# Bouwen aan een fundament van vertrouwen: De ontwikkeling van een gesprekstool voor de samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige.

Karel Oyaert, Justine Vandommele, Thibaut Verhauwen; Universiteit Gent

Promotor: Peter Decat, Universiteit Gent

Co-promotoren: Vanessa Gauwe, Karen Van den Bussche; Artevelde hogeschool

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

*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.*

# Abstract

**Inleiding:** Door de ingrijpende demografische en epidemiologische veranderingen, en de daarbij horende uitdagingen, in de eerstelijnszorg in België is er een groeiende rol voor de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP). Deze nieuwe samenwerking tussen huisartsen en praktijkverpleegkundigen is echter nog in volle ontwikkeling, zowel op vlak van implementatie als interprofessionele samenwerking binnen de praktijk. Uit internationaal onderzoek komt naar voren dat wederzijds vertrouwen in belangrijke mate bijdraagt tot een goede samenwerking. In de praktijk ontbreekt het echter nog aan concrete hulpmiddelen en gestructureerde overlegmomenten om deze groeiende samenwerking te evalueren, te ondersteunen en te faciliteren.

**Doelstelling:** In deze masterproef beoogden wij de ontwikkeling van een gesprekstool die het overleg tussen huisarts en verpleegkundige structureert en zo ook faciliteert, met een duidelijke nadruk op de evenwaardigheid van beide partijen in het gesprek. Het doel van het gesprek is om de vertrouwensband te versterken, waardoor een betere samenwerking ontstaat.

**Methode:** Op basis van onze literatuurstudie en overleg met de opleiding tot VIHP aan de Arteveldehogeschool werd een eerste versie van de tool opgesteld. De tool bevat drie elementen: een instructiemodule, een groeibarometer en een visueel gespreksformulier. Deze werden getest en aangepast op basis van de feedback verkregen tijdens zes evaluatiemomenten in zowel huisartsenpraktijken als met de opleidingsverantwoordelijken van de VIHP-opleiding. Er werd gebruikgemaakt van een iteratief ontwikkelingsproces op basis van het Spiraalmodel.

**Resultaten:** Iteratieve aanpassingen resulteerden in verbeteringen in zowel terminologie, lay-out en gebruiksvriendelijkheid. Inhoudelijk werd de tool als zeer bruikbaar, laagdrempelig en overzichtelijk ervaren door de gebruikers. De groeibarometer werd gezien als een goede gespreksstarter. Het gespreksformulier droeg bij aan het structureren van het gesprek met als uiteindelijke uitkomst één of meerdere concrete SMART-leerdoelen. De tool was bruikbaar zonder specifieke begeleiding mits gebruik van de beknopte instructiemodule.

**Conclusie:** Deze masterproef presenteert een eerste ontwikkelde versie van een gesprekstool om de samenwerking en het vertrouwen tussen VIHP en huisartsen te verbeteren. Dit gebeurt door een gestructureerd groeigesprek te introduceren, wat het potentieel biedt om het wederzijds vertrouwen en zo de samenwerking te verbeteren. Verdere implementatie en onderzoek naar de impact en effectiviteit van de tool op lange termijn dient nog te gebeuren.

Link naar tool:
https://drive.google.com/file/d/1ZLdL9SY3_Hx9vb4iSUAwpBo3ONXLAxLK/view?usp=sharing

# Inhoudsopgave


Abstract ... 3
**Inhoudsopgave ... 5**
Inleiding ... 7
Methode ... 11
- Ontwikkeling van de initiële tools ... 12
  - Groeibarometer ... 12
  - Visueel gespreksformulier ... 13
  - Instructieblad ... 14
- Rekrutering deelnemende praktijken ... 14
- Iteratief ontwikkelen ... 15
  - Keuze van ontwikkelingsmodel ... 15
  - Praktische toepassing van het Spiraalmodel ... 18

Resultaten ... 20
- Tabel: Gestructureerd overzicht van de verzamelde feedback en doorgevoerde aanpassingen ... 20
- Evaluatiesessie 1: begeleid gebruik, student aanwezig ... 24
  - Groeibarometer ... 24
  - Gespreksformulier ... 24
  - Organisatorische feedback ... 25
- Evaluatiesessie 2: begeleid gebruik, student aanwezig ... 25
  - Inhoudelijke feedback ... 25
  - Organisatorische feedback ... 26
- Evaluatiesessie 3: begeleid gebruik, student aanwezig ... 27
  - Inhoudelijke feedback ... 27
  - Organisatorische feedback ... 27
  - Startersleidraad: iets voor de toekomst? ... 28
- Evaluatiesessie 4: Artevelde ... 28
- Evaluatiesessie 5: test zonder begeleiding ... 28
  - Inhoudelijke feedback ... 29
- Evaluatiesessie 6: test zonder begeleiding ... 29
  - Inhoudelijke feedback ... 29
  - Organisatorische feedback ... 30
- Finale tools ... 30

Discussie ... 31
- Groeigesprek: nut en bevindingen ... 31
- Gepland gebruik ... 32
- Sterktes van de studie ... 33
- Limitaties van de studie ... 33
- Toekomstperspectieven ... 34

Conclusie ... 36
Bronnen ... 37
Bijlage 1 - barometer ... 40
- Versie 1.0 ... 40

Versie 2.0 ..... 41
Versie 3.0 ..... 42
Versie 4.0 ..... 43
Versie 5.0 ..... 44
Bijlage 2 - groeigesprek ..... 45
Versie 1.0 ..... 45
Versie 2.0 ..... 47
Versie 3.0 ..... 49
Versie 4.0 ..... 51
Versie 5.0 ..... 53
Bijlage 3 - Instructieblad ..... 54
Versie 1.0 ..... 54
Versie 2.0 ..... 56
Bijlage 4 - Taken- en rollen VIHP: niet-exhaustieve lijst ..... 64

# Inleiding

De gezondheidszorg in België staat voor ingrijpende demografische en epidemiologische uitdagingen. De vergrijzing van de bevolking en de daarmee gepaarde toename van multimorbiditeit en chronische aandoeningen zorgen voor een verschuiving van acute, episodische zorg (*cure*) naar complexe, chronische zorg (*care*) (1, 2). Deze evolutie plaatst de huisartsgeneeskunde voor een aanzienlijke uitdaging: een toenemende zorgvraag botst op een relatief huisartsentekort, een toename van de gezondheidsuitgaven voor de maatschappij en een stijgende individuele werklast voor de huisarts (3).

Om de toegankelijkheid, kwaliteit en duurzaamheid van de eerstelijnszorg te blijven garanderen, zet het huidige beleid sterk in op de reorganisatie van de eerstelijnszorg naar multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (4). Een strategie hierbinnen is taakdelegatie waarbij specifieke taken en competenties van de huisarts naar andere zorgverleners worden overgedragen, zoals de praktijkverpleegkundige (5). Verschillende landen, zoals Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Canada, maken al langer gebruik van praktijkverpleegkundigen bij de eerstelijnshulp. In deze landen hebben ze echter een beter gedefinieerde rol, (mede) dankzij gerichte opleidingen tot de gespecialiseerde beroepstitel Nurse Practitioner (NP) en Physician Assistant (PA). Internationaal onderzoek toont aan dat verpleegkundigen in de eerste lijn kwalitatief hoogstaande zorg kunnen leveren die gelijkwaardig is aan die van artsen, met name op het vlak van chronische ziekten en preventie (6, 7).

In de huidige Belgische context is het takenpakket nog volop in ontwikkeling. Waar de focus van de praktijkverpleegkundige vandaag vaak ligt op administratieve ondersteuning (zoals onthaal en dossierbeheer) en puur medisch-technische handelingen (bloedafnames, EKG's), reikt het potentieel veel verder (1). Een volwaardige integratie impliceert een verbreding naar meer autonome taken, zoals de proactieve opvolging van patiënten met chronische aandoeningen, het uitrollen van preventieprogramma's en zorgcoördinatie bij complexe casussen (3). Daarnaast kan de verpleegkundige een sleutelrol spelen op organisatorisch vlak, bijvoorbeeld

door het opstellen van praktijkrichtlijnen en het bewaken van kwaliteitstrajecten (8). Het is precies deze verschuiving van louter uitvoerende taken naar een meer coördinerende en proactieve rol, die de grootste meerwaarde biedt voor de praktijkvoering (9).

Hoewel de theoretische meerwaarde van deze manier van werken breed erkend wordt, verloopt de implementatie in de dagelijkse praktijk vaak moeizaam (3). De kern van deze moeilijkheid ligt in het feit dat een succesvolle delegatie immers geen louter administratieve verschuiving van taken is, maar vereist een fundamentele hertekening van de samenwerking. Uit kwalitatief onderzoek in de Vlaamse context blijkt dat deze samenwerking staat of valt met één kernbegrip: vertrouwen (9).

Zodra dit vertrouwen tussen de huisarts en de praktijkverpleegkundige ontbreekt, ontstaat er een significante barrière voor effectieve implementatie van de praktijkverpleegkundige. Wanneer artsen onvoldoende vertrouwen hebben in de competenties van de verpleegkundige of wanneer er onduidelijkheid bestaat over de verantwoordelijkheden, kan de situatie leiden tot een controledrang of micromanagement waarbij de arts het werk van de verpleegkundige dubbel checkt, waardoor de beoogde tijdswinst teniet wordt gedaan. Een ander gevolg kan zijn dat de praktijkverpleegkundige onderbenut wordt, waarbij hun competenties niet ten volle worden ingezet (9,10). In plaats van een verlichting van de werklast, kan de samenwerking dan juist als een extra bron van stress en belasting worden ervaren voor beide partijen.

De oorzaken van dergelijk gebrek aan vertrouwen kunnen divers zijn. Enerzijds is er vaak onduidelijkheid over de exacte rol, opleiding en competenties van de praktijkverpleegkundige (11). Om hierop in te spelen, werd in 2017 een postgraduaat opgericht aan de Arteveldehogeschool dat zich focust op het specifiek opleiden en het aanleren van de nuttige competenties voor de huisartsenpraktijk zodat de praktijkverpleegkundigen kunnen evolueren naar een bredere rol. Met dit postgraduaat krijgen ze dan de titel ‘verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP)’ (14). Anderzijds ontbreekt het in veel huisartsenpraktijken aan gestructureerde communicatie en formele overlegmomenten om verwachtingen en feedback uit te wisselen (12). Zonder duidelijke afspraken en een gedeelde visie blijft de

samenwerking fragiel en kan er geen duurzame vertrouwensband groeien (13). Hiervoor is er een nood aan tools die het vertrouwen actief bevorderen. Vertrouwen is geen statisch gegeven, maar een dynamisch proces dat geholpen wordt door open communicatie, duidelijke taakafbakening en regelmatige feedback (10).

Uit neurowetenschappelijk onderzoek, binnen het domein van organisatiecultuur, stelt Zak (2017) op basis van oxytocinemetingen dat vertrouwen gestimuleerd kan worden aan de hand van acht specifieke managementgedragingen. Naast erkenning, autonomie en de mogelijkheid tot job crafting (d.w.z. de job herstructureren zodat deze beter aansluit bij je sterktes en zwaktes), komt vooral het stellen van uitdagende maar haalbare doelen naar boven. Daarnaast blijkt ook een omgeving gekenmerkt door het actief bevorderen van persoonlijke groei, relatiegericht leiderschap en open communicatie belangrijk, net als het durven tonen van kwetsbaarheid als leider (15).

In de praktijk ontbreekt vaak aan een formeel kader om deze aspecten van de samenwerking te bespreken. Evaluaties blijven vaak beperkt tot informele gesprekken in de wandelgangen, waardoor fundamentele verwachtingen en frustraties onuitgesproken blijven. Dit belemmert de groei van de praktijkverpleegkundige en van de praktijk zelf. Er is behoefte aan een hulpmiddel dat de huisarts en de praktijkverpleegkundige helpt om stil te staan bij het functioneren van het team.

In het kader van deze masterproef hebben we een specifiek instrument ontwikkeld om een 'groeigesprek' te implementeren tussen VIHP en arts. Dit instrument, ondersteund door een specifiek gesprekssjabloon en tools zoals de groeibarometer, is ontwikkeld om de samenwerking tussen arts en VIHP te evalueren en te verbeteren aan de hand van concrete SMART-leerdoelen (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden). Door doelen expliciet en meetbaar te maken, wordt de subjectieve beoordeling vervangen door objectieve groei, wat de basis voor wederzijds vertrouwen verstevigt.
Het doel van deze masterproef is het ontwikkelen en het vormgeven van een gestructureerd overlegmodel dat de professionele relatie binnen de huisartsenpraktijk faciliteert. De achterliggende hypothese is dat het wederkerig

inzetten van dit gesprekssjabloon leidt tot een betere afstemming van verwachtingen, een groei van het vertrouwen tussen arts en VIHP, en een betere kwaliteit van werken en zorg.

# Methode

Aan de hand van de resultaten van de literatuurstudie werd contact gezocht met de opleiding “Verpleegkundige in de huisartsenpraktijk” (VIHP) aan de Arteveldehogeschool te Gent, om na te gaan hoe we rond vertrouwen konden werken. We zochten samen naar iets om te ontwikkelen dat de groeiende uitrol van de VIHP’s in de huisartsenpraktijken kon helpen. Uit meerdere brainstormsessies ontstond het idee om een tool te ontwikkelen die kon dienen om periodieke gesprekken tussen VIHP en arts te begeleiden, met een gestructureerde uitkomst die kon gebruikt worden voor het volgende gesprek. Deze tool kan dan meegegeven worden met een nieuwe lichting VIHP’s en vervolgens naar de noden en bemerkingen van deze lichtingen bijgestuurd worden.

Al snel bleek dat de structuur van ons project niet paste binnen de standaard voor een kwalitatief of kwantitatief onderzoek: er werden geen gestandaardiseerde interviews uitgevoerd, aangezien er telkens een nieuwe opvolgende versie van de tools werd gebruikt. Hierdoor was codering van de interviews niet mogelijk. Een kwantitatief onderzoek werd door het constant itereren ook uitgesloten.
We sluiten nog het best aan bij een praktijkverbeterproject aangezien we vanuit de literatuurstudie en overleg met de praktijk (de VIHP-opleiding) een nood identificeerden, waaruit vervolgens overgegaan werd tot het opstellen van een tool. Echter, opnieuw door het itereren, was het niet mogelijk om een voor- en nameting uit te voeren.

Om de tool te ontwikkelen, identificeerden we initieel drie kritieke punten. Als eerste de tool, die werd opgedeeld in drie delen: een groeibarometer volgens de stoplichtmethode als gespreksopener, een gespreksformulier om enerzijds als leidraad in het gesprek tussen arts en VIHP en anderzijds als naslagwerk te gebruiken, en een instructieblad over het gebruik van beide eerdere delen. Als tweede moesten er praktijken gerekruteerd worden die akkoord waren om onze tools te testen. Als derde punt moesten we op zoek naar een geschikte ontwikkelingsmethode die ons op een gestructureerde wijze zou toelaten om tot een eindproduct te komen.

# Ontwikkeling van de initiële tools

## Groeibarometer

Als gespreksopener kozen we, in overleg met de verantwoordelijken van de VIHP opleiding, voor de stoplichtmethode. Dit is een methode die de beoordelaar toelaat om items te rangschikken volgens een kleurcode, gaande van groen tot rood.
We kozen voor de stoplichtmethode aangezien deze wijd gebruikt wordt in het onderwijs over verschillende velden en leeftijden heen (16-20). Het is een zeer flexibel systeem dat toelaat om aan zelfreflectie te doen (16). Onderzoek laat verder zien dat er een positieve link bestaat tussen zelfbeoordeling en leren, en het hieruit volgende zelf-gemodereerd leren (19).

De eerste versie kreeg de titel “Vertrouwensbarometer” (bijlage 1; figuur 1), waarmee we doelden op enerzijds het vertrouwen van de verpleegkundige in de specifieke eigen vaardigheden en anderzijds op het vertrouwen van de arts in de specifieke vaardigheden van de verpleegkundige. Er kon gescoord worden op groen “vol vertrouwen”, geel/oranje “minder vertrouwen” en rood “geen vertrouwen”. Beide partijen dienen deze in te vullen gezien uit de literatuur duidelijk naar voren kwam dat voor interprofessioneel vertrouwen het belangrijk is dat er enerzijds begrip is voor elkaar, maar anderzijds ook inzicht is in ieders competenties (21). Elkaars vaardigheden en hiaten kunnen inschatten, en inzien dat de andere partij dit correct kan, leek zowel ons als de opleidingsverantwoordelijken een belangrijke vaardigheid en een goede gesprekstarter. Ter inspiratie, en om aan alle deelnemers duidelijk te maken hoe veelzijdig de positie van VIHP kan zijn, voorzagen we een niet-exhaustieve lijst van taken en competenties, geordend volgens de CanMEDS-rollen. Deze lijst werd aangeleverd vanuit de VIHP-opleiding van de Arteveldehogeschool (bijlage 4).




**Figuur 1: Eerste versie van de groeibarometer**

## Visueel gespreksformulier

Het “visueel gespreksformulier” (bijlage 2) bestaat uit verschillende onderdelen. Het werd initieel gezien als enerzijds een leidraad om het gesprek op te bouwen en anderzijds als een kort naslagwerk dat kon worden opgeslagen om bij het volgende gesprek als herinnering te dienen. Om deze reden vroegen we om de participanten en de datum op te schrijven als eerste punt.

Vervolgens voorzagen we in het onderdeel “Samenwerking in een oogopslag”: een tabel met de positieve punten en de knelpunten. Deze konden aan de hand van de groeibarometer ingevuld worden.

Het volgende punt dient om deze groeibarometer en de “Samenwerking in een oogopslag” kort in een verwachting te gieten. Dit met als doel om een duidelijker beeld te krijgen van wat voor beide partijen belangrijk is. Hiermee wilden we beide partijen aan het denken zetten over wat zij op het moment van het gesprek, eventueel aan de hand van wat al besproken werd, belangrijk vinden in de samenwerking.

Het voorlaatste onderdeel van het gespreksformulier is een casusreflectie.
Dit werd toegevoegd om ruimte te geven aan zowel de verpleegkundige als aan de arts om een specifieke casus of gebeurtenis ter sprake te brengen en aan te

moedigen tot zelfreflectie. We voegden dit toe aangezien we als HAIO's zelf ook regelmatig dergelijke casusbesprekingen voeren met onze PO's en in de seminariegroepen. Daar merkten we zelf al het nut op, zowel op het vlak van educatie en zelfontwikkeling, als op psychologisch vlak, waar dergelijke gesprekken de ruimte creëren om de impact van een gebeurtenis op een zorgverlener ter sprake te brengen.

Het laatste onderdeel betreft het SMART-leerdoel.
We kozen enerzijds voor het SMART-leerdoel omdat dit uitgebreid ter sprake komt in de VIHP-opleiding en anderzijds aangezien dit een internationaal gevalideerd instrument is dat gebruikt kan worden voor groei van competenties en kennis (22-25). Het zet een leerdoel namelijk om in een Specifiek, Meetbaar, Haalbaar (Attainable), Realistisch en Tijdsgebonden gegeven (24). Het is een principe dat wordt toegepast in verschillende domeinen: gaande van onderwijs, over management tot in de gezondheidszorg (22, 23, 25).
We sluiten hier specifiek mee af aangezien dit voor ons de take-home message mag zijn van het hele gesprek: "Wat is het plan voor de aankomende periode?".

### Instructieblad

Het instructieblad (bijlage 3) werd opgesteld na de eerste iteraties van de groeibarometer en het "visueel gespreksformulier". Het werd pas in tweede tijd ontwikkeld en getest omdat we in eerste instantie het gebruik van de tools wensten te observeren, om zo de mogelijke pijnpunten sneller te kunnen ondervangen. Aan de hand hiervan werd initieel een instructieblad voorzien op een A4-blad. Dit overzicht bood een volgorde voor het gebruiken van de tools, met daarbij een korte uitleg per tool hoe deze kon gebruikt worden.

## Rekrutering deelnemende praktijken

We kozen ervoor om praktijken te rekruteren die de afgelopen vijf jaar een samenwerking waren aangegaan met een praktijkverpleegkundige of VIHP. We kozen voor deze termijn om een voldoende aanbod te hebben aan praktijken, maar anderzijds ook om praktijken te vinden waar nog volop gezocht werd naar hoe deze samenwerking kan worden ingericht.

Er werd een lijst van praktijken opgesteld uit onze eigen netwerken en aangereikt door de verantwoordelijken voor de VIHP-opleiding aan de Arteveldehogeschool.
Deze praktijken werden per mail gecontacteerd. Uiteindelijk waren zes praktijken bereid om een gesprek aan te gaan met ons waarin de tools werden getest.

# Iteratief ontwikkelen

## Keuze van ontwikkelingsmodel

Gezien de relatief korte periode die beschikbaar was tussen het brainstormen met de verantwoordelijken voor de opleiding tot VIHP aan de Arteveldehogeschool, en het afleveren van een bruikbare versie die kon meegegeven worden met de aankomende lichting van nieuwe VIHP's, moesten we op zoek gaan naar een ontwikkelingsmethode die ons hier efficiënt bij kon helpen. Met andere woorden: we moesten dus op zoek naar een ontwikkelingsmethode die ons zou toelaten om de tool snel te optimaliseren in een beperkt tijdsbestek en een periode waarin vele huisartsenpraktijken krap zitten in tijd om mee te werken aan dergelijke projecten.
In, onder andere, de software ontwikkelingssector zijn hiertoe al meerdere methodes ontwikkeld, gaande van de meer traditionele software development life cycle modellen (SDLC) zoals het Watervalmodel, het Incrementele model, het Spiraalmodel, het Big-Bang model en het V-model, naar de snellere ontwikkelingsstrategieën die horen onder het "Agile" principe zoals het Extreme Programming Model (XP), het Scrum model, het Feature driven development model en het Kaban model (26 - 28).

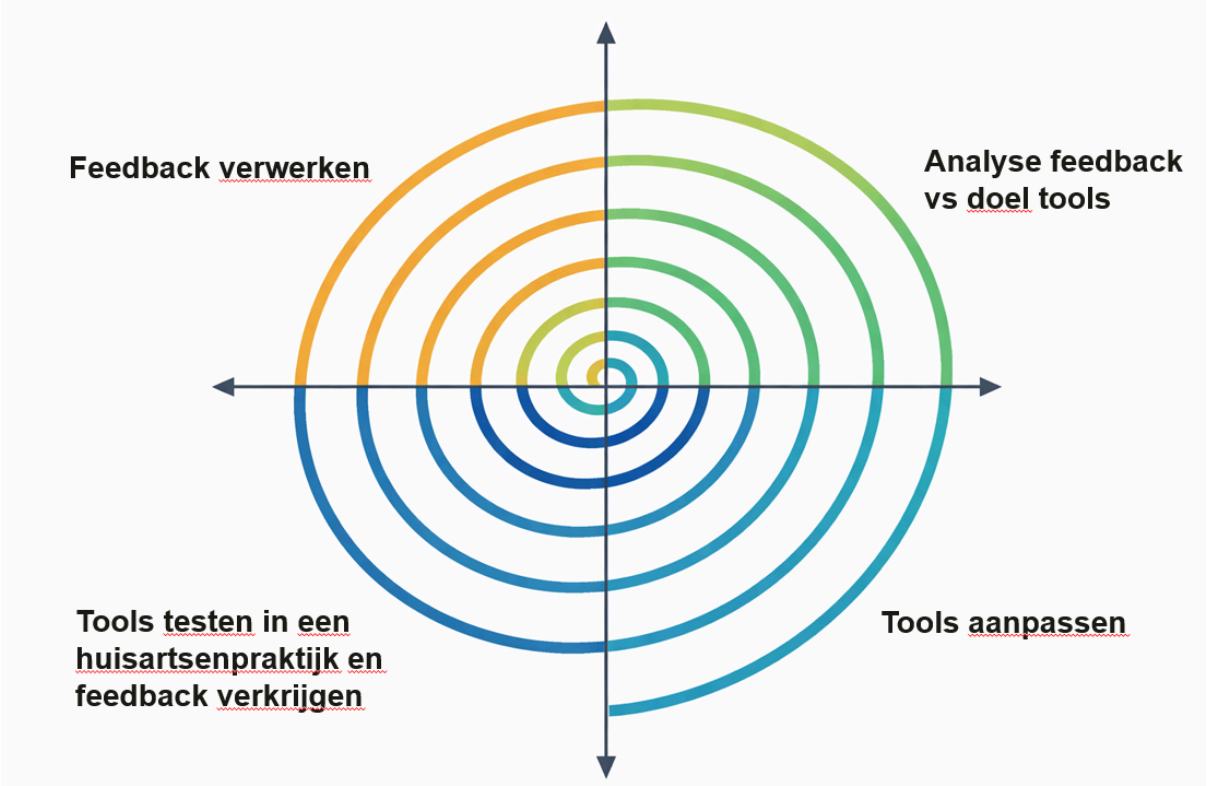
Het Watervalmodel viel af, aangezien het zich vooral focust op een sequentiële ontwikkeling met zorgvuldig uitgewerkte stappen (analyse van de eisen en doelen, ontwerp, implementatie, testen, uitrol, onderhoudsfase) en minder op een snel en iteratief proces.
Het Incrementele model viel ook af, omdat het zich eerder focust op de ontwikkeling van de verschillende onderdelen van het project in parallelle lijnen. Als we dit hadden toegepast op onze tool dan waren de groeibarometer, het visueel gespreksformulier en het instructieblad simultaan ontwikkeld in de tijd, maar zonder voldoende afstemming op elkaar. Er zouden uiteindelijk drie afzonderlijke producten

geweest zijn, die elk op zich goed waren maar zonder een logisch en op elkaar afgestemd geheel te zijn. Dit was voor onze tool dus geen goede optie.
Het Big-Bang model is een model waarbij alle elementen zoals tijd, resources en werk als losse elementen in een grote black box verdwijnen met als uiteindelijke uitkomst een product. Dit kan goed werken bij projecten waar de exacte doelstellingen en eisen ambigue zijn of net iets minder strikt gevolgd dienen te worden. Dit model laat toe om snel aan de slag te gaan met relatief weinig middelen. Het nadeel is echter dat er een hoog risico is dat de uitkomst niet voldoet aan de verwachtingen indien het een zeer doelgericht project is en dat er vaak minder documentatie uitgewerkt wordt tijdens de ontwikkeling. Deze nadelen zorgden ervoor dat het gebruik van dit model niet aangewezen was.
Het V-model is een model waarbij elke stap uitvoerig getest wordt: de doelstellingen en eisen worden eerst afgetoetst bij bijvoorbeeld de klant of via een focusgroep. Pas daarna wordt overgegaan tot het ontwerpen van het te creëren systeem en wordt dit opnieuw getest. Dit proces wordt steeds herhaald tot er uiteindelijk wordt overgegaan tot de effectieve ontwikkeling van een bepaald product (coderen als het gaat om een softwareproduct of opstellen van de tool in ons geval). Dit is een zeer grondige, maar ook zeer tijdrovende manier van werken. Andere nadelen zijn dat het niet mogelijk is om één of meerdere stappen terug te keren in dit model wanneer er reeds een toetsing uitgevoerd werd, en dat het model minder goed werkt voor projecten waarin er veel en snel aanpassingen noodzakelijk zijn.
Het Scrum model werkt op basis van in tijd gelimiteerde “sprints” (dit zijn kleine cyclische ontwikkelingsmomenten die een uitkomst geven waarop de volgende cyclus verder bouwt). Er is zeer veel communicatie tussen teamleden noodzakelijk in het Scrum model, net als een strakke kalender om de verschillende cycli in te plannen. Vooral om deze laatste reden viel het model af. Het cyclische karakter met telkens verder werken op een iteratie was echter wel iets wat nuttig kon zijn in het ontwikkelingsproces van onze tool.
Het Feature Driven model, ook al werkt het gedeeltelijk cyclisch zoals het Scrum model, focust zich meer op de afzonderlijke ontwikkeling van elke eis/doelstelling in een project. Zoals eerder aangehaald past dit minder bij de ontwikkeling van onze tool.
Het Kaban model werd ontwikkeld door de Toyota Company voor het opvolgen van de productie. Het baseert zich vooral op een Just in Time-principe. An sich is het een

eenvoudig model dat toelaat om snel in te spelen op problemen doordat er van uitgegaan wordt dat elke deelnemer zijn onderdeel goed kent. Het is aan het management om dan een overzicht te behouden en mogelijke limitaties aan te pakken. Op zich werkt het model op basis van to do → in uitvoering → afgewerkt → commentaar/feedback → to do → …, dus cyclisch met minimale vaste organisatorische vereisten. Het is echter een model dat nood heeft aan ondersteuning en een goede opvolging om niet te ontsporen op vlak van tijd per specifieke stap. Om deze redenen viel het voor dit project dus af.
Na analyse van de modellen bleven er twee opties over: het Spiraalmodel en het Extreme programming model (26-29).

Zowel het Spiraalmodel als het Extreme Programming model lenen zich tot een snelle ontwikkeling van een prototype door middel van regelmatig aanleveren van prototypes, het verzamelen van feedback en het verwerken ervan. Gezien wij uiteindelijk geen software wensten af te leveren, maar een wetenschappelijk onderbouwde masterproef waarin elke stap goed gedocumenteerd werd, kozen wij voor het Spiraalmodel. Dit aangezien het Extreme Programming model immers minder focust op documentatie en meer op het ontdekken van verschillende software-ideeën en het leren gebruiken van verschillende tools (28, 29).
Het Spiraalmodel gaf in vergelijking met het Incrementele en Watervalmodel een snellere feedbackloop met snel afleveren van de eerste versies, een grotere vrijheid tot bijsturen van de tools en de mogelijkheid tot snel opmerken van eventuele problemen en struikelblokken. De mogelijke drempels van deze methode waren de planning (na elke iteratie afspreken met een praktijk), net als het zorgvuldig documenteren van alle feedback en aanpassingen van verschillende versies, en de kans dat dit project te lang zou blijven itereren (29).

## Praktische toepassing van het Spiraalmodel




**Figuur 2 : Spiraalmodel voor ontwikkeling van een prototype toegepast op ons project (30)**

Er werd, in samenspraak met de verantwoordelijken van de Arteveldehogeschool, een eerste versie van de tools opgesteld. Daarna werd het Spiraalmodel, zoals geïllustreerd in figuur 2, als volgt toegepast:

1. De tools werden bij een praktijk voorgelegd, waarbij een of meerdere masterstudenten aanwezig waren om vragen te beantwoorden en de feedback te noteren. Er werd, naast het gebruik van de tools, onder andere ook gepolst naar de mogelijke frequentie van groeigesprekken die praktijken haalbaar en nuttig achtten.
2. Deze verkregen feedback werd dan verwerkt: oplijsten van de positieve punten, de negatieve punten en de zaken waarvoor expliciet een verandering werd aangeraden.
3. Vervolgens analyseerden we de verkregen feedback en werd deze naast het doel van de tools gelegd: ze moeten een hulp zijn voor groeigesprekken tussen een VIHP en een arts.

4. Hierna werden de tools aangepast, zodat er een nieuwe, geüpdatete versie ontstond, die dan opnieuw werd voorgelegd aan de volgende praktijk.

We herhaalden dit uiteindelijk zes maal voor de gesprekstools (zijnde de groeibarometer en het visueel gespreksformulier). Vanaf iteratie vier werd er ook een instructieblad toegevoegd en namen de begeleidende studenten een meer observerende rol aan. Dit gebeurde vanuit het opzicht dat het mogelijk moet zijn om de tools zelfstandig, mits een beknopte instructie, te gebruiken, aangezien zij een onderdeel zouden vormen van een draaiboek voor de startende VIHP.

# Resultaten

Tabel: Gestructureerd overzicht van de verzamelde feedback en doorgevoerde aanpassingen

| **Evaluatiesessie / context** | **Deelnemers** | **Belangrijkste feedback & suggesties** | **Doorgevoerde aanpassingen / conclusies** |
|---|---|---|---|
| **Sessie 1 – groepspraktijk** | 2 artsen, 1 verpleegkundige (VIHP) | • Term *'vertrouwen'* in vertrouwensbarometer te hard → voorstel *'drempels'*<br>• SMART-leerdoel liever met lijn i.p.v. vakjes + uitleg acroniem nodig<br>• CanMEDS-rollen als vrijblijvende bijlage<br>• Wederkerigheid benadrukken in lay-out (praktijk én verpleegkundige)<br>• Ruimte voor algemeen besluit<br>• Vraag: *'Waarin wil ik groeien?'* toevoegen<br>• Casusbespreking schrappen, gezien noodzaak om dit sneller te bespreken<br>• Voorstel om *to do's* toe te voegen voor praktische afspraken | • Andere terminologie overwogen voor barometer<br>• SMART-leerdoel visueel aangepast + toelichting voorzien<br>• CanMEDS-rollen toegevoegd als bijlage<br>• Lay-out aangepast om wederkerigheid te benadrukken<br>• Casusbespreking geschrapt<br>• Rubriek *to do's* toegevoegd |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | • Voorbereiding: 30 minuten; gesprek: 60 minuten. Frequentie: eerste jaar ieder kwartaal, daarna halfjaarlijks. | |
| **Sessie 2 – groepspraktijk** | 1 arts, 1 verpleegkundige | • Onderscheid tussen *'beperkte ondersteuning'* en *'ondersteuning noodzakelijk'* te klein<br>• Takenlijst VIHP als bijlage is meerwaarde<br>• Barometer goede gesprekstarter bij verschil in score<br>• Suggestie: per gesprek technisch, chronisch en preventief item kiezen<br>• CanMEDS herkenbaar en richtinggevend<br>• Sjabloon liever als artsen samen invullen dan vooraf individueel<br>• Positieve punten expliciet noteren is aangenaam<br>• Vraag: '*Wat verwacht jij van mij?'* onduidelijk en overlappend met *to do's*<br>• Voorbereiding: 30–60 min (gespreid) | • Takenlijst VIHP behouden als bijlage<br>• Barometer bevestigd als kerninstrument<br>• Gezamenlijk invullen van sjabloon aangemoedigd<br>• Vraag: '*Wat verwacht jij van mij?'* geschrapt<br>• Voorbeeldzin SMART-leerdoel toegevoegd als bijlage<br>• Continuïteit tussen gesprekken ingebouwd |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | • Gesprek: ± 1 uur<br>• Frequentie: initieel 3-maandelijks, evolutie naar jaarlijks<br>• Sjabloon bewaren voor opvolging | |
| **Sessie 3 – groepspraktijk** | 1 arts & 1 verpleegkundige | • Dubbele lijntjes in barometer visueel storend<br>• Groeibarometer: goede gespreksstarter<br>• Nood aan startersleidraad<br>• Linken van to do's aan verwachtingen zorgt voor correcte ondersteuning<br>• SMART-leerdoel opstellen vraagt oefening: arts en VIHP kunnen elkaar helpen<br>• Frequentie: halfjaarlijks | • Enkelvoudige lijntjes gebruikt<br>• Nood aan sjabloon en ondersteuning voor gesprek bevestigd |
| **Feedback Artevelde Hogeschool** | Externe partner | • Voorstel flyer ter toelichting van sjabloon<br>• Feedbackregels als bijlage<br>• Rode kleur barometer te confronterend<br>• *'Knelpunten'* hernoemen naar *'werkpunten'*<br>• Datum volgend gesprek toevoegen | • Flyer toegevoegd<br>• Terminologie en kleurgebruik aangepast<br>• Datum volgend gesprek opgenomen |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Test zonder begeleiding – praktijk 1** | 1 arts, 1 verpleegkundige | • Tool zeer bruikbaar, vooral voor startende praktijken<br>• Vraag naar meerdere leerdoelen<br>• Voorstel CanMEDS ook in groeibarometer te gebruiken | • Eén leerdoel behouden (op basis van eerdere feedback)<br>• Suggestie CanMEDS genoteerd |
| **Test zonder begeleiding – praktijk 2** | 1 arts, 1 verpleegkundige | • Tool relevanter dan externe HR-leidraad<br>• Bijlagen inspirerend<br>• CanMEDS globaal overlopen volstaat<br>• Focus op één barometer-item of vooraf geselecteerde taken<br>• Beperkte schrijfruimte bewust en aanvaardbaar<br>• Gesprek met alle artsen efficiënt, maar mogelijk intimiderend | • Focus en afbakening per gesprek aanbevolen<br>• Onderscheid tussen groepsgesprek (praktijk) en individueel gesprek (persoonlijk functioneren) kan gemaakt worden |

**Tabel 1: samenvatting resultaten**

Het uitgewerkte prototype van het groeigesprek en sjabloon (cfr supra) werd tijdens verschillende evaluatiesessies voorgelegd, waarna de verkregen feedback telkens verwerkt werd tot een nieuwe versie voor de volgende geplande sessie. Bij de eerste drie sessies was telkens minimum één van de drie onderzoekers aanwezig om het testen van de tools te leiden, de vragen te beantwoorden en de feedback te verzamelen. Vervolgens werd er een evaluatiesessie georganiseerd met de opleidingsverantwoordelijken van de VIHP-opleiding aan de Arteveldehogeschool om hun feedback te verkrijgen. Als laatste werden twee sessies georganiseerd waarbij praktijken zelfstandig aan de slag moesten met de tool en dit puur op basis van het instructieblad en de bijgesloten tools. Deze feedback werd enerzijds mondeling en anderzijds per mail verzameld: in de ene praktijk werkte een van de onderzoekers, in de andere praktijk niet, vandaar de verschillende methode van feedback verzamelen.

## Evaluatiesessie 1: begeleid gebruik, student aanwezig

De eerste sessie vond plaats in een groepspraktijk met acht artsen, een HAIO en een verpleegkundige die de opleiding tot VIHP voltooide. Tijdens de sessie waren twee artsen en de verpleegkundige aanwezig.

### Groeibarometer

Zij vonden het woord ‘vertrouwen’ dat gebruikt werd in de context van de ‘vertrouwensbarometer’ te hard, en misten een bepaalde nuance. Daarom stelden ze voor om een andere benaming te zoeken, zoals bijvoorbeeld ‘drempels’.

### Gespreksformulier

Het document voor het groeigesprek vonden ze overzichtelijk en to the point, maar ze hadden ook nog enkele bemerkingen. Zo stelden ze voor om het SMART-leerdoel niet te noteren in vakjes, maar eerder een lijntje te voorzien, en vonden ze een uitleg omtrent het letterwoord noodzakelijk. Voor de tabel ‘Samenwerking in een oogopslag’ met positieve en knelpunten gaven ze de tip om de CanMEDS-rollen als bijlage toe te voegen, zodat deze als inspiratie kunnen gebruikt worden, doch niet als verplichting om steeds alles te overlopen.

In kader van de lay-out stelden ze voor om zowel voor de praktijk, als voor de praktijkverpleegkundige een vakje te voorzien in de tabel: zo willen ze de wederkerigheid van het gesprek benadrukken. Alsook viel het voorstel om ruimte te laten onder de tabel voor een algemeen besluit. Verder vond de verpleegkundige het interessant om de vraag ‘Waarin wil ik groeien?’ toe te voegen aan het document. De vermelding van een casus tijdens het groeigesprek vond de verpleegkundige ook leerrijk, doch werd dit door de artsen eerder genuanceerd. Zij vonden dat casussen sneller besproken moeten worden. Uiteindelijk werd de gezamenlijke consensus om de casusbespreking weg te laten. Tot slot werd er voorgesteld om ‘to do’s’ toe te voegen: dit zijn eerder kleine/praktische zaken die moeten gebeuren. Een leerdoel zagen zij eerder gericht op de jobinhoud.

### Organisatorische feedback

De tijd die nodig is voor het invullen van het document werd geschat op een dertigtal minuten. Gezien de grootte van de praktijk, zouden ze de visies van de verschillende artsen op voorhand herleiden naar één document dat tijdens het gesprek gebruikt zal worden. Voor het gesprek zelf voorzien ze ongeveer een uur. Qua frequentie vinden ze halfjaarlijks zeker goed, met misschien vier keer in het eerste jaar - al lijkt hen dit wat veel.

## Evaluatiesessie 2: begeleid gebruik, student aanwezig

Voor de tweede evaluatiesessie hebben we de voorgestelde veranderingen uit sessie 1 doorgevoerd. In de praktijk werken vier huisartsen en twee praktijkverpleegkundigen, waarvan één huisarts en één verpleegkundige aanwezig waren tijdens de sessie.

### Inhoudelijke feedback

Op vlak van lay-out werden er geen opmerkingen gemaakt, de feedback was voornamelijk inhoudelijk. Zo vond de verpleegkundige de nuance tussen ‘beperkte ondersteuning’ en ‘ondersteuning noodzakelijk’ wat te klein. Zowel de verpleegkundige als de arts vonden de niet-exhaustieve takenlijst van een VIHP als bijlage een pluspunt.

Verder werd de barometer als een goede tool gezien om onzekerheden naar boven te laten komen: punten die de verpleegkundige nog in het rood scoort en de arts al in het oranje, vallen op en worden meteen een gespreksstarter.
Voor het invullen van de barometer hadden ze een suggestie om bij elk punt iets technisch, iets chronisch en iets met preventie in te vullen. Zo willen ze ervoor zorgen dat er een overlap is in de domeinen en dat het gesprek vlotter verloopt. Tijdens een volgend gesprek kunnen dan drie andere domeinen gekozen worden.
De CanMEDS-rollen werden als positief ervaren, de praktijkverpleegkundige herkende dit nog vanuit haar opleiding en kon zo meteen met een duidelijke richting aan de slag met het groeigesprekssjabloon. Ze vonden dit sjabloon echter wel moeilijker om op voorhand in te vullen, ze zouden het eerder samen invullen. Het feit dat ook de positieve punten genoteerd worden in het sjabloon, vonden ze een pluspunt. Dit maakt het gesprek aangenamer en laagdrempeliger.
De vraag ‘wat verwacht jij van mij’ vonden ze onduidelijk en te dicht aanleunen bij de ‘to do’s’, daarom zouden ze die vraag achterwege laten. “Wat verwacht ik van jou” vonden ze wel goed.
Er kwam ook het voorstel om een voorbeeldzin toe te voegen in de bijlage voor het SMART-leerdoel. Die kan artsen en verpleegkundigen helpen om zelf een doel op te stellen.

## Organisatorische feedback

Praktisch zouden ze, gezien ze een groepspraktijk zijn, samen met de artsen één sjabloon invullen op voorhand en dan samen met de verpleegkundige, die zelf ook een voorbereiding maakt, een sjabloon invullen tijdens het groeigesprek. Beiden vonden het goed dat het ingevuld wordt op papier. De bedoeling is om het gezamenlijk opgestelde sjabloon te bewaren, zodat deze tijdens het volgende groeigesprek terug geraadpleegd kan worden.

Ze schatten de voorbereidingstijd op 30 minuten tot een uur, en zouden de voorbereiding gespreid doorheen de tijd invullen. Voor het gesprek zelf verwachten ze zeker een uur nodig te hebben.
Qua tijd tussen de gesprekken voorzag de arts drie maanden, de verpleegkundige vond dit initieel snel, maar kon er zich wel in vinden. Beiden vonden de nodige tijd

ook afhankelijk van hoelang de verpleegkundige al werkt in de praktijk, en zien het wel evolueren naar een gesprek eenmaal per jaar.

## Evaluatiesessie 3: begeleid gebruik, student aanwezig

De derde evaluatiesessie vond plaats in een groepspraktijk, opnieuw bestaande uit vier artsen en twee verpleegkundigen. Tijdens de sessie waren één arts en één verpleegkundige aanwezig.

Als kleine opmerking werd aangegeven dat het dubbele lijntje op de barometer er raar uit zag. Dit zouden ze aanpassen naar enkelvoudige lijntjes.

### Inhoudelijke feedback

Ook hier werd de groeibarometer als een goede gespreksstarter gezien. De bijlagen waren een goede inspiratiebron voor het invullen, maar werden ook gezien als inspiratie voor toekomstige taken.
Ze vonden dat de verwachtingen zeker beiderzijds mogen bevraagd worden. Het koppelen van de to do's hieraan zorgt voor een vlotte vertaling van die verwachtingen.
Het SMART-leerdoel was minder bekend bij de arts dan bij de VIHP, waardoor het iets moeilijker was om het in te vullen. Echter, mits wat oefening zal dit steeds vlotter verlopen. Het wordt ook samen opgesteld, dus arts en verpleegkundige kunnen elkaar hierin begeleiden. Ook vonden ze het interessant om meteen de ondersteuning, die nodig is om het leerdoel uit te voeren, te noteren, zodat het leerdoel niet op de lange baan geschoven wordt.

### Organisatorische feedback

Zij vonden een halfjaarlijks gesprek voldoende, drie maanden vonden ze wat te veel en te kort op elkaar.

### Startersleidraad: iets voor de toekomst?

Het team gaf aan dat een startersleidraad, voor de implementatie van een praktijkverpleegkundige, zeer handig zou zijn. Ze merken op dat het niet makkelijk is

om een goede manier van communiceren te vinden, en dat er vaak te veel verwacht wordt bij de opstart. Een leidraad zou hen hierin kunnen ondersteunen.

## Evaluatiesessie 4: Artevelde

Gezien de samenwerking met Artevelde werd ook hun mening gevraagd. Zij stelden eerder al voor om een flyer op te maken die de werking van het sjabloon toelicht. Deze werd toegevoegd aan het volledige document dat zij beoordeeld hebben.

De algemene insteek om een sjabloon op te maken dat een groeigesprek vlot en constructief laat verlopen, en dat de focus niet enkel bij de verpleegkundige legt, werd als zeer interessant ervaren.
Er werden nog een aantal tips gegeven:

- Als eerste werd aangeraden om feedbackregels toe te voegen als bijlage.
- Ten tweede werd voorgesteld, om het veiligheidsgevoel te verhogen, om de rode kleur in de barometer te vervangen door een minder harde, meer positieve kleur.
- Als derde punten stelden ze voor om 'knelpunten' te veranderen in 'werkpunten', om ook hier een negatieve connotatie te vermijden.
- Finaal werd de suggestie gegeven om plaats te voorzien voor de datum van het volgende groeigesprek, dit om de opvolging te benadrukken.

## Evaluatiesessie 5: test zonder begeleiding

Vervolgens werd het document, inclusief flyer, doorgemaild naar een volgende praktijk. Deze kregen geen uitleg door ons en moesten dus alles aan de hand van de flyer invullen. Dit was opnieuw een praktijk met vier artsen en twee verpleegkundigen. De tool werd ingevuld door één huisarts en één praktijkverpleegkundige.

### Inhoudelijke feedback

Zij vonden het een zeer goede tool om te gebruiken, zeker bij praktijken die net starten met een praktijkverpleegkundige en nog handvatten zoeken om het groeigesprek aan te pakken.

Er werd gevraagd of het ook mogelijk is om meerdere leerdoelen op te stellen. Uit eerdere sessies vernamen we echter dat de verpleegkundige meestal één leerdoel al voldoende vond, zeker in combinatie met de to do's. Deze aanpassing hebben we dus niet doorgevoerd.
Ze stelden tot slot ook nog voor om de CanMEDS-rollen ook bij de groeibarometer te gebruiken.

## Evaluatiesessie 6: test zonder begeleiding

De laatste evaluatiesessie verliep op dezelfde manier, dus zonder persoonlijke begeleiding. Deze praktijk bestaat uit vijf huisartsen en een verpleegkundige. De tool werd ingevuld door één huisarts en de praktijkverpleegkundige.

### Inhoudelijke feedback

Ook hier waren ze enthousiast over de tool en willen ze het verder implementeren in hun praktijk. Ze werkten tot op heden met een leidraad opgesteld door een HR-bureau, maar onze tool vonden ze interessanter gezien het meer gericht is op de huisartsenpraktijk. De bijlagen geven veel inspiratie.
Zij zouden de CanMEDS-rollen wel  in het algemeen eens overlopen, maar niet per se volledig uitwerken voor elk thema.
Ze stelden voor om één item van de groeibarometer te kiezen en hierop te focussen bij het invullen van het gesprekssjabloon. Een ander voorstel was om uit de lijst met taken en competenties er enkele uit te kiezen op voorhand. Die items vullen de beide partijen dan in op de groeibarometer om op die manier meer eenduidigheid te creëren.
Een kleine opmerking was dat er wat weinig plaats is voor het noteren in het kader 'samenwerking in één oogopslag'. Dit was echter een bewuste keuze, om het behapbaar te houden en aan te moedigen om beknopt te noteren.

### Organisatorische feedback

Zij schatten de duur van het groeigesprek in op één uur, en zouden het halfjaarlijks inplannen. Liefst voeren ze het gesprek met alle artsen samen: zo kunnen taken makkelijk verdeeld worden en heeft iedereen inspraak. De praktijkverpleegkundige gaf wel de opmerking dat dit intimiderend kan overkomen, zeker voor iemand die net

start in de praktijk. Het praktijkfunctioneren kan zeker in groep, maar het persoonlijk functioneren zou ze liever één op één doen. Er kan hiervoor een vertrouwenspersoon aangeduid worden, die ook het contactpunt vormt bij problemen.

## Finale tools

Voor de leesbaarheid van deze paper kan u de finale versie van de tools raadplegen in de bijlagen (groeibarometer, gespreksformulier, instructiefolder) of via de volgende link voor het gecombineerde bestand:
https://drive.google.com/file/d/1ZLdL9SY3_Hx9vb4iSUAwpBo3ONXLAxLK/view?usp=sharing

# Discussie

In deze paper werd, met behulp van vijf sessies die plaatsvonden in verschillende groepspraktijken en een sessie met de Arteveldehogeschool, het sjabloon van het groeigesprek en van de groeibarometer iteratief getest en op punt gesteld. We stelden deze tools op, aangezien er uit zowel onze literatuurstudie als uit gesprekken met de verantwoordelijken voor de opleiding tot VIHP aan de Arteveldehogeschool naar voor kwam dat vertrouwen een essentieel onderdeel is voor een goede samenwerking, maar dat er tot op heden geen aangepaste gesprekstools zijn specifiek voor de evaluatie van de samenwerking en het vertrouwen tussen huisartsen en VIHP's. Het groeigesprek en de groeibarometer zijn onze poging om dat te bieden, niet als extra administratie, maar als gespreksstarter die de deelnemers bewust maakt van de samenwerking en deze ook bevordert.

Vertrouwen wordt in de literatuur geïdentificeerd als het kernpunt van interprofessionele samenwerking. Pullon (2008) benadrukt dat dit vertrouwen steunt op de erkenning van elkaars competenties en respect voor elkaars rollen (21). Het sjabloon voor het groeigesprek fungeert hierbij als een instrument om dit in kaart te brengen. Waar Zak (2017) stelt dat vertrouwen gestimuleerd wordt door autonomie en het stellen van haalbare doelen, zet onze tool beide partijen aan om deze concepten concreet te maken (15). Door de groeibarometer te gebruiken, maken we de subjectieve beleving van competentie objectief bespreekbaar en leidt dit tot een verdiepend gesprek over ondersteuningsbehoefte en zelfreflectie bij alle partijen.

## Groeigesprek: nut en bevindingen

Het groeigesprek werkt het best wanneer beide partijen zich vooraf hebben voorbereid. Alle artsen vullen de barometer in, en ook de praktijkverpleegkundige neemt de tijd om een eigen inschatting te maken. Indien er sprake is van een groepspraktijk met meerdere artsen, kan de feedback van alle artsen eventueel op één document samengevat worden. Het is precies dit verschil in perspectief dat het gesprek daarna de moeite waard maakt. Over het algemeen werd er voor de voorbereiding zo'n dertig minuten gerekend, voor het gesprek zelf best een uur. Tijdens het effectieve gesprek moeten niet alle artsen aanwezig zijn, sommige

praktijken werken met enkele verantwoordelijken die graag het gesprek op zich nemen. Het blijft echter wel belangrijk dat er bij alle artsen feedback wordt gevraagd, en dat dit ook teruggekoppeld wordt aan de verpleegkundige.

De ideale frequentie ligt tussen drie en zes maanden, afhankelijk van hoelang de praktijkverpleegkundige al in de huisartsenpraktijk werkt. Hierbij kan in het begin een periode van drie maanden gehanteerd worden en naarmate het vertrouwen en de samenwerking groeit, kan er geëvolueerd worden naar een periode van zes maanden tussen twee groeigesprekken. De tool blijkt het meest waardevol voor praktijken die net beginnen met een praktijkverpleegkundige: het biedt structuur en houvast op een moment dat alles nog vorm moet krijgen.

De testen zonder begeleiding bevestigden dat het document ook zelfstandig gebruikt kan worden met behulp van de flyer. Praktijken die aan de slag gingen met het document en de bijbehorende informatieflyer, ondervonden geen problemen om de tool in te vullen. Dit betekent dat de drempel om te starten laag is en dat arts en verpleegkundige dit samen kunnen toepassen zonder externe ondersteuning.

De door ons ontwikkelde leidraad werd in het algemeen als overzichtelijk, constructief en laagdrempelig ervaren, waarbij de barometer vooral gewaardeerd wordt als gespreksstarter. Het groeigesprekssjabloon stimuleert positieve feedback en zet de wederkerigheid van het gesprek in de verf. Op basis van feedback werden terminologie en lay-out aangepast (bv. positievere benamingen en kleuren, meer ruimte voor wederzijdse input), bijlagen toegevoegd (CanMEDS-rollen, lijst met rollen en taken van de VIHP, feedbackregels, voorbeeld van een SMART-leerdoel) en praktische elementen verfijnd (to do’s, algemeen besluit, datum volgend gesprek).

## Gepland gebruik

Bij het overdragen van de finale versies aan de verantwoordelijken van de VIHP-opleiding aan de Arteveldehogeschool werd aangegeven dat er nu eerst op opleidingsniveau zal gekeken worden waar deze tool geïmplementeerd kan worden: momenteel biedt de opleiding aan startende VIHP’s en de bijhorende praktijk

documenten aan die hen begeleiden doorheen de eerste dag, eerste week, eerste maand, en zo verder. Hiernaast zijn er ook deelpaden die kunnen doorlopen worden indien er zich struikelblokken voordoen. In deze documenten is reeds een sjabloon voor een groeigesprek verwerkt, er zal nu dus bekeken worden of dit vervangen wordt of samengevoegd wordt met wat wij aangebracht hebben.

## Sterktes van de studie

De sterkte van dit onderzoek ligt in de directe klinische bruikbaarheid en de sterke validatie door de doelgroep zelf. Het gehanteerde Spiraalmodel als ontwikkelingsmethode bood de nodige flexibiliteit om snel bij te sturen.

Daarnaast vormde de samenwerking met de VIHP-opleiding in de Arteveldehogeschool een grote meerwaarde aangezien de tool reeds opgesteld werd met, en beoordeeld werd door, experts binnen het vakgebied. Dit zorgt ervoor dat de noden van de praktijkverpleegkundige al van in het begin duidelijk naar voor worden gebracht, en dat de wederkerigheid van het gesprek sterk benadrukt wordt. Dit komt beide partijen in het groeigesprek alleen maar ten goede. Deze waardevolle samenwerking zorgt er ook voor dat de tools een eventuele inspiratiebron kunnen zijn voor de leidraad die meegegeven wordt aan afgestudeerde en startende VIHP's. Hieruit volgt automatisch een uitgebreide toepassing en dus testing van de (eventueel vernieuwde) tool.

## Limitaties van de studie

Hoewel het iteratieve proces essentieel was voor de vorming van de tool, bracht dit ook beperkingen met zich mee. Enerzijds is het aantal toetsmomenten en bijgevolg het aantal iteraties beperkt gebleven. Anderzijds was er door dit proces in de opzet van deze paper minder de mogelijkheid voor een gestandaardiseerde testing met bijvoorbeeld een gestructureerde vragenlijst, noch voor een kwantitatieve voor- en nameting. Hierdoor kan een toename in vertrouwen momenteel niet cijfermatig worden onderbouwd. Hierbij maken we wel graag de kanttekening dat dit niet de focus was van onze masterproef maar dat de nadruk lag op de ontwikkeling van de tool zelf.

Daarnaast moeten we ook rekening houden met een potentiële selection bias, aangezien de deelnemende praktijken vrijwillig hebben geantwoord om deel te nemen aan onze oproep en dus reeds intrinsiek gemotiveerd waren voor samenwerking. Bovendien kan social desirability bias de feedback hebben gekleurd, aangezien wij aanwezig waren bij de sessies en er geen anonimisatie was.

Een potentieel risico dat we ook graag nog aankaarten is het risico op een onevenwichtige dynamiek in grotere groepspraktijken. Terwijl een gesprek met het voltallige artsenteam zinvol is om de praktijkvoering als geheel te bespreken, kunnen de machtsverhoudingen tegenover één startende verpleegkundige de persoonlijke groei belemmeren. Voor kwetsbare feedback en een veilige leeromgeving verdient een één-op-één vertrouwensband met een vaste mentorarts duidelijk de voorkeur; uiteraard met de inbreng van het voltallig artsenteam bij de voorbereiding.

Hoewel de bruikbaarheid van de tool in de praktijk momenteel erg positief werd onthaald, reflecteren de huidige resultaten een subjectieve waarneming en is er nog geen objectief bewijs van effect op de kwaliteit van zorg of werklastvermindering op de lange termijn. Hiertegenover stellen wij echter dat dit slechts een eerste versie betreft die kan worden toegevoegd aan de leidraad die de Arteveldehogeschool aan haar nieuwe lichtingen startende VIHP's meegeeft. Hieruit volgt automatisch een uitgebreide toepassing en verdere testing van de tool in de praktijk. Deze implementatie biedt de ideale basis om in een latere fase alsnog een gestructureerde bevraging te organiseren.

## Toekomstperspectieven

Al onze gesprekken met alle partners, gaande van de verantwoordelijken aan de Arteveldehogeschool over de verschillende deelnemende partijen tot aan onze eigen opleidingspraktijken en seminariegroepen, laten zien dat er echt een nood is aan een tool zoals wij nu ontwikkeld hebben. Dit is merkbaar in de verkregen feedback en de vele gesprekken die gevoerd werden tijdens het gehele traject. Wij hopen dat deze eerste versie een goede basis kan vormen voor een bruikbare tool voor zowel een startende samenwerkingen tussen huisarts en VIHP als praktijken met een reeds langer bestaande samenwerking.

Indien gewenst is er in de toekomst ruimte om de tool ook aan te passen voor, en toe te passen op, andere interprofessionele samenwerkingen, bijvoorbeeld tussen een huisartsenpraktijk en een lokale kinesitherapeut of psycholoog of tussen de secretariaatsmedewerkers en de artsen. Daarnaast kan het ook een meerwaarde zijn om groeigesprekken te organiseren tussen artsen onderling. Reflectie doet groeien, zeker in een beroep als huisarts dat continu blijft evolueren. Zelfreflectie is een aspect dat makkelijk verloren dreigt te gaan in de hectiek van de dagelijkse praktijk. Een aangepaste versie van de tool kan ervoor zorgen dat er laagdrempelig en efficiënt toch nagedacht kan worden over de (samen)werking van de artsen in de praktijk.

Zoals eerder al aangehaald kan verder onderzoek naar de impact van deze tool op de samenwerking ook uitermate interessant zijn. Deze paper betreft slechts de eerste versie van de ontwikkelde gesprekstools. Die kunnen eventueel toegevoegd worden aan de leidraad die Arteveldehogeschool met hun nieuwe lichtingen van afgestudeerde en startende VIHP's meegeeft. Hieruit volgt automatisch een uitgebreide toepassing en dus testing van de nieuwe tool. Worden er effectief meer gesprekken gepland? Verlopen deze in de twee richtingen? Wat is de frequentie die wordt aangehouden? Welke gevolgen zijn er op de werking van de praktijk? Is er een effectieve groei van het vertrouwen door implementatie van groeigesprekken? Het kan zeker interessant zijn om dergelijke gestructureerde bevraging later nog te organiseren.

Als mogelijke verdere onderzoekstrajecten stellen wij allereerst een kwantitatieve impactstudie voor. Door middel van een studieopzet met een controlegroep en bijpassende voor- en nametingen kan hierbij het effect op het ervaren vertrouwen en de werklast nauwkeurig worden gemeten. Daarnaast kan een kwalitatief luik worden geplaatst in de vorm van diepte-interviews. Deze gesprekken, die bijvoorbeeld na een implementatieperiode van één jaar zouden kunnen plaatsvinden, kunnen inzicht geven in hoe de tool effectief de praktijkcultuur verandert.

# Conclusie

De huisartsgeneeskunde staat niet stil, niet alleen wetenschappelijk, maar ook organisatorisch. We zien de laatste decennia een shift van solopraktijken naar groepspraktijken, met recenter ook meer en meer de implementatie van een of meerdere praktijkverpleegkundigen. De verschuiving van 'cure' naar 'care' vereist meer dan enkel extra personeel; het vraagt om een fundamentele hertekening van de samenwerking. Dit zorgt ervoor dat je als huisarts ook voor nieuwe uitdagingen komt te staan, zoals het voeren van functioneringsgesprekken in de praktijk. Uit onze thesis is gebleken dat er vraag is naar ondersteuning hierbij. Onze tool biedt de nodige structuur om deze transitie te faciliteren. Hoewel verdere objectivering van de impact nodig is, vormt dit sjabloon een eerste aanzet om van taakdelegatie naar echte interprofessionele samenwerking te evolueren binnen de Belgische huisartsgeneeskunde.

# Bronnen


1. **Bernaert, I.** (2019). *Implementatie van een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk: Met focus op de zorg voor patiënten met diabetes type 2* [Masterproef, Universiteit Gent].
2. **Vantomme, A.** (2024). *Ontwikkeling en toetsing van een e-learning rond prikkelbaredarmsyndroom in de huisartsenpraktijk* [Masterproef, KU Leuven].
3. **Demeester, J.** (2024). *Samenwerking huisarts en verpleegkundige in diabeteszorg: samen sterker dan alleen* [Masterproef, Universiteit Gent].
4. **Vandenbroucke, F.** (2022). *Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk)*. FOD Kanselarij van de Eerste Minister.
5. **Maier, C. B., & Aiken, L. H.** (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health, 26*(6), 927–934.
6. **Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J.** (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018*(7), Article CD001271.
7. **Norful, A. A., Swords, K., Marichal, M., Cho, H., & Poghosyan, L.** (2017). Nurse practitioner-physician comanagement of primary care patients: the promise of a new delivery care model to improve quality of care. *Health Care Management Review, 42*(4), 360–371.
8. **Dieleman, N.** (2015). *De introductie van een COPD-consult door de praktijkverpleegkundige: een optimalisering van de zorg bij gekende COPD-patiënten?* [Masterproef, Universiteit Gent].
9. **Marechal, C.** (2021). *Complementaire samenwerking met verpleegkundige in de huisartspraktijk. Het effect op het functioneren en professioneel welbevinden van de huisarts?* [Masterproef, Universiteit Gent].
10. **Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., ... [et al.].** (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019*(4), Article CD010412.
11. **Schlunegger, M. C., Aebi, S., Zumstein-Shaha, M., & Palm, R.** (2022). Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing, 31*(11-12), 1461–1475.

12. **Smeets, M., Ronse, J., Van Linden, A., Seuntjens, L., & Aertgeerts, B.** (2013). *Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan?* [Masterproef, KU Leuven].
13. **Bloemen, S., De Buyck, T., & De Meestere, C.** (2025). *Rol van praktijkverpleegkundige bij het opstellen van vroegtijdige zorgplanning in de huisartsenpraktijk: Haalbaarheid en acceptatie* [Masterproef, KU Leuven].
14. **Arteveldehogeschool.** (z.d.). *Postgraduaat verpleegkundige in de huisartsenpraktijk*. Geraadpleegd op 3 februari 2026, van https://www.arteveldehogeschool.be/nl/opleidingen/postgraduaat/verpleegkundige-de-huisartsenpraktijk
15. **Zak, P. J.** (2017). The neuroscience of trust. *Harvard Business Review, 95*(1), 84–90.
16. **McCormick, M., & Harvey, C.** (2018). *The traffic lights toolkit: A guide for practitioners in Higher Education*. Canterbury Christ Church University. https://www.canterbury.ac.uk/learning-and-teaching-enhancement/docs/traffic-light-toolkit/The-Traffic-Lights-Toolkit-A-guide-for-practitioners-in-Higher-Education.pdf
17. **Nash, R., Stupans, I., Chalmers, L., & Brown, N.** (2016). Traffic light report provides a new technique for assurance of learning. *Journal of Learning Design, 9*(1), 37–49. https://figshare.utas.edu.au/articles/journal_contribution/Traffic_light_report_provides_a_new_technique_for_assurance_of_learning/22938923
18. **Yan, Z., & Boud, D.** (2022). The future of self-assessment in classroom practice: Reframing self-assessment as a core competency. *Prospects, 52*(1-2), 157–174. https://doi.org/10.1007/s11125-021-09548-2
19. **Andrade, H. L.** (2019). A critical review of research on student self-assessment. *Frontiers in Education, 4*, Article 87. https://doi.org/10.3389/feduc.2019.00087
20. **Örnek, F., Alaam, S., Fateel, M., & Almalki, F.** (2024). Traffic light tiered assessment: An example from STEM. *Online Science Education Journal, 9*(2), 30–43. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3926696
21. **Pullon, S.** (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care, 22*(2), 133–147. https://doi.org/10.1080/13561820701795069
22. **Lawlor, B., & Hornyak, M.** (2012). Smart goals: How the application of Smart goals can contribute to achievement of student learning outcomes. *Developments in Business Simulation and Experiential Learning, 39*, 259–267. https://absel-ojs-ttu.tdl.org/absel/article/view/90
23. **Ayoub, R.** (2017). *SMART objectives: A strategic approach to achieving business success*. Zenodo. https://zenodo.org/records/14642257

24. **Lean.nl.** (n.d.). *Wat is de SMART methode en hoe helpt het bij het behalen van doelen*. https://www.lean.nl/wat-is-de-smart-methode/
25. **Ogbeiwi, O.** (2018). General concepts of goals and goal-setting in healthcare: A narrative review. *Journal of Management & Organization, 24*(2), 324–341. https://doi.org/10.1017/jmo.2017.12
26. **Hussain, S. S., & Umar, M.** (2024). A comprehensive review of software development life cycle methodologies: Pros, cons, and future directions. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/379652502_A_Comprehensive_Review_of_Software_Development_Life_Cycle_methodologies_Pros_Cons_and_Future_Directions
27. **Archixl**. (2017). *Eigenschappen van moderne ontwikkelmodellen: Vier methodes vergeleken*. https://www.archixl.nl/assets/files/eigenschappen-van-moderne-ontwikkelmodellen-vier-methodes-vergeleken.pdf
28. **Pargaonkar, S.** (2023). A comprehensive research analysis of software development life cycle (SDLC) agile & waterfall model advantages, disadvantages, and application suitability in software quality engineering. *International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP), 13*(8), 120–124. https://doi.org/10.29322/IJSRP.13.08.2023.p14018
29. **Alshamrani, A., & Bahattab, A.** (2015). A comparison between three SDLC models: Waterfall model, spiral model, and incremental/iterative model. *International Journal of Computer Science Issues (IJCSI), 12*(1), 106–112. https://www.ijcsi.org/papers/IJCSI-12-1-1-106-111.pdf
30. **OpenAI**. Spiraal in wijzerzin opgedeeld in vier kwadranten. [AI Gegenereerd beeld, aangepast in Microsoft Office Powerpoint]. 27 januari 2026. Beschikbaar op: https://chatgpt.com/

# Bijlage 1 - barometer

Versie 1.0



Versie 2.0

# GROEIBAROMETER



## Zonder ondersteuning

- _____
- _____
- _____

## Beperkte ondersteuning

- _____
- _____
- _____

## Ondersteuning noodzakelijk

- _____
- _____
- _____

Waarin wil de praktijkverpleegkundige en/of de praktijk groeien, en welke ondersteuning is hiervoor vereist? Dit kan heel breed bekeken worden, zowel de taken en rollen (zie bijlage 1), maar ook de ondersteuning (financieel, kennis, materiaal, vaardigheid, …).

Versie 3.0

# GROEIBAROMETER



## Zonder ondersteuning

## Beperkte ondersteuning

## Ondersteuning noodzakelijk

# GROEIBAROMETER



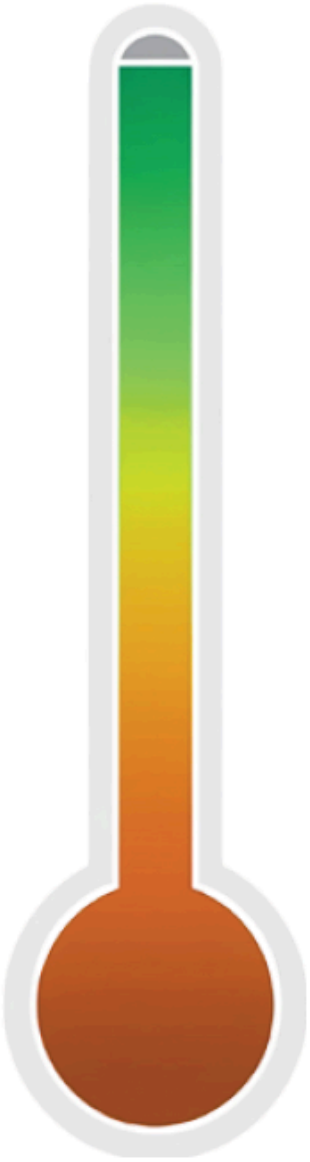
## Zonder ondersteuning

## Beperkte ondersteuning

## Ondersteuning noodzakelijk

Versie 5.0

# GROEIBAROMETER



## ZONDER ONDERSTEUNING

## BEPERKTE ONDERSTEUNING

## ONDERSTEUNING NOODZAKELIJK

# Bijlage 2 - groeigesprek

## Versie 1.0

### Groeigesprek – Visueel Gespreksformulier

Naam VIHP: _____

Naam arts: _____

Datum groeigesprek: _____

### Samenwerking in een oogopslag

| Positief | Knelpunten |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

### Verwachtingen (kort verwoord)

Wat verwacht ik van jou? _____

Wat verwacht jij van mij? _____

### Reflectie op een casus of actie

Casus/situatie:

_____

Wat gebeurde er?

_____

_____

Wat zou ik anders kunnen aanpakken?

_____

Wat wil ik eruit leren?

_____

## SMART-leerdoel (in 1 zin):

_____

| S | M | A | R | T |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Wat ik van nodig heb als ondersteuning :

_____

Versie 2.0

## Groeigesprek – Visueel Gespreksformulier

Naam VIHP: _____

Naam arts: _____

Datum groeigesprek: _____

### Samenwerking in een oogopslag

| | Positieve punten | Knelpunten |
|---|---|---|
| Praktijk | | |
| Praktijkverpleegkundige | | |

**Besluit:** _____

_____

### Verwachtingen (kort verwoord)

Wat verwacht ik van jou? _____

Wat verwacht jij van mij? _____

### To Do's:

1. _____
2. _____
3. _____

### SMART-leerdoel (in 1 zin):

_____

Wat ik nodig heb van ondersteuning :

_____

**Bijlage 1: CanMEDS-rollen**

Deze kunnen ter inspiratie gebruikt worden voor het invullen van de samenwerking in een oogopslag.




Bron: https://bib-vig-mz-3-davinci.learningmatters.nl/canmedsrollen

**Bijlage 2: SMART-leerdoel**

Verduidelijking van het SMART-principe voor het opstellen van een leerdoel.

# SMART LEERDOEL

- **S**pecifiek: wie, wat, waar, wanneer, waarom?
- **M**eetbaar: hoe ga je nagaan of je je doel hebt bereikt?
- **A**cceptabel: het doel is logisch ontstaan uit je werkzaamheden.
- **R**ealistisch: want als het te moeilijk of te makkelijk is, raak je je motivatie kwijt.
- **T**ijdsgebonden: in welk tijdsbestek lijkt het haalbaar om dit doel te bereiken?

Versie 3.0

## Groeigesprek – Visueel Gespreksformulier

Naam VIHP: _____

Naam arts: _____

Datum groeigesprek: _____

### Samenwerking in een oogopslag

| | Positieve punten | Knelpunten |
|---|---|---|
| Praktijk | | |
| Praktijkverpleegkundige | | |

**Besluit:** _____

_____

### Verwachtingen (kort verwoord)

Wat verwacht ik van jou? _____

### To Do's:

1. _____
2. _____
3. _____

### SMART-leerdoel (in 1 zin):

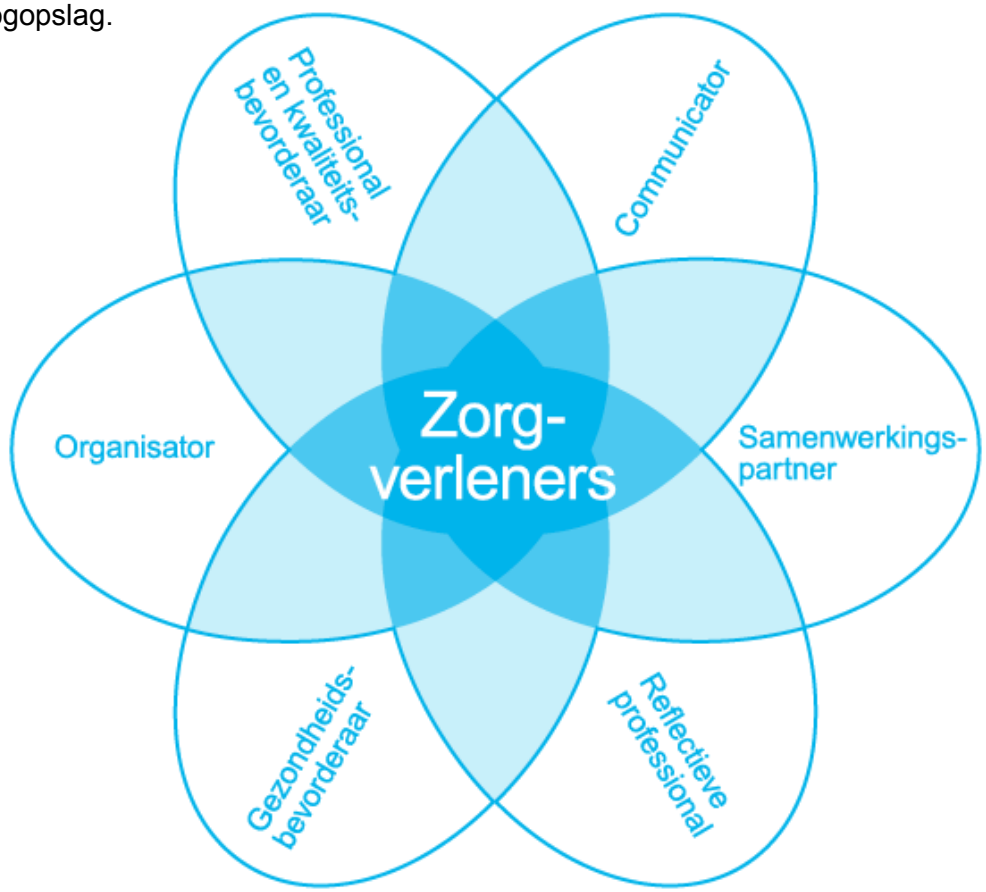
_____

Wat ik nodig heb van ondersteuning :

_____

**Bijlage 1: CanMEDS-rollen**

Deze kunnen ter inspiratie gebruikt worden voor het invullen van de samenwerking in een oogopslag.




Bron: https://bib-vig-mz-3-davinci.learningmatters.nl/canmedsrollen

**Bijlage 2: SMART-leerdoel**

Verduidelijking van het SMART-principe voor het opstellen van een leerdoel.

Voorbeeld: Binnen 6 maanden wil ik bij alle 75-plussers een gesprek gevoerd hebben over vroegtijdige zorgplanning en hen het Leif-boekje meegeven; dit zal ik coderen in CareConnect om zo na de ingestelde periode na te gaan of iedereen een gesprek gehad heeft.

# SMART LEERDOEL

- **S**pecifiek: wie, wat, waar, wanneer, waarom?
- **M**eetbaar: hoe ga je nagaan of je je doel hebt bereikt?
- **A**cceptabel: het doel is logisch ontstaan uit je werkzaamheden.
- **R**ealistisch: want als het te moeilijk of te makkelijk is, raak je je motivatie kwijt.
- **T**ijdsgebonden: in welk tijdsbestek lijkt het haalbaar om dit doel te bereiken?

Versie 4.0

## Groeigesprek – Gespreksformulier

Naam VIHP: _____

Naam arts: _____

Datum groeigesprek: _____

### Samenwerking in een oogopslag

| | Positieve punten | Werkpunten |
|---|---|---|
| Praktijk | | |
| Praktijkverpleegkundige | | |

**Besluit:** _____

_____

### Verwachtingen (kort verwoord)

Wat verwacht de VIHP van de praktijk?

_____

Wat verwacht de praktijk van de VIHP?

_____

### SMART-leerdoel (in 1 zin):

_____

_____

Wat heeft de VIHP nodig van ondersteuning hiervoor of wat dient er ontwikkeld te worden:

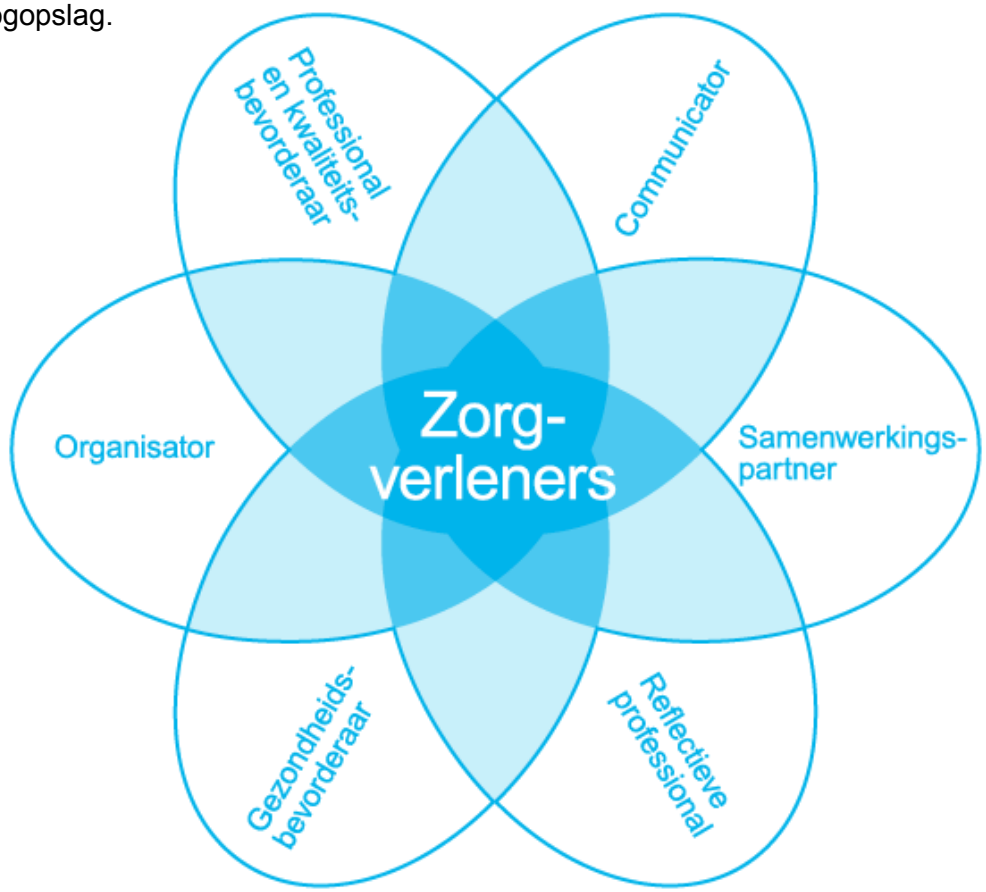
_____

_____

Datum volgend groeigesprek: _____

**Bijlage 1: CanMEDS-rollen**

Deze kunnen ter inspiratie gebruikt worden voor het invullen van de samenwerking in een oogopslag.




Bron: https://bib-vig-mz-3-davinci.learningmatters.nl/canmedsrollen

**Bijlage 2: SMART-leerdoel**

Verduidelijking van het SMART-principe voor het opstellen van een leerdoel.

Voorbeeld: Binnen 6 maanden wil ik bij alle 75-plussers een gesprek gevoerd hebben over vroegtijdige zorgplanning en hen het Leif-boekje mee te geven; dit zal ik coderen in CareConnect om zo na de ingestelde periode na te gaan of iedereen een gesprek gehad heeft.

## SMART LEERDOEL

- **S**pecifiek: wie, wat, waar, wanneer, waarom?
- **M**eetbaar: hoe ga je nagaan of je je doel hebt bereikt?
- **A**cceptabel: het doel is logisch ontstaan uit je werkzaamheden.
- **R**ealistisch: want als het te moeilijk of te makkelijk is, raak je je motivatie kwijt.
- **T**ijdsgebonden: in welk tijdsbestek lijkt het haalbaar om dit doel te bereiken?

Versie 5.0

# GROEIGESPREK - GESPREKSFORMULIER

Naam verpleegkundige: _____

Naam arts(en): _____

Datum groeigesprek: _____

## SAMENWERKING IN ÉÉN OOGOPSLAG

| | Positieve punten | Werkpunten |
|---|---|---|
| Praktijk | | |
| Praktijkverpleegkundige | | |

**BESLUIT:** _____

_____

## VERWACHTINGEN (KORT VERWOORD)

Wat verwacht de VIHP van de praktijk?

_____

Wat verwacht de praktijk van de VIHP?

_____

## SMART-LEERDOEL (IN 1 ZIN)

_____

Wat heeft de VIHP nodig van ondersteuning hiervoor of wat dient er ontwikkeld te worden:

_____

**DATUM VOLGENDE GROEIGESPREK:** _____

# Bijlage 3 - Instructieblad

## Versie 1.0




Gesprekssterter

Leidraad voor geplande, zich herhalende gesprekken

Afgelijnde wijze om doelen bondig samen te vatten.[1]

# Het groeigesprek

Het groeigesprek is een tool opgesteld om te helpen om de samenwerking tussen een arts en een VIHP of een andere medewerker te verbeteren.
Hiervoor worden drie tools voorzien: de groeibarometer, het groeigesprek en SMART-leerdoelen.

Wij stellen voor dat deze gesprekken om de drie à zes maanden herhaald worden.
We raden aan dat iedere partner die aan het gesprek deelneemt, zich voorbereidt door op voorhand zowel de groeibarometer als het groeigesprek - visueel gespreksformulier (tot en met “Verwachtingen”) in te vullen.

## Stap 1 - De Groeibarometer

De groeibarometer dient als brainstormtool en gespreksopener. Iedere deelnemer kan dit op voorhand invullen met taken en rollen die relevant lijken.
Ter inspiratie werd een niet-exhaustieve lijst toegevoegd als bijlage.
Bij het herhalen van het groeigesprek na een bepaalde termijn is het zeker interessant om de gemaakte SMART-leerdoelen op de groeibarometer te plaatsen.

## Stap 2 - Het Groeigesprek

Op voorhand kan het document “Groeigesprek – Visueel Gespreksformulier” al gedeeltelijk ingevuld worden door alle deelnemers.
Tijdens het gesprek wordt dan aan de hand van de voorbereiding de finale versie voor het gesprek ingevuld als overzicht van wat er besproken werd en/of opviel.

To Do’s zijn praktische zaken die aangepakt dienen te worden om aan de verwachtingen of SMART-leerdoelen te kunnen voldoen.

## Stap 3 - SMART-leerdoel

Een SMART-leerdoel is een leerpunt dat in één zin samengevat werd met duidelijke afbakening (**S**pecifiek), een duidelijke uitkomst (**M**eetbaar), logisch bij het werk past (**A**cceptabel), **R**ealistisch is en **T**ijdsgebonden is. Ze zijn het voornaamste werk-/aandachtspunt dat wordt meegenomen naar het volgende groeigesprek om de samenwerking verder te verdiepen en uit te bouwen.

Versie 2.0

# GROEIGESPREK: HOE PAK JE HET AAN

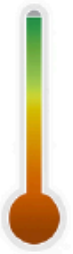
OVERVIEW




## Groeibarometer

01.

- Brainstormen
- Gesprekssstarter
- Bepaalt de noodzakelijke graad van ondersteuning
- Niet-exhaustieve takenlijst in bijlage ter inspiratie



## Gesprekssjabloon

02.

- Leidraad voor het effectieve gesprek
- Op voorhand in te vullen tot en met “verwachtingen”
- Verder aan te vullen tijdens het gesprek
- Focus op zowel de praktijk als de verpleegkundige
- In bijlage 3 kan je 10 tips vinden omtrent goed feedback geven



## SMART-leerdoel

03.

- Leerdoel opgesteld aan de hand van SMART principe
- Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden
- Evaluatie van het leerdoel op het volgende gesprek: 3 tot 6 maanden later, afhankelijk van uw voorkeur



# GROEIBAROMETER



## ONTDEK DE GROEIBAROMETER

Een krachtige tool om het gesprek op gang te brengen!
Vul de Groeibarometer **vooraf** in met taken en rollen die (mogelijk) relevant zijn binnen jouw praktijk. Zo krijg je in één oogopslag een helder, visueel overzicht van wat goed loopt en waar groeikansen liggen. Ideaal als **brainstormtool** én **gespreksstarter**!

## KLEUR MET BETEKENIS

De kleurcodering toont in één oogopslag hoeveel **ondersteuning** nodig is voor een taak of rol.
Ondersteuning mag je **breed** zien: van supervisie en extra opleiding tot materialen of tools die het werk vergemakkelijken. Zo breng je snel in kaart waar extra hulp of middelen gewenst zijn.

## EEN BLIK VOORUIT ÉN TERUG

Herhaal het groeigesprek na **3 tot 6 maanden** en evalueer samen de vooruitgang. Kijk terug naar de eerder opgestelde **SMART-leerdoelen** en plaats ze opnieuw op de Groeibarometer. Zo zie je in één oogopslag welke stappen gezet zijn en waar nog **groeikansen** liggen.

## LAAT JE INSPIREREN

Achteraan dit document vind je een **voorbeeldlijst** met mogelijke taken en competenties van een praktijkverpleegkundige.
De lijst is niet volledig, maar dient als handige **leidraad**. Gebruik ze ter **inspiratie** — niet alles hoeft besproken te worden in elk gesprek.

# GESPREKSSJABLOON



## VOORBEREIDING EN AFRONDING VAN HET GESPREK

Het gesprekssjabloon kan **vooraf** deels worden ingevuld door alle deelnemers, eventueel met de **CanMedsrollen** als inspiratie. Tijdens het gesprek wordt het formulier **verder aangevuld** tot een definitieve versie, als **samenvatting** van wat besproken is.

## SAMENWERKING IN ÉÉN OOGOPSLAG

Noteer in de **tabel** de positieve en werkpunten van zowel de praktijk als de verpleegkundige. Het is de bedoeling dat de **constructieve feedback** wordt samengevat in korte puntjes. Dit vormt de basis voor een algemeen **besluit** dat je tijdens het gesprek kan meegeven.

## VERWACHTINGEN

Hierin noteer je **kort** wat je verwacht van de praktijk en/of verpleegkundige in de komende tijd. Dit kan gaan van **acties** rond je leerdoelen of to-do's tot **bredere onderwerpen** zoals organisatie of samenwerking (overlegstructuur, taakverdeling, etc.).

## TO DO'S

Noteer hier **korte, concrete taken** die snel uitgevoerd kunnen worden, maar wel belangrijk zijn. Deze kunnen, maar moeten niet, gekoppeld te zijn aan een leerdoel. Een voorbeeld kan zijn: het plannen van een vast overlegmoment in de week voor casuïstiek.

# SMART-LEERDOEL




## GERICHT EN CONCREET GROEIEN

Een SMART-leerdoel helpt je om **doelgericht** en **haalbaar** te werken aan je verdere groei. Het maakt je leerdoel concreet en **makkelijk op te volgen**. Dit doel neem je mee naar het volgende groeigesprek om de samenwerking verder te evalueren.

**S**

### SPECIFIEK
Wat wil je precies bereiken?
Wie, wat, waar, wanneer, waarom?

**M**

### MEETBAAR
Hoe ga je nagaan of je je doel hebt bereikt?

**A**

### ACCEPTABEL
Is je doel logisch ontstaan uit je taken of rollen?

**R**

### REALISTISCH
Is het doel haalbaar binnen je mogelijkheden?
Een te moeilijk of makkelijk doel werkt demotiverend.

**T**

### TIJDGEBONDEN
In welk tijdsbestek lijkt het haalbaar om dit doel te bereiken?

## EVEN EEN VOORBEELD

Binnen twee maanden voer ik bij minstens vijf chronische patiënten een vroegtijdig zorgplanningsgesprek uit, samen met de huisarts, en noteer het aan de hand van een gestandaardiseerd document in het EMD.

# BIJLAGE 1: NIET-EXHAUSTIEVE LIJST MET TAKEN EN ROLLEN VAN DE PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

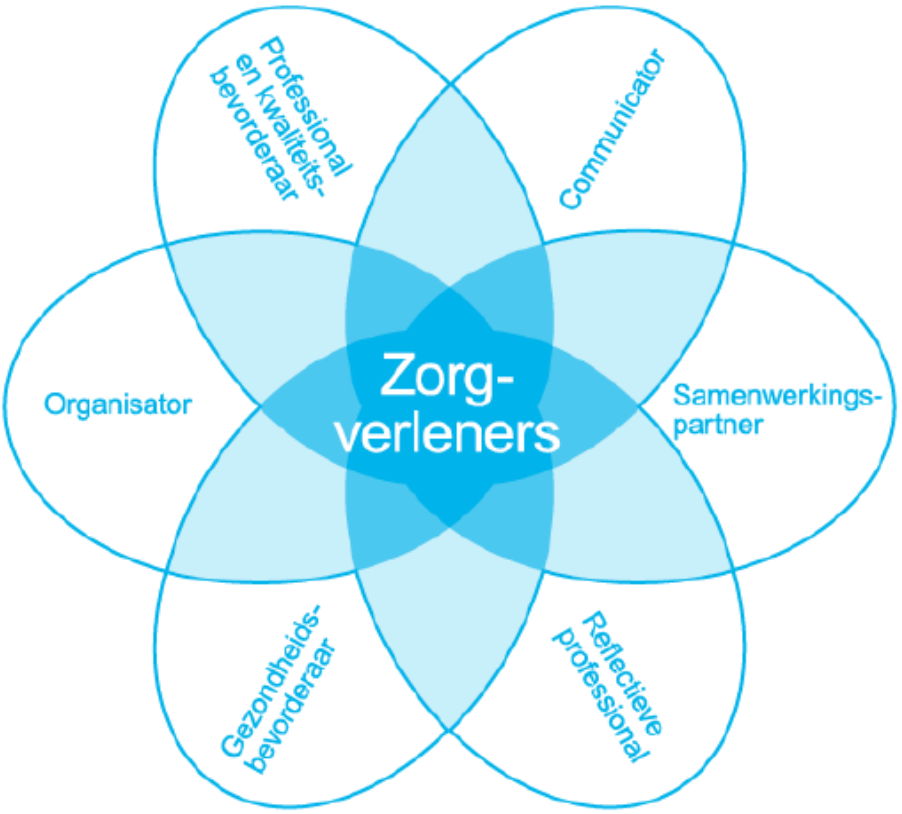
| | |
|---|---|
| **Ondersteuning dagelijkse werking praktijk** | • Telefoonpermanentie<br>• Agendabeheer<br>• Stock management<br>• Steriliseren van instrumenten<br>• Toezicht op proces van sterilisatie<br>• Triëren van aanmeldingsklacht en inboeken bij juiste zorgverlener op correct tijdstip<br>• Behandeling, verwerking en analyse en archivering van gegevens van medische onderzoeken<br>• Nazicht/verwerken test- en laboresultaten<br>• Verwerken inkomende verslagen<br>• Aanmaken SUMEHRS<br>• Intakegesprek en aanvullen dossier bij nieuwe pt<br>• ... |
| **Acute zorg/ technische interventies** | • Wondzorg<br>• Parameters opnemen en registreren<br>• Bloedafnames<br>• Cryo-therapie<br>• Cerumen verwijderen<br>• Verwijderen hechtingen<br>• Voorbereiden kleine medische ingrepen<br>• Assisteren kleine medische ingrepen<br>• Posttraumatisch en post chirurgisch cutaan hechten<br>• Voorbereiden en toedienen vaccin<br>• Voorbereiden en toedienen medicatie (SC, IM, IV, lokaal bijv verdoving bij hechtingen, ...)<br>• Longfunctietest<br>• EKG<br>• Voetcontrole<br>• Uitstrijkje<br>• Aderlating<br>• Klinisch onderzoek bij acute milde klachten<br>• Advies over behandeling/verder verloop en zelfzorg m.u.v. farmacologische therapie bij acute milde klachten<br>• ... |
| **Preventieve zorg** | • Populatiemanagement en berekenen van risico's zoals cardiovasculair risico, Findrisk<br>• Initiëren, uitvoeren en opvolgen van screenings ikv overheidscampagnes en bevolkingsonderzoeken (primaire, secundaire, tertiaire preventie)<br>• Levensstijl advies en coaching ikv primaire preventie<br>• Uitvoeren en opvolgen van preventieve onderzoeken ivv operatie (pre-operatief consult)<br>• Seksuele voorlichting en educatie ikv SOA's<br>• Zwangerschapsopvolging<br>• Rookstopbegeleiding<br>• Huisbezoeken ikv preventie<br>• ... |

# BIJLAGE 1: NIET-EXHAUSTIEVE LIJST MET TAKEN EN ROLLEN VAN DE PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

| | |
|---|---|
| **Chronische zorg** | • Populatiemanagement (doelgroepen bepalen, queries trekken)<br>• Introductie van een diabetes type 2 zorgplan (nieuwe diagnose)<br>• Opvolging van een type 2diabetes zorgplan (diabetesconsult ikv opstarttraject - zorgtraject)<br>• Levensstijl advies en coaching bij pt met chronische aandoening (diabetes, Astma/COPD, nierinsufficiëntie, hypertensie, cardiovasculaire aandoening...)<br>• Huisbezoeken ikv chronische zorg<br>• Psychosociale zorg<br>• Bespreken psychosociaal welbevinden met pt, vraagverheldering<br>• Geven van psycho-educatie aan pt<br>• Organiseren van psychosociale zorg voor de pt<br>• Hulp bij administratieve problemen (invullen aanvragen ed)<br>• Vroegtijdige zorgplanningsgesprekken<br>• ... |
| **Organisatie-coördinatie** | • Organisatie van zorg voor de pt binnen de eerste lijn<br>• Organisatie van zorg voor de pt tussen de eerste en tweede lijn<br>• Deelname intern overleg<br>• Intern overleg voorbereiden, verzamelen agendapunten, beheer agenda<br>• Intern overleg leiden (tijd bewaken, input van allen, bewaken dat beslissing genomen wordt of agendapunt verschuiven), verslag maken, opvolgen van beslissingen<br>• Uurrooster, verlofplanning opstellen<br>• Organiseren van MDO's (extern met zorgverleners van buiten de praktijk)<br>• Begeleiden stagiairs in de praktijk (alle soorten zorgprofessionals)<br>• Leiden van (een deel van) het team<br>• ... |
| **Kwaliteitsverbetering - Evidence Based Practice** | • Opvolgen nieuwe evoluties en richtlijnen<br>• Ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde procedures en protocollen op maat van de praktijk ism team<br>• Opzetten, uitvoeren en implementeren van praktijkverbeterende projecten<br>• Meewerken aan wetenschappelijk onderzoek<br>• ...<br>• |

Bron: Postgraduaat VIHP Arteveldehogeschool Gent - Webinar UA 'Hervorming verpleegkundig beroep, wat betekent dit voor de huisartsenpraktijk?" 19-03-2025

# BIJLAGE 2: CANMEDSROLLEN




Bron: https://bib-vig-mz-3-davinci.learningmatters.nl/canmedsrollen

# BIJLAGE 3: FEEDBACKREGELS: 10 TIPS OM IN ACHT TE HOUDEN

### 1. VRAAG TOESTEMMING
Check eerst of de ander openstaat voor feedback.

### 2. BASEER OP FEITEN EN GEDRAG
Richt je op wat iemand doet, niet op de persoon.

### 3. WEES CONCREET
Geef specifieke voorbeelden om misverstanden te voorkomen.

### 4. GEBRUIK IK-BOODSCHAPPEN
Zeg bijvoorbeeld: “Ik merk dat…” in plaats van “Jij doet…”.

### 5. GEEN COMPLIMENTENSANDWICH
Meng negatieve feedback niet met complimenten. Dit ondermijnt zowel de negatieve feedback als de complimenten.

### 6. GEBRUIK POSITIEVE TAAL
Formuleer opbouwend, zonder overdreven negatieve woorden.

### 7. GEEF FEEDBACK SNEL
Deel feedback zo snel mogelijk na het gedrag. Bewaar niet alles tot het volgende gesprek, feedback kan continu gegeven worden binnen een samenwerking.

### 8. KIES DE JUISTE PLEK
Negatieve feedback privé, positieve juist in het openbaar.

### 9. MAAK HET EEN GESPREK
Luister naar de reactie van de ander en zoek begrip.

### 10. DENK IN OPLOSSINGEN
Bespreek samen verbeterstappen en bied hulp aan. Zo blijft het niet bij ‘kritiek’, maar help je de ander echt groeien.

Bron: https://feedbackgeven.nl/feedback-regels/

# Bijlage 4 - Taken- en rollen VIHP: niet-exhaustieve lijst

## Taken- en rollen VIHP: niet-exhaustieve lijst

| | |
|---|---|
| **Ondersteuning dagelijkse werking praktijk** | ● Telefoonpermanentie<br>● Agendabeheer<br>● Stock management<br>● Steriliseren van instrumenten<br>● Toezicht op proces van sterilisatie<br>● Triëren van aanmeldingsklacht en inboeken bij juiste zorgverlener op correct tijdstip<br>● Behandeling, verwerking en analyse en archivering van gegevens van medische onderzoeken<br>● Nazicht/verwerken test- en laboresultaten<br>● Verwerken inkomende verslagen<br>● Aanmaken SUMEHRS<br>● Intakegesprek en aanvullen dossier bij nieuwe pt<br>● ... |
| **Acute zorg/ technische interventies** | ● Wondzorg<br>● Parameters opnemen en registreren<br>● Bloedafnames<br>● Cryo-therapie<br>● Cerumen verwijderen<br>● Verwijderen hechtingen<br>● Voorbereiden kleine medische ingrepen<br>● Assisteren kleine medische ingrepen<br>● Posttraumatisch en post chirurgisch cutaan hechten<br>● Voorbereiden en toedienen vaccin<br>● Voorbereiden en toedienen medicatie (SC, IM, IV, lokaal bijv verdoving bij hechtingen, ...)<br>● Longfunctietest<br>● EKG<br>● Voetcontrole<br>● Uitstrijkje<br>● Aderlating<br>● Klinisch onderzoek bij acute milde klachten<br>● Advies over behandeling/verder verloop en zelfzorg m.u.v. farmacologische therapie bij acute milde klachten<br>● ... |
| **Preventieve zorg** | ● Populatiemanagement en berekenen van risico's zoals cardiovasculair risico, Findrisk<br>● Initiëren, uitvoeren en opvolgen van screenings ikv overheidscampagnes en bevolkingsonderzoeken (primaire, secundaire, tertiaire preventie)<br>● Levensstijl advies en coaching ikv primaire preventie |

| | |
|---|---|
| | ● Uitvoeren en opvolgen van preventieve onderzoeken ivv operatie (pre-operatief consult)<br>● Seksuele voorlichting en educatie ikv seksueel overdraagbare infecties<br>● Zwangerschapsopvolging<br>● Rookstopbegeleiding<br>● Huisbezoeken ikv preventie<br>● ... |
| **Chronische zorg** | ● Populatiemanagement (doelgroepen bepalen, queries trekken, ...)<br>● Introductie van een diabetes type 2 zorgplan (nieuwe diagnose)<br>● Opvolging van een type 2diabetes zorgplan (diabetesconsult ikv opstarttraject - zorgtraject)<br>● Levensstijl advies en coaching bij pt met chronische aandoening (diabetes, Astma/COPD, nierinsufficiëntie, hypertensie, cardiovasculaire aandoening...)<br>● Huisbezoeken ikv chronische zorg<br>**Psychosociale zorg**<br>● Bespreken psychosociaal welbevinden met pt, vraagverheldering<br>● Geven van psycho-educatie aan pt<br>● Organiseren van psychosociale zorg voor de pt<br>● Hulp bij administratieve problemen (invullen aanvragen ed)<br>● Vroegtijdige zorgplanningsgesprekken<br>● ... |
| **Organisatie - Coördinatie** | ● Organisatie van zorg voor de pt binnen de eerste lijn<br>● Organisatie van zorg voor de pt tussen de eerste en tweede lijn<br>● Deelname intern overleg<br>● Intern overleg voorbereiden, verzamelen agendapunten, beheer agenda<br>● Intern overleg leiden (tijd bewaken, input van allen, bewaken dat beslissing genomen wordt of agendapunt verschuiven), verslag maken, opvolgen van beslissingen<br>● Uurrooster, verlofplanning opstellen<br>● Organiseren van MDO's (extern met zorgverleners van buiten de praktijk)<br>● Begeleiden stagiairs in de praktijk (alle soorten zorgprofessionals)<br>● Leiden van (een deel van) het team<br>● ... |
| **Kwaltiteits verbetering – Evidence based practice** | ● Opvolgen nieuwe evoluties en richtlijnen<br>● Ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde procedures en protocollen op maat van de praktijk ism team<br>● Opzetten, uitvoeren en implementeren van praktijkverbeterende projecten<br>● Meewerken aan wetenschappelijk onderzoek<br>● ... |
| | |

Bron: Postgraduaat VIHP Arteveldehogeschool Gent - Webinar UA 'Hervorming verpleegkundig beroep, wat betekent dit voor de huisartsenpraktijk?" 19-03-2025