



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in de verpleegkunde en de vroedkunde

Masterthesis

Verwachtingen van huisartsen en praktijkverpleegkundigen over de rol van verpleegkundig specialisten in de huisartsenpraktijk: een kwalitatief onderzoek

Fauve Smeets

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de verpleegkunde en de vroedkunde, afstudeerrichting verpleegkunde

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2024
2025



Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in de verpleegkunde en de vroedkunde

Masterthesis

***Verwachtingen van huisartsen en praktijkverpleegkundigen over de rol van
verpleegkundig specialisten in de huisartsenpraktijk: een kwalitatief onderzoek***

Fauve Smeets

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de verpleegkunde en de vroedkunde, afstudeerrichting verpleegkunde

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS

Inhoud

Woord vooraf.....	2
Abstract.....	3
1. Introductie.....	5
2. Methodologie	7
2.1 Onderzoeksdesign	7
2.2 Setting en participanten	7
2.3 Steekproef.....	7
2.4 Datacollectie.....	7
2.5 Data analyse.....	8
3. Resultaten	9
3.1 Karakteristieken van deelnemers.....	9
3.2 Overzicht van resultaten	9
3.2.1 Thema 1: Onbekendheid	10
3.2.2 Thema 2: Praktijkgrootte	10
3.2.3 Thema 3: Patiëntenprofiel	10
3.2.4 Thema 4: Autonomie van klinische activiteiten.....	11
3.2.5 Thema 5: Leiderschap & Kwaliteitsverbetering	12
3.2.6 Thema 6: Ondersteuning huisartsen en taakverlichting	12
4. Discussie	13
4.2 Beperkingen en sterke punten van het onderzoek.....	15
4.3 Aanbevelingen voor integratie VS in huisartsenpraktijk	15
5. Conclusie.....	17
6. Bibliografie	18
7. Bijlagen.....	21
7.1 Overkoepelende ideeënvisie.....	21
7.2 Leidraad vragenlijst	22
7.3 EQUATOR-guidelines	24
7.4 CanMEDS-rollen	25

Woord vooraf

Deze masterproef met als titel *"Verwachtingen van huisartsen en praktijkverpleegkundigen over de rol van verpleegkundig specialisten in de huisartsenpraktijk"* werd geschreven ter afronding van de masteropleiding Verpleegkunde aan de Universiteit Hasselt.

Mijn interesse in dit onderwerp komt voort uit mijn huidige werkervaring binnen een huisartsenpraktijk. Aangezien ik de masteropleiding Verpleegkunde volg met de afstudeerrichting verpleegkundig specialist, vond ik het bijzonder relevant om de verwachtingen rond deze functie te onderzoeken. In de toekomst wil ik deze rol graag zelf opnemen en verder mee helpen ontwikkelen binnen de eerstelijnszorg.

Het schrijven van deze masterproef was een boeiend, maar ook uitdagend traject. Gelukkig stond ik er in dit proces niet alleen voor, en wil ik graag enkele mensen bedanken die hierin een belangrijke rol hebben gespeeld. Eerst en vooral wil ik mijn promotoren, Pieter Heren en Jochen Bergs bedanken voor hun waardevolle feedback, deskundige begeleiding en hun geduld gedurende het hele traject. Hun betrokkenheid en advies hebben me telkens opnieuw geholpen om verder te groeien in mijn onderzoek.

Verder gaat mijn dank uit naar alle huisartsen en praktijkverpleegkundigen die bereid waren om deel te nemen aan mijn studie. Zonder hun enthousiasme en medewerking was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Ook mijn familie, mijn vriend en mijn vriendinnen verdienen een bijzonder woord van dank. Hun steun, aanmoediging en begrip waren onmisbaar tijdens de moeilijke momenten en zorgden ervoor dat ik dit traject tot een goed einde kon brengen.

Fauve Smeets

Hasselt, 25/06/2025

Abstract

Achtergrond: De Belgische eerstelijnszorg staat onder druk door toenemende zorgvragen, complexere zorgbehoeften en een tekort aan zorgprofessionals. In meerdere landen worden verpleegkundig specialisten succesvol ingezet om deze uitdagingen op te vangen, maar in België zijn er nog geen verpleegkundig specialisten actief in de huisartsenpraktijk.

Doel: Dit onderzoek heeft als doel om de verwachtingen van huisartsen en praktijkverpleegkundigen in kaart te brengen met betrekking tot de taken en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist binnen de huisartsenpraktijk.

Methoden: Er werd een kwalitatieve, cross-sectionele studie uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews met huisartsen en praktijkverpleegkundigen in Vlaanderen. De interviews waren gebaseerd op het CanMEDS-competentiekader en vonden plaats tussen februari en april 2025. Deze duurden 30 tot 60 minuten en werden audio-opgenomen, woordelijk getranscribeerd en geanonimiseerd. De gegevens werden thematisch en inductief geanalyseerd, waarbij codes iteratief gegroepeerd werden tot overkoepelende thema's.

Resultaten: De studie omvatte 15 deelnemers (acht praktijkverpleegkundigen & zeven huisartsen) uit voornamelijk groepspraktijken in Limburg. De thematische analyse bracht zes thema's naar voren: (1) Onbekendheid met het profiel van de verpleegkundig specialist; (2) Praktijkgrootte als afhankelijke factor voor implementatie; (3) Patiëntenprofiel, waarbij de verpleegkundig specialist wordt gezien als versterking in acute, chronische en preventieve zorg; (4) Autonomie van klinische activiteiten, mits binnen duidelijke kaders en overleg met huisarts; (5) Leiderschap en kwaliteitsverbetering op het niveau van de individuele patiënt, de huisartsenpraktijk, de eerstelijnszone en transmurale samenwerking; (6) Taakverlichting en ondersteuning van huisartsen door het overnemen van klinische en coördinerende taken.

Conclusie: Er bestaat nog veel onbekendheid over het profiel van de verpleegkundig specialist bij huisartsen en praktijkverpleegkundigen, al zien zij wel een duidelijke rol voor deze functie in de toekomst van de Belgische huisartsenpraktijk. Voor een succesvolle implementatie is een duidelijke rolafbakening noodzakelijk. Daarnaast is verder onderzoek nodig naar de inbedding van de VS in praktijken van verschillende groottes en regionale contexten. Essentieel daarbij zijn: duidelijke taakafspraken, een wettelijk verankerde interprofessionele samenwerkingsovereenkomst, een sluitend financierings- en aansprakelijkheidskader, structureel overleg en een afgestemd opleidingsaanbod.

1. Introductie

De Belgische gezondheidszorg staat onder toenemende druk door een structureel tekort aan zorgprofessionals, waaronder artsen en verpleegkundigen (1, 2). Deze personeelstekorten vormen een risico voor de kwaliteit, toegankelijkheid en organisatie van de zorg. Tegelijkertijd wordt het werk voor zorgverleners complexer door een stijging in chronische aandoeningen, een toename van multimorbiditeit, technologische vooruitgang en beperkte budgetten (1). Hoewel demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing de zorgvraag doen toenemen, ligt de kern van de uitdaging in het waarborgen van voldoende, goed opgeleide en ondersteunde zorgprofessionals om aan de veranderende noden van het zorglandschap te kunnen voldoen (3, 4).

Om deze structurele uitdagingen aan te pakken, wordt steeds vaker gezocht naar manieren om de organisatie van de zorg efficiënter te maken. Daarbij komt onder andere een herverdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen zorgteams in beeld. In dat kader groeit de belangstelling voor de invoering van een nieuw functieprofiel, die zorgverleners kunnen ondersteunen en ontlasten. Eén van de voorstellen die hierin steeds meer aandacht krijgt, is de integratie van de verpleegkundig specialist (VS) binnen het zorgsysteem (4, 5).

Internationaal staat deze functie bekend als de Advanced Practice Nurse (APN) en is de functie al ingevoerd in de volgende landen: de Verenigde Staten, Canada, Frankrijk, Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland en Zwitserland (6-9). In deze landen is de functie van de APN inmiddels ingebed in zowel de eerste- als tweedelijnszorg. Met uitzondering van Frankrijk, waar de APN nog niet volledig is ingebed in de eerstelijnszorg (9-21).

De International Council of Nurses (ICN) definieerde een *Advanced Practice Nurse* (In het Nederlands: verpleegkundig specialist) als volgende:

"An Advanced Practice Nurse (APN) is a generalist or specialised nurse who has acquired, through additional graduate education (minimum of a master's degree), the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for Advanced Nursing Practice, the characteristics of which are shaped by the context in which they are credentialed to practice (22)."

Verpleegkundig specialisten voeren in het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland zelfstandig consultaties uit in de eerstelijnszorg, onder meer bij chronische aandoeningen (11, 12). In Canada en de Verenigde Staten blijkt hun inzet, de toegankelijkheid, patiënttevredenheid en patiëntgerichtheid te verbeteren (14, 15). Hoewel de functie internationaal sterk is ingebed, blijft de rol van de verpleegkundig specialist in België voorlopig beperkt tot het ziekenhuis (4). Verpleegkundig specialisten zijn in België werkzaam binnen de volgende zorgcontexten: acute en kritieke zorg, chronische zorg, zorg voor kind en gezin, zorg voor de oudere, geestelijke gezondheidszorg of transversale zorg (23). In de eerstelijnszorg in België, zoals in huisartsenpraktijken, zijn er nog geen verpleegkundig specialisten werkzaam (4).

De titel van verpleegkundig specialist is sinds april 2019 wettelijk beschermd onder de mini-WUG (24). De specifieke voorwaarden om de titel te dragen en de bevoegdheden zijn inmiddels vastgelegd in twee koninklijke besluiten van 14 april 2024. De bepalingen van deze besluiten zijn van kracht sinds 1 januari 2025 (23, 25, 26).

Het Koninklijk Besluit betreffende vaststelling van de criteria om de titel van verpleegkundig specialist te dragen stelt vast dat de verpleegkundig specialist moet beschikken over een diploma van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, een master in de verplegingswetenschappen en minimaal 3000 uur praktijkervaring moet hebben als verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg in een specialisatiedomein in de afgelopen vijf jaar (23, 26).

Het Koninklijk Besluit betreffende de klinische activiteiten en medische handelingen van de verpleegkundig specialist bepaalt dat verpleegkundig specialisten, onder welomschreven voorwaarden, bepaalde klinische en medische handelingen mogen uitvoeren. Voorwaarde is dat er een interprofessionele samenwerkingsovereenkomst (IPSWO) wordt afgesloten tussen de verpleegkundig specialist en een arts. Zo'n overeenkomst zorgt voor een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden en draagt bij aan een veilige en effectieve samenwerking binnen het zorgteam (23, 25).

De wetgeving maakt het mogelijk dat verpleegkundig specialisten beslissingen nemen over medische diagnostiek, medische behandeling, de opvolging van de totale zorg van de patiënt, opname en ontslag, het doorverwijzen van patiënten naar specialisten, het voorschrijven van geneesmiddelen en het opstellen van medische attesten (23, 25). De laatste twee handelingen zullen met uitstel van kracht gaan vanaf 2026 (27). Verder geldt de voorwaarde dat de handelingen routinematig zijn met een beperkte medische complexiteit en dat de risico's te overzien zijn (23, 25).

Het is belangrijk om de rol van de VS in de eerstelijnszorg te definiëren, zodat deze functie kan bijdragen aan een aangepaste taakverdeling binnen het zorgteam en het waarborgen van kwalitatieve zorg bij toenemende zorgcomplexiteit (4). Dit onderzoek heeft als doel de verwachtingen van huisartsen en praktijkverpleegkundigen ten aanzien van de taken en bevoegdheden van verpleegkundig specialisten binnen huisartsenpraktijken in kaart te brengen.

2. Methodologie

2.1 Onderzoeksdesign

Er werd een cross-sectionele, kwalitatieve studie uitgevoerd met semigestructureerde interviews bij huisartsen en praktijkverpleegkundigen. Het onderzoek werd uitgevoerd in het kader van een masterproef aan de Universiteit Hasselt. Voor de rapportering van deze studie werd uitgegaan van de SRQR-richtlijnen (Standards for Reporting Qualitative Research) (28). Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek (CME) UHasselt, onder dossiernummer CME2024/049.

2.2 Setting en participanten

Deelnemers aan deze studie waren Nederlandstalige praktijkverpleegkundigen en huisartsen die werkzaam zijn in Vlaanderen en over minimaal vijf jaar werkervaring in hun huidige functie beschikken. Daarnaast moeten participanten ook ervaring hebben in een onderlinge samenwerking tussen huisartsen en praktijkverpleegkundigen. Door de beperkte respons werden de selectiecriteria bijgesteld, waardoor ook kandidaten met minder dan vijf jaar ervaring konden deelnemen.

2.3 Steekproef

De uitnodiging voor studiedeelname werd verspreid via LinkedIn, de opleiding "Verpleegkunde in de Huisartsenpraktijk" (VIHP) aan de Universiteit Antwerpen, en vier eerstelijnszones in Limburg: Herkenrode, Kemp & Duin, Zuidoost-Limburg en Noord-Limburg. Potentiële deelnemers konden hun interesse kenbaar maken via e-mail. Het onderzoeksteam nam vervolgens telefonisch of per e-mail contact met hen op om na te gaan of zij voldeden aan de vooraf opgestelde selectiecriteria. Indien zij geschikt werden bevonden, werd in onderling overleg een interview ingepland op een moment en locatie naar keuze. Voorafgaand aan het interview ontvingen de deelnemers een toestemmingsformulier per e-mail. Schriftelijke, geïnformeerde toestemming werd verkregen vóór de start van het interview.

2.4 Datacollectie

In dit kwalitatief onderzoek zijn semigestructureerde interviews afgenomen, waarbij gebruik is gemaakt van een vooraf opgestelde leidraad met open vragen gebaseerd op het CanMEDS model. Het CanMEDS-model is het competentiekader dat de verschillende rollen van de verpleegkundig specialist beschrijft (29) (zie bijlage 7.4). De zeven rollen omvatten: klinisch expert en behandelaar, communicator, gezondheidsbevorderaar, samenwerker, onderzoeker, organisator van kwaliteitsvolle zorg en klinisch en professioneel leider. Deze opzet bood ruimte voor verdiepende vragen, waardoor deelnemers onderwerpen konden aankaarten die niet expliciet door de onderzoeker waren geïnitieerd.

Daarnaast werd tijdens de interviews de gelegenheid geboden aan de deelnemers, om vrijuit te spreken over hun huidige taken, samenwerkingsverbanden en verwachtingen. De interviews werden opgenomen op audio en de dataverzameling werd voortgezet totdat theoretische verzadiging was bereikt. Dit betekent dat er geen nieuwe thema's of inzichten meer naar voren kwamen uit de laatste twee interviews (30).

Deelnemers hadden de keuze tussen een online interview via Google Meet of een face-to-face gesprek in een privévergader ruimte, waarbij uitsluitend de onderzoeker en de deelnemer aanwezig waren. De interviews werden afgenomen tussen februari en april 2025 en duurden telkens 30 tot 60 minuten.

2.5 Data analyse

De audio-opnames van de interviews werden tijdelijk opgeslagen in een beveiligde dictafoonapp en na de transcriptie verwijderd. Eerst werden de interviews handmatig en (ad verbatim) woordelijk getranscribeerd. Vervolgens werden de transcripties handmatig gecodeerd op basis van relevante uitspraken en terugkerende patronen. In de derde stap zijn vergelijkbare codes samengevoegd om verbanden en structuren in de data te identificeren. Tot slot zijn deze gegroepeerde codes geordend in overkoepelende thema's, die de kern van de onderzoeksresultaten weergeven.

Er werd een inductieve benadering gehanteerd, zodat de thema's rechtstreeks uit de data konden ontstaan. De gegevensverzameling en -analyse vonden grotendeels gelijktijdig plaats, wat het onderzoeksproces flexibel maakte en ruimte bood voor aanpassing op basis van nieuwe inzichten (emergent design). Tijdens het onderzoeksproces werd actief aandacht besteed aan mogelijke vooroordelen en veronderstellingen van de onderzoeker. Deze werden systematisch erkend en kritisch gereflecteerd. Om de objectiviteit en geloofwaardigheid te versterken, werden opkomende thema's en interpretaties besproken tijdens peer debriefing-sessies met medestudenten en promotoren. Alle transcripties zijn geanonimiseerd en opgeslagen op een beveiligde drive van de Universiteit Hasselt, zodat promotoren toegang hadden tot het onderzoeksbestand.

3. Resultaten

3.1 Karakteristieken van deelnemers

De steekproef bestond uit 15 deelnemers: acht praktijkverpleegkundigen en zeven huisartsen. De meeste deelnemers werkten in groepspraktijken in de provincie Limburg, met uitzondering van één praktijkverpleegkundige uit West-Vlaanderen. De deelnemers verschilden in leeftijd, geslacht en werkervaring. De werkervaring varieerde van 4 maanden tot meer dan 30 jaar. De praktijkgrootte liep uiteen van 3 tot 20 medewerkers. En de meerderheid van de deelnemers waren vrouwen (10 van de 15).

Tabel 1: Steekproefkarakteristieken

Interview nummer	Functie VIHP/ huisarts	Werkervaring	Provincie	Praktijkgrootte (personen)	Geslacht	Leeftijd
1	VIHP	> 15 jaar	Limburg	13 pers	vrouw	61
2	huisarts	> 30 jaar	Limburg	6 pers	vrouw	60
3	VIHP	1 jaar	Limburg	10 pers	vrouw	30
4	huisarts	4 maanden	Limburg	3 pers	man	28
5	huisarts	15 jaar	Limburg	14 pers	vrouw	35
6	Huisarts	7 jaar	Limburg	5 pers	man	35
7	huisarts	24 jaar	Limburg	5 pers	man	50
8	VIHP	5 jaar	Limburg	6 pers	vrouw	35
9	huisarts	6 maanden	Limburg	5 pers	Man	29
10	VIHP	1.5 jaar	Limburg	8 pers	vrouw	38
11	VIHP	4 jaar	West-Vlaanderen	7 pers	vrouw	38
12	VIHP	6 jaar	Limburg	20 pers	vrouw	42
13	huisarts	5 jaar	Limburg	10 pers	Man	37
14	VIHP	2 jaar	Limburg	11 pers	vrouw	38
15	VIHP	11 jaar	Limburg	15 pers	vrouw	33

*VIHP= Verpleegkundige in de huisartsenpraktijk

3.2 Overzicht van resultaten

Uit de thematische analyse kwamen zes centrale thema's naar voren: (1) Onbekendheid met het functieprofiel; (2) Praktijkgrootte als factor voor implementatie; (3) Patiëntenprofiel met inzet in de acute, chronische en preventieve zorg; (4) Autonomie van klinische activiteiten mits duidelijke afspraken; (5) Leiderschap en kwaliteitsverbetering binnen verschillende niveaus; en (6) Ondersteuning van huisartsen en taakverlichting.



Afbeelding 1: Uitleg thema's

3.2.1 Thema 1: Onbekendheid

Zowel huisartsen als praktijkverpleegkundigen gaven aan onvoldoende kennis te hebben van de rol en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist. Dit leidde tot verwarring met andere functies, zoals de praktijkverpleegkundige met een VIHP-opleiding (Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk) of verpleegkundigen met een banaba-opleiding. De VIHP-opleiding is een postgraduaat voor bachelorverpleegkundigen, gericht op het voorbereiden van een ondersteunende en coördinerende rol binnen de huisartsenpraktijk (31). En een banaba-opleiding is een bachelor-na-bachelor opleiding die je kan volgen als verpleegkundige na je bacheloropleiding bijvoorbeeld in zorgmanagement (32).

Interview 4 (huisarts): *"Ja, is dat niet iemand die een banaba heeft gevolgd? Iemand die zich specialiseert in bijvoorbeeld wondzorg of zo? [lachend] Ik heb er eerlijk gezegd geen duidelijk beeld van, niet tot in detail."*

3.2.2 Thema 2: Praktijkgrootte

Huisartsen verwachten dat de verpleegkundig specialist voornamelijk ingezet zal worden binnen grotere huisartsenpraktijken, waar voldoende schaalgrootte en financiële draagkracht aanwezig is om deze functie te integreren. Verpleegkundigen delen grotendeels deze visie, al geven sommigen aan dat ook kleinere praktijken potentieel hebben om met een verpleegkundig specialist te werken, op voorwaarde van een duidelijke taakafbakening en nauwere samenwerking met de huisarts.

Interview 11 (Praktijkverpleegkundige): *"Jawel, nee, maar het zal niet efficiënt zijn. Het zal kostenefficiënter zijn in een grotere praktijk, denk ik, dan in een kleinere praktijk. Denk ik, hè."*

3.2.3 Thema 3: Patiëntenprofiel

Praktijkverpleegkundigen verwachten binnen de acute zorg, dat de verpleegkundig specialist triage uitvoert en eerste inschattingen maakt bij acute klachten. Daarnaast verwachten huisartsen en praktijkverpleegkundigen bij complexere of levensbedreigende situaties, dat de verpleegkundig specialist de patiënt tijdig doorverwijst naar de arts voor verdere diagnostiek en behandeling.

Interviewer: *"Klopt het dat u van mening bent dat de verpleegkundig specialist de triage kan uitvoeren?"*

Interview 15 (praktijkverpleegkundige): *Ja, toch even laten controleren door de verpleegkundig specialist dan... Is het inderdaad een verkoudheid? Is het iets? Ja, een soort triage doen.*

Huisartsen en praktijkverpleegkundigen zien een rol voor de verpleegkundig specialist in de preventieve zorg, zoals de opvolging van bevolkingsonderzoeken (bijvoorbeeld baarmoederhalsuitstrijkjes), het systematisch opvolgen van risicogebaseerde screenings (zoals osteoporose) en het geven van leefstijladvies over voeding, beweging en rookstop.

Interview 6 (huisarts): *Klopt, is dat in orde? Kijk daarnaar. Zijn er uitstrijkjes? Zijn er onderzoeken al gedaan? Eigenlijk, het hele gamma van preventieve geneeskunde, kan de verpleegkundig specialist niets verkeerd doen.*

Huisartsen en praktijkverpleegkundigen beschouwen de verpleegkundig specialist als een kernpartner in de coördinatie van chronische zorg, zoals diabetes. De verpleegkundig specialist volgt patiënten klinisch op, plant en bewaakt consultaties bij o.a. diëtist en podoloog, en verwijst patiënten met onvoldoende gereguleerde diabetes tijdig door naar de huisarts.

Interview 5 (huisarts): *"Bijvoorbeeld bij een diabetespatiënt: als de HbA1c-waarde in orde is, de nierfunctie goed is en het LDL onder de 70 mg/dl blijft, spreken we van een stabiele diabeet. In dat geval zou je systematisch kunnen nagaan of alle vereiste stappen doorlopen zijn, zoals het aanbieden van twee consultaties bij een diëtist en twee bij de podoloog, het voorzien van educatie en de jaarlijkse controle van de urine op micro-albuminurie.*

Als al deze punten afgevinkt zijn ja, vraag ik me af hoeveel meerwaarde een huisarts hier nog kan bieden? Volgens mij zou de verpleegkundig specialist vooral de niet-gecontroleerde diabetes eruit moeten halen en doorverwijzen naar ons."

3.2.4 Thema 4: Autonomie van klinische activiteiten

Er is bevraagd aan de huisartsen en praktijkverpleegkundigen in welke mate de verpleegkundig specialist autonoom klinische handelingen kan uitvoeren tijdens patiëntencontacten in de huisartsenpraktijk. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen zien een duidelijke rol voor de verpleegkundig specialist binnen het consultatieproces. Er wordt verwacht dat de verpleegkundig specialist taken uitvoert, zoals het afnemen van de anamnese, het uitvoeren van klinisch onderzoek en het opstellen van medische attesten.

Interview 4 (huisarts): *"Dat zou fantastisch zijn, als die dat in de toekomst zouden kunnen. Dat en bijvoorbeeld ook een neusverkoudheid. Als die kunnen ausculteren en die kunnen luisteren."*

Praktijkverpleegkundigen beschouwen het voorschrijven van chronische medicatie door verpleegkundig specialisten als haalbaar. Huisartsen geven aan, in de meeste gevallen de verantwoordelijkheid voor medicatievoorschriften zelf te willen behouden. Het opstarten van nieuwe medicatie wordt door beide beroepsgroepen doorgaans gezien als een handeling die bij voorkeur in overleg met de arts gebeurt.

Interview 3 (praktijkverpleegkundige): *"Ik denk dat dat wel heel ruim kan zijn, chronische medicatie voorschriften opstellen. Want de regel nu is, dat de patiënt voor elk medicatievoorschrift langs gaat bij de huisarts."*

Zowel huisartsen als praktijkverpleegkundigen geven aan dat zij het doorgaans niet wenselijk vinden dat verpleegkundig specialisten zelfstandig diagnoses stellen of patiënten doorverwijzen. Dit zal een verantwoordelijkheid blijven van de arts. De deelnemers benadrukken dat duidelijke protocollen en afspraken noodzakelijk zijn om de autonomie van de verpleegkundig specialist binnen veilige en gestructureerde kaders vorm te geven.

Interview 2 (huisarts): *"uhhh (..) Ik denk dat het stellen van diagnoses het moeilijkste zal zijn en dat zal nooit de taak van de verpleegkundig specialist worden. Uiteindelijk zijn wij, de artsen daarvoor verantwoordelijk."*

Beide groepen geven aan onduidelijkheid te ervaren over de eindverantwoordelijkheid bij medische complicaties.

Interview 5 (huisarts): *"Oké, als we stellen dat een verpleegkundig specialist een diagnose mag stellen en consultaties mag doen, waar ligt dan de eindverantwoordelijkheid, als er een foutieve diagnose wordt gesteld? [...] Is dan hij of zij eindverantwoordelijk, of ligt die verantwoordelijkheid bij de huisarts, waarmee wordt samengewerkt?"*

3.2.5 Thema 5: Leiderschap & Kwaliteitsverbetering

Huisartsen geven aan dat verpleegkundig specialisten in staat zijn om de zorg rond individuele patiënten te coördineren (patiëntniveau). Daarnaast kunnen zij ook een belangrijke rol spelen in het organiseren en optimaliseren van de huisartsenpraktijk (praktijkniveau).

Interview 2 (huisarts): *"Ja, ze kan een coördinerende rol spelen in de algemene werking van de praktijk, bijvoorbeeld door te bepalen hoe de dagelijkse activiteiten in de huisartsenpraktijk worden georganiseerd."*

Binnen het praktijkniveau geven huisartsen aan dat verpleegkundig specialisten kunnen bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Onder andere door het uitvoeren van interne audits, het opzetten en begeleiden van wetenschappelijk onderzoek en het geven van bijscholingen, met name voor huisartsen in opleiding (haio's).

Interview 2 (Huisarts): *"Ja, zeker. Ook naar huisartsen in opleiding kan zij een grote meerwaarde zijn. De verpleegkundig specialist kan de haio verpleegtechnische handelingen aanleren."*

Ook praktijkverpleegkundigen benadrukken dat verpleegkundig specialisten binnen de praktijk een meerwaarde bieden, bijvoorbeeld in het versterken van multidisciplinaire samenwerking en het up-to-date houden van protocollen.

Interview 11 (praktijkverpleegkundig): *"En ik denk dat een verpleegkundig specialist in zo'n groepspraktijk wel ideaal is. dat je een verpleegkundige hebt, die een aanspreekpunt is. Die ook effectief degene is, die alles op verpleegkundig vlak eigenlijk opvolgt, managet, protocollen uitschrijft, delegeert, terugkoppelt naar huisartsen."*

Naast hun rol binnen de praktijk vervullen verpleegkundig specialisten volgens praktijkverpleegkundigen ook een sturende rol in de organisatie van de eerstelijnszorg en kunnen zij een centrale positie innemen bij de coördinatie van transmurale zorg.

Interview 3 (praktijkverpleegkundige): *"En dat die VS'en meer een helikopterview kunnen hebben van de eerstelijns. En hoe kunnen we het beter organisatorisch aanpakken? Uhm (..) moeten die altijd in de huisartsenpraktijk zelf aanwezig zijn? Of kunnen die zich ook clusteren, dat zijn wel dingen waar die zeker over moeten nadenken."*

Tot slot wordt door praktijkverpleegkundigen aangegeven dat verpleegkundig specialisten op eerstelijnsniveau lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) kunnen leiden. Een LOK is een overleggroep van geaccrediteerde artsen, die regelmatig samenkomt om via peer review de kwaliteit van hun medische praktijk te verbeteren (33).

3.2.6 Thema 6: Ondersteuning huisartsen en taakverlichting

Zowel huisartsen als praktijkverpleegkundigen verwachten dat de inzet van verpleegkundig specialisten zal bijdragen aan het verlagen van de werkdruk bij huisartsen, door het opnemen van diverse klinische en organisatorische taken.

Interview 2 (huisarts): *"Een verpleegkundig specialist kan de zorg verbeteren door chronische zorg en preventie te versterken, vroegtijdig problemen te signaleren en de werkdruk van ons te verlichten."*

4. Discussie

Het doel van deze masterproef was om de verwachtingen van huisartsen en praktijkverpleegkundigen te verkennen met betrekking tot de taken en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist (VS) binnen de huisartsenpraktijk. Uit de resultaten kwamen zes thema's naar voren: (1) onbekendheid met het functieprofiel van de VS, (2) praktijkgrootte als implementatiefactor, (3) het patiëntenprofiel met betrekking tot acute, preventieve en chronische zorg, (4) autonomie in klinische activiteiten, (5) leiderschap en kwaliteitsverbetering, en (6) ondersteuning van huisartsen en taakverlichting.

Zowel huisartsen als praktijkverpleegkundigen bleken onvoldoende vertrouwd met het functieprofiel van de VS in deze studie. Dit sluit aan bij bevindingen uit Zwitserland, Nieuw-Zeeland en Frankrijk, waar de rol eveneens relatief nieuw is, de wettelijke bevoegdheden per land verschillen en de invulling sterk varieert (9, 34, 35). Daarnaast wordt de functie vooral haalbaar geacht in grotere praktijken, vanwege financiële draagkracht en schaalgrootte. Een vergelijkbare trend wordt gezien in Zwitserland, waar VS'en vaak werkzaam zijn in multidisciplinaire huisartsenpraktijken met meer middelen, personeel en een brede patiëntenpopulatie (11).

Binnen de acute zorg werd triage genoemd als een mogelijke taak voor de VS in deze studie. In België wordt triage in ziekenhuizen momenteel voornamelijk uitgevoerd door spoedverpleegkundigen (36). Op het vlak van preventieve zorg zien beide beroepsgroepen eveneens een rol, vergelijkbaar met Nederland, waar VS'en onder andere leefstijladvies geven over voeding, beweging en rookstop. De GOAL-studie liet zien dat patiënten onder begeleiding van een VS significant meer fysieke activiteit vertoonden dan bij reguliere huisartsenzorg (37).

Chronische zorg wordt door huisartsen en praktijkverpleegkundigen in deze studie gezien als een belangrijk domein, waarin de VS een waardevolle bijdrage kan leveren. Deze focus op chronische zorg sluit aan bij de situatie in Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk. In Zwitserland dragen VS'en bij aan de chronische zorg, door uitgebreide anamneses, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek uit te voeren, waardoor medische en verpleegkundige interventies nauwkeurig op de patiënt worden afgestemd. In het Verenigd Koninkrijk zijn VS'en betrokken bij het routinematig beheren van chronische aandoeningen, zoals astma, diabetes en hartfalen, waarbij zij follow-up en patiënteneducatie combineren binnen multidisciplinaire eerstelijnssteams (11, 12).

Consulttaken zoals het afnemen van een anamnese worden algemeen aanvaard, maar er bestaat terughoudendheid ten aanzien van diagnosestelling, doorverwijzing naar specialisten, het voorschrijven van medicatie en de eindverantwoordelijkheid. Het voorschrijven van chronische medicatie werd in deze studie als aanvaardbaar beschouwd door de praktijkverpleegkundigen, terwijl het opstarten van nieuwe medicatie enkel passend werd geacht in overleg met de arts. Paier-Abuzahra et al. (2024) rapporteerde eveneens dat verpleegkundigen medicatie mogen voorschrijven, maar dit doorgaans doen onder toezicht of met goedkeuring van een arts. De studie betrof diverse verpleegkundige profielen zoals: astmaverpleegkundige, nurse practitioner, reumaverpleegkundige en praktijkverpleegkundige (38). In zowel Nederland als in Canada beschikken VS'en over volledige voorschrijfbevoegdheid, mits deze wordt uitgeoefend binnen hun eigen deskundigheidsgebied. In België zal deze bevoegdheid pas vanaf 2026 van kracht worden (7, 27, 39).

Daarnaast heerst bij beide groepen onduidelijkheid over de eindverantwoordelijkheid van de VS in deze studie. Net als in deze studie bleek ook in Zwitserland en Frankrijk dat er onduidelijkheid bestond over de medische eindverantwoordelijkheid van de VS. Huisartsen gaven aan niet zeker te zijn, wie juridisch verantwoordelijk was bij medische beslissingen. Onder meer omdat de functie van de VS relatief nieuw is, de wettelijke kaders onduidelijk of onvolledig zijn en de invulling van de rol sterk varieert tussen praktijken (34, 35).

In deze studie wordt de VS gezien als een versterking op het gebied van leiderschap en kwaliteitsverbetering, met een impact op verschillende niveaus: de individuele patiëntenzorg, de interne praktijkorganisatie, de eerstelijnszone en de transmurale samenwerking. Zowel dit onderzoek als studies uit Zwitserland en Frankrijk benadrukken bovendien dat VS'en een sleutelpositie kunnen innemen in de coördinatie van zorg, zowel binnen de huisartsenpraktijk als in de samenwerking met andere zorgniveaus (11, 35). Tot slot verwachten beide beroepsgroepen in deze studie dat de inzet van een VS zal bijdragen aan een vermindering van de werkdruk in de huisartsenpraktijk. Een gelijkaardig effect werd ook vastgesteld in Zwitserland waar VS'en taken overnemen van huisartsen en zo zorgen voor ontlasting van de werklust (34).

Deze studie levert verdiepende inzichten op, die in bovenstaande internationale onderzoeken niet aan bod kwamen. VS'en kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan kwaliteitsbevordering, onder andere door deelname aan interne audits, wetenschappelijk onderzoek en het geven van vorming, bijvoorbeeld aan huisartsen in opleiding (haio's). Daarnaast kan de VS actief deelnemen aan lokale kwaliteitsgroepen (LOK), waar reflectie op praktijkvoering en continue verbetering van zorg centraal staan.

Uit de resultaten van deze studie komt naar voren dat de functie van de VS zich bevindt op een continuüm tussen de nurse practitioner (NP) en de clinical nurse specialist (CNS). Dit continuüm wordt gevormd door deze twee functietypen en duidt op een schaal waarbij de rol van de VS niet strikt tot één van beide behoort. Afhankelijk van de setting en expertise kan de VS kenmerken aannemen van zowel de NP als de CNS. NP's werken doorgaans in de eerstelijnszorg en richten zich vooral op directe patiëntenzorg, zoals triage en chronische opvolging. CNS'en zijn vaker werkzaam in de ziekenhuissetting, waar zij zich richten op kwaliteitsverbetering, onderzoek en opleiding binnen een gespecialiseerd domein. De VS in deze studie vertoont kenmerken van beide rollen (40).

Deze combinatie van directe patiëntenzorg en activiteiten gericht op kwaliteitsverbetering sluit nauw aan bij het model van teamgerichte eerstelijnszorg. In dat model werken zorgverleners met verschillende expertises samen als één team en wordt de zorg gedeeld tussen huisartsen, VS'en, praktijkverpleegkundigen en andere disciplines, met als doel de continuïteit en de kwaliteit van zorg te verhogen (41). De bevindingen van deze studie tonen aan hoe de VS in dit model een sleutelrol kan opnemen: zij dragen vooral bij door routinematige medische taken op zich te nemen, consultaties uit te voeren, chronische medicatie voor te schrijven, de zorg te coördineren en ondersteuning te bieden bij acute zorgvragen. Huisartsen blijven daarbij beschikbaar voor complexere problematieken, terwijl iedere professional verantwoordelijkheid draagt binnen duidelijke afspraken omtrent taken en bevoegdheden.

In Nederland bestaat daarnaast het concept van de regiebehandelaar, waarbij één zorgverlener verantwoordelijk is voor de coördinatie van het behandeltraject. Hoewel deze rol meestal door een arts wordt vervuld, wordt ze in bepaalde zorgcontexten zoals de geestelijke gezondheidszorg en chronische zorg ook toevertrouwd aan VS'en, mits zij over de juiste bevoegdheden en taakafspraken beschikken. Dit vertoont gelijkenissen met de bevindingen in deze studie, waarin VS'en eveneens worden gezien als coördinator van zorg binnen de huisartsenpraktijk. Hoewel zij niet de eindverantwoordelijkheid dragen voor complexe medische problematieken, nemen zij wel een centrale rol op in het stroomlijnen van zorgprocessen en het bewaken van continuïteit binnen de huisartsenpraktijk (42).

4.2 Beperkingen en sterke punten van het onderzoek

Een beperking van deze studie was dat participanten nog onvoldoende bekend waren met het concept van de VS, waardoor soms verwarring ontstond met de VIHP-opleiding. Dit kan hun verwachtingen en ervaringen beïnvloed hebben. Tijdens het interview werd nagegaan of de deelnemers bekend waren met de functie, indien dit niet het geval was, werd de rol kort toegelicht. Verder waren de meeste participanten afkomstig uit Limburg, waardoor regionale verschillen mogelijk minder goed zijn meegenomen. Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat niet alle participanten minimaal vijf jaar werkzaam waren in hun huidige functie, wat mogelijk invloed heeft gehad op de diepgang van hun inzichten.

Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is de samenstelling van de steekproef. Deze bestond uit een evenwichtige mix van huisartsen en praktijkverpleegkundigen, met variatie in functieprofielen en uiteenlopende jaren werkervaring, wat zorgde voor diverse perspectieven op de onderzochte thematiek. Bovendien werden deelnemers bevraagd uit zowel grote als kleine praktijken, wat heeft bijgedragen aan een bredere kijk op de inzetbaarheid van de VS binnen verschillende praktijkcontexten. In deze studie werd dataverzadiging bereikt, aangezien na 15 interviews geen nieuwe thema's meer aan bod kwamen en de bevindingen zich begonnen te herhalen (30).

4.3 Aanbevelingen voor integratie VS in huisartsenpraktijk

De invoering van verpleegkundig specialisten in de eerstelijnszorg vraagt om een gecombineerd onderzoeks-, beleids- en praktijkperspectief. Aanvullend onderzoek in België is nodig om te onderzoeken hoe VS'en in huisartsenpraktijken kunnen worden geïntroduceerd en hoe zij klinische autonomie verwerven. Internationale studies (Dehennin et al. 2023; Contandriopoulos et al. 2015) laten zien dat dit het beste verloopt via een geleidelijk, begeleid proces met heldere taakafspraken, een goede praktijkorganisatie en ondersteuning van het team. Omdat huisartsenpraktijken in België anders zijn georganiseerd dan in Canada of in een ziekenhuiscontext, is een eigen aanpak noodzakelijk (43, 44).

Het PEPPA-framework kan hierbij een richtinggevende rol spelen. Dit model biedt een gestructureerde methodiek om nieuwe functies in de eerstelijnszorg te ontwikkelen en te implementeren. Het legt de nadruk op participatie van alle betrokken stakeholders, zoals huisartsen, verpleegkundigen, patiënten en beleidsmakers, en onderstreept het belang van evidence-based besluitvorming en patiëntgerichtheid. Door het gebruik van dit raamwerk kan de integratie van de VS niet alleen systematisch en transparant verlopen, maar ook afgestemd worden op de specifieke noden en context van de Belgische eerstelijnszorg (45).

Vervolgonderzoek binnen grote groepspraktijken zou moeten starten met het formaliseren van een interprofessionele samenwerkingsovereenkomst (IPSWO) tussen huisartsen en VS'en, waarin rollen, verantwoordelijkheden en supervisie helder zijn vastgelegd. Op beleidsniveau is het daarnaast wenselijk dat het wettelijk kader rond deze samenwerkingsovereenkomst in huisartsenpraktijken met VS'en verder wordt uitgewerkt en verduidelijkt (46). In dat kader is het ook essentieel om duidelijke afspraken te maken over beroepsaansprakelijkheid en verzekeringsdekking. Wanneer VS'en autonoom handelen binnen hun bevoegdheden, moet hun aansprakelijkheid expliciet geregeld worden, afgestemd op de gedeelde en zelfstandige verantwoordelijkheden binnen het team (47).

In de startfase werken beide partijen nauw samen onder intensieve ondersteuning via mentorschap en intervisie, waarna in cycli van drie maanden stapsgewijs aanvullende taken aan het takenpakket van de VS kunnen worden toegevoegd (43). Tegelijkertijd kan de implementatie worden geëvalueerd met gevalideerde vragenlijsten, waaronder Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) en Patient-Reported Experience Measures (PREMs). Daarmee worden aspecten zoals patiënttevredenheid, ervaren werkdruk, efficiëntie en klinische uitkomsten periodiek gemonitord om de effectiviteit en haalbaarheid van de gefaseerde implementatie in kaart te brengen (48). Internationale studies tonen al aan dat VS'en in landen als Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Canada en de Verenigde Staten vergelijkbare of betere patiënttevredenheid, continuïteit van zorg en efficiënt gebruik van middelen realiseren, maar in België ontbreekt nog dergelijke contextspecifieke evaluatie (49).

Aanvullend daarop is het essentieel om patiënten ook actief te betrekken bij de implementatie van de rol van VS. Via focusgroepen, ervaringsinterviews of participatieve observaties kunnen hun behoeften, verwachtingen en ervaringen in kaart worden gebracht. Dit zorgt voor een patiëntgericht implementatieproces en helpt bij het vormgeven van zorgmodellen die beter aansluiten bij de dagelijkse realiteit van zorggebruikers (50). Daarnaast helpt dit patiënten vertrouwd te raken met de rol van de VS, waardoor zij deze functie leren zien als een aanvulling op de huisarts (49).

Tegelijkertijd is onderzoek essentieel om de kosteneffectiviteit te evalueren. In hoeverre worden extra investeringen in salaris, opleiding en praktijkinrichting gecompenseerd door besparingen op doorverwijzingen, ziekenhuisopnames en spoedbezoeken in België? Internationale onderzoeken tonen aan dat inzet van VS'en in de eerstelijnszorg, deze kosten effectief terugverdienen, zonder in te boeten aan zorgkwaliteit en patiënttevredenheid. Op die manier worden zowel de praktische randvoorwaarden als de financiële en klinische meerwaarde van VS'en in de Belgische eerstelijnszorg helder in kaart gebracht (51). Daarnaast is de ontwikkeling van een financieringsmodel cruciaal om de inzet van VS'en haalbaar te maken voor huisartsenpraktijken van uiteenlopende grootte. Praktijkverpleegkundigen worden in België momenteel betaald door het forfaitaire systeem (zoals in wijkgezondheidscentra) of uit de honoraria van de artsen. Recent werd met de New Deal een derde financieringsmodel ingevoerd, waarbij huisartsenpraktijken extra premies kunnen ontvangen voor het structureel inzetten van praktijkverpleegkundigen (52, 53).

Bovendien moet expliciet worden onderzocht hoe contextfactoren, zoals praktijkgrootte (solo- versus groepspraktijken), stedelijke versus landelijke ligging, de implementatie beïnvloeden. Een recente case study in Canada toonde aan dat locatie, multidisciplinaire samenstelling van de praktijk, een grote rol spelen bij de snelheid en kwaliteit van de integratie van VS'en (41). Op basis van dergelijk onderzoek kunnen vervolgens pilootstudies worden opgezet in uiteenlopende Belgische praktijksettings, zodat de haalbaarheid en effectiviteit in de lokale context systematisch kan worden geëvalueerd (45).

Het is wenselijk dat opleidingsinstellingen, in nauwe samenwerking met beleidsmakers en het werkveld, het competentieprofiel van de VS verder afstemmen op de specifieke behoeften van de eerstelijnszorg. Internationale literatuur benadrukt dat opleidingen voor VS'en steeds moeten worden aangepast aan de context en noden van het zorgsysteem, en dat interprofessioneel leren daarbij een centrale rol speelt. Concreet kan dit in België betekenen dat opleidingsinstituten een gespecialiseerd eerstelijnsstraject ontwikkelen waarin studenten tijdens stages in groepspraktijken zowel door een huisarts als door een ervaren VS worden begeleid. Daarnaast kunnen kortdurende cursussen over triage en chronische zorg (bijvoorbeeld diabetes en COPD) worden aangeboden. Tot slot zijn regelmatige interprofessionele sessies, waarin VS'en, huisartsen en praktijkverpleegkundigen gezamenlijk casussen bespreken, een belangrijke stap om samenwerking en kennisdeling te versterken (54).

Tot slot kan internationale samenwerking een belangrijke meerwaarde bieden bij de verdere ontwikkeling van de VS in de Belgische eerstelijnszorg. Door actief deel te nemen aan internationale onderzoeksnetwerken en kennisuitwisselingsprojecten kan België leren van landen waar de rol van VS al verder ontwikkeld is binnen de eerstelijnszorg, zoals Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Canada en Zwitserland. Het vergelijken van implementatiestrategieën en uitkomsten kan helpen om valkuilen te vermijden en best practices sneller in te voeren (11-14, 44).

5. Conclusie

Deze studie toont aan dat er onder huisartsen en praktijkverpleegkundigen nog veel onduidelijkheid bestaat over het functieprofiel van de VS. Die beperkte kennis leidt tot verwarring en terughoudendheid, vooral ten aanzien van klinische autonomie en medische verantwoordelijkheden. Toch zien zij een mogelijke positie voor de VS in de toekomst van de Belgische huisartsenpraktijk. Voor een succesvolle introductie is het belangrijk dat de rol en bevoegdheden van de VS beter worden uitgelegd en afgebakend.

Voor een succesvolle implementatie van de VS in de Belgische eerstelijnszorg is verder onderzoek nodig naar hoe deze functie het best kan worden ingebed in verschillende praktijkgroottes (solo- en groepspraktijken) en regionale contexten (stedelijk en landelijk). Kleinschalige pilootprojecten met grondige evaluaties kunnen daarbij de haalbaarheid en meerwaarde aantonen. Essentieel daarbij zijn duidelijke taakafspraken, een wettelijk verankerde interprofessionele samenwerkingsovereenkomst met afspraken over aansprakelijkheid en een passend financieringsmodel. Daarnaast dragen een afgestemd opleidingsaanbod, structureel overleg en internationale kennisuitwisseling bij aan versterkte samenwerking, meer vertrouwen en hogere kwaliteit van zorg.

6. Bibliografie

1. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2020;22(5):1-237.
2. Lenoir AL, Leconte S, Cayn M, Ketterer F, Duchesnes C, Fraipont B, Richelle L. Exploring the diverse career trajectories of general practice graduates in the French-speaking part of Belgium: An interview study. *Eur J Gen Pract*. 2021;27(1):111-8.
3. Marie Vandresse vpbHN, hn@plan.be; Nicole Fasquelle, nf@plan.be; Johan Duyck, jd@plan.be. Vanaf het einde van de jaren 2040 blijft de bevolkingsgroei alleen nog in het Vlaams Gewest positief STATBEL2024 [Available from: <https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/vanaf-het-einde-van-de-jaren-2040-blijft-de-bevolkingsgroei-alleen-nog-het-vlaams-gewest>].
4. Jens Detollenaere MD, Mieke Deschodt, Marie Cerulus, Fabienne Dobbels, Pieter Heeren, Imgard Vinck, Tom Goffin en Koen Van Den Heede. Nursing consultations for patients with complex health conditions: survey on the implementation of nursing consultations in Belgium. 2023. Contract No.: 2021-05-HSR.
5. Grant J, Lines L, Darbyshire P, Parry Y. How do nurse practitioners work in primary health care settings? A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2017;75:51-7.
6. De Raeve P, Davidson PM, Bergs J, Patch M, Jack SM, Castro-Ayala A, et al. Advanced practice nursing in Europe-Results from a pan-European survey of 35 countries. *J Adv Nurs*. 2024;80(1):377-86.
7. Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Harbman P, Donald F, Kaasalainen S, Carter N, et al. Education of advanced practice nurses in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2010;23 Spec No 2010:61-84.
8. Reynolds RB, McCoy K. The role of Advanced Practice Providers in interdisciplinary oncology care in the United States. *Chin Clin Oncol*. 2016;5(3):44.
9. 1 BM. General practitioners' perceptions of the nurse practitioner role: an exploratory study: Pubmed 2003 [Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12658315/>].
10. Devictor J, Burnet E, Henriot T, Leclercq A, Ganne-Carrie N, Kilpatrick K, Jovic L. Implementing advanced practice nursing in France: A country-wide survey 2 years after its introduction. *Nurs Open*. 2023;10(3):1437-48.
11. Altermatt-von Arb R, Stoll H, Kindlimann A, Nicca D, Lauber E, Staudacher S, et al. Daily practices of advanced practice nurses within a multi-professional primary care practice in Switzerland: a qualitative analysis. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):26.
12. Sibbald B, Laurant MG, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. *Med J Aust*. 2006;185(1):10-2.
13. van den Brink GT, Kouwen AJ, Hooker RS, Vermeulen H, Laurant MG. PA and NP general practice employment in the Netherlands. *Jaapa*. 2023;36(12):30-6.
14. Roots A, MacDonald M. Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Hum Resour Health*. 2014;12:69.
15. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *Jama*. 2000;283(1):59-68.
16. Machado PT, Eicher M, Delouane-Abinal A, Kupferschmid S, Roulin MJ. Clarification and development of advanced practice roles in a Swiss French university hospital: an action research study. *BMC Health Serv Res*. 2025;25(1):119.
17. van Kraaij J, van Oostveen C, Vermeulen H, Heinen M, Huis A, Adriaansen M, Peters J. Nurse practitioners' perceptions of their ability to enact leadership in hospital care. *J Clin Nurs*. 2020;29(3-4):447-58.
18. McDonnell A, Goodwin E, Kennedy F, Hawley K, Gerrish K, Smith C. An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *J Adv Nurs*. 2015;71(4):789-99.

19. Kilpatrick K, Harbman P, Carter N, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Donald F, et al. The acute care nurse practitioner role in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2010;23 Spec No 2010:114-39.
20. Jackson K, McCauley P, Konick-McMahan J, Mirza C. Contemporary adult gerontology acute care nurse practitioner (AGACNP) practice: Findings from the 2020 American Association of Critical Care Nurses AGACNP practice analysis survey. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2023;35(3):199-207.
21. Colligan M, Collins C, Foley B, Jones P, Miles J, Zeng I. Emergency nurse practitioners: do they provide an effective service in managing minor injuries, compared to emergency medicine registrars? *N Z Med J*. 2011;124(1344):74-80.
22. Madrean Schober P, MSN, ANP, FAANP, President SGHC, Consultants IH, New York N, USA. guidelines on advanced practice nursing 2020 Geneva, Switzerland; 2020.
23. Zorgnet-Icuro. De hervorming van het verpleegkundig beroep: een overzicht. Brussel; 2024.
24. Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerde versie van 10 mei 2015. *Belgisch Staatsblad*; 2019.
25. Volksgezondheid BFO. Koninklijk Besluit van 14 april 2024 tot vaststelling van de klinische activiteiten en medische handelingen die kunnen worden toevertrouwd aan de houder van de titel van verpleegkundig specialist. *Belgisch Staatsblad*; 2024.
26. Koninklijk Besluit van 14 april 2024 tot bepaling van de nadere regels betreffende de erkenning van de titel van verpleegkundig specialist. *Belgisch Staatsblad*; 2024
27. Volksgezondheid FO. Koninklijk Besluit tot gedeeltelijk uitstel van de inwerkingtreding van het Koninklijk Besluit van 14 april 2024 betreffende de medische handelingen door verpleegkundig specialisten. *Belgisch staatsblad*; 2025.
28. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51.
29. VS-denktank. Competentiekader Verpleegkundig Specialist. 2021.
30. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893-907.
31. Antwerpen u. Verpleegkundige in de huisartsenpraktijk: Universiteit Antwerpen; [Available from: <https://www.uantwerpen.be/nl/studeren/aanbod/alle-opleidingen/verpleegkundige-huisartspraktijk/>].
32. VIVES. BanaBa Zorgmanagement 2025 [Available from: <https://www.vives.be/nl/gezondheidszorg/banaba-het-zorgmanagement>].
33. RISIV. Reglementering van de werking van een LOK: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering; [Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/kwaliteitszorg-door-artsen/accreditering/reglementering-van-de-werking-van-een-lok?utm_source].
34. Stefan Gysin 1 2 BS, Muriel Odermatt 4 5, Stefan Essig 4. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study: Pubmed 2019 [Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31775651/>].
35. Charles Goddaert 1 P-AG, Charlotte Kessler 2, Méline Leblanc 3, Coralie Barbe 4, Jan Chrusciel 3, Clément Cormi 3, Stéphane Sanchez 5 6. Perceptions of general practitioners towards the services provided by advanced practice nurses: a cross-sectional survey in France: Pubmed 2023 [Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38124027/>].
36. Morreel S, Homburg I, Philips H, De Graeve D, Monsieurs KG, Meysman J, et al. Cost effects of nurse led triage at an emergency department with the advice to consult the adjacent general practice cooperative for low-risk patients, a cluster randomised trial. *Health Policy*. 2022;126(10):980-7.
37. ter Bogt NC, Milder IE, Bemelmans WJ, Beltman FW, Broer J, Smit AJ, van der Meer K. Changes in lifestyle habits after counselling by nurse practitioners: 1-year results of the Groningen Overweight and Lifestyle study. *Public Health Nutr*. 2011;14(6):995-1000.

38. Paier-Abuzahra M, Posch N, Jeitler K, Semlitsch T, Radl-Karimi C, Spary-Kainz U, et al. Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. *Hum Resour Health*. 2024;22(1):74.
39. Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Hum Resour Health*. 2019;17(1):95.
40. Mark A Cooper 1 JM, Lavinia Raeside 3; ANP-CNS Group. The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists: Pubmed 2019 [Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31714817/>].
41. Martin-Misener R, Donald F, Rayner J, Carter N, Kilpatrick K, Ziegler E, et al. Factors influencing nurse practitioner panel size in team-based primary care: a qualitative case study. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):304.
42. van Vught AK, E.; van de Werf, M.; Boeijen, E.; Laurant, M. Verpleegkundig specialist als regiebehandelaar ook buiten de GGZ. 2024.
43. Dehennin L, Kinnaer LM, Vermassen F, Van Hecke A. Role development, implementation and evaluation of nurse practitioners in a Belgian university hospital: a mixed methods study protocol. *BMJ Open*. 2023;13(5):e068101.
44. Contandriopoulos D, Brousselle A, Dubois CA, Perroux M, Beaulieu MD, Brault I, et al. A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:78.
45. Bryant-Lukosius D, Dicenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):530-40.
46. besluit K. Koninklijk besluit tot vaststelling van de klinische activiteiten en medische handelingen die de verpleegkundig specialist kan uitoefenen en de voorwaarden waaronder de verpleegkundig specialist deze kan uitoefenen. *Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*; 2024.
47. Society CMPACNP. Liability protection for nurse practitioners and physicians in collaborative practice: A second decade of success. Ottawa, Canada; 2017.
48. Amat-Fernandez C, Pardo Y, Ferrer M, Bosch G, Lizano-Barrantes C, Briseño-Díaz R, et al. Evaluating the implementation of PROMs and PREMs in routine clinical care: co-design of tools from the perspective of patients and healthcare professionals. *Health Qual Life Outcomes*. 2025;23(1):15.
49. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(5):396-404.
50. Mathieson A, Brunton L, Wilson PM. The use of patient and public involvement and engagement in the design and conduct of implementation research: a scoping review. *Implement Sci Commun*. 2025;6(1):42.
51. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(6):e007167.
52. Medica D. de forfaitaire praktijk 2023 [Available from: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/praktijkorganisatie/forfaitaire-betalingssysteem?utm_source].
53. Medica D. New Deal huisartsgeneeskunde 2023 [Available from: <https://www.domusmedica.be/richtlijnen/themadossiers/new-deal-huisartsgeneeskunde>].
54. Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced Practice Nursing Roles, Regulation, Education, and Practice: A Global Study. *Ann Glob Health*. 2022;88(1):42.

7. Bijlagen

7.1 Overkoepelende ideeën

Onderzoeksvraag: *Welke verwachtingen hebben huisartsen en praktijkverpleegkundigen over de rol van een verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk?*

- **Thema 1: Onbekendheid:**
 - Onbekendheid functieprofiel verpleegkundig specialist
- **Thema 2: praktijkgrootte**
 - Werkzaam in een grote praktijk
 - Werkzaam in een kleine praktijk
- **Thema 3: Patiëntenprofiel:**
 - Acute zorg
 - Preventieve zorg
 - Chronische zorg
- **Thema 4: Autonomie van klinische activiteiten:**
 - Anamnese
 - Opstellen van voorschriften
 - Opstellen van medische attesten
 - Doorverwijzen naar specialisten
 - Opstellen van diagnoses
 - Klinisch Onderzoek
 - Geprotocolleerde zorg
 - Medische eindverantwoordelijkheid
- **Thema 5: leiderschap & kwaliteitsverbetering:**
 - Coördinatie patiëtniveau
 - Coördinatie huisartsenpraktijk: bijscholing geven, wetenschappelijk onderzoek, protocollen uitschrijven, multidisciplinaire samenwerking en auditen.
 - Coördinatie op eerstelijnszorgniveau: LOK leiden.
 - Coördinatie transmurale zorg
- **Thema 6: ondersteuning huisartsen en taakverlichting:**
 - Werkdruk verlichten huisarts

7.2 Leidraad vragenlijst

1. Introductie:

- **Mezelf voorstellen, wie ik ben:** Naam? Welke opleiding ik doe? En zeggen dat dit een masterproef is, die ik doe in kader van mijn opleiding.
- **Doel onderzoek:** Welke verwachtingen hebben huisartsen en praktijkverpleegkundigen in een huisartsenpraktijk over de rol van verpleegkundig specialisten in de eerstelijnszorg?
- **Uitleggen wat een verpleegkundig specialist is:** Verpleegkundig specialisten zijn academisch opgeleide verpleegkundigen die voorbereid zijn op een breed takenpakket zowel op klinisch als op wetenschappelijk vlak. Het gaat om bachelor verpleegkundigen met een voortgezette masteropleiding in de verplegingswetenschappen.
- **Een verpleegkundig specialist mag, afhankelijk van de context en de geldende interprofessionele samenwerkingsovereenkomst met de huisarts, onder andere de volgende medische handelingen verrichten:**
 - beslissingen nemen met betrekking tot medische diagnostiek
 - doorverwijzen patiënt naar andere gezondheidszorgbeoefenaar
 - voorschrijven van geneesmiddelen
 - opstellen van medische attesten
 - beslissingen nemen inzake opname en ontslagplanning
- **Antwoorden** blijven **anoniem** en de geluidsopname wordt na het onderzoek gewist.
- Benadrukken dat de participant tijdens het interview mag stoppen en **geen juist/fout antwoorden** zijn.
- **Vrijwillige deelname**, als participanten niet meer mee willen doen. Is dit volledig ok.
- Er is **goedkeuring van een ethisch committee** om deze studie uit te voeren
- **Schriftelijke toestemming** vragen, als dit nog niet gebeurd zou zijn.
- Bewust maken dat het interview gaat om zijn **percepties/verwachtingen** en dat ik ga luisteren.
- Onder supervisie van dr. Heeren en prof. Bergs

2. Startende vragen voor verpleegkundigen in huisartsenpraktijk:

- Wat is uw naam? Hoe oud bent u?
- Hoelang werkt u al als praktijkverpleegkundige in deze praktijk?
- Bent u fulltime of parttime werkzaam in deze praktijk?
- Heeft u ervaring met verschillende huisartsenpraktijken of werkt u alleen in deze praktijk?
- Welke taken zou een verpleegkundig specialist kunnen opnemen binnen de praktijk? (**Rollen afvinken bij verpleegkundig specialist**)

3. Startende vragen voor huisartsen:

- Wat is uw naam? Hoe oud bent u?
- Hoelang werkt u al als huisarts in deze praktijk?
- Bent u fulltime of parttime werkzaam in deze praktijk?
- Heeft u ervaring met verschillende huisartsenpraktijken of werkt u alleen in deze praktijk?
- Welke taken zou een verpleegkundig specialist kunnen opnemen binnen de praktijk? (**Rollen afvinken bij verpleegkundig specialist**)

4 Bijkomende vragen voor praktijkverpleegkundigen en huisartsen over een verpleegkundig specialist :

- **Rol Klinisch expert en behandelaar:**
 - Hoe ziet u de rol van de verpleegkundig specialist bij het zelfstandig uitvoeren van consultaties?
 - Hoe ziet u de rol van de verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld bij het stellen van diagnoses, het maken van zorgplannen en het afstemmen van zorg tussen verschillende zorgverleners?
 - Hoe ziet u de verantwoordelijkheid van de verpleegkundig specialist bij het opstellen van voorschriften?
 - Hoe verwacht u dat de verpleegkundig specialist medische attesten opstelt binnen zijn of haar bevoegdheden?
- **Rol Communicator:**
 - Hoe kan de verpleegkundig specialist patiënten helpen en begeleiden bij een gezonde leefstijl?
 - Hoe verwacht u dat de verpleegkundig specialist bijdraagt aan het proces van gedeelde besluitvorming met de patiënt?
- **Rol Samenwerker:**
 - Hoe verwacht u dat de verpleegkundig specialist samenwerkt met collega's binnen en buiten de huisartsenpraktijk?
 - Hoe ziet u de rol van de verpleegkundig specialist bij het zelfstandig doorverwijzen van patiënten?
- **Rol klinisch en professioneel leider:**
 - Hoe kan de verpleegkundig specialist de zorg organiseren en aansturen?
 - Op welke manier kan de verpleegkundig specialist een leidende rol hebben in de zorg?
- **Rol van de gezondheidsbevorderaar:**
 - Hoe draagt de verpleegkundig specialist bij aan een gezonde leefstijl, ziektepreventie en zelfzorg van patiënten?
 - Hoe zorgt de verpleegkundig specialist ervoor dat kwetsbare patiënten de juiste zorg en aandacht krijgen?
 - Op welke manier kan de verpleegkundig specialist de belangen van patiënten binnen de zorgorganisatie vertegenwoordigen?
- **Rol van de organisator kwaliteitsvolle zorg en innovatieleider:**
 - Hoe kan de verpleegkundig specialist helpen om de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk te verbeteren en vernieuwen?
 - Hoe kan de verpleegkundig specialist collega's helpen om zich professioneel verder te ontwikkelen en de zorg te verbeteren?
 - Hoe draagt de verpleegkundig specialist bij aan het verbeteren van zorgprocessen en het zorgen voor patiëntveiligheid van patiënten?
- **Rol van onderzoeker:**
 - Hoe verwacht u dat de verpleegkundig specialist wetenschappelijk onderzoek en bewezen behandelmethoden toepast in de huisartsenpraktijk?

7.3 EQUATOR-guidelines

No.	Topic	Item
Title and abstract		
S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended
S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions
Introduction		
S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement
S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions
Methods		
S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale ^b
S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability
S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale ^b
S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale ^b
S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues
S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale ^b
S11	Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study
S12	Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)
S13	Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts
S14	Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale ^b
S15	Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale ^b
Results/findings		
S16	Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory
S17	Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings
Discussion		
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field
S19	Limitations	Trustworthiness and limitations of findings
Other		
S20	Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed
S21	Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting
^aThe authors created the SRQR by searching the literature to identify guidelines, reporting standards, and critical appraisal criteria for qualitative research; reviewing the reference lists of retrieved sources; and contacting experts to gain feedback. The SRQR aims to improve the transparency of all aspects of qualitative research by providing clear standards for reporting qualitative research. ^bThe rationale should briefly discuss the justification for choosing that theory, approach, method, or technique rather than other options available, the assumptions and limitations implicit in those choices, and how those choices influence study conclusions and transferability. As appropriate, the rationale for several items might be discussed together.		

ACADEMIC MEDICINE

7.4 CanMEDS-rollen



COMPETENTIEGEBIEDEN

- ① **Klinisch expert en behandelaar:** de verpleegkundig specialist als autonoom verpleegkundig expert en klinisch behandelaar
- ② **Communicator:** de verpleegkundig specialist als communicator met patiënten, hun omgeving en andere professionals
- ③ **Gezondheidsbevorderaar:** de verpleegkundig specialist als coach en counselor en als deelnemer aan / voortrekker in het maatschappelijk debat
- ④ **Samenwerker:** de verpleegkundig specialist als bevorderaar van interprofessionele samenwerking
- ⑤ **Onderzoeker:** de verpleegkundig specialist als onderzoeker en implementator van evidence informed praktijkvoering en als opleider en begeleider van andere professionals
- ⑥ **Organisator van kwaliteitsvolle zorg:** de verpleegkundig specialist als initiator, innovator, coördinator en organisator van kwaliteitsvolle zorg
- ⑦ **Klinisch en professioneel leider:** de verpleegkundig specialist als klinisch en professioneel leider en rolmodel in de professionalisering van