerd en geïnformeerd, wie afspraken plant, wanneer de huisarts tussenkomt, hoe geregistreerd wordt en wanneer het team de werking evalueert. Test waar mogelijk op kleine schaal voordat een nieuwe aanpak breed wordt ingevoerd.

Aanbevelingen voor verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk

1. Neem actief deel aan de ontwikkeling van de praktijkwerking

De rol van de VIHP gaat verder dan het uitvoeren van patiëntgebonden zorgtaken. Breng vanuit je verpleegkundige expertise noden en verbeterkansen onder de aandacht en neem waar mogelijk initiatief bij de ontwikkeling van werkafspraken en praktijkprotocollen.

2. Maak verwachtingen en verantwoordelijkheden bespreekbaar

Bespreek met de huisartsen welke taken je zelfstandig kunt opnemen, wanneer overleg nodig is en welke verantwoordelijkheden daarbij horen. Maak onduidelijkheden bespreekbaar en leg afspraken bij voorkeur expliciet vast.

3. Bereid overleg en voorstellen concreet voor

Vertaal ideeën voor verbetering naar haalbare voorstellen. Baken de doelgroep en de gewenste werkwijze af, verzamel relevante richtlijnen en formuleer welke beslissingen het praktijkteam moet nemen. Maak afspraken over wie welke vervolgstappen opneemt en tegen wanneer.

4. Bewaak ruimte voor professionele ontwikkeling

Een brede VIHP-rol vraagt niet alleen tijd voor patiëntenzorg, maar ook voor overleg, bijscholing, kwaliteitsverbetering en samenwerking. Bespreek welke ruimte hiervoor nodig is en maak dit onderdeel van de planning en werkafspraken.

5. Zoek ondersteuning en uitwisseling met andere VIHP's

Gebruik intervisie, opleiding en beschikbare praktijkgerichte hulpmiddelen om ervaringen te delen en oplossingen te verkennen. Betrek vervolgens het volledige praktijkteam bij de toepassing van nieuwe inzichten.

Aanbevelingen voor beleid en ondersteunende organisaties

1. Vermijd een one-size-fits-all-aanpak

De ondersteuningsbehoefte verschilt naargelang de ontwikkelingsfase van een praktijk. Startende praktijken hebben vooral behoefte aan ondersteuning bij selectie, onboarding, rolverdeling en organisatie. Meer ervaren praktijken hebben meer baat bij ondersteuning rond verdere taakdelegatie, praktijkontwikkeling, protocollair werken en populatiemanagement.

2. Maak praktijkgerichte coaching structureel toegankelijk

Coaching op maat komt in meerdere praktijken naar voren als een bijzonder waardevol onderdeel van Start2VIHP. Ondersteuning waarbij een externe begeleider samen met het volledige team naar de concrete praktijkwerking kijkt, heeft een andere functie dan een algemene opleiding.

3. Ondersteun niet alleen de VIHP, maar het volledige praktijkteam

De implementatie van een VIHP is een verandering voor de hele praktijk. Ondersteuning moet daarom niet uitsluitend gericht zijn op de competentieontwikkeling van de verpleegkundige, maar ook op samenwerking, taakdelegatie, communicatie, leiderschap en praktijkorganisatie.

4. Zorg voor toegankelijke, praktijkgerichte hulpmiddelen

Praktijken hebben behoefte aan onmiddellijk bruikbare instrumenten, zoals voorbeelden voor onboarding, selectie en sollicitatie, taak- en rolverdeling, protocollen, groeigesprekken en werkafspraken. Materialen moeten bovendien gemakkelijk vindbaar en gebundeld beschikbaar zijn. Die behoefte komt expliciet terug in de huidige evaluatie.

5. Faciliteer leren tussen praktijken

Uitwisseling met andere huisartsenpraktijken wordt herhaaldelijk als waardevol benoemd. Kleine groepen en praktijkgerichte uitwisseling maken het mogelijk om ervaringen, oplossingen en moeilijkheden te bespreken. Voor meer gevorderde praktijken kan een lerend netwerk waarin praktijken met vergelijkbare uitdagingen elkaar ontmoeten een meerwaarde zijn.

6. Verbind opleiding en implementatieondersteuning

De ervaringen van deelnemende praktijken wijzen op een meerwaarde wanneer de opleiding van de VIHP en de ontwikkeling van de praktijk parallel verlopen. Daarbij is het belangrijk dat inzichten van de verpleegkundige ook bij het volledige praktijkteam terechtkomen.

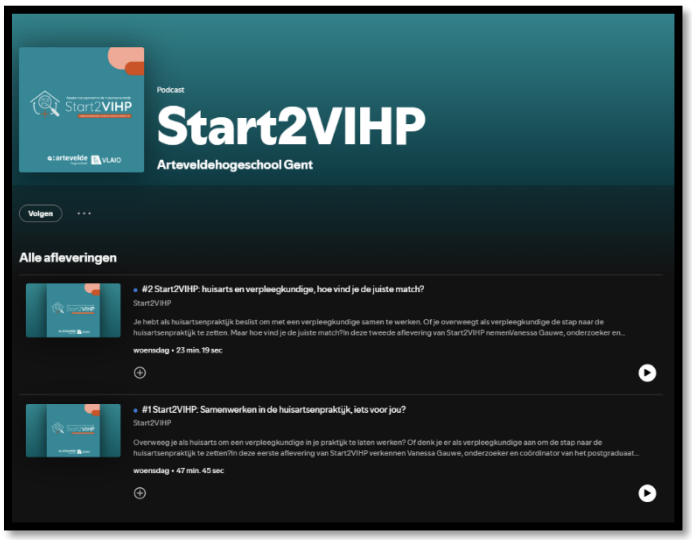
7. Stem communicatie af op bestaande kanalen van huisartsen

De ervaringen uit deelnemende praktijken wijzen erop dat huisartsen al veel informatie ontvangen. Bestaande kanalen, zoals huisartsenkringen en bestaande nieuwsbrieven, kunnen daarom geschikter zijn dan bijkomende afzonderlijke communicatiekanalen.

Kennisdeling en verdere verspreiding

Naast de ondersteuning van de acht deelnemende huisartsenpraktijken zette Start2VIHP ook in op het delen van kennis en praktijkervaringen met een breder publiek.

Op 20 juni 2026 vond in de Zebrastraat in Gent het **afsluitende congres *'Start2VIHP – Samen bouwen aan de eerstelijnspraktijk van morgen'*** plaats. Het congres bracht 128 deelnemers samen en bood een programma met 25 sprekers, een plenair panelgesprek en 15 workshops. Tijdens het congres werden inzichten uit het project gedeeld en kwamen verschillende uitdagingen en mogelijkheden voor de verdere ontwikkeling van interdisciplinaire huisartsenpraktijken aan bod. De workshops waren opgebouwd rond drie thema's: medisch-inhoudelijke zorg, people management en populatiemanagement. Daarbij was er aandacht voor zowel zorginhoudelijke ontwikkelingen als de organisatorische randvoorwaarden voor samenwerking binnen de eerstelijnszorg.



Daarnaast werd de **Start2VIHP-podcast** gelanceerd, waarin de samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen vanuit verschillende invalshoeken wordt belicht. De podcast biedt een laagdrempelige manier om inzichten en praktijkervaringen te delen en een breder publiek te inspireren om met interdisciplinaire samenwerking aan de slag te gaan. De afleveringen zijn te beluisteren via de Start2VIHP-website of rechtstreeks te beluisteren op Spotify.

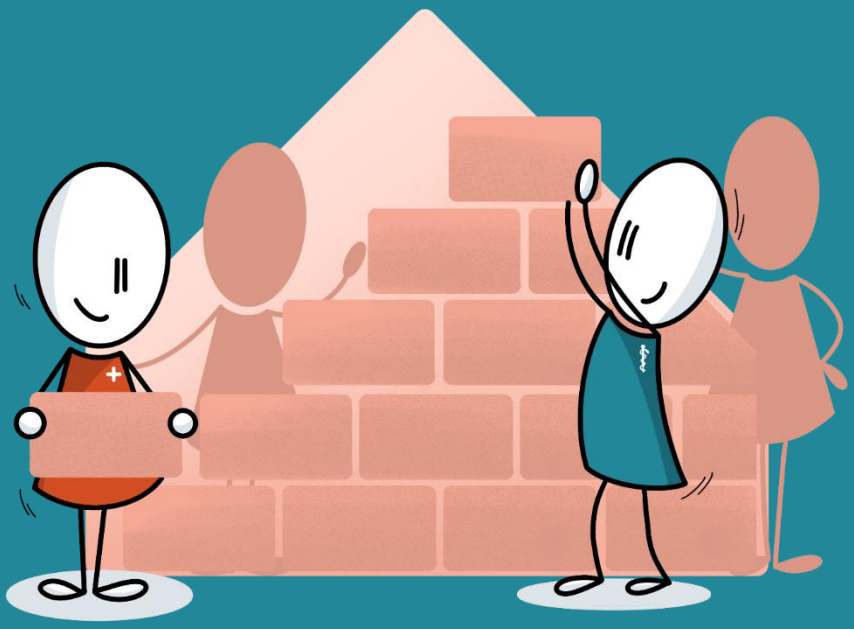
Ook via **vakpublicaties** wordt ingezet op de verdere verspreiding van de projectinzichten. Twee artikels en een opiniestuk zijn in voorbereiding voor *Huisarts Nu* en het magazine van *Netwerk Verpleegkunde*, met een beoogde publicatie in het najaar van 2026. Hiermee wil Start2VIHP zowel huisartsen als verpleegkundigen bereiken en de inzichten uit de proeftuinen breder onder de aandacht brengen.

Ook na afloop van de proeftuinen blijven de ontwikkelde materialen, sjablonen en tools toegankelijk via de **publiek beschikbare website** www.start2vihp.be. Hiermee kunnen huisartsenpraktijken en verpleegkundigen buiten de oorspronkelijke proeftuinen zelfstandig aan de slag. De gebruikersevaluatie van de website door vier deelnemers was overwegend positief, maar wees ook op verbeterkansen op het vlak van navigatie, vindbaarheid en mobiel gebruik.

Door de combinatie van praktijkgerichte hulpmiddelen, kennisdeling via het slotevent, de podcast en geplande vakpublicaties wil Start2VIHP de opgedane inzichten ook buiten de acht deelnemende proeftuinen toegankelijk maken. Op die manier kunnen de ervaringen uit het project andere huisartsenpraktijken en verpleegkundigen ondersteunen bij de verdere ontwikkeling van hun samenwerking.

7

CONCLUSIE



7. CONCLUSIE

Start2VIHP had als ambitie om de samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen te versterken en de inzet van verpleegkundige competenties in Vlaamse huisartsenpraktijken te ondersteunen. De acht deelnemende proeftuinen vormden daarbij een belangrijke praktijkomgeving om nieuwe werkwijzen en ondersteunende hulpmiddelen te ontwikkelen, uit te testen en verder te verfijnen. Daarnaast werkten verschillende organisaties en ondernemingen binnen het bredere projectnetwerk aan oplossingen voor de organisatie en ondersteuning van interdisciplinaire huisartsenpraktijken.

Binnen de proeftuinen bracht de combinatie van workshops over protocollair werken, intervisies voor verpleegkundigen, coaching op maat en praktische hulpmiddelen in verschillende teams beweging op gang. Praktijken rapporteerden onder meer een duidelijkere rolverdeling, doelgerichter overleg, de ontwikkeling van praktijkprotocollen en nieuwe afspraken over de organisatie van zorg. De mate van vooruitgang verschilde echter sterk tussen praktijken en niet alle ontwikkelde protocollen waren bij afloop daadwerkelijk geïmplementeerd.

De kwantitatieve resultaten tonen overwegend gunstige beoordelingen van het teamklimaat en de arbeidstevredenheid, maar laten geen eenduidige veranderingen zien. Ook het takenpakket van de VIHP was bij aanvang al breed en evolueerde niet in dezelfde richting bij alle verpleegkundigen. Door de beperkte aantallen, de wisselende samenstelling van de respondentengroepen en het ontbreken van een vergelijkingsgroep kunnen waargenomen verschillen niet rechtstreeks aan de proeftuinen worden toegeschreven. Effecten op klinische patiëntuitkomsten, toegankelijkheid en maatschappelijke kosten werden niet rechtstreeks gemeten.

De belangrijkste les uit de proeftuinen is dat een meer doelgerichte inzet van verpleegkundige competenties niet uitsluitend afhangt van opleiding of taakdelegatie. Een gedeelde visie, duidelijke afspraken, structureel overleg, expliciete besluitvorming en voldoende tijd voor ontwikkeling en opvolging vormen belangrijke voorwaarden. Coaching op maat en uitwisseling tussen praktijken kunnen dit proces ondersteunen, maar duurzame verandering vraagt ook eigenaarschap en betrokkenheid vanuit het praktijkteam zelf.

De betekenis van Start2VIHP reikt daarmee verder dan de ervaringen van de acht proeftuinen. Binnen het bredere projectnetwerk werden ook nieuwe toepassingen ontwikkeld en uitgetest, waaronder digitale hulpmiddelen voor populatiemanagement en werkwijzen om verpleegkundige ondersteuning in huisartsenpraktijken te organiseren. Ook buiten de proeftuinen werden de ontwikkelde Start2VIHP-tools gebruikt, onder meer ter ondersteuning van de opstart van detachering van thuisverpleegkundigen naar huisartsenpraktijken. Samen met de beschikbare tools, praktijkvoorbeelden en initiatieven voor kennisdeling vormen deze ontwikkelingen een basis voor verdere toepassing en praktijkontwikkeling.

Start2VIHP laat daarmee zien dat het versterken van de samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen niet alleen vraagt om veranderingen binnen individuele praktijken, maar ook om samenwerking tussen zorgverleners, ondersteunende organisaties, ondernemingen en onderwijs- en onderzoeksinstellingen. De opgedane kennis en ontwikkelde hulpmiddelen bieden aanknopingspunten om die samenwerking ook buiten de oorspronkelijke proeftuinen verder vorm te geven.

Colofon

TITEL

Samenwerken in de huisartsenpraktijk Impact en lessen uit de Start2VIHP proeftuinen

AUTEURS

Sabrina Nachtergaele
Vanessa Gauwe
Frank Geers
Ellen Cornelis
Mieke Embo
Karen Van den Bussche

UITGEVENDE ORGANISATIE

Arteveldehogeschool - Expertisenetwerk Gezondheid en Zorg

PROJECT

"Start2VIHP" - TETRA project, met steun van VLAIO

PUBLICATIEDATUM

Oktober 2026

CONTACT

Karen Van den Bussche | Projectcoördinator
karen.vandenbussche@arteveldehs.be

VOLG ONS

www.start2vihp.be
https://www.linkedin.com/showcase/gezondheid-en-zorg-arteveldehogeschool

People management in de huisartsenpraktijk
Start2VIHP
VERPLEEGKUNDIGE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

artevelde hogeschool