Integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk: een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van huisartsen en verpleegkundigen.

Van de Walle Celine, UGent

Fiems Jonas, UGent

Promotor: Prof. Dr. Decat Peter, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2024 – 2025

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

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

Inhoud

Abstract 1

Inleiding 2

Achtergrond 2

Veranderend zorglandschap 2

De huisarts 2

De patiëntenpopulatie 3

Opkomst van de praktijkverpleegkundige 3

De huidige situatie in België en buitenland 3

Ervaren effecten en knelpunten in het buitenland 4

New Deal 5

Nieuw organisatiemodel voor de huisartsgeneeskunde 6

Nieuw financieringsmodel voor de huisartsgeneeskunde 6

Methode 7

Literatuuronderzoek 7

Studiepopulatie 7

Studiedesign 7

Outcome parameters 8

Dataverzameling 8

Data-analyse 8

Ethiek 8

Resultaten 10

Karakteristieken deelnemende praktijken 10

Beschrijvende factoren 10

Rekrutering 10

Contract, administratie en verloning 11

Opstart en inloop 12

Takenpakket 13

Agenda 14

Overleg en supervisie 15

Contextuele factoren 16

Drijfveren 16

Vooraf bestaande relaties 17

Opleiding en ervaring 18

VIP-opleiding 19
Protocollen 20
Praktijkvisie 20
Wettelijk kader 21
Belemmerende factoren 22
De onzekerheid van de praktijkverpleegkundige 22
Van solospelers naar teamspelers 24
Drivers 25
De praktijkverpleegkundige als manager 25
Herwaardering van de eerste lijn 27
Discussie 30
Overzicht van resultaten 30
Beschrijvende factoren 30
Contextuele factoren 31
Belemmerende factoren 32
Drivers 32
Vergelijking met bestaande literatuur 33
Interpretatie & aanbevelingen 35
Nieuwe zorg, oud systeem: tijd voor een wettelijk kader dat meebeweegt 35
Gedeelde zorg, verdeelde regie: de moeilijke transitie van solospelers naar teamspelers 36
Nieuwe zorg, nieuwe rol: verpleegkundigen tussen initiatief en onzekerheid 36
Beperkingen van het onderzoek 37
Conclusie 39
Literatuurlijst 40
Bijlagen .....
Bijlage 1: Informed consent .....
Bijlage 2: Interviewleidraad .....
Bijlage 3: Finale codeboom .....

Abstract

Inleiding: De eerstelijnszorg in Vlaanderen staat onder toenemende druk door vergrijzing en een stijgende prevalentie van chronische aandoeningen. De integratie van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk wordt beschouwd als een innovatieve benadering die beoogt zowel de kwaliteit van zorg als het welbevinden van huisartsen te verbeteren. Dit onderzoek richt zich op de ervaringen van Vlaamse huisartsen en praktijkverpleegkundigen met als centraal doel om een diepgaand inzicht te verkrijgen in de kansen en uitdagingen met betrekking tot de implementatie van deze transitie.

Methode: Er werd gebruik gemaakt van een inductieve contentanalyse, uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews met zes huisartsen en zes verpleegkundigen, allen werkzaam binnen dezelfde huisartsenpraktijk waarin recent een praktijkverpleegkundige werd geïntegreerd. De dataverzameling vond plaats via audio-opnames van de interviews, gevolgd door gedetailleerde transcripties. Vervolgens werd de analyse uitgevoerd met behulp van NVivo-software en de QUAGOL-methodologie, waarbij literatuuronderzoek diende ter ondersteuning van de data-evaluatie.

Resultaten: Beschrijvende factoren: De rekrutering gebeurde informeel via bestaande relaties of formeel via vacatures. Selectiecriteria waren opleidingsachtergrond, teamdynamiek en flexibiliteit. Het contract varieerde tussen loondienst, detachering en zelfstandigheid, met onduidelijkheid rond verloning. De gefaseerde opstart werd beïnvloed door werkdruk en seizoensgebonden factoren, waarbij het takenpakket geleidelijk uitbreidde van administratieve ondersteuning naar gespecialiseerde verpleegkundige zorg. Contextuele factoren: Artsen streefden naar werkdrukverlaging en zorgkwaliteit, terwijl verpleegkundigen stabiliteit en uitdaging zochten. De VIP-opleiding werd als nuttig ervaren, maar miste gerichte training. Protocollen ondersteunden samenwerking, hoewel tijdsgebrek implementatie bemoeilijkte. Een gedeelde visie was cruciaal, maar het ontbreken van een wettelijk kader vormde een uitdaging. Belemmerende factoren: In de beginfase ervoeren verpleegkundigen onzekerheid door een gebrek aan structuur en begeleiding. Functioneringsgesprekken en laagdrempelig overleg hielpen dit verminderen. Taakdelegatie verliep soms moeizaam door het gevoel van eindverantwoordelijkheid van artsen en een gebrek aan wettelijke richtlijnen. Communicatie en samenwerking evolueerden met de tijd, waarbij hiërarchische spanningen een uitdaging vormden. Drivers: Praktijkverpleegkundigen droegen bij aan de organisatie van de praktijk door als manager te fungeren. De samenwerking bevorderde kennisdeling en zorgde voor een dynamische werkomgeving.

Discussie: De integratie van een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijken vraagt om een wettelijk kader dat beter aansluit bij hun taken en verloning. De terughoudendheid van artsen om zorggerelateerde taken te delegeren wordt beïnvloed door hiërarchie en controlebehoefte, terwijl verpleegkundigen aarzelen bij het nemen van initiatief. Interprofessionele training en mentorschap kunnen helpen deze samenwerking te verbeteren. Daarnaast blijkt de verpleegkundige steeds vaker een coördinerende rol op te nemen binnen de praktijkorganisatie, wat vraagt om gerichte opleiding en ondersteuning.

Conclusie: De eerstelijnszorg in Vlaanderen evolueert door demografische en sociale uitdagingen. Praktijkverpleegkundigen verlagen de werkdruk van huisartsen en verhogen de zorgkwaliteit, maar hun integratie wordt bemoeilijkt door een gebrek aan regelgeving en duidelijke rolverdeling. Een gedeelde praktijkvisie en strategische communicatie zijn cruciaal. Om deze uitdagingen aan te pakken, zijn een wettelijk kader, aangepaste financiering en gerichte opleiding noodzakelijk.

Inleiding

Achtergrond

De eerstelijnszorg in Vlaanderen staat onder druk. Om te kunnen beantwoorden aan de actuele uitdagingen dringt een transitie van de eerstelijnszorg zich op. Uit recent wetenschappelijk onderzoek en buitenlandse ervaring is er groeiende evidentie voor zorgsubstitutie in de eerstelijnspraktijken. Een veel beschreven ondersteuningsprofiel is de praktijkverpleegkundige. Ook in Vlaanderen maken steeds meer huisartsenpraktijken de omschakeling naar een interdisciplinaire praktijkvorm waar samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen centraal staat. Naar de effecten op zorgkwaliteit en welbevinden van zowel arts als patiënt werd reeds onderzoek verricht. Ook enkele praktische en economische obstakels werden reeds beschreven. Echter, weinig is bekend over hoe de Vlaamse huisartsen en verpleegkundigen deze transitie ervaren. Wat zijn de valkuilen en opportuniteiten van een huisartspraktijk in transitie?

Veranderend zorglandschap

De huisarts

Op 31 december 2023 werden in België 18.576 erkende huisartsen opgenomen in de jaarstatistieken (1). Een aantal dat elk jaar stijgt (1, 2). Echter, uit de gegevenskoppeling tussen het FOD Volksgezondheid en het RIZIV kan geconcludeerd worden dat het aantal actieve huisartsen in Vlaanderen sterker toeneemt dan het aantal voltijds equivalenten. Over de periode van 2011 tot 2021 bedroeg deze stijging respectievelijk 13% en 5% (2).

Opvallend ook zijn de recente evoluties in demografische kenmerken van de erkende, actieve huisartsen in België. De jaarstatistieken, vastgelegd op 31 december 2023 en weergegeven in onderstaande tabel, beschrijven dat 45% van de erkende huisartsen tot de leeftijdscategorie van +60j behoort. In deze leeftijdscategorie neemt de mannelijke huisarts het absolute overwicht. In de leeftijdscategorieën tussen 25j en 60j wordt een shift naar overwegend vrouwelijke huisartsen waargenomen (1). In conclusie kent het huisartsenberoep in België een recente vergrijzing en vervrouwelijking (1-4).

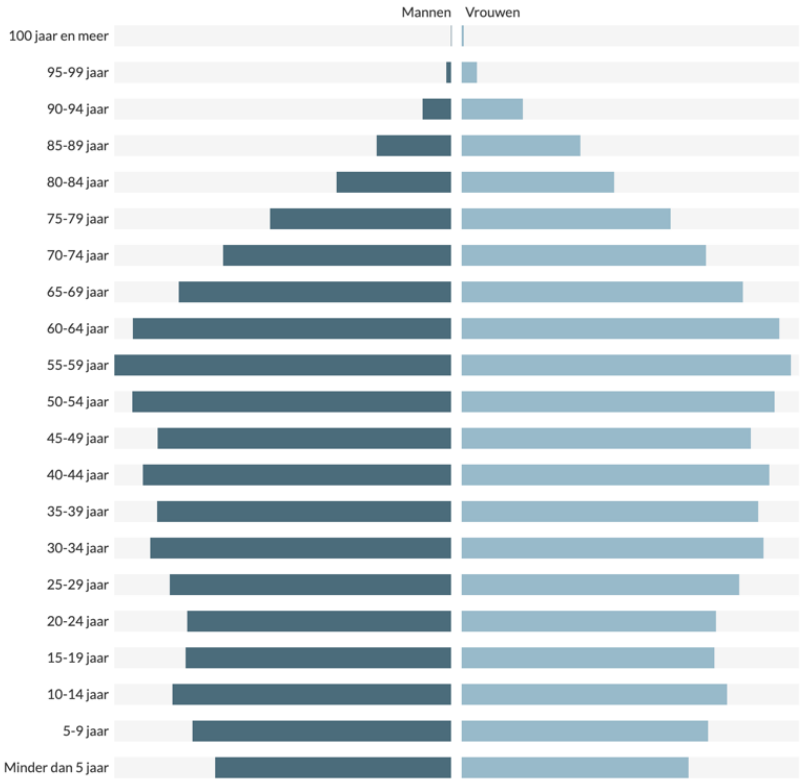
		Totaal			Vrouw			Man		
		Aantal	Kolom%	Rij%	Aantal	Kolom%	Rij%	Aantal	Kolom%	Rij%
België	Totaal	18.576	100.0%	100.0%	8.731	100.0%	47.0%	9.845	100.0%	53.0%
	-25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	25-29	1.236	6.7%	100.0%	840	9.6%	68.0%	396	4.0%	32.0%
	30-34	2.575	13.9%	100.0%	1.772	20.3%	68.8%	803	8.2%	31.2%
	35-39	1.627	8.8%	100.0%	1.182	13.5%	72.6%	445	4.5%	27.4%
	40-44	1.014	5.5%	100.0%	688	7.9%	67.9%	326	3.3%	32.1%
	45-49	1.082	5.8%	100.0%	702	8.0%	64.9%	380	3.9%	35.1%
	50-54	1.386	7.5%	100.0%	869	10.0%	62.7%	517	5.3%	37.3%
	55-59	1.317	7.1%	100.0%	689	7.9%	52.3%	628	6.4%	47.7%
	60-64	1.945	10.5%	100.0%	746	8.5%	38.4%	1.199	12.2%	61.6%
	65+	6.394	34.4%	100.0%	1.243	14.2%	19.4%	5.151	52.3%	80.6%

FIGUUR 1 – AANTAL HUISARTSEN MET HET RECHT OM HET BEROEP UIT TE OEFENEN IN BELGIË OP 31/12/2023 VOLGENS LEEFTIJD EN GESLACHT (1).

Bijkomstig besluit een enquête uit 2022, waarbij 2.698 Belgische huisartsen werden ondervraagd, een mentaliteitsverandering ten aanzien van het aantal werkuren per week. Van de ondervraagde huisartsen verklaarde 75% de werkdruk als hoog tot zeer hoog te ervaren en 50% de werkweek tot 38u à 40u per week te willen beperken. De kortere werkweek had vooral de voorkeur bij jonge en vrouwelijke huisartsen (2).

De patiëntenpopulatie

In 2023 steeg het aantal Vlamingen binnen de leeftijdscategorie +65j naar 21% en daalde het aantal binnen de leeftijdscategorie -18j naar 19%. Het resultaat verbeeldt zich in bijgevoegde bevolkingspiramide met een zwaardere top en smallere basis (5). In conclusie kent ook de Vlaamse bevolking een vergrijzing (5, 6).



FIGUUR 2 - LEEFTIJDSVERDELING NAAR GESLACHT VAN DE BELGISCHE BEVOLKING IN 2023 (5).

Deze demografische evolutie en de voortschrijdende medische inzichten resulteren in een toename van het aantal chronische ziekten. Bovendien blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat 50% binnen de leeftijdscategorie van +75j twee of meer chronische aandoeningen heeft en dus kampt met multi-morbiditeit. Verder wordt volgens berekeningen een verdubbeling in het aantal patiënten met vier of meer aandoeningen verwacht over de periode van 2015 tot 2035. Om de groeiende groep patiënten met multi-morbiditeit kwalitatieve zorg te kunnen bieden is een shift van ziekte-georiënteerde zorg naar patiënt-georiënteerde zorg noodzakelijk (6).

Tot slot hebben ook de sociaal-culturele ontwikkelingen in onze maatschappij een grote impact op de eerstelijnszorg. Een meer performante educatie alsook een grotere toegankelijkheid van medische informatie resulteert in meer geïnformeerde en kritische patiënten. Bovendien leidt de meer diverse samenleving tot een grote verscheidenheid aan interactievormen, visies en rolpatronen waaraan de eerstelijnszorg tegemoet moet komen (6).

Opkomst van de praktijkverpleegkundige

De huidige situatie in België en buitenland

Op heden zijn slechts weinig recente gegevens beschikbaar betreffende het aantal praktijkverpleegkundigen in België. Een studie uit 2019 die onderzoek verrichtte naar de toenmalige

ondersteuning in de eerstelijnspraktijken beschrijft dat van de 274 huisartsen die ondervraagd werden, 30% ondersteund werd door een praktijkverpleegkundige. Deze praktijkverpleegkundigen werden vooral ingezet voor administratie, praktijkorganisatie, patiënteneducatie, advies inzake gezondheidsbevordering en -preventie en technische prestaties zoals vaccinaties, bloedafnames, verwijderen van hechtingen of afnemen van een elektrocardiogram (7). Gegevens uit een recente online bevraging bij de Belgische huisartsen ter ontwikkeling van de New Deal geven weer dat 22% van de 1.852 respondenten een praktijkverpleegkundige tewerk stelde. Bovendien gaf 36% van de respondenten aan een praktijkverpleegkundige te willen aanwerven in de toekomst (8).

Cijfers die dateren van 2021 tonen aan dat in Nederland 80% van de huisartsen samen werkt met een praktijkverpleegkundige. De praktijkverpleegkundigen dragen vooral bij aan de opvolging en educatie van specifieke patiëntengroepen met een chronische aandoening. Meer specifiek staan ze in voor de controle van het medicatiegebruik, het geven van ziektegerelateerde adviezen en de regelmatige monitoring van de ziekteconditie (9-11).

Ook in Denemarken is de multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen in opmars. In 2022 werd in 60% van de huisartsenpraktijken een dergelijke samenwerking beschreven. Praktijkverpleegkundigen assisteren vooral bij de jaarlijkse opvolging van chronische patiënten en het uitvoeren van technische prestaties (9).

Opvallend is dat in Estland alle huisartsen verplicht zijn om samen te werken met ten minste één praktijkverpleegkundige. Net als in Nederland en Denemarken staan de praktijkverpleegkundigen in voor de opvolging van chronische patiënten. Daarnaast mogen ze, na het afronden van de noodzakelijke opleiding, zelfstandig bepaalde medicatie voorschrijven en ziekteattesten uitschrijven (9).

Ervaren effecten en knelpunten in het buitenland

In de eerste plaats zou de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg verhogen. Patiënten geven aan de zorg verleend door een praktijkverpleegkundige als toegankelijker te ervaren doordat de wachttijden korter zijn en een afspraak makkelijker in te plannen is (12). Meerdere studies beschreven bovendien dat patiënten frequenter op opvolg consultatie komen bij de praktijkverpleegkundige (13).

Daarnaast concluderen verschillende studies dat zorg verleend door een praktijkverpleegkundige gelijkwaardige tot zelfs kwaliteitsvoller is ten opzichte van zorg verleend door een huisarts (10, 12). Vanuit patiënten perspectief wordt verklaard dat praktijkverpleegkundigen meer tijd hebben om te luisteren naar bezorgdheden, een meer familiaire communicatiemethode aanwenden en een beter verstaanbare taal hanteren. Patiënten voelen zich hierdoor meer begrepen en betrokken waardoor een betere therapietrouw beschreven wordt. Ook vanuit het perspectief van zowel huisartsen als praktijkverpleegkundigen wordt een verbetering in kwaliteit van zorg ervaren. Men geeft aan een beter overzicht te hebben over de algemene context van de patiënt alsook meer tijd te hebben om de patiëntcasus holistisch te benaderen (12). Deze subjectieve bevindingen worden bevestigd door interventioneel onderzoek. Zo beschrijven diverse studies een lichte daling in overlijdens en een lichte verbetering in bloeddrukcontrole. Op gebied van glycemie- en cholesterolcontrole werd geen verschil aangetoond tussen zorg verleend door een praktijkverpleegkundige of huisarts (13).

Tot slot geeft de overgrote meerderheid van de huisartsen aan een verminderde werkbelasting te ervaren ten gevolge van de samenwerking met een praktijkverpleegkundige (10). Echter, twee studies

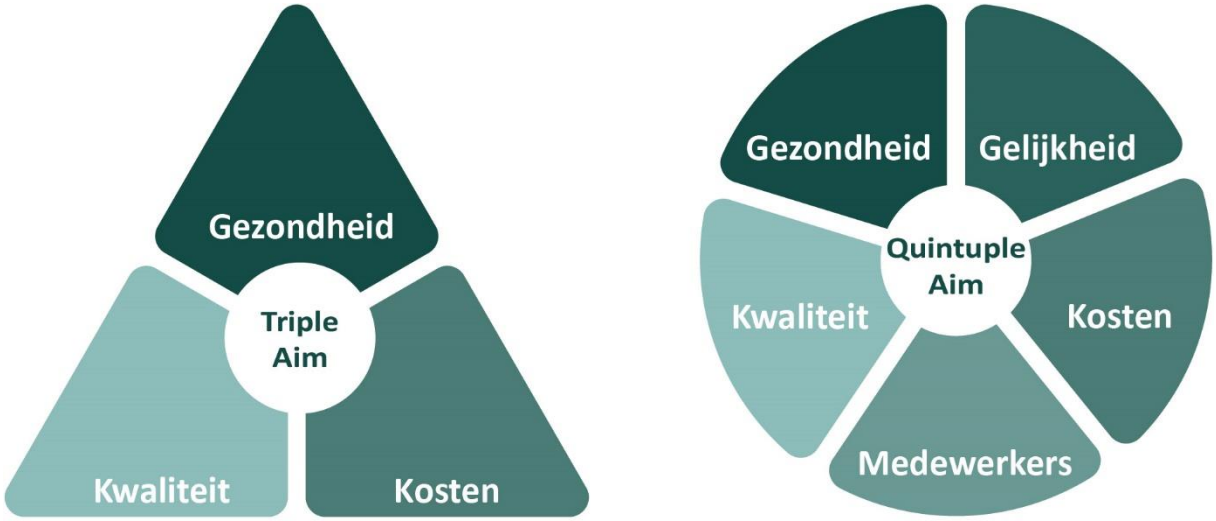
beschrijven de bezorgdheid van enkele huisartsen die net meer werkdruk ervaren. Dit als gevolg van minder afwisseling in hun consultaties doordat de eenvoudige casussen en technische prestaties worden overgenomen door de praktijkverpleegkundige (14, 15).

Echter, worden steeds twee grote obstakels beschreven. Enerzijds heerst er een groot verschil in het takenpakket van praktijkverpleegkundigen over de verschillende bestudeerde praktijken en landen heen. Multipele studies wijzen dan ook op de nood aan een duidelijk wettelijk kader waarin de taken van een praktijkverpleegkundige omschreven staan. Anderzijds vormt de financiële investering een belemmerende factor. De taken waarvoor praktijkverpleegkundigen op heden het meest ingezet worden, beschikken meestal niet over een nomenclatuurnummer. Hierdoor kan de prestatie niet aangerekend worden ondanks dat de praktijk wel instaat voor de loonkosten van de praktijkverpleegkundige. Meerdere studies pleiten dan ook voor een aanpassing van het financieringssysteem (14-18).

New Deal

Naar aanleiding van de hoger beschreven uitdagingen in het veranderend zorglandschap werd een nieuw organisatiemodel voor de huisartsgeneeskunde ontwikkeld. Om praktijken makkelijker te laten overschakelen naar een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk werd hieraan ook een nieuw financieringsmodel gekoppeld. Het gehele nieuw model zal bestaan naast de huidige systemen en voldoet aan de doelstellingen van de Quintuple Aim (8).

De Quintuple Aim is een model dat geëvolueerd is vanuit de initiële Triple Aim, een model voor verbetering van zorg dat opgesteld werd in 2008 en zich richt op drie doelstellingen. Een eerste doelstelling is het verbeteren van de patiëntenervaring. Een tweede doelstelling is het verbeteren van de patiëntgezondheidstoestand. Een derde doelstelling is het verlagen van de zorgkosten. In 2014 werd als reactie op een veranderend zorglandschap een vierde doelstelling toegevoegd. Deze vierde doelstelling is het verbeteren van de ondersteuning van zorgverleners. Het finale Quintuple Aim gaat nog een stap verder. De vijfde doelstelling is het optimaliseren van gelijkheid in de zorg (19).



FIGUUR 3 – VISUELE VOORSTELLING TRIPLE AIM EN QUINTUPLE AIM

Welke huisartsenpraktijken kunnen toetreden tot dit nieuw model wordt beschreven in de definitie van een New-Dealhuisartsenpraktijk (8).

Een praktijk die wordt uitgebaat door één of meerdere huisartsen die onder hetzelfde dak of gestructureerd in een netwerk werken, met een gedeeld patiëntenbestand, en waarbij integratie-instrumenten gebruikt worden zoals gedeelde patiëntendossiers en coördinatievergaderingen. In de New Deal praktijk werken enkel geaccrediteerde artsen. De praktijk zorgt voor een beschikbaarheid en continuïteit van zorgen en engageert zich tot kwaliteitsvolle praktijkvoering, waar onder meer ook preventieve en proactieve zorg wordt geleverd.

Nieuw organisatiemodel voor de huisartsgeneeskunde

Enerzijds beschrijft de New Deal het zorgpakket dat een huisartsenpraktijk in België moet bieden. Dit omvat de huisartsenpraktijk als eerste aanspreekpunt voor alle gezondheidsproblemen, die een triagefunctie en coördinatiefunctie vervult en waar diagnostische procedures en behandelingen worden uitgevoerd alsook de patiënt proactief wordt benaderd (8).

Anderzijds beschrijft de New Deal enkele mogelijke ondersteuningsprofielen voor de huisartsenpraktijken. Per ondersteuningsprofiel werd ook een lijst van mogelijke taken toegevoegd. De praktijkverpleegkundige is één van de drie meest besproken profielen. Mogelijke taken omvatten het uitvoeren van verpleegkundige handelingen, het beoordelen van de zorgvraag en oriëntering naar de meest geschikte zorgverlener, het opvolgen van chronische patiënten volgens vooropgesteld protocol, het organiseren van een zorgoverleg, het ondersteunen van palliatieve zorg en zorgplanning, het opstellen van praktijkrichtlijnen en het organiseren van preventieactiviteiten voor patiënten (8).

Nieuw financieringsmodel voor de huisartsgeneeskunde

Binnen het huidige prestatie-gebaseerde financieringsmodel gaat het totaal uitbetaalde bedrag aan de huisartsen 77% naar prestaties, 16% naar het beheer van het Globaal Medisch Dossier (GMD) en 7% naar vaste vergoedingen zoals de geïntegreerde praktijkpremie, zorgtrajecten en beschikbaarheidshonoraria (8).

Het nieuwe financieringsmodel blijft drieledig, maar omvat een herschikking van de huidige middelen. Een eerste luik is de prestatiefinanciering. Het betreft een vergoeding per consult, bezoek of technische prestatie. Deze honoraria zullen 40 à 45% van de totale uitgaven bedragen en wegen dus minder door dan in het huidige financieringsmodel.
Een tweede luik is de capitatiefinanciering. Het betreft medische administratie, beheer van het GMD, zorgoverleg, preventieprogramma's en dergelijke meer. Dit deel zal tevens 40 à 45% van de totale uitgaven bedragen en weegt dus zwaarder door dan in het huidige financieringsmodel. Het uiteindelijke bedrag zal gewogen worden in functie van de zorgzwaarte waarbij de leeftijd en het statuut verhoogde tegemoetkoming per patiënt in acht worden genomen.
Het derde luik is de premiefinanciering. Het betreft enerzijds een onderdeel ondersteuning voor de medische software of loonkosten van bijvoorbeeld een onthaalmedewerker en anderzijds een onderdeel kwaliteit voor onder meer het opzoeken van wetenschappelijk evidentie of het gebruik van eHealth-diensten. Deze twee delen vinden we terug in de huidige geïntegreerde praktijkpremie die dus blijft bestaan. Echter, wordt hieraan een onderdeel samenwerking toegevoegd. Dit omvat een vergoeding in functie van het aantal zorgverleners en het aantal patiënten binnen de praktijk alsook een optionele premie ter vergoeding van een praktijkverpleegkundige. Het volledige luik zal 10 à 20% van de totale uitgaven bedragen (8).

Methode

Voor dit onderzoek werd een inductieve content analyse uitgevoerd. Hiervoor werden semigestructureerde interviews afgenomen met zowel artsen als verpleegkundigen, werkzaam binnen dezelfde huisartsenpraktijken. Aan de hand van deze interviews werden opportuniteiten en valkuilen bij de integratie van een verpleegkundige in de huisartspraktijk geïdentificeerd.

Literatuuronderzoek

In het kader van deze studie werd in eerste instantie een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd, waarbij gebruik werd gemaakt van de database PubMed voor het doorzoeken van de internationale wetenschappelijke literatuur. De zoekstrategie werd zorgvuldig ontworpen en omvatte zoektermen die specifiek waren afgestemd op de kernconcepten van het onderzoeksdoel.

Na de analyse van de verzamelde data werd een verdiepend literatuuronderzoek uitgevoerd om de onderzoeksresultaten kritisch te evalueren in het licht van bestaande literatuur. Hierbij werd gebruik gemaakt van de AI-tool Elicit als hulpmiddel voor het identificeren van relevante wetenschappelijke publicaties. Ook voor dit deel van het onderzoek werd een zoekstrategie ontwikkeld die gericht was op zoektermen die aansluiten bij de belangrijkste bevindingen van het onderzoek.

Studiepopulatie

Het studieprotocol, inclusief het formulier voor geïnformeerde toestemming (bijlage 1), werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent (referentienummers: THE-2023-0417 en THE-2023-0459).

De studiepopulatie bestond uit Vlaamse huisartsenpraktijken, waarin recent een verpleegkundige werd geïntegreerd. In totaal werden vijf praktijken geselecteerd met een recente opstart (tussen 6 en 24 maanden) en één praktijk met een langere integratieperiode (> 24 maanden). Wijkgezondheidscentra werden uitgesloten van deelname.

De rekrutering van deelnemende praktijken gebeurde binnen het netwerk van de onderzoeks-HAIO's, praktijkopleiders en collega-HAIO's. Praktijken werden telefonisch, via e-mail of persoonlijk gecontacteerd. De betrokken artsen en verpleegkundigen ontvingen een mondelinge toelichting over het onderzoek en werden na ondertekening van het toestemmingsformulier geïncludeerd. Elke onderzoeks-HAIO was verantwoordelijk voor de rekrutering van drie geschikte praktijken.

Studiedesign

Aan de hand van een vooraf opgestelde interviewleidraad (bijlage 2) werden semigestructureerde interviews afgenomen bij zowel artsen als verpleegkundigen in zes verschillende praktijken. Deze interviews vonden plaats in de eigen praktijkomgeving en duurden ongeveer tussen de 40 minuten en één uur. De gesprekken werden opgenomen met behulp van een audiorecorder.

De interviewleidraad omvatte verschillende thema's: algemene praktijkkenmerken, voorbereiding op de integratie van een verpleegkundige, de opstartfase, samenwerking en ten slotte het welbevinden en de ervaringen tijdens de opstart. De vragen werden aangepast aan de rol van de respondent, met name arts of verpleegkundige.

Outcome parameters

De primaire uitkomstmaten waren sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen bij de opstart van een interdisciplinaire samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige. Secundaire uitkomstmaten betroffen de ervaren werkbelasting en werkvreugde van beide beroepsgroepen.

Dataverzameling

Alle interviews werden opgenomen via een audiorecorder. Voor de transcriptie werd gebruik gemaakt van Microsoft Teams en Fireflies AI voor een eerste automatische versie, die vervolgens handmatig woord voor woord werd nagekeken door de interviewer. Na transcriptie werden de bestanden gepseudonimiseerd en de originele geluidsopnames verwijderd. De transcripties werden veilig opgeslagen op een persoonlijke, beveiligde server van de Universiteit Gent.

Data-analyse

De analyse van de data gebeurde op basis van een vereenvoudigde toepassing van de QUAGOL-methodologie. Voor de dataverwerking werd gebruik gemaakt van het softwarepakket NVivo. Beide onderzoekers codeerden in eerste instantie onafhankelijk dezelfde vier interviews (twee per onderzoeker). Deze initiële onafhankelijke codering diende als basis voor het opstellen van een zo volledig mogelijke codeboom.

Vervolgens werden de twee afzonderlijke codebomen samengevoegd tot een eerste gezamenlijke structuur, die in latere fases werd gereduceerd tot een overzichtelijke finale codeboom (bijlage 3). De codes werden gegroepeerd onder vier overkoepelende categorieën: beschrijvende factoren, contextuele factoren, drivers en belemmerende factoren. Deze codeboom vormde de basis voor de verdere codering van alle interviews.

Het volledige proces, van het opstellen van de interviewleidraad tot en met de analyse, werd begeleid door de promotor, Prof. Dr. Peter Decat, expert in kwalitatief onderzoek.

Ethiek

Deze masterproef werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek, verbonden aan de Universiteit Gent (referentienummers: THE-2023-0417 en THE-2023-0459). De studie werd uitgevoerd in overeenstemming met de richtlijnen voor Goede Klinische Praktijk (ICH/GCP) en de Verklaring van Helsinki, die de rechten en het welzijn van deelnemers aan klinisch onderzoek beschermen.

Potentiële deelnemers werden benaderd door een van de twee betrokken onderzoeks-HAIO's. Samen met de deelnemer werd het formulier voor geïnformeerde toestemming (bijlage 1) doorgenomen. Dit document verduidelijkte het doel van de studie, de aard van hun deelname alsook de verwachtingen tegenover en de rechten van de deelnemer. Er werden geen persoonlijke risico's of voordelen verwacht als gevolg van deelname. Elke deelnemer ontving een kopie van het toestemmingsformulier en kreeg de gelegenheid om vragen te stellen. Bij instemming werd schriftelijke toestemming verkregen. Deelname was volledig vrijwillig en deelnemers konden zich op elk moment uit de studie terugtrekken.

Alle verzamelde gegevens werden gepseudonimiseerd, zodat alleen de onderzoekers de informatie konden herleiden tot een specifieke deelnemer. De gegevens werden uitsluitend verwerkt door leden van het onderzoeksteam, met strikte naleving van de vertrouwelijkheid en bescherming van persoonsgegevens.

Toepassing van AI tools in het onderzoeksproces

In het kader van deze masterproef werd gebruik gemaakt van AI-tools ter ondersteuning van verschillende fasen in het onderzoeksproces. Elicit werd ingezet tijdens het verdiepend literatuuronderzoek, zoals eerder toegelicht, om relevante wetenschappelijke publicaties te vinden waarmee onze onderzoeksresultaten konden worden getoetst.

ChatGPT en Copilot werden hoofdzakelijk ingezet om een vlotte academische schrijfstijl te waarborgen, zonder daarbij de inhoudelijke kwaliteit of correctheid te beïnvloeden. Daarnaast speelden de tools een beperkte rol bij de uniformiteit en samenhang in het manuscript, door de individuele bijdragen van de twee onderzoekers op elkaar af te stemmen en te integreren.

Resultaten

Karakteristieken deelnemende praktijken

In totaal werden zes huisartsenpraktijken geïncludeerd in deze studie. Vijf van deze praktijken kenden een recente opstart van de verpleegkundige (< 24 maanden), met een opstart tussen januari 2022 en oktober 2023. In één praktijk was de verpleegkundige reeds vier jaar actief. In deze praktijk lag gedurende de eerste drie jaar de focus voornamelijk op secretariaat gebonden taken, terwijl het meest recente jaar gekenmerkt werd door een duidelijke verschuiving naar verpleegkundige taken.

Vijf van de zes praktijken bevonden zich in een landelijke omgeving, één praktijk was stedelijk gelegen. De samenstelling en grootte van de praktijken varieerden aanzienlijk. Zo betrof het in één geval een solopraktijk met een verpleegkundige, en in een ander geval een solo arts ondersteund door een HAIO en een verpleegkundige. Drie praktijken bestonden uit drie vaste huisartsen, aangevuld met een HAIO en een verpleegkundige. Tot slot telde één praktijk vijf vaste artsen, een HAIO en een verpleegkundige.

Wat betreft administratieve ondersteuning beschikten drie praktijken over een vast secretariaat, terwijl één praktijk beroep deed op een telesecretariaat. Daarnaast hadden drie praktijken bijkomende disciplines in huis, zoals psychologen, diëtisten of andere paramedici.

Beschrijvende factoren

Rekrutering

De rekrutering van praktijkverpleegkundigen verliep in de geïncludeerde huisartsenpraktijken op uiteenlopende manieren, variërend van spontane sollicitaties tot een gestructureerde rekruteringprocedure.

In drie praktijken verliep de rekrutering informeel. In twee gevallen bood de verpleegkundige zichzelf aan, waarbij er reeds een bestaande professionele relatie was via de thuisverpleging. Artsen gaven aan dat de goede verstandhouding en de kennis van de sterktes en zwaktes van de verpleegkundige belangrijke voordelen waren bij een informele rekrutering. Ook de verpleegkundigen benadrukten het belang van de voorafgaande relatie en positieve ervaringen.

> *“Ik had hen al gezien in de thuisverpleging. Hun betrokkenheid bij de patiënt, hoe ze reageren naar de patiënt toe, hoe ze de patiënten opvolgen en hoe vriendelijk ze zijn naar de verpleegkundige toe.”*

In andere praktijken werd gekozen voor een meer formele aanpak. Vacatures werden verspreid via onder andere X-care, Medina en Domus Medica. Eén praktijk liet het volledige rekruteringsproces verlopen via een externe HR-partner, waarbij vooraf een selectie werd gemaakt.

> *“Ik denk dat we toen een veertigtal kandidaten hadden en van daaruit hebben we er tien overlopen. Eigenlijk echt heel uitgebreid. Ik was verschoten van hoeveel dat we al wisten nog voordat we de persoon hadden gezien. Van daaruit hebben we er dan drie laten op gesprek komen”*

De externe selectie werd sterk aanbevolen.

"Je doet dan ook zo wat testen in verband met hoe je zelf bent als karakter, met die kleuren. Ja, dat is zo'n beetje loopbaancoaching. Ik denk dat dat interessant is voor alle partijen. Je hebt dan ook direct je correcte advies naar verloning toe … Want eigenlijk is dat schoenmaker blijf bij je leest."

Belangrijke criteria tijdens de sollicitaties waren opleidingsachtergrond, teamdynamiek en flexibiliteit.

"Haar diploma natuurlijk ... Maar ik denk vooral de klik … Dat ze in ons team paste … Die niet verwachtte van, ik ga hier allemaal verpleegkundige taken doen. Dus die dat wel zag zitten van ik doe secretariaatswerk … Die een beetje flexibel is, hé. Ik ga inderdaad die patiënt tussen pakken, terwijl ik eigenlijk wel bezig ben met mijn telefoon."

Daarnaast werden ervaring binnen de eerstelijnszorg en technische vaardigheden als criteria genoemd.

Contract, administratie en verloning

In vier praktijken werkte de praktijkverpleegkundige in loondienst. Het opstellen van het contract verliep hoofdzakelijk via sociale bureaus zoals Liantis en Acerta. Er werd gebruikgemaakt van standaard arbeidsovereenkomsten waarbij loon- en arbeidsvoorwaarden afgestemd werden op wettelijke barema's, rekening houdend met de anciënniteit en het diploma. Deze contracten werden onderhandeld en besproken met de verpleegkundige. De onderhandelingen richtten zich voornamelijk op taakomschrijving, loon, arbeidsuren en extralegale voordelen.

Rond de verloning bestond er echter veel onduidelijkheid. Terwijl men in de thuisverpleging vaak de hogere IFIC-barema's hanteerde, werden voor praktijkverpleegkundigen doorgaans de wettelijke barema's toegepast. Over het algemeen liepen deze gesprekken vlot.

"Dat is verschillende keren besproken geweest onder de verpleegkundigen, het moment dat er moet gesproken worden over loon, dat er daar heel veel onduidelijkheden over zijn. Als je hoort is dat ook zeer uiteenlopend … En dan ook naar maaltijdcheques en al die dingen toe, eindejaarspremies en zo. Ja, er is daar geen eenduidigheid over."

Een arts benoemde het voordeel van een loondienstverband, waarbij mogelijke economische tegenstellingen tussen arts en verpleegkundige werden vermeden.

"Als ze zelfstandig zou zijn, zou dat een groot verschil zijn. Dan heb je allebei economische belangen en dan lijkt me dat veel moeilijker werkbaar. Het is veel makkelijker als de verpleegkundige in dienst is."

In één praktijk werd de verpleegkundige tewerkgesteld via detachering van het Wit-Gele Kruis, waarbij een contract werd afgesloten tussen de praktijk en de organisatie. Deze constructie werd als positief ervaren, vooral omwille van de administratieve ontlasting en de voorziening van een vervanger bij ziekte.

"… moest ze ziek vallen dat ze iemand anders gaan sturen. Wij zijn geen managers, hè … Ik vind dat gemakkelijk dat dat via het Wite-Gele Kruis is. Haar verzekering zit daarin, haar loon is hetzelfde als voordien. Wij moeten niet veel nadenken over hoe

en hoeveel ze verloond moet worden, hoeveel vakantiedagen ze moet hebben … . Alles is in orde."

In een andere praktijk werd gekozen voor de samenwerking met een zelfstandige verpleegkundige. Hierbij kregen ze ondersteuning van Domus Medica voor het administratieve en contractuele luik. Er werd gekozen voor een zelfstandig statuut vanwege de flexibiliteit die deze overeenkomst biedt.

"We hebben dan gekozen voor een zelfstandige overeenkomst, omdat dat gemakkelijk te starten was en ook gemakkelijk te stoppen, zonder al te veel verbintenissen naar elkaar toe. Als je iemand in dienst neemt zit je met een opzegperiode en een vergoedingsperiode."

Opstart en inloop

Het tijdstip van opstart varieerde tussen de deelnemende huisartsenpraktijken. Sommige praktijken gaven de voorkeur aan een opstart in een rustige periode, zoals tijdens de zomermaanden, om de verpleegkundige geleidelijk te laten inwerken.

"Ik denk niet dat je moet opstarten in december - januari wanneer het allemaal infecties zijn. Je start misschien best op als het niet zo druk is."

Andere praktijken daarentegen beschouwden een opstart tijdens een drukke periode eerder als een voordeel. In het bijzonder op het eind van de COVID-pandemie werd de hoge werkdruk aangegrepen om de verpleegkundige onmiddellijk in te schakelen voor wisserafnames en vaccinaties. Door het hoge aantal patiëntencontacten raakte de verpleegkundige sneller ingeburgerd binnen de praktijkwerking.

"Ze is begonnen met het academiejaar vorig jaar dus dat was juist rond de griepvaccinatie. Ze heeft dan heel veel mensen gezien en dat was een grote voordeel, hè? Dat gaat goed omdat ze haar al kennen."

In alle praktijken verliep de inloopperiode gefaseerd. Aanvankelijk lag de focus op kennismaking met de praktijkwerking, de collega's, de patiëntenpopulatie, het elektronisch medisch dossier en het agendasysteem. In sommige praktijken liep de verpleegkundige de eerste dagen mee met de artsen, ook werd er in enkele praktijken een externe opleiding voorzien om de werking van het medische softwaresysteem toe te lichten.

"We hebben dan een cursus voorzien voor CareConnect … Vooral de eerste weken duidelijk gemaakt van hoe loopt de praktijk … hoe werkt het agendasysteem, hoe werken wij, hoe verloopt het wat. En zo is dat stilletjes aan uitgebreid."

Nadien werd gestart met basistaken zoals administratieve ondersteuning, telefonie, bloedafnames en vaccinaties. Deze taken boden niet alleen een veilige instap in de praktijkvoering, maar maakten het ook mogelijk om de vertrouwensband met patiënten geleidelijk aan op te bouwen. Wanneer de verpleegkundige meer ervaring en vertrouwen had opgedaan, werden er bijkomende verantwoordelijkheden toegekend, waaronder het ontwikkelen van praktijkprotocollen.

"We hebben eens dat de COVID-golven voorbij waren en dat we naar de zomer toe gingen, gekeken van wat zou de verpleegkunde nog meer kunnen doen in de praktijk."

In een praktijk waar de verpleegkundige haar inloopperiode combineerde met haar stage voor het postgraduaat verpleegkundige in de huisartspraktijk, werd de opstart voornamelijk gestuurd door de verpleegkundige zelf. Zij werkte vanuit de handvatten en opdrachten die ze vanuit haar opleiding meekreeg.

> *"Ze had een paar taken die ze vanuit de opleiding moest voldoen … Bijvoorbeeld praktijkprotocollen maken, voldoende contacten met patiënten hebben … . De opdrachten waren strak afgelijnd, waardoor we tools hadden om dit uit te bouwen."*

Takenpakket

In de eerste weken na de opstart bestond het takenpakket eerder uit eenvoudige technische en administratieve taken, zoals bloedafnames, vaccinaties, COVID-wissers, telefonie en afspraken inboeken.

> *"In het begin waren dat enkel bloedafnames. Gaandeweg groeide dat naar meer wondzorg, bloeddrukopvolging, medicatievoorschriften klaarzetten."*

Naarmate de opstart vorderde, werd het takenpakket sterk uitgebreid. Naast bloedafnames en vaccinaties namen de verpleegkundigen taken op zich, waaronder het verwijderen van hechtingen en oorproppen, afname van ECG en spirometrie, cryotherapie, wondzorg, preoperatieve onderzoeken en de opvang van patiënten met acute klachten. Tevens werden zij actief betrokken bij de opvolging van chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus, hypertensie en nierinsufficiëntie. Verder boden ze ondersteuning bij vroegtijdige zorgplanning, rookstop- en alcoholstopbegeleiding, alsook bij het uitvoeren van intakegesprekken bij nieuwe patiënten.

Daarnaast stonden de verpleegkundigen ook in voor organisatorische en administratieve taken. Dit omvatte onder andere het uitwerken van praktijkprotocollen, het stockbeheer en het administratief luik betreffende dossierbeheer, actualiseren van medicatieschema's, organisatie van vaccinatiecampagnes en het beheren van de praktijkwebsite.

Hoewel verpleegkundigen vaak enthousiast waren over de verdere uitbreiding van hun takenpakket, werd benadrukt dat een gefaseerde aanpak essentieel is om kwaliteitsvolle zorg te garanderen.

> *"Er kan heel veel, maar ze houden mij hier goed in bedwang. Het gaat niet allemaal tegelijk, want dan doe je alles half."*

Tot slot werden de verantwoordelijkheden van de verpleegkundige afgebakend. Complexere medische beslissingen bleven voorbehouden aan de artsen. De afbakening van deze grenzen gebeurde steeds in overleg en varieerde tussen de verschillende praktijken.

> *"Een verpleegkundige kan heel wat doen, maar je bent geen arts. Ik vind dat je daar wel goed de grenzen moet bewaken. Ik denk dat je in een huisartspraktijk nog meer de grenzen moet bewaken dan in een ziekenhuis. In een ziekenhuis is dat veel meer omschreven. Dat zijn verpleegkundige taken, dat is de taak van een arts. In een ziekenhuis ga je nooit een voorschrift maken. Dat doe je niet. Er zijn heel duidelijke afspraken rond. In een huisartspraktijk heb je dat veel minder."*

Agenda

In alle praktijken werd een aparte agenda voorzien voor de praktijkverpleegkundige, die door de artsen en de verpleegkundigen gezamenlijk werd beheerd. Aanvankelijk werd deze agenda uitsluitend gevuld op basis van doorverwijzingen door de artsen.

> *"In het begin vulden wij enkel de verpleegkundige agenda op het moment dat we iemand zagen bij wie bloed moest geprikt worden."*

In een latere fase werden afspraken ook via het secretariaat ingepland. Geleidelijk aan werd het agendabeheer verder geoptimaliseerd, waarbij patiënten zelf online afspraken konden maken voor onder meer bloedafnames, vaccinaties, preoperatieve onderzoeken en meer specifieke technische handelingen. Om dit proces te ondersteunen, werd tijdens consultaties, via e-mail en via informatie op de praktijkwebsite verduidelijkt waarvoor patiënten bij de praktijkverpleegkundige terecht konden.

> *"Geleidelijk aanleren dat voor bloedafnames en vaccins ze ook bij de praktijkverpleegkundige mogen gaan. De meesten komen nu zelfs van 'ah voor een bloedafname, ik zal dan eens een afspraak maken bij de praktijkverpleegkundige'. Het gaat redelijk rap. De mensen zijn echt wel content van hoe het loopt."*

Hoewel de verschuiving van medische taken naar de verpleegkundige aanvankelijk bij sommige patiënten op weerstand stuitte, bleek dat deze houding doorgaans snel verbeterde.

> *"Dat is wel moeten groeien. Maar ja, nu zijn ze wel vol lof over haar. In het begin wouden sommigen echt alleen door de dokter gezien worden, maar nu zijn ze daar wel in mee."*

De invulling van de agenda was dynamisch en werd regelmatig geëvalueerd en aangepast volgens de drukte en seizoensgebonden noden. Tijdens piekperiodes, zoals de vaccinatiecampagnes, werd de agenda heringericht om het verhoogde patiëntenaantal efficiënt te kunnen verwerken, waarbij de verpleegkundige een sleutelrol opnam in zowel de organisatie als de uitvoering.

Daarnaast werd er een evenwicht gezocht tussen verpleegkundige taken en telefonische ondersteuning. In sommige praktijken maakte men gebruik van een telesecretariaat, dat flexibel kon worden ingeschakeld afhankelijk van de werkdruk.

> *"Stel dat ze nu vier uur enkel verpleegkundige taken hebben, dan hebben we altijd, met één druk op de knop, het systeem van telesecretariaat klaarstaan. Dat maakt het ook gemakkelijk."*

Naast de klassieke patiëntenzorg werden ook specifieke blokken in de agenda voorzien voor administratief werk, waaronder het uitschrijven van praktijkprotocollen. Het belang van het behouden van deze tijdsblokken werd door een arts benadrukt.

> *"Het is wel de bedoeling dat ze blijft die tijd hebben om protocolwerk te doen … Anders krijgt ze hetzelfde probleem zoals wij, dat er geen tijd meer rest om nog zaken op te zoeken en te verbeteren."*

Overleg en supervisie

In de huisartsenpraktijken verliep het overleg tussen artsen en verpleegkundigen doorgaans dagelijks en laagdrempelig. Sommige praktijken voorzagen vaste korte overlegmomenten voor en na de raadplegingen, terwijl in andere praktijken vooral directe en spontane overleggen tussendoor plaatsvonden.

> *"Na elke blok consultaties komen we kort eens samen … We proberen het zo laagdrempelig te houden en kort op de bal te spelen."*

Tijdens het overleg voorafgaand aan de consultaties werd voornamelijk de patiëntenlijst overlopen en werden aandachtspunten besproken. Het overleg na afloop bestond vooral uit patiëntenrapportering en bespreking van bijzonderheden, zoals het briefen na wondzorg of het signaleren van psychosociale problemen. Daarnaast was er in elke praktijk de mogelijkheid tot directe supervisie, bijvoorbeeld bij de evaluatie van een slecht genezende wonde of bij afwijkende bloeddrukmetingen. Deze supervisie kon zowel fysiek als telefonisch verlopen.

> *"Als er iets dringend is, dan bel ik naar de arts. Als iets niet dringend is, dan wacht ik … Gewoon eens binnenlopen om iets kort te vragen … of over de middag."*

In sommige praktijken werd bovendien directe supervisie georganiseerd na het uitvoeren van specifieke onderzoeken, zoals ECG en spirometrie.

> *"Bij afname van het ECG belt ze naar een arts om het ECG te bekijken om dringende zaken uit te sluiten. Als er een spirometrie afgenomen wordt, wordt er steeds gebeld met de arts om te beoordelen of de spirometrie kwaliteitsvol is."*

In alle praktijken werd de bereikbaarheid van de artsen als zeer goed ervaren. De verpleegkundigen konden op elk moment laagdrempelig vragen stellen. Er was een algemene consensus dat een goede bereikbaarheid en directe overlegmomenten de kwaliteit van zorg verhogen.

> *"Als de deur open is, ga ik gewoon binnen. Als de deur gesloten is, mag ik altijd aankloppen. Continu eigenlijk. Er is altijd iemand aanwezig."*

> *"Doordat je met meerdere artsen zit, is er altijd een soort back-up. Je hebt een gedeeld dossier, dus iedereen is altijd op de hoogte."*

Artsen gaven aan dat ze liever te veel dan te weinig worden geraadpleegd.

> *"Ja, heel laagdrempelig haar ons laten roepen. Ze denkt dat ze ons ambeteert, maar wij vinden dat niet waar. Het is om onze kwaliteit van zorg te waarborgen."*

Ten slotte werden er in sommige praktijken buffers in de artsenagenda's voorzien, om kwaliteitsvolle opvolging en tijd voor directe supervisie te garanderen.

> *"… door een buffer in te boeken bij de arts zodanig dat als er iets extra bijkomt, dat er kan doorgeschoven worden van de verpleegkundige naar de arts."*

Naast het dagelijks overleg organiseerden de meeste huisartsenpraktijken ook wekelijkse of tweewekelijkse overlegmomenten. In sommige praktijken vonden deze overleggen plaats tussen enkel de verpleegkundige en de arts, zoals bijvoorbeeld een wekelijks overleg over diabetespatiënten.

"Sinds drie maand overloop ik wekelijks mijn diabetespatiënten. Dat geeft een heel gerust gevoel. Ik krijg direct een antwoord op mijn vragen en ik leer daar veel uit."

In een praktijk waar een vast wekelijks overlegmoment met de verpleegkundige nog niet was geïntegreerd, merkte de arts op dat het gebrek aan regelmatige besprekingen kon leiden tot minder overzicht over welke patiënten door de verpleegkundige werden gezien. Bovendien werd aangegeven dat niet-acute signalen, zoals psychosociale problemen, zonder vaste overlegmomenten soms onopgemerkt konden blijven. Tegelijkertijd uitte men de bezorgdheid om te vermijden dat overleg zou ontaarden in een louter administratieve rapportering.

"Je moet opletten dat dat niet overgaat in een saaie rapportering van alle problemen."

In andere praktijken werd gekozen voor bredere teamvergaderingen, waarbij artsen, verpleegkundigen en secretariaatsmedewerkers gezamenlijk overlegden. Tijdens deze vergaderingen werden onder meer patiëntenbesprekingen gehouden en kwamen daarnaast organisatorische onderwerpen aan bod, zoals praktijkwerking, praktijkprotocollen en stockbeheer.

In bepaalde praktijken werd daarnaast een maandelijks overlegmoment ingericht, waarbij vooral praktische zaken zoals verlofplanning en de aankoop van medisch materiaal werden besproken.

Verder werd in vrijwel alle praktijken het functioneren van de verpleegkundige geëvalueerd aan de hand van functioneringsgesprekken, waarin sterktes en verbeterpunten systematisch werden besproken. Deze gesprekken vonden doorgaans plaats op zes- tot twaalfmaandelijkse basis.

"Het gaat erover van, wat vind je zelf dat goed loopt, wat vinden wij dat goed loopt, wat vind je zelf dat beter kan, wat vinden wij dat beter kan. Dat zijn eigenlijk altijd die vier vragen die overlopen worden en dan wordt dat met de artsen overlegd."

In een praktijk waar de rekrutering via een externe procedure verliep, werd ook het functioneringsgesprek uitbesteed aan een extern HR-team. Deze gesprekken vonden jaarlijks plaats en de resultaten werden nadien teruggekoppeld naar het volledige team.

Contextuele factoren

Drijfveren

De interviews brachten verschillende drijfveren van artsen en verpleegkundigen aan het licht voor hun samenwerking in de huisartsenpraktijk.

Bij de artsen kwam naar voren dat het verminderen van de werkdruk en efficiënter gebruik van tijd een belangrijke motivatie was. Vijf artsen benoemden expliciet de wens om administratieve en technische taken, zoals bloedafnames, te delegeren. Dit zou hen in staat stellen om zich meer te richten op pathologie, diagnostiek en behandelplannen.

"Ontlasting in een aantal taken zou ervoor zorgen dat mijn agenda een beetje meer openstaat voor de echte pathologie en niet alleen maar voor nuchtere bloedafnames."

Daarnaast wilden vier artsen de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg verbeteren. Enerzijds hoopten ze dat een praktijkverpleegkundige zou bijdragen aan tijdswinst. Anderzijds werd verwacht dat de praktijkverpleegkundige een rol zou spelen in de implementatie van wetenschappelijk onderbouwde protocollen. Praktische overwegingen, zoals flexibiliteit bij organisatorische uitdagingen, vormden eveneens een belangrijke drijfveer.

> *"Een tweede drijfveer was dat we op dat moment een vervangarts zochten voor een collega in zwangerschapsverlof en dat we die niet vonden omdat veel vervangartsen vast zaten in andere praktijken door de COVID-crisis."*

Tot slot werd de samenwerking erkend als een strategische aanpassing aan de evoluerende behoeften van een eerstelijnspraktijk. Twee huisartsen gaven aan dat zij hun praktijk wilden laten aansluiten bij de groeiende trend van een multidisciplinaire aanpak.

> *"En ook omdat we dat wel als toekomst zien en omdat we wel een beetje mee willen zijn als praktijk."*

De verpleegkundigen benoemden zowel persoonlijke als professionele motivaties voor hun keuze om te werken in een huisartsenpraktijk. Een belangrijke drijfveer, aangehaald door vier verpleegkundigen, was de stabiliteit die deze functie biedt. Voormalige spoed- en thuisverpleegkundigen waardeerden de vaste uren zonder ploeg- of weekenddiensten. Daarnaast benadrukte een thuisverpleegkundige de verlichting van zwaar fysieke zorgtaken, het niet langer continu bereikbaar te hoeven zijn en de nabijheid van een team als belangrijke redenen voor haar overstap.

> *"Ik zat toen op het randje van een burn-out. Ik had last van de rug en ik kon het niet meer aan om veel extra te moeten werken. De zware zorgen, continu bereikbaar moeten zijn … . Ook, ik heb hier altijd een team bij mij."*

Het veelzijdige takenpakket werd door vier verpleegkundigen als aantrekkelijk beschouwd. Verder noemden drie verpleegkundigen de behoefte aan een intellectuele uitdaging en de kans om nieuwe kennis en vaardigheden te ontwikkelen.

> *"Het kunnen meedenken in de dossiers vind ik heel leuk."*

Voor verpleegkundigen met ervaring in de tweedelijnszorg bood de kleinschaligheid van een eerstelijnspraktijk voordelen op het gebied van betere communicatie en hechtere samenwerking. Tot slot waardeerden verpleegkundigen de mogelijkheid om een sterke band met patiënten op te bouwen en betrokken te zijn bij het gehele zorgproces.

> *"De one by one relatie met de patiënt vind ik schitterend. Net als de band die je kan opbouwen met je patiënt."*

Vooraf bestaande relaties

In vier van de zes huisartsenpraktijken was er sprake van een eerdere bekendheid tussen arts en verpleegkundige. Twee van deze praktijken hadden zowel een persoonlijke als een professionele voorgeschiedenis met de verpleegkundige, aangezien deze bekend was als vaste patiënt in de praktijk en als thuisverpleegkundige in de regio. Beide betrokken artsen benadrukten het voordeel van deze langdurige bekendheid.

"Ik ben content dat we iemand hebben als praktijkverpleegkundige die we reeds lange tijd kennen. We weten wat we aan haar hebben."

In een derde praktijk was er sprake van een voorafgaande vriendschap tussen arts en verpleegkundige, wat door de arts werd omschreven als een belangrijke factor voor een vlotte samenwerking.

"Het moest klikken en dan was het wel gemakkelijk dat ze een vriendin was."

Tot slot rapporteerde een vierde praktijk dat de samenwerking voortkwam uit een informele kennisrelatie, waarbij op basis van persoonlijke kenmerken en professionele achtergrond de vraag tot samenwerking werd gesteld.

Opleiding en ervaring

In de zes praktijken was er sprake van een diversiteit in opleiding en ervaring onder de praktijkverpleegkundigen.

De ene helft van de geïnterviewde verpleegkundigen had een achtergrond in de thuisverpleging. Volgens de betrokken huisartsen vormde dit een voordeel, aangezien deze verpleegkundigen bekend zijn met de werkwijze binnen de eerstelijnszorg.

"Je moet het gewend zijn om in de eerste lijn te werken, om dat eerste aanspreekpunt te zijn, om laagdrempelig te zijn."

Daarnaast gingen de huisartsen ervan uit dat verpleegkundigen met deze achtergrond gewend waren om zelfstandig verantwoordelijkheid te nemen voor hun handelen. De verpleegkundigen merkten echter op dat, hoewel zij bekend waren met zelfstandig werken, de huisartsenpraktijk hen confronteerde met een andere mate van verantwoordelijkheid. Zij benadrukten dat een ruime verpleegkundige ervaring essentieel is om effectief te kunnen functioneren binnen een huisartsenpraktijk.

"Ik heb op een manier meer verantwoordelijkheid. Oké, daar ben je wel alleen op de baan, maar het is anders."

De andere helft van de geïnterviewde verpleegkundigen beschikte over ervaring in een ziekenhuisomgeving. Zij hadden uiteenlopende achtergronden, variërend van de spoedgevallendienst en het operatiekwartier tot intensieve zorgen en oncologie/palliatieve zorg. Huisartsen waardeerden bij deze groep verpleegkundigen hun sterke technische vaardigheden, zoals het afnemen en interpreteren van elektrocardiogrammen, en hun goed ontwikkelde niet pluis gevoel.

"Bijvoorbeeld ECG-afname kende ze van op spoed waarbij ze ook rap ziet wanneer er iets niet pluis is."

Daarnaast werd hun uitgebreide bagage op het gebied van psychosociale ondersteuning benoemd. Daarentegen zagen huisartsen die niet samenwerkten met verpleegkundigen uit de ziekenhuissetting de overgang naar een huisartsenpraktijk als een uitdaging.

"In een ziekenhuis ben je veel meer ondersteund en heb je een veel groter kader rond je dan in de eerstelijnszorg."

Vier verpleegkundigen meldden bovendien dat zij aanvullende opleidingen hadden gevolgd, waaronder een postgraduaat in palliatieve zorg, een opleiding tot medisch pedicure, een cursus rookstopbegeleiding alsook een opleiding wondzorg en spirometrie. Deze opleidingen breidden hun expertise op specifieke terreinen uit en werden door zowel artsen als verpleegkundigen als een waardevolle aanvulling beschouwd. Dit sluit aan bij toekomstgerichte ontwikkelingen waarbij preventieve en ambulante zorg een grotere rol zullen spelen volgens de betrokken artsen.

> *“Patiënten worden ouder en zullen alleen maar meer zorg thuis nodig hebben.”*

VIP-opleiding

De postgraduaatopleiding ‘verpleegkundige in de huisartspraktijk’ werd gevolgd door twee verpleegkundigen, terwijl een derde verpleegkundige de opleiding nog zal starten. Volgens de verpleegkundigen bood het programma een brede waaier aan modules, waaronder organisatie van de praktijk, kwaliteitszorg, chronische zorg, preventieve zorg en doelgerichte zorg. De opleiding verschafte hen een introductie tot de huisartsgeneeskunde en droeg bij aan een substantiële groei in kennis en vaardigheden. Praktijkgericht leren, zoals consultvoering en het opstellen van protocollen, kreeg hierin een centrale plaats.

> *"Ik denk dat ik er op een heel andere manier in zou staan, toch minder onderbouwd, zoals protocollen schrijven bijvoorbeeld. Ik heb dat nog nooit gedaan, maar in de opleiding heb ik wel handvaten gekregen om hier verder mee aan de slag te gaan."*

Naast de theoretische componenten werd ook het belang van stages benadrukt. Deze stages boden verpleegkundigen de kans om direct te leren van huisartsen en droegen bij aan de ontwikkeling van expertise binnen de huisartspraktijk. Reflectieopdrachten tijdens deze stages ondersteunden hen bij het scherpstellen van hun rol en verantwoordelijkheden binnen het team.

> *“Ze moeten verschillende reflecties schrijven. Hierbij werd duidelijk dat ze nog haar plaats aan het zoeken was binnen de praktijk. Hierop kun je dan wel inspelen.”*

Ondanks de voordelen werden ook enkele tekortkomingen benoemd. Zo ontbrak specifieke communicatietraining voor het omgaan met complexe situaties, zoals psychiatrische problematieken en het stellen van professionele grenzen. Het intensieve karakter van de opleiding, in combinatie met werk, opdrachten, stages en privéverplichtingen, werd eveneens als een uitdaging ervaren.

> *"Je kan het in één jaar doen, maar dat is wel heel erg pittig. Chapeau voor degene die dat doen."*

Tot slot werd het belang van groepsvorming en intervisiemomenten benadrukt. Deze momenten bevorderen de uitwisseling van kennis en het vormen van een community.

> *"We hebben nog steeds een WhatsAppgroep waarin we documenten delen met elkaar en vanuit de school proberen ze nu en dan ook een intervisiemoment te organiseren.”*

Protocollen

Protocollen bleken een belangrijke rol te spelen in de organisatie en uitvoering van taken binnen de huisartsenpraktijk. Voor huisartsen vormden ze een hulpmiddel om taakdelegatie effectief mogelijk te maken, terwijl verpleegkundigen hierdoor evidence-based konden werken.

> *"Ik wil gestaafd zijn. Dat we duidelijk afgesproken hebben hoe iets moet gebeuren en niet met de natte vinger werken. Ik wil een stappenplan waarin we iets afwerken."*

De totstandkoming van protocollen varieerde sterk tussen de verschillende praktijken. Sommige werden ontwikkeld door interne samenwerking binnen het team, terwijl andere voortvloeiden uit externe bronnen zoals het consortium van de New Deal, de VIP-opleiding, Domus Medica, en het Wit-Gele Kruis. Twee huisartsenpraktijken hadden reeds uitgebreide protocollen ontwikkeld op basis van wetenschappelijke richtlijnen en omvatten onder andere diabetesopvolging, bloeddrukmeting en het uitvoeren van ECG's en spirometrie. Daarentegen bevonden vier andere praktijken zich nog in de beginfase van protocollaire implementatie, waarbij tijdsinvestering en overleg als voornaamste uitdagingen werden ervaren.

> *"We moeten de tijd hebben om erover na te denken en net die tijd ontbreekt nu omdat we op dit moment eigenlijk zodanig veel werk hebben."*

Daarnaast werd de nadruk gelegd op de behoefte aan aanvullende externe protocollen als referentiepunt, om de kwaliteit van praktijk specifieke protocollen verder te optimaliseren en verfijnen.

> *"Ik denk dat alle tips daarin welkom zijn. Moesten er protocollen zijn van hogerhand, dan is dat al een mooie start voor ons. Dan kunnen we ook een keer reflecteren of wij wel goed bezig zijn."*

Praktijkvisie

Onder de noemer 'praktijkvisie' benadrukten drie artsen het belang van een gedeelde visie binnen de praktijk, waarin alle artsen volledig de integratie van een verpleegkundige ondersteunen. Verschillen in opvattingen tussen artsen werden genoemd als potentiële bron van frictie, terwijl een uniforme visie en gezamenlijke betrokkenheid zou leiden tot een efficiëntere samenwerking.

> *"Ik denk, moest je een praktijk hebben waar alle artsen er anders over denken, dat dat misschien moeilijker kan lopen. Bepaalde artsen die dan bang zijn om bepaalde handelingen minder te doen … Het belangrijkste en grootste deel is een betere spreiding van die taken."*

Daarnaast werd opgemerkt dat een uniforme visie ervoor zorgt dat alle artsen consistent naar de verpleegkundige doorverwijzen. Dit bevordert niet alleen de interne processen binnen de praktijk, maar draagt tevens bij aan een snellere acceptatie van de verpleegkundige door de patiënten.

> *"Vorig jaar hadden we en arts die daar niet echt achter stond en dat gaf wat strubbelingen omdat hij nooit doorverwees naar haar, maar nu staat iedereen erachter en verwijst iedereen consequent door."*

Teamspirit werd eveneens aangeduid als een cruciale pijler, waarbij respect en open communicatie centraal staan. Het belang van het creëren van een veilige werkomgeving, waarin alle teamleden zonder belemmeringen hun vragen kunnen stellen en ideeën kunnen uitwisselen, werd door twee artsen benadrukt. Het vermijden van hiërarchie binnen het team en het waarborgen van wederzijds respect bleken hierin van groot belang.

> *" We proberen een veilig team te creëren en vonden het ook wel belangrijk dat de verpleegkundige daar in mee was. … Daarnaast is het voor ons belangrijk dat je kan ventileren binnen het team en dat er geen concurrentie is."*

Wettelijk kader

De vergoeding van praktijkverpleegkundige prestaties bleek een complex en onduidelijk thema te zijn voor vijf huisartsenpraktijken. Door het ontbreken van een wettelijk kader voor tarificatie van deze prestaties waren artsen aangewezen op informatie-uitwisseling met collega's, wat als uitdagend werd ervaren.

> *"Ik durf dat nooit eerst zeggen als ze dat vragen, maar dan hoor je dat ze het ook zo doen. Als ze niet aangeven hoe we het moeten doen, moeten we zelf iets uitvinden. Ik vind het goed op deze manier, maar het is niet wettelijk geregeld. Ik vind dat ambetant."*

In de huidige situatie worden praktijkverpleegkundige prestaties in deze vijf praktijken namelijk via het artsenprofiel getarifeerd, waarbij geen remgeld wordt aangerekend aan de patiënt. Er werd een duidelijke behoefte uitgesproken naar specifieke nomenclatuurnummers voor praktijkverpleegkundige prestaties, vergelijkbaar met de codes die beschikbaar waren tijdens de vaccinatiecampagne.

> *"Tijdens de COVID-periode was er wel degelijk een nomenclatuur voor praktijkverpleegkundigen om het vaccin toe te dienen. Dat liep eigenlijk perfect."*

Eén praktijk heeft zich aangesloten bij de New Deal en ontvangt financiering voor de verpleegkundige op basis van het aantal patiënten binnen de praktijk. De huisarts uit deze praktijk gaf aan dat dit kader *"een veilig gevoel geeft"* en hen in staat stelt *"rustiger te werken."* Tegelijkertijd werden hiaten binnen het kader van de New Deal benoemd, zoals het gebrek aan vergoeding voor het gebruik van materialen zoals een ECG-toestel, cryotherapietoestel en spirometer. Hierdoor worden bepaalde prestaties alsnog via het artsenprofiel getarifeerd. Daarnaast bestaan er zorgen over de duurzaamheid van dit project.

> *"Ook de budgettaire uitdagingen zijn groot dus we weten dat er ook in de gezondheidszorg zal bespaard worden. Gaat de overheid dit project blijven ondersteunen en stimuleren?"*

Voor huisartsenpraktijken die werken volgens het model van betaling per prestatie, bestaat er een nieuwe ondersteuningsmaatregel: de IMPULSEO-premie. Een arts uitte echter dat de administratieve begeleiding bij het aanvragen van deze premie beperkt is.

> *"Welke voorwaarden zijn er? Wanneer moet je dat indienen? … Het is niet zo duidelijk welke opleidingen in aanmerking komen ... Daar word je weinig in ondersteund."*

Bovendien wezen twee artsen op het gebrek aan financiële ondersteuning voor materiaal en praktijkruimten.

> *"Moeten wij, als artsen, een kabinet financieren voor de verpleegkundige? Daar zijn ze de huisartsen nu aan het induwen. Waar ligt de grens? Ik vind dat we daarin mee moeten, maar wij of de verpleegkundigen moeten daar ook deels een budget voor krijgen."*

Hierbij werd een vergelijking gemaakt met andere eerstelijnsmedewerkers, zoals psychologen, podologen en diëtisten, die een kabinet huren.

Tot slot wezen drie verpleegkundigen op de beperkte functionaliteiten van hun account binnen de medische softwareprogramma's. Dit belemmerde hen in het uitvoeren van bepaalde taken, zoals het synchroniseren van toegediende vaccins met Vaccinet of het raadplegen van externe platformen voor het bijwerken van dossiers. Deze beperkingen, samen met het tarificatiemodel, droegen ertoe bij dat alle verpleegkundigen via een artsenaccount werken, zoals dat van een huisarts in opleiding of een superviserende arts.

Belemmerende factoren

De onzekerheid van de praktijkverpleegkundige

In de beginfase ervoeren praktijkverpleegkundigen vaak gevoelens van onzekerheid. Deze onzekerheid werd breed herkend door zowel verpleegkundigen als artsen en bleek beïnvloed door diverse factoren. In meerdere praktijken gebeurde de opstart in een periode van verhoogde werkdruk, zoals tijdens het winterseizoen, waardoor ondersteuning en begeleiding initieel beperkt waren. Dit leidde ertoe dat verpleegkundigen hun opstart als overweldigend omschreven.

> *"Dat was ook allemaal nieuw … Ik had zo'n beetje het gevoel van, erin gesmeten en zwemmen."*

Zowel artsen als verpleegkundigen wezen hierdoor op het belang van een gefaseerde inloopperiode waarin de verpleegkundige de mogelijkheid krijgt om te observeren en om de praktijkwerking alsook de collega's te leren kennen. Daarnaast benadrukte een arts het belang van het benutten van de individuele sterktes van de verpleegkundige.

> *"Gebruik de krachten die ze hebben. Allee, je moet niet iemand iets laten doen waar ze denkt van 'Ik zie die verantwoordelijkheid niet zitten'. Je moet iemand laten floreren in zijn talenten."*

De snelle opstart had echter niet enkel negatieve effecten. Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat ze zich hierdoor meteen als een meerwaarde binnen het team voelden. In sommige gevallen ontstond echter nadien een terugvalmoment, waarbij het wegvallen van werkdruk tot leegte in de agenda leidde en de onzekerheid opnieuw deed opflakkeren.

> *"Het was zo dat naarmate het vaccineren stilviel, dat ik wel in een gat viel. Dat was voor mij wel confronterend. En nu? Mijn agenda geraakt niet meer gevuld!?"*

Na de inloopfase nam, in de meeste gevallen, de onzekerheid af. Hierbij bleek de aanwezigheid van frequente overlegmomenten en functioneringsgesprekken belangrijk voor de opbouw van vertrouwen. Praktijken die dagelijks laagdrempelig overleg en wekelijks patiëntenbesprekingen voorzagen, rapporteerden dat deze structuur een veilig kader bood waarin de verpleegkundige zich kon ontwikkelen.

> *"Dat geeft een heel gerust gevoel. Ik krijg direct een antwoord op mijn vragen en ik leer er veel uit."*

In praktijken waar dergelijk overleg ontbrak, bleef de drempel tot overleg langer bestaan en bleef ook de rol van de verpleegkundige diffuus. Die onduidelijke rolomschrijving en taakafbakening betrof namelijk een bijkomende bron van onzekerheid. Praktijkverpleegkundigen beschreven hun behoefte aan meer structuur, het uitspreken van verwachtingen en positieve feedback. Functioneringsgesprekken boden een bijkomende gelegenheid om de rolverwachtingen wederzijds af te stemmen.

> *"Vooral het gevoel bij haar van 'Voldoe ik wel aan de verwachting?' omdat wij misschien niet genoeg feedback gaven van 'Goed gedaan'."*

Daarnaast kwam uit de interviews een duidelijke behoefte naar voren aan heldere praktijkprotocollen, die de taken van de verpleegkundige concreet aflijnen. In één praktijk werd in de afwezigheid van dergelijke protocollen de verantwoordelijkheid voor eerder eenvoudige taken, zoals het aanvragen van laboanalyses, niet opgenomen, maar terug doorgeschoven naar de arts.

Bovendien werd door meerdere verpleegkundigen de nood geuit aan intercollegiale ondersteuning buiten de eigen praktijk. Lokale overlegmomenten met andere praktijkverpleegkundigen zouden kunnen bijdragen aan de normalisering van onzekerheden en het uitwisselen van good practices.

> *"Of overleg over hoe de collega's sommige problematieken aanpakken. Welke problemen hebben jullie? .. En dat je zo een beetje meer contact hebt met de praktijkverpleegkundigen hier in de streek."*

De overgang naar een nauwe samenwerking met artsen bleek eveneens een uitdaging. De nabijheid tot de artsen binnen een groepspraktijk stond in contrast met bijvoorbeeld het eerdere werk in de thuisverpleging, waar samenwerking met artsen eerder op afstand gebeurde.

> *"In het begin had ik daar zowat schrik van. Schrik om iets verkeerd te zeggen of iets dom te vragen, maar ik merk dat nu we langer samenwerken, ik dat echt wel als evenwaardig aanvoel."*

> *"Ik was niet gewend om zo dicht te werken met artsen. Als thuisverpleegkundige, werk je met de arts: je belt, legt het probleem uit, de arts komt. Maar ja ... in een huisartsenpraktijk sta je heel dicht bij je artsen hé."*

Artsen stimuleerden praktijkverpleegkundigen om bij twijfel snel om hulp te vragen, met het oog op het waarborgen van de zorgkwaliteit, het bevorderen van gedeelde verantwoordelijkheid en het creëren van een veilige werkomgeving. Een verpleegkundige gaf aan dat de aanwezigheid van een vast aanspreekpunt binnen de praktijk de drempel tot overleg aanzienlijk verlaagde.

Een enkele verpleegkundige ervoer weinig onzekerheid. Ze vertelde dat dit mogelijks kwam door haar leeftijd en werkervaring.

Een opvallende bevinding was dat, ondanks de initiële onzekerheid van de verpleegkundigen, er vanuit de artsen vaak werd verwacht dat zij een proactieve rol opnamen in de structurering en uitbouw van hun functie.

> *"Nu is het nog heel veel wij die moeten voorzeggen."*

Van solospelers naar teamspelers

De samenwerking tussen artsen en praktijkverpleegkundigen ontwikkelde zich geleidelijk. Zowel artsen als verpleegkundigen gaven aan dat de opstart moeizaam kan zijn, maar dat vertrouwen en samenwerking verbeterden naarmate de tijd vorderde. Ze benoemden dat vertrouwen geen vanzelfsprekendheid was. Het moest actief opgebouwd worden via wederzijdse kennismaking, open communicatie en gedeelde successen.

Een belangrijk aspect in deze dynamiek was het proces van taakdelegatie. Hoewel artsen bereid waren verantwoordelijkheden over te dragen, bleek het in de praktijk vaak moeilijk om controle volledig los te laten. Dit werd deels veroorzaakt door het gevoel van eindverantwoordelijkheid, de wens om kwaliteitscontrole te behouden, en het ontbreken van een duidelijk wettelijk kader.

> *"Dat het als arts niet zo evident is om iets door te geven en iets te delegeren, maar dat je dat wel moet durven … dat vertrouwen, dat dat niet evident is altijd."*

Ook een gebrek aan een gemeenschappelijke visie tussen artsen binnen eenzelfde praktijk werd soms aangehaald als belemmerende factor. Daarnaast bleven bepaalde taken, zoals het uitvoeren van uitstrijkjes, bewust bij de artsen omwille van hun specifieke expertise of voorkeur. Verschillende betrokkenen gaven aan dat duidelijke taakomschrijvingen en praktijkprotocollen de taakdelegatie konden vergemakkelijken. Tegelijkertijd werd benadrukt dat het belangrijk is om ruimte te laten voor autonomie, waarbij verpleegkundigen zelf initiatieven kunnen nemen, bijvoorbeeld bij het opstarten van zorgprojecten. Toch bleek deze autonomie niet altijd vanzelfsprekend.

> *"Ik ben heel gewoon van achttien jaar zelfstandig op de baan te werken en mijn plan te trekken. Nu mag ik niet te snel zeggen dat iets oké is. Bij het minste dat ik zie moet ik bellen en het laten nakijken door een arts, maar ik voel dat ik veel dingen zelf wil doen."*

Een bijkomende hindernis in de samenwerking was het tijdsgebrek bij artsen. Dit leidde niet alleen tot vertraging in het delegeren van taken, maar belemmerde ook hun beschikbaarheid voor overleg en ondersteuning. De drukte kon zich zelfs uiten in een kortere communicatiestijl naar collega's toe, wat soms als onaangenaam werd ervaren.

> *"Ik merk dat artsen … dat het soms eventjes teveel is en dat zij dan minder aandacht hebben voor verpleegkundigen of baliepersoneel. Dat wordt soms geuit naar ons als een kortere opmerking. Ze zijn daar soms niet mee bezig van hoe sommige dingen overkomen als ze iets vragen of een opmerking geven."*

Hoewel artsen zelf aangaven steeds bereikbaar te zijn, bleek uit verschillende gesprekken dat praktijkverpleegkundigen in de beginfase een drempel ervoeren om het gesprek aan te gaan. Naarmate de samenwerking vorderde en het onderlinge vertrouwen groeide, verdween deze drempel doorgaans en maakte plaats voor een open communicatiecultuur. Toch gaven meerdere verpleegkundigen aan dat er sprake was van een zekere hiërarchie binnen het team, waarbij het statuut van arts impliciet een hogere positie innam. Dit verschilde tussen de artsen onderling, vooral jongere artsen bleken doorgaans een meer gelijkwaardige communicatie te hanteren.

> *"Plots zit je daar als verpleegkundige met drie dokters voor je. Je zit in een lagere positie dan de mensen die voor je zitten."*

Artsen erkenden dit spanningsveld en trachtten het hiërarchisch verschil te verzachten door initiatieven die gericht waren op gelijkwaardigheid, zoals gelijke infrastructuur en teambuildingsactiviteiten. Een arts noemde het bewust zijn van "power dynamics" als belangrijk aandachtspunt.

> *"Power dynamics: Je bewust zijn van het verschil in hiërarchie en dit niet uitspelen. Je bewust zijn als je een standpunt inneemt, dat je met een bepaalde power dynamics zit. Jij bent de baas en je hebt een impact als je dat op een bepaalde manier zegt. Je bent niet gelijk in functie, maar wel gelijkwaardig in persoon. Belangrijk om te beseffen zeker eens je met personeel werkt."*

De integratie van de verpleegkundige werd door verschillende artsen ook gezien als een verrijking voor de praktijkcultuur. Een arts gaf aan dat de aanwezigheid van de verpleegkundige een zorgende dynamiek binnenbracht. Bovendien gaven verpleegkundigen aan dat het bijbrengen van kennis aan artsen bijdroeg aan hun gevoel van gelijkwaardigheid.

Drivers

De praktijkverpleegkundige als manager

Vijf artsen hebben aangegeven dat hun grootste motivator om een verpleegkundige te integreren in de praktijkwerking, het delegeren van organisatorische taken is. Het coördineren van dergelijke taken blijkt vaak moeilijk vanwege een gebrek aan tijd.

> *"Belangrijkste oorzaak is tijd. We hebben geen tijd om naast ons werk ons bezig te houden met de organisatie van de praktijk. … Nu doet iedereen een beetje naast zijn uren, maar ongecoördineerd en ongestructureerd en dat gaat veel trager waardoor dat niet altijd van de grond komt."*

Alle betrokken artsen beschouwden de praktijkverpleegkundige als een geschikte persoon om het takenpakket van organisatorische aard op zich te nemen.

> *"We wouden echt wel iemand die meedenkt naar organisatie van de praktijk toe, om dit te optimaliseren."*

Onder het beschreven takenpakket van de verpleegkundige valt dan ook een breed scala aan taken binnen het luik van praktijkorganisatie gaande van communicatieve en logistieke verantwoordelijkheden tot administratieve en zorg gerelateerde coördinatie.

Zo dragen praktijkverpleegkundigen bij aan zowel interne als externe communicatie. Ze waarborgen consistente patiëntgerichte informatie, bijvoorbeeld tijdens verlofperiodes of vaccinatiecampagnes, via e-mails, berichten in de wachtzaal en teksten op de website. Daarnaast coördineren zij e-mails en afspraken met specialisten. Bovendien staan het welzijn en de beleving van patiënten centraal in hun werk. Naast technische handelingen hechten zij veel waarde aan gesprekken met patiënten om hun ervaringen te begrijpen en te ondersteunen.

> *"Ik vind het ook een heel belangrijk luik. Dat het niet alleen de act is van de technische onderzoeken. Ik vind het ook heel belangrijk om een stukje in gesprek te gaan. Hoe lukt het voor u?"*

Logistieke verantwoordelijkheden omvatten onder meer stockbeheer en sterilisatie. Er wordt bovendien gestreefd naar uniformiteit in de organisatie van de kabinetten.

> *"Daar zijn we nu ook al mee bezig: dat de kabinetten hetzelfde ingericht worden op vlak van kasten en materiaal. Een vaste kolom van diagnostiek, wondzorg en behandeling. Zodat die kolommen overal gelijk zijn omdat er vaak verloop is tussen de kabinetten. Zo weet iedereen waar wat zit."*

Administratieve taken zoals facturering en dossierbeheer zijn eveneens onderdeel van hun takenpakket. Daarnaast nemen praktijkverpleegkundigen een proactieve rol in de organisatie van de patiëntenzorg door huisbezoeken te plannen, vaccinatiebehoeften te integreren en wetenschappelijke protocollen op te stellen ter ondersteuning en coördinatie van chronische zorg.

Deze taakdelegatie zorgde voor een grote ontlasting bij de huisartsen.

> *“Dat zorgt er voor mij voor dat, als ik hier vertrek, ik geen to do’s meer heb. Dat ik het lastigste dat er is, een to-do lijst die maar blijft aangroeien.”*

Bovendien leken praktijkverpleegkundigen een verbindende rol te spelen tussen patiënten en artsen of tussen andere praktijkmedewerkers en artsen. Dat de praktijkverpleegkundige hierdoor een centrale rol als manager opneemt illustreert de onderstaande uitspraak van een arts.

> *“Ze is zowat ‘la mama di casa’ die heel wat doet momenteel.”*

Een succesvolle invulling van de coördinerende rol bleek afhankelijk van diverse stimulerende en ondersteunende factoren. De opleiding tot praktijkverpleegkundige werd door zowel arts als verpleegkundige als bijzonder waardevol beschouwd, aangezien deze een diepgaand inzicht verschaft in organisatorische en preventieve zorg. Daarnaast spelen ervaring en interesse in coördinerende taken een cruciale rol. Een verpleegkundige benadrukte dat haar eerdere betrokkenheid bij vergaderingen, het beheer van medische dossiers en haar functie als kwaliteitscoördinator in een thuisverplegingsteam haar natuurlijke affiniteit met dergelijke taken heeft versterkt.

> *“In de thuisverpleging was ik ook wel altijd iemand die geïnteresseerd was in de vergaderingen. … Ik was ook kwaliteitscoördinator in het team. Dat zat er altijd wel een beetje in.”*

Tot slot werd het creëren van een meerwaarde binnen het team vaak genoemd als motivatie. Praktijkverpleegkundigen voelen zich ondersteund in hun rol wanneer hun werk zichtbaar bijdraagt aan de efficiëntie van de praktijkorganisatie.

> *"Dus dat was wel leuk, want dan voelde ik mij zo direct verantwoordelijk voor iets, wat duidelijk wel een meerwaarde en een hulp was voor hen."*

Daartegenover stonden diverse uitdagingen, waarbij praktijkverpleegkundigen zowel organisatorische als persoonlijke obstakels hebben ervaren. Hoewel er vaak enthousiasme bestond voor voorgestelde ideeën, bleek zelfstandig initiatief nemen lastig. Een arts benadrukte dit door te stellen dat een praktijkverpleegkundige enthousiast was over suggesties en bereid was deze te volgen, maar minder snel zelf initiatieven ontplooide. Een gevoel van mandaat leek nodig om proactief op te treden. Daarnaast was de beperkte aanwezigheid van praktijkverpleegkundigen in de praktijk een belangrijke factor. Zij moeten binnen hun uren meerdere taken combineren wat de tijd voor organisatorische verantwoordelijkheden onder druk zet.

> *"Ze heeft ook maar haar uren hé, waarin ze dan ook nog veel de telefoon moet opnemen."*

Bovendien vormde het vinden van een balans tussen patiëntenzorg en managementactiviteiten een uitdaging. Een praktijkverpleegkundige merkte op dat zij zich het meest in haar element voelt tijdens direct patiëntencontact, wat haar primaire vakgebied benadrukt. Tot slot hebben sommigen ongemak ervaren bij het nemen van grote beslissingen, zoals het beheren van bestellingen met aanzienlijke bedragen.

> *"In het begin vond ik dat moeilijk, omdat ze dan zeiden 'We hebben dat nodig, bestel dat maar.'. Dat gaat soms wel over redelijke bedragen, waardoor ik het soms moeilijk vond om dat zelf te beslissen."*

Herwaardering van de eerste lijn

De integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk droeg op verschillende manieren bij aan een herwaardering van de eerste lijn. Deze herwaardering was niet alleen een kwestie van kennisdeling en samenwerking, maar ook van het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het behouden van de unieke veelzijdigheid van het huisartsenvak, en het creëren van een positief werkklimaat.

Een belangrijke meerwaarde van deze samenwerking was de verruiming van kennis en inzichten. Zo merkte een huisarts op dat verpleegkundigen aanvullende richtlijnen meebrengen en praktischer onderlegd zijn. Deze interactie leidde tot een kruisbestuiving waarbij arts en verpleegkundige elkaar aanvulden en van elkaar leerden.

> *"Dat zij mij bijvoorbeeld roepen voor wondzorg of dat ik hen aanleer om een poort aan te prikken, dat is heel tof! Het geeft ook het gevoel dat we evenwaardig zijn, want ik leer ook veel van hen uiteraard."*

Verder constateerden drie artsen dat de samenwerking met praktijkverpleegkundigen hun perspectief verruimde. Verpleegkundigen namen vaak zaken waar die huisartsen ontgingen, mede dankzij hun vermogen om mensen goed aan te voelen en subtiele signalen snel op te pikken.

> *"Dat is het fingerspitzengefühl zoals wij als arts ook een niet-pluisgevoel hebben. De verpleegkundige heeft dat ook en ik denk dat dat ook het voordeel is om met verschillende mensen samen te werken."*

Daarnaast werd in de praktijken vastgesteld dat patiënten laagdrempeliger leken te communiceren met een verpleegkundige, wat leidde tot een bredere kijk op de leefwereld van de patiënt. Bovendien stelden verpleegkundigen vragen die artsen uitdaagden om hun routinematige werkwijze te heroverwegen, wat volgens een huisarts resulteerde in een *"positieve flow en een alertheid die nieuwe inzichten bracht."*.

De herwaardering van de eerste lijn kwam tevens tot uiting in de verhoogde focus op kwaliteit binnen de praktijk. Door taken te delegeren ontstond er voor artsen meer ruimte om richtlijnen te bestuderen en zich te focussen op diepgaande consultaties waarbij de nadruk ligt op een uitgebreide uitleg en het aandachtig luisteren naar het verhaal van de patiënt. Een arts benadrukte bijvoorbeeld de meer efficiënte en kwalitatieve bespreking van laboresultaten.

> *"Dus als je de patiënt ziet wanneer hij al zijn laboresultaten heeft en dan niet moet bellen van 'Je cholesterol staat te hoog', maar het dan effectief in real life kan bespreken. Ik denk dat dat voor mij de grootste drijfveer is."*

Een andere arts gaf aan dat de aanpak van preoperatieve onderzoeken professioneler is geworden.

> *"Ook voor de preoperatieve onderzoeken … . De praktijkverpleegkundige doet alle parameters en nadien komen de patiënten bij de arts om het preoperatief dossier in te vullen, door te zenden en uit te leggen. Het is professioneler en de meeste mensen appreciëren het wel dat er tijd gemaakt wordt voor het eens uit te leggen. We hebben nu een volle consultatie om uitleg te geven en vragen te beantwoorden."*

Daarnaast waren er concrete verbeteringen zichtbaar in de opvolging van chronische aandoeningen, zoals diabetes. Deze zorg werd zowel door artsen als verpleegkundigen doelgerichter en frequenter opgevolgd.

> *"We hebben nu de diabetici die vier keer op het jaar gezien worden, twee keer bij de verpleegkundige en twee keer bij de arts. We letten op microalbuminurie, monofilament enzovoort, wat wij als huisarts te weinig deden door tijdsgebrek. Wij hebben ons punten waar we op letten en de verpleegkundige heeft haar punten waar ze op let. De diabetici zijn nu veel beter opgevolgd, merken we. De kwaliteit van zorg is nu al veel beter met dezelfde medicatie."*

Deze ontwikkelingen droegen niet alleen bij aan een hogere kwaliteit van zorg, maar verhoogden ook de patiënttevredenheid. Dit bleek uit de positieve reacties die zowel artsen als verpleegkundigen hebben ontvangen sinds de integratie van een praktijkverpleegkundige.

Vervolgens benadrukten twee artsen dat de samenwerking met een praktijkverpleegkundige een effectief middel was tegen de taakverarming die zij de afgelopen jaren hebben ervaren.

> *"Er is een beetje een uitholling van ons beroep."*

Door de integratie van een praktijkverpleegkundige bleven taken zoals vaccinaties, uitstrijkjes en wondzorg binnen de praktijk, wat voorkwam dat deze werden overgenomen door apothekers, gynaecologen of thuisverpleegkundigen. De artsen onderstreepten het belang van een centraal georganiseerde zorg binnen de huisartsenpraktijk, waardoor de zorg efficiënter wordt gecoördineerd en holistischer wordt georganiseerd.

> *"Op een landelijke gemeente komen oudere mensen bijna uitsluitend bij de huisarts. Als wij hen goed kunnen opvolgen, als dat onder één dak kan en goed gebeurt, zoveel te beter hé. Dat gaat kosten baten veel meer opbrengen."*

Daarnaast benadrukten zij dat een gevarieerd takenpakket niet alleen de zorgkwaliteit ten goede komt, maar ook de aantrekkelijkheid van het beroep vergroot. Door meer zorg onder één dak aan te bieden, krijgen huisartsen een grotere betrokkenheid en meer zeggenschap over het zorgproces, wat bijdraagt aan een dynamisch en veelzijdig beroep.

Tot slot droeg de aanwezigheid van een praktijkverpleegkundige bij aan een positief werkklimaat. Solo-artsen benadrukten hierbij het belang van collegiale steun, waarbij zij de mogelijkheid waardeerden om na complexe of emotioneel belastende casussen bij een collega hun ervaring te kunnen ventileren. Dit verminderde het gevoel van isolatie en vergrootte de draagkracht, vooral tijdens drukke periodes. Andere artsen merkten op dat de praktijkverpleegkundige organisatorische verlichting bood, wat resulteerde in een significante vermindering van stress. Bovendien werd de praktijkverpleegkundige door diverse artsen ervaren als een zorgend en verbindend figuur binnen het team, met een positieve impact op de collegialiteit en onderlinge zorg.

> *"Ik heb wel ervaren in de samenwerking met andere huisartsen, dat de focus nogal vree op de eigen agenda ligt. … Alles was binnen een heel strikt tijdskader. Dat gevoel heb ik nu minder. Er is ook ruimte voor zorg voor elkaar."*

Discussie

Overzicht van resultaten

In deze studie werden zes huisartsenpraktijken geanalyseerd, waarvan vijf recent een praktijkverpleegkundige hadden geïntegreerd. In één praktijk was de verpleegkundige reeds vier jaar actief, met een recente verschuiving van secretariaatstaken naar verpleegkundige verantwoordelijkheden. Vijf van de zes praktijken bevonden zich in een landelijke context. De grootte van de teams varieerde sterk, gaande van solopraktijken tot groepspraktijken met meerdere artsen, HAIO's en multidisciplinaire ondersteuning.

Beschrijvende factoren

De rekrutering van verpleegkundigen gebeurde op diverse manieren, van spontane sollicitaties tot gestructureerde rekruteringprocedures met in sommige gevallen ondersteuning van een extern HR-bureau. De selectiecriteria liepen uiteen, maar omvatten doorgaans opleidingsniveau, ervaring in de eerstelijnszorg, technische vaardigheden en compatibiliteit met het team. Wat betreft het statuut van de verpleegkundige werkten de meesten in loondienst, met loonafspraken conform wettelijke barema's, al heerste hierover veel onduidelijkheid. In één geval vond de tewerkstelling plaats via detachering door het Wit-Gele Kruis, wat als administratief verlichtend werd ervaren. Eén andere praktijk koos voor een zelfstandig verpleegkundige.

De opstart- en inloopperiode varieerde per praktijk. Sommige kozen voor een geleidelijke introductie, andere benutten piekmomenten voor een snellere integratie. De inloopfase verliep stapsgewijs, beginnend met een kennismaking met systemen en processen, gevolgd door administratieve en technische basistaken. Met toenemende ervaring werd het takenpakket uitgebreid naar gespecialiseerde handelingen en chronische zorgopvolging. In één geval werd de opstart begeleid vanuit het postgraduaat, waarbij duidelijke opdrachten en een gestructureerde aanpak werden gehanteerd.

Het takenpakket van verpleegkundigen omvatte een brede waaier aan verantwoordelijkheden, variërend van administratieve taken tot technische en preventieve zorg. Daarnaast speelden verpleegkundigen een belangrijke rol in organisatorische processen. Een geleidelijke uitbreiding van de taken werd als essentieel gezien om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. De afbakening van verantwoordelijkheden vond plaats in overleg, waarbij de medische beslissingsbevoegdheid bij de arts bleef.

De agendaplanning onderging in de meeste praktijken een verschuiving van doorverwijzing door artsen naar zelfstandig beheer, waarbij patiënten ook de mogelijkheid kregen tot online boeking. In eerste instantie ondervonden sommige patiënten enige weerstand tegen deze verandering, maar doorgaans nam deze snel af. Tijdens drukke periodes, zoals de wintermaanden, vervulde de verpleegkundige een sleutelrol in de organisatie en uitvoering van de vaccinatiecampagne. Om een evenwicht te bewaren tussen zorgtaken en bijkomende verantwoordelijkheden, werd ondersteuning geboden door een telesecretariaat en specifieke administratieve blokken.

De samenwerking tussen arts en verpleegkundige kenmerkte zich door laagdrempelig en frequent overleg. Korte dagelijkse overlegmomenten, zowel gepland als spontaan, vormden een essentieel onderdeel van de samenwerking. Er was ruime aandacht voor supervisie bij specifieke handelingen,

zoals ECG en spirometrie, maar ook bij medische beslissingen en onzekerheden. Verpleegkundigen voelden zich gesteund door de toegankelijkheid van artsen, wat bijdroeg aan een kwaliteitsvolle zorgverlening en een veilige werkomgeving.

Naast de dagelijkse interacties vonden in de meeste praktijken ook (twee)wekelijkse overlegmomenten plaats. Deze varieerden van casusbesprekingen tot bredere teamvergaderingen. In praktijken zonder vaste overlegmomenten werd een gebrek aan overzicht en het risico op verlies van niet-acute signalen benoemd. Daarnaast vormden functioneringsgesprekken een extra evaluatiestructuur waarin wederzijdse verwachtingen, sterktes en verbeterpunten werden besproken.

Contextuele factoren

Artsen zagen het verminderen van werkdruk en het efficiënter benutten van tijd als de belangrijkste drijfveren voor samenwerking. De noodzaak tot taakdelegatie van administratieve en technische handelingen werd daarbij expliciet genoemd. Daarnaast werd verwacht dat praktijkverpleegkundigen zouden bijdragen aan een verhoogde zorgkwaliteit en toegankelijkheid, onder andere door de implementatie van protocollaire zorg. Ook praktische overwegingen, zoals organisatorische flexibiliteit en het inspelen op hedendaagse trends, speelden een rol in hun keuze. Verpleegkundigen noemden stabiliteit, veelzijdigheid en intellectuele uitdaging als hun voornaamste motivatoren. Bovendien waardeerden zij de kleinschaligheid van de huisartsenpraktijk en de mogelijkheid om een sterke band met patiënten op te bouwen.

In vier van de zes praktijken was er sprake van een eerdere bekende relatie tussen de arts en de verpleegkundige. Deze relatie varieerde van een eerdere professionele samenwerking tot persoonlijke banden. Alle betrokkenen beschouwden deze vertrouwde connectie als een voordeel dat de samenwerking en het onderlinge vertrouwen versterkte.

De helft van de verpleegkundigen had een achtergrond in de thuisverpleging, waardoor zij vertrouwd waren met zelfstandigheid en de dynamiek van de eerstelijnszorg. De andere helft kwam uit een ziekenhuisomgeving en bracht sterke technische vaardigheden en psychosociale expertise mee. Aanvullende opleidingen werden als waardevolle aanvullingen beschouwd.

De postgraduaatopleiding bood twee verpleegkundigen praktijkgerichte kennis en vaardigheden, zoals het ontwikkelen van protocollen. Hoewel stages verdere verdieping gaven, werden een tekort aan communicatietraining en de hoge tijdsinvestering als uitdagingen ervaren. De opleiding stimuleerde ook groepsvorming en intervisie, wat als een verrijking van de rol van praktijkverpleegkundige werd gezien.

Alle praktijken erkenden protocollen als een essentieel hulpmiddel voor taakdelegatie en evidence-based zorg. Terwijl sommige praktijken al uitgebreide protocollen hadden ontwikkeld, bevonden anderen zich nog in de beginfase van implementatie, waarbij de benodigde tijdsinvestering als grootste uitdaging werd ervaren. Er werd sterk de nadruk gelegd op de behoefte aan gestandaardiseerde protocollen vanuit externe bronnen, die als referentiepunt konden dienen.

Het belang van een gezamenlijke visie binnen de praktijk, waarin alle betrokkenen de integratie van een verpleegkundige volledig ondersteunen, werd sterk benadrukt. Verschillen in opvattingen tussen artsen werden gezien als een potentiële bron van frictie, terwijl een uniforme visie bijdroeg aan interne samenhang en een vlotte acceptatie van de verpleegkundige door patiënten. Daarnaast werd

teamspirit, gekenmerkt door open communicatie, wederzijds respect en het vermijden van hiërarchie, beschouwd als een fundamentele pijler voor een veilige en efficiënte werkomgeving.

Het ontbreken van specifieke regelgeving rond de tarificatie van prestaties door praktijkverpleegkundigen werd als een knelpunt ervaren. Momenteel worden deze prestaties vaak via het artsenprofiel getarifeerd, waarbij patiënten geen remgeld betalen. Dit bracht vragen met zich mee over de noodzaak van aparte nomenclatuurnummers voor praktijkverpleegkundigen. Eén praktijk opereerde binnen het kader van de New Deal, wat volgens de huisarts een "veilig gevoel" gaf. Tegelijkertijd werden ook enkele tekortkomingen benoemd, zoals het gebrek aan vergoeding voor medische apparatuur en de onzekerheid over de financiële duurzaamheid van het project.

Tot slot werd de beperkte functionaliteit van verpleegkundigenaccounts in medische software als een belemmering gezien.

Belemmerende factoren

In de beginfase ervoeren praktijkverpleegkundigen vaak gevoelens van onzekerheid, mede door een hoge werkdruk en beperkte begeleiding. Dit leidde ertoe dat velen hun opstart als overweldigend ervoeren. Een gefaseerde inloopperiode en het benutten van individuele sterktes bleken belangrijk voor een succesvolle integratie. Daarnaast hielpen frequente overlegmomenten en functioneringsgesprekken deze onzekerheid te verminderen en boden een veilig kader voor verdere ontwikkeling. In praktijken zonder structureel overleg bleef de rol van de verpleegkundige minder duidelijk, wat de onzekerheid vergrootte. De behoefte aan heldere praktijkprotocollen, duidelijke rolverwachtingen en positieve feedback werd sterk benadrukt. Daarnaast werd intercollegiale ondersteuning buiten de eigen praktijk als waardevol beschouwd.

De samenwerking tussen artsen en praktijkverpleegkundigen verliep aanvankelijk moeizaam, maar verbeterde na verloop van tijd door wederzijdse kennismaking, open communicatie en gedeelde successen. Vertrouwen was geen vanzelfsprekendheid en moest actief worden opgebouwd. Een belangrijk aspect was taakdelegatie. Artsen waren bereid verantwoordelijkheden over te dragen, maar vonden het vaak moeilijk om controle volledig los te laten vanwege hun eindverantwoordelijkheid, de wens kwaliteitscontrole te behouden en het ontbreken van een duidelijk wettelijk kader. Een gemeenschappelijke visie binnen een praktijk ontbrak soms, wat het proces verder bemoeilijkte. Daarnaast was tijdsgebrek bij artsen een hindernis. Dit vertraagde taakdelegatie en beperkte de mogelijkheid tot overleg. De drukte leidde soms tot korte en onpersoonlijke communicatie, wat als onaangenaam werd ervaren. Praktijkverpleegkundigen ervoeren aanvankelijk een drempel om het gesprek met artsen aan te gaan, maar dit verdween naarmate het vertrouwen groeide. Toch bleef hiërarchie een rol spelen, waarbij jongere artsen doorgaans gelijkwaardiger communiceerden. Artsen erkenden deze hiërarchische spanning en namen initiatieven om gelijkwaardigheid te bevorderen.

Drivers

Praktijkverpleegkundigen werden door huisartsen gezien als een geschikte schakel om een deel van de praktijkorganisatie over te nemen, aangezien de coördinatie van deze taken door artsen als tijdrovend werd ervaren. Zij namen uiteenlopende organisatorische, administratieve en logistieke verantwoordelijkheden op zich en vervulden een managerrol, waardoor de werkdruk van huisartsen werd verlicht en de samenwerking tussen patiënt, arts en praktijkmedewerkers werd versterkt. Er waren diverse stimulerende factoren, zoals de VIP-opleiding en de interesse in coördinerende taken,

maar ook uitdagingen speelden een rol. Tijdsdruk, een breed takenpakket en de zoektocht naar een balans tussen patiëntenzorg en managementactiviteiten kwamen vaak naar voren. Daarnaast merkten huisartsen op dat praktijkverpleegkundigen soms terughoudend waren bij het nemen van initiatief zonder mandaat, terwijl verpleegkundigen zelf aangaven zich ongemakkelijk te voelen bij het nemen van grote financiële beslissingen.

De integratie van praktijkverpleegkundigen binnen huisartsenpraktijken leidde tot een herwaardering van de eerstelijnszorg. Zij brachten nieuwe kennis en praktische expertise mee, waardoor wederzijdse kennisdeling ontstond en artsen hun zorgverlening met een vernieuwde blik konden benaderen. Praktijkverpleegkundigen speelden een essentiële rol in het oppikken van subtiele signalen bij patiënten en fungeerden als laagdrempelig aanspreekpunt, wat zowel de patiënttevredenheid als de zorgkwaliteit verhoogde. Bovendien maakten zij het mogelijk voor huisartsen om zich meer te richten op diepgaandere consultaties, de studie van richtlijnen en de gerichte opvolging van chronische aandoeningen, wat de algemene kwaliteit van zorg verder optimaliseerde. Daarnaast werd samenwerking met praktijkverpleegkundigen door sommige artsen gezien als een manier om taakverarming tegen te gaan. Door meer zorg onder één dak te bieden, werd zowel de efficiëntie als de diversiteit en aantrekkelijkheid van het beroep bevorderd. Tot slot droegen praktijkverpleegkundigen bij aan een beter werkklimaat door collegiale steun en onderlinge zorg binnen het team, wat stress verminderde en de samenwerking verbeterde.

Vergelijking met bestaande literatuur

De vergelijking tussen onze resultaten en de bestaande literatuur benadrukt het belang van een gedeelde visie binnen de praktijk. Dit geldt als een fundamentele voorwaarde voor een succesvolle integratie van de praktijkverpleegkundige, gedragen door alle betrokkenen. Zowel ons onderzoek als eerder onderzoek toont aan dat een gebrek aan consensus de dagelijkse praktijk negatief beïnvloedt, voornamelijk door een vermindering van vertrouwen binnen het zorgteam (20).

Daarnaast bevestigt eerder onderzoek het ontbreken van een wettelijk kader voor de tarificatie van praktijkverpleegkundige prestaties. Hoewel verpleegkundigen met een RIZIV-nummer bepaalde prestaties kunnen aanrekenen via verpleegkundige nomenclatuurnummers, blijft het aanbod beperkt tot een select aantal medisch-technische handelingen. Cruciale taken, zoals bloedafnames, ECG's en spirometrie, worden niet opgenomen in de huidige nomenclatuur, een tekortkoming die zowel door ons onderzoek als de bestaande literatuur wordt vastgesteld (17). Aanvullend op onze resultaten uiten recente onderzoeken kritiek op het prestatie-gebaseerde financieringsmodel. Dit model wordt gezien als ontoereikend om de financiële lasten te dekken die gepaard gaan met de integratie van praktijkverpleegkundigen (7, 14, 20). Eén studie suggereerde een gedeeltelijk forfaitair financieringsmodel voor meer financiële zekerheid. Hoewel dit model potentie biedt, toont zowel ons onderzoek als de literatuur aan dat er weinig bereidheid onder artsen bestaat om in een dergelijk model te participeren (20).

Verder tonen onze resultaten sterke overeenkomsten met de bestaande literatuur met betrekking tot de drijfveren achter samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Een Cochrane-review bekrachtigt stabiele werkcondities, intellectuele uitdaging en langdurige zorgrelatie als belangrijkste motivatoren voor verpleegkundigen (12). Bij artsen blijkt zowel uit ons onderzoek als uit eerder onderzoek dat de wens om de zorgkwaliteit te verhogen een voorname drijfveer is (7, 12, 20).

De effectief ervaren verbetering in zorgkwaliteit (10, 12, 20-22) wordt zowel in onze resultaten als in de literatuur toegeschreven aan verschillende factoren. Het betreft de toegankelijkheid en laagdrempeligheid van verpleegkundige consulten (12), de holistische aanpak die voortkomt uit een divers zorgteam (12, 21) en de extra zorgmogelijkheden die binnen de huisartsenpraktijk worden geboden (21). Bovendien wijst één studie erop dat de kwaliteit verder wordt verhoogd doordat artsen tijdens consultaties minder onderbroken worden, aangezien praktijkverpleegkundigen taken overnemen (12). Zowel ons onderzoek als de literatuur benadrukken ook de rol van evidence-based protocollen bij de kwaliteitsverhoging, doordat deze duidelijke richtlijnen en verantwoordelijkheidsverdelingen bieden (14, 18, 22).

Daarnaast komt uit zowel onze studie als uit eerder onderzoek naar voren dat het verminderen van de werkdruk een tweede belangrijke drijfveer is voor artsen (7, 12, 20). Artsen merken tijdswinst op, wat hen in staat stelt zich beter te concentreren op kerntaken, meer diepgaande consultaties te voeren en hun eigen competenties verder te ontwikkelen (21). Tegelijkertijd blijkt uit sommige onderzoeken dat de werkdruk niet altijd vermindert, maar eerder verandert (10, 12, 14), bijvoorbeeld door een grotere focus op verborgen klachten en complexe problematieken, wat leidt tot langere en meer intensieve consultaties (10, 12). Hoewel de integratie van een praktijkverpleegkundige niet per se resulteert in een vermindering van de werkbelasting, blijkt de gewijzigde aard van de werklast wel bij te dragen aan een verbeterd professioneel welzijn (10).

Praktijkverpleegkundigen spelen een belangrijke rol in deze veranderende werklast door niet alleen medisch-technische handelingen, maar ook managementtaken op zich te nemen (10, 12, 14, 18, 20). Onze resultaten en de literatuur bevestigen echter dat het opnemen van deze uitgebreide rol voor verpleegkundigen uitdagend is. Extra opleiding en contextspecifieke training worden gezien als noodzakelijk om hen in staat te stellen meer zelfstandig te werken, meer verantwoordelijkheid op zich te nemen en initiatief te tonen binnen de grenzen van hun expertise (12, 18, 20). Ervaring in de eerste lijn blijkt bovendien een gunstige invloed te hebben op hun houding ten aanzien van het opnemen van deze rol (14). Evidence-based protocollen dragen ook hier bij door duidelijkheid te verschaffen in rolverdeling en verantwoordelijkheid, terwijl ze de verpleegkundige en arts beschermen binnen het kader van taakdelegatie (14, 18).

Een belangrijke bevinding in deze studie is de onzekerheid die praktijkverpleegkundigen ervaarden tijdens de opstartfase. Deze onzekerheid kon mede beïnvloed worden door de uitbreiding van het takenpakket zonder een duidelijke taakafbakening en door een gebrekkige ondersteuning vanuit de praktijk. Deze vaststelling sluit aan bij eerder onderzoek, waarin werd aangetoond dat het uitvoeren van onbekende taken door verpleegkundigen zonder voldoende begeleiding werd ervaren als een te grote verantwoordelijkheid (23). Bovendien blijkt uit onderzoek naar de mentale gezondheid van verpleegkundigen dat dergelijke professionele uitdagingen gepaard gaan met een verhoogd risico op burn-out, angstklachten en depressieve symptomen (24).

Ook R. McDonald et al. (2009) beschreven een vergelijkbare dynamiek in hun onderzoek naar taakverschuiving van arts naar verpleegkundige binnen Engelse huisartspraktijken. De auteurs stelden vast dat er enerzijds onzekerheid heerste over de competenties van verpleegkundigen, en anderzijds dat de autonomie van deze beroepsgroep onder druk stond door een toenemende standaardisatie en protocolgerichte werkwijze (25). Opmerkelijk is dat dit laatste aspect contrasteert met de bevindingen

uit onze studie, waar zowel artsen als verpleegkundigen juist de nood aan meer protocollering en taakduidelijkheid benadrukten.

In onze studie blijkt een belangrijke belemmering voor de autonomie van de verpleegkundige te liggen in de terughoudendheid van artsen om verantwoordelijkheden volledig te delegeren. Deze bevinding wordt ondersteund door een systematische review waarin verpleegkundigen aangaven dat hun autonomie vaak werd beperkt en dat huisartsen moeite hadden om de volledige verantwoordelijkheid over te dragen (26).

Tot slot toont onze studie aan dat verpleegkundigen in de beginfase van hun integratie vaak een gevoel van hiërarchie ervaarden, wat de onzekerheid versterkte en de drempel tot overleg verhoogde. Deze bevinding stemt overeen met resultaten uit een integratieve review, waarin verpleegkundigen aangaven een hiërarchische verhouding te ervaren en zich voortdurend genoodzaakt voelden hun competentie te bewijzen (27).

Interpretatie & aanbevelingen

Om te beantwoorden aan het veranderend zorglandschap integreren Vlaamse huisartsen steeds vaker een verpleegkundige in hun praktijk. Onderzoek heeft zich eerder al gericht op de effecten op zorgkwaliteit en welbevinden, maar deze integratie brengt ook nieuwe uitdagingen en kansen met zich mee.

Nieuwe zorg, oud systeem: tijd voor een wettelijk kader dat meebeweegt

Dit onderzoek duidt op een gebrek aan een wettelijk kader dat aansluit bij de veranderende zorgverlening in deze huisartsenpraktijken. Zowel artsen als praktijkverpleegkundigen benadrukken de noodzaak van een aangepast systeem waarin nomenclatuurnummers voor verpleegkundigen beter overeenkomen met de medisch-technische prestaties die zij binnen het prestatie-gebaseerde financieringsmodel leveren. Hoewel een bestaande studie een meer forfaitair-gebaseerd financieringsmodel, zoals het New Deal project, suggereert, toont zowel ons onderzoek als de literatuur dat er slechts een beperkte bereidheid is om het huidige prestatie-gebaseerde financieringsmodel te verlaten. De achterliggende redenen voor deze weerstand zijn niet in kaart gebracht in onze studie, maar een mogelijke verklaring, volgens ons, is dat het huidige model een duidelijke en directe koppeling biedt tussen prestaties en inkomsten, wat artsen financiële voorspelbaarheid en stabiliteit biedt. Het verlaten van dit model kan bijgevolg onzekerheid creëren over toekomstige inkomsten. Daarnaast lijkt het huidige systeem een motiverende werking te hebben doordat het individuele inspanningen en prestaties expliciet erkent. Mogelijks heerst er de bezorgdheid dat een overgang naar een forfaitair-gebaseerd financieringsmodel leidt tot een lagere werkdruk en kortere werkuren, met mogelijke implicaties voor de status en invulling van het beroep. Verder lijkt het waarschijnlijk dat ook historische factoren een rol spelen, waarbij het belonen van prestaties per verrichting diep verweven zit in de professionele identiteit van artsen.

Het aanpassen van het wettelijk kader aan de actuele trends binnen de eerstelijnszorg blijkt een aanzienlijke uitdaging in de integratie van praktijkverpleegkundigen in huisartsenpraktijken. Om de beperkte bereidwilligheid tot een verandering in het financieringsmodel beter te begrijpen, is aanvullend kwalitatief onderzoek naar de percepties van huisartsen noodzakelijk. Dergelijk onderzoek kan inzicht bieden in de psychologische en historische factoren die een rol spelen bij hun standpunten. Bovendien is langdurige opvolging van het New Deal project essentieel om de langetermijneffecten te

evalueren en de duurzaamheid van dit project in te schatten. Ten slotte kunnen studies naar internationale ervaringen met vergelijkbare uitdagingen waardevolle inzichten bieden en dienen als inspiratie voor het ontwikkelen van doeltreffende oplossingen binnen de Vlaamse context.

Gedeelde zorg, verdeelde regie: de moeilijke transitie van solospelers naar teamspelers

Verder komt uit het onderzoek naar voren dat artsen terughoudend zijn in het delegeren van zorg gerelateerde taken, gedreven door hun gevoel van eindverantwoordelijkheid en de behoefte aan controle over specifieke zorgtaken. Tegelijkertijd ervaren praktijkverpleegkundigen, die in eerdere werkcontexten vaak autonoom functioneerden, moeilijkheden met de noodzaak tot voortdurende afstemming voordat beslissingen genomen kunnen worden. Dit leidt tot een spanningsveld waarin verpleegkundigen enerzijds onzekerheid ervaren over hun toegenomen verantwoordelijkheid en de mogelijke gevolgen van fouten, terwijl anderzijds de historische hiërarchie tussen artsen en verpleegkundigen de transitie naar een gelijkwaardige samenwerking belemmert. Een kernvraag die hieruit voortvloeit, is in welke mate artsen tegenwoordig een paternalistische houding aannemen en of dit voortkomt uit gewoonte of een impliciet streven naar het behoud van status. Tegelijkertijd kan men zich afvragen of verpleegkundigen de impact van deze historische hiërarchische structuur overschatten. Bovendien rijst de vraag of de opleiding verpleegkunde voldoende aandacht besteedt aan het omgaan met onzekerheid binnen de eerstelijnszorg, een aspect dat binnen de geneeskundeopleiding sterk wordt benadrukt.

Op grond van deze overwegingen lijkt het waardevol interprofessionele training binnen de basisopleiding van geneeskunde en verpleegkunde te implementeren om deze patronen te doorbreken en een cultuur van gedeelde verantwoordelijkheid te bevorderen. Door middel van gezamenlijke lessen, casusanalyses of simulaties kunnen studenten leren effectief te communiceren en samen te werken in een eerstelijnsteam, wat essentieel is voor een succesvolle interprofessionele praktijk. Bovendien zou de opleiding verpleegkunde intensiever kunnen inzetten op training in klinisch redeneren, om verpleegkundigen beter voor te bereiden op de dynamische en soms onvoorspelbare aard van eerstelijnszorg.

De verschuiving van solistisch werken naar teamgerichte samenwerking binnen de huisartsenpraktijk vormt een aanzienlijke uitdaging voor zowel artsen als verpleegkundigen. Dieper onderzoek naar de oorsprong van mogelijke paternalistische interacties en de beladen perceptie van verpleegkundigen hierover kan waardevolle inzichten opleveren in de historische ontwikkeling van deze houding en manieren om deze te doorbreken. Daarnaast kan de evaluatie van bestaande interprofessionele trainingsprogramma's essentiële informatie verschaffen over de vooruitgang die reeds is geboekt en de mogelijkheden voor verdere optimalisatie van samenwerking binnen de eerstelijnszorg.

Nieuwe zorg, nieuwe rol: verpleegkundigen tussen initiatief en onzekerheid

Tot slot blijkt uit het onderzoek dat huisartsen de voorkeur geven aan het delegeren van coördinerende taken binnen de praktijkorganisatie waardoor de praktijkverpleegkundigen vaak de functie van manager op zich nemen. De achterliggende motieven voor deze rolverdeling zijn door het onderzoek echter nog niet vastgesteld. Het is aannemelijk dat huisartsen coördinerende taken graag delegeren, mede vanwege een beperkte focus op praktijkorganisatie en een tekort aan managementvaardigheden binnen hun opleiding. Tegelijkertijd lijken specifieke groepen verpleegkundigen zich aangetrokken te voelen tot de functie van praktijkverpleegkundige, juist vanwege de mogelijkheid om een manager rol te vervullen. Het gaat hierbij vooral om verpleegkundigen met ervaring in de thuisverpleging, het operatiekwartier of de spoedgevallendienst.

Uit eigen observaties zijn wij van mening dat deze professionele achtergronden vaak gepaard gaan met karaktereigenschappen die van nature neigen naar zelfstandigheid en een interesse voor managementfuncties, mede door de zichtbare meerwaarde voor de organisatorische structuur waarin zij opereren. Verpleegkundigen stuiten echter vaak op praktische uitdagingen en opnieuw een factor onzekerheid bij het uitoefenen van deze uitgebreide rol, terwijl artsen benadrukken dat er een tekort aan initiatiefneming is. Dit roept de vraag op of de opleiding verpleegkunde onvoldoende gericht is op het stimuleren van autonoom handelen. Mogelijks houdt de opleiding te sterk vast aan de traditionele, beschermde context waarin verpleegkundigen historisch gezien werkzaam zijn, zoals binnen een ziekenhuismilieu. Hier functioneren zij doorgaans hiërarchisch onder supervisie van artsen en voeren zij enkel handelingen uit die strikt protocolair zijn vastgelegd.

Op basis van deze reflecties lijkt het zinvol om de opleiding tot verpleegkundige in de huisartsenpraktijk verder te optimaliseren. Dit kan worden gerealiseerd door middel van contextspecifieke en competentiegerichte training, waarbij stages in diverse praktijkomgevingen, naar analogie met HAIO-stages, een centrale rol spelen. Daarnaast zou het opleidingsprogramma kunnen worden versterkt door de introductie van mentorgroepen, zoals gebruikelijk is in de opleiding geneeskunde. Deze groepen kunnen fungeren als ondersteunende netwerken waarin startende praktijkverpleegkundigen hun ervaringen, uitdagingen en onzekerheden delen en aanpakken onder begeleiding van meer ervaren professionals. Dit soort initiatieven kan bijdragen aan het stimuleren van initiatief en zelfvertrouwen bij verpleegkundigen werkzaam in de huisartsenpraktijk.

Het toewijzen van taken op het gebied van communicatie, organisatie, logistiek en administratie biedt onmiskenbaar een belangrijke kans binnen de integratie van praktijkverpleegkundigen. Toch is aanvullend onderzoek nodig om de onderliggende motieven achter deze nieuwe rolverdeling beter te begrijpen. Bovendien is het cruciaal om de oorzaken van de ervaren uitdagingen die hiermee gepaard gaan te identificeren. Tot slot kan een analyse van de structuur en inhoud van buitenlandse opleidingsprogramma's voor praktijkverpleegkundigen waardevolle inzichten opleveren.

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek werd uitgevoerd binnen een beperkte studiepopulatie van zes huisartsen en zes verpleegkundigen, een bewuste en weloverwogen keuze die in overleg met de promotor werd gemaakt. Deze beslissing was essentieel om de haalbaarheid van deze studie binnen de beschikbare tijd en middelen te waarborgen. Hoewel de beperkte omvang van de populatie waardevolle en diepgaande inzichten opleverde, beperkt dit de generaliseerbaarheid van de resultaten naar alle huisartsenpraktijken in Vlaanderen. Het relatief kleine aantal deelnemers kan ertoe geleid hebben dat bepaalde variaties onvoldoende zijn belicht.

Voor het kwalitatief onderzoek werd gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Deze methode bood flexibiliteit in zowel vragen als antwoorden wat het mogelijk maakte om diepgaande inzichten te verkrijgen. Deze flexibiliteit ging echter gepaard met enkele uitdagingen. Zo kan variatie in focus en detailniveau tussen de interviews de consistentie van de data beïnvloed hebben. Daarnaast kan de mate van openheid tussen de verschillende huisartsen en verpleegkundigen gevarieerd hebben, waardoor bepaalde thema’s mogelijks meer aandacht kregen dan andere. Dit effect werd mogelijk versterkt door de beperkte ervaring van de interviewers wat de volledigheid van de verkregen data verder kan beïnvloed hebben.

De data-analyse in dit onderzoek volgde een inductieve benadering, ondersteund door de QUAGOL-methodologie. Hoewel deze methodologie een gestructureerde analyse mogelijk maakte, introduceerde ze ook een zekere mate van subjectiviteit. Het interpreteren van de data en het ontwikkelen van de codeboom waren bijgevolg afhankelijk van de persoonlijke inzichten en ervaringen van de onderzoekers. Ondanks de toepassing van onderzoekstriangulatie blijft de mogelijkheid bestaan dat subtiele nuances of minder prominente thema's in het proces verloren zijn gegaan. Deze beperkingen zijn inherent aan kwalitatieve onderzoeksbenaderingen, maar verdienen expliciete vermelding om de interpretatie van de resultaten te nuanceren.

Conclusie

De eerstelijnszorg in Vlaanderen staat voor een belangrijke transitie, gedreven door demografische en sociale uitdagingen, zoals de vergrijzing van de bevolking, de stijging van chronische aandoeningen en een verschuivende verwachting van patiënten omtrent zorgverlening. In dit complexe en dynamische zorglandschap wordt de praktijkverpleegkundige steeds prominenter erkend als een waardevol ondersteuningsprofiel in huisartsenpraktijken. Deze studie heeft tot doel de ervaringen van Vlaamse huisartsen en praktijkverpleegkundigen te belichten, en biedt belangrijke inzichten in de uitdagingen en kansen die gepaard gaan met de integratie van praktijkverpleegkundigen.

De onderzoeksresultaten benadrukken dat praktijkverpleegkundigen een duidelijke meerwaarde leveren aan de huisartsenpraktijk, zowel op het gebied van technische als organisatorische ondersteuning. Hun bijdrage leidt tot een verlichting van de werkdruk voor huisartsen, evenals een verhoging van de zorgkwaliteit. Echter, structurele onzekerheden zoals het ontbreken van een wettelijk kader, ambiguïteit omtrent rolverdeling en de omschakeling van solistisch naar interdisciplinair teamwerk blijken aanzienlijke belemmeringen te vormen. Een gedeelde praktijkvisie en strategische communicatie blijken onontbeerlijk voor een succesvolle samenwerking.

Deze studie identificeert eveneens belangrijke opportuniteiten. Zo kan het delegeren van logistieke, administratieve en communicatieve taken aan praktijkverpleegkundigen hen positioneren als coördinerende figuren binnen de praktijkorganisatie. Deze managerrol biedt niet alleen ruimte voor een efficiëntere praktijkvoering, maar schept ook kansen om de eerstelijnszorg beter af te stemmen op de behoeften van een toenemende en complexere zorgvraag.

Voor de toekomst wordt een multidimensionale aanpak aanbevolen. Het is essentieel om een wettelijk kader te ontwikkelen dat de rol en verantwoordelijkheden van praktijkverpleegkundigen expliciet vastlegt, evenals een aangepast financieringsmodel dat hun werk financieel erkent. Even belangrijk is het investeren in gerichte opleiding en interprofessionele training, waardoor praktijkverpleegkundigen beter voorbereid zijn op hun taken en onzekerheden verminderd worden. Tot slot kan het opzetten van regionale netwerken en ondersteuningsstructuren bijdragen aan hun professionele groei en een meer geïntegreerde samenwerking binnen de eerstelijnszorg.

De integratie van praktijkverpleegkundigen biedt aldus een uitgelezen kans om de eerstelijnszorg in Vlaanderen te herwaarderen. Door in te spelen op de beschreven noden en kansen, kan deze ontwikkeling bijdragen aan een duurzame, patiëntgerichte en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, waarin zowel patiënten als zorgverleners floreren.

Literatuurlijst

1. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België CPvdg, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2023.
2. Monitoring van de workforce artsen: nieuwe elementen en impact COVID-19 ter bepaling van de quota artsen 2029 – 2033, Cel Planning van de gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2023.
3. Dirickx B, Viaene M, De Lepeleire J. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie. Huisarts Nu 2011;40:417-20.
4. Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. Het aanbod van artsen in België: huidige toestand en uitdagingen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports.72A (D/2008/10.273/07).
5. Bevolking naar leeftijd en geslacht: Vlaanderen; 2023. Available from: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht.
6. De Maeseneer J. De gezondheidszorg in België in 2030: “Anders, of meer van hetzelfde?”. Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving. 2019.
7. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. Practice nurse support and task suitability in a general practice: a cross-sectional survey in Belgium. Journal of interprofessional care. 2019;33(6):661-9.
8. Belche J, Geentjens P, Van den Bruel A. Eindrapport reflectiegroep ‘Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk)’. 2023.
9. Lefèvre M, Levy M, Van de Voorde C. General practitioner remuneration: overview of selected countries with a mixed system of fee-for-service and lump-sum payments. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2023. KCE Reports 366. D/2023/10.273/04.
10. MJ van den Berg, ED Kolthof, DH de Bakker, J van der Zee. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
11. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? International journal of nursing studies. 2015;52(3):727-43.
12. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. The Cochrane database of systematic reviews. 2019;4(4):CD010412.
13. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. The Cochrane database of systematic reviews. 2018;7(7):CD001271.
14. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care-the GP perspective. Family practice. 2002;19(6):641-6.
15. van der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. BMC family practice. 2017;18(1):16.
16. Groenewegen P, Boerma WGW, Spreeuwenberg P, Seifert B, Schafer W, Batenburg R, et al. Task shifting from general practitioners to practice assistants and nurses in primary care: a cross-sectional survey in 34 countries. Primary health care research & development. 2022;23:e60.
17. Schuerman E, Schoenmakers B. Praktijkorganisatie voor dummies. Een leidraad bij de opstart van verpleegkundige zorgen in een huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 2014;43:23-6.
18. Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. The European journal of general practice. 2021;27(1):198-210.
19. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA. 2022;327(6):521-2.

20. Aerts N, Van Bogaert P, Bastiaens H, Peremans L. Integration of nurses in general practice: A thematic synthesis of the perspectives of general practitioners, practice nurses and patients living with chronic illness. Journal of clinical nursing. 2020;29(1-2):251-64.
21. Lauber E, Kindlimann A, Nicca D, Altermatt-von Arb R, Sgier C, Staudacher S, et al. Integration of an advanced practice nurse into a primary care practice: a qualitative analysis of experiences with changes in general practitioner professional roles in a Swiss multiprofessional primary care practice. Swiss medical weekly. 2022;152:w30199.
22. Dierick-van Daele AT, Spreeuwenberg C, Derckx EW, van Leeuwen Y, Toemen T, Legius M, et al. The value of nurse practitioners in Dutch general practices. Quality in primary care. 2010;18(4):231-41.
23. Graves H, Garrett C, Amiel SA, Ismail K, Winkley K. Psychological skills training to support diabetes self-management: Qualitative assessment of nurses' experiences. Primary care diabetes. 2016;10(5):376-82.
24. Duhoux A, Menear M, Charron M, Lavoie-Tremblay M, Alderson M. Interventions to promote or improve the mental health of primary care nurses: a systematic review. Journal of nursing management. 2017;25(8):597-607.
25. McDonald R, Campbell S, Lester H. Practice nurses and the effects of the new general practitioner contract in the English National Health Service: the extension of a professional project? Social science & medicine (1982). 2009;68(7):1206-12.
26. Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. BMC nursing. 2017;16:6.
27. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care - an integrative review. BMC family practice. 2013;14:132.

Bijlagen

Bijlage 1: Informed consent

Informatiebrief voor deelnemers aan een onderzoek

Titel van het onderzoek: Integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk: een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van huisartsen en verpleegkundigen.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een kwalitatief onderzoek. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger, of met andere personen van uw keuze. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier op de laatste pagina te ondertekenen.

1 WAT IS HET DOEL VAN DE STUDIE?

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een kwalitatieve studie met als doel de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen bij de integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk in kaart te brengen. De studie zal uitgevoerd worden in Vlaamse huisartsenpraktijken waar minimum twee huisartsen werkzaam zijn en waar een verpleegkundige werd geïntegreerd binnen de 6 maand en 24 maand voor inclusie.
De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent. Studenten van de vakgroep Huisartsgeneeskunde zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

2 WAT HOUDT DEELNAME AAN DE STUDIE IN VOOR U?

Tijdens de studie zal u geïnterviewd worden gedurende één uur rond uw ervaringen bij de integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Het interview vindt plaats in de huisartsenpraktijk en zal door middel van een audio-opname opgenomen en geanalyseerd worden. De audio-opnames zullen na transcriptie verwijderd worden.

3 HOEVEEL DEELNEMERS ZULLEN AAN DEZE STUDIE DEELNEMEN?

Er zullen in totaal 18 personen aan deze studie deelnemen.

4 WAT IS DE DUUR VAN DEZE STUDIE?

De verwachte totale duur van de studie voor u is één uur.

5 WAT WORDT VERWACHT VAN DE DEELNEMER?

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

6 WELKE PROCEDURES VINDEN TIJDENS DE STUDIE PLAATS?

De onderzoeksvraag zal onderzocht worden door middel van interviews bij huisartspraktijken die recent de samenwerking met een praktijkverpleegkundige opgestart hebben. Per praktijk zal een interview van één uur afgenomen worden bij twee artsen en één verpleegkundige.

7 WAT ZIJN UW RECHTEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

7.1 Rechten bij deelname aan de studie

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kan zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker.

Uw deelname aan deze studie zal beëindigd worden als de onderzoeker meent dat dit in uw belang is. U kan ook voortijdig uit de studie teruggetrokken worden door de onderzoeker als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert.
Indien u uit de studie gehaald wordt, zullen de reeds verzamelde gegevens gepseudonimiseerd in de databank blijven voor analyse, maar zal geen nieuwe data toegevoegd worden.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

7.2 Rechten met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking

van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt. Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van de UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm)

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de kwalitatieve studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 7).
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Persoonsgegevens zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. dr. Decat P. (UGent). Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw persoonsgegevens om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

8 WAT ZIJN DE RISICO'S EN VERWACHTE VOORDELEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag.

U hebt het recht om op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's van deze studie. Als er in het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed zouden kunnen hebben op uw bereidheid om te blijven deelnemen aan deze studie, zult u daarvan op de hoogte worden gebracht.

9 ZIJN ER KOSTEN VERBONDEN AAN DE DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

10 IS EEN VERGOEDING VOORZIEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

U zal geen financiële compensatie of vergoeding van reiskosten ontvangen voor uw deelname aan deze klinische studie.

11 TOT WIE KUNT U ZICH RICHTEN IN HET GEVAL VAN PROBLEMEN OF INDIEN U VRAGEN HEEFT?

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn team:

Prof. dr. Decat P.

Universiteit Gent
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

Campus UZ-Gent, Ingang 42, 6de verdieping,
Corneel Heymanslaan 10
9000 Gent
Belgium
Tel.: 0032 9 332 36 28

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DEELNEMERS AAN EEN EXPERIMENT

Referentienummer van de deelnemer voor deze studie	

Ik heb het document “Informatiebrief voor deelnemers aan een experiment” pagina 1 tot en met 5 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico’s en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.
Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijks willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat mijn persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard tot minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 7).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte interventies** zoals toegelicht onder hoofdstuk 6 van de informatiebrief: - Interview van één uur	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 2: Interviewleidraad

PRAKTIJKINFO

- Aantal en type zorgverleners in de praktijk
- Landelijke/stedelijke praktijk
- Opstartdatum praktijkverpleegkundige

ARTS

- VOORBEREIDING
    - Wat was de drijfveer om samen te werken met een praktijkverpleegkundige?
    - Op welke manier werd naar een praktijkverpleegkundige gezocht? Welke criteria werden gehanteerd?
- OPSTART
    - Hoe is de opstart praktisch verlopen? Wat verliep in uw ervaring vlot? Wat verliep in uw ervaring stroef?
    - Kreeg u ondersteuning op structureel, financieel of wettelijk vlak? Zo ja, hoe heeft u deze ondersteuning ervaren?
- SAMENWERKING
    - Welk takenpakket neemt de praktijkverpleegkundige op? Is dit takenpakket geëvolueerd ten opzichte van de opstart?
    - Op welke manier komt de patiënt bij de praktijkverpleegkundige terecht?
    - Op welke manier wordt supervisie en overleg voorzien ter waarborging van kwalitatieve zorg?
- WELBEVINDEN EN ERVARING
    - Wat zijn positieve ervaringen binnen de huidige samenwerking?
    - Wat zijn werkpunten binnen de huidige samenwerking?
    - Ziet u nog opportuniteiten binnen de samenwerking op lange termijn?

VERPLEEGKUNDIGE

- VOORBEREIDING
    - Wat was de drijfveer om samen te werken met een huisarts?
    - Op welke manier werd naar een huisartsenpraktijk gezocht? Welke criteria werden gehanteerd?
- OPSTART
    - Hoe is de opstart praktisch verlopen? Wat verliep in uw ervaring vlot? Wat verliep in uw ervaring stroef?
    - Kreeg u ondersteuning op structureel, financieel of wettelijk vlak? Zo ja, hoe heeft u deze ondersteuning ervaren?
- SAMENWERKING
    - Welk takenpakket neemt u op? Is dit takenpakket geëvolueerd ten opzichte van de opstart?
    - Op welke manier komt de patiënt bij u terecht?
    - Op welke manier wordt supervisie en overleg voorzien ter waarborging van kwalitatieve zorg?
- WELBEVINDEN EN ERVARING
    - Wat zijn positieve ervaringen binnen de huidige samenwerking?
    - Wat zijn werkpunten binnen de huidige samenwerking?
    - Ziet u nog opportuniteiten binnen de samenwerking op lange termijn?

Bijlage 3: Finale codeboom

Karakteristieken huisartspraktijk

Beschrijvende factoren

1. Recrutering
2. Contract & administratie
3. Verloning
4. Opstart & inloop
5. Agenda & takenpakket
6. Overleg & supervisie

Contextuele factoren

1. Drijfveer arts & vpl
2. Voorafgaande relatie arts & vpl
3. Achtergrond/ervaring/karakteristieken vpl
4. Opleiding VIP
5. Praktijkvisie
6. Praktijkprotocollen
7. Wettelijk kader

Drivers en belemmerende factoren

1. Onzekerheid
2. Van solospelers naar teamspelers
3. De verpleegkundige als manager
4. Herwaardering van de eerste lijn