

# Nederlandstalig rapport – Verpleegkundig Voorschrijven in België

---

Marie Blondeel<sup>1,2</sup>, Laura Mortelmans<sup>1,2</sup>, Eva Goossens<sup>1</sup>, Ellen De Wandeler<sup>3</sup>, Tinne Dilles<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centre for Innovation and Research in Care, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Antwerp, Antwerp, Belgium

<sup>2</sup>Nurse and Pharmaceutical Care Consortium, NuPhaC, Antwerp, Belgium

<sup>3</sup>NETWERK VERPLEEGKUNDE, Belgium

## Hoe dit werk te citeren:

Blondeel, M., Mortelmans, L., Goossens, E., De Wandeler E., & Dilles, T. (2026). *Verpleegkundig voorschrijven in België: een cross-sectioneel onderzoek naar de huidige praktijk, bereidheid, verwachte impact, perceptie van bekwaamheid en ondersteuningsnoden in Vlaanderen*. Universiteit Antwerpen.



netwerk  
**verpleeg**  
kunde

## 1. Inleiding

De rol van verpleegkundigen in de gezondheidszorg evolueert voortdurend. Toenemende zorgcomplexiteit, een groeiende zorgvraag en internationale ontwikkelingen rond taakverschuiving zetten het verpleegkundig beroep onder druk én bieden tegelijk nieuwe opportuniteiten. In verschillende landen is het voorschrijven van geneesmiddelen door verpleegkundigen reeds geïntegreerd in de dagelijkse praktijk.

Ook in België heeft deze evolutie zich recent concreet vertaald in regelgeving. Sinds januari 2026 is het verpleegkundig geneesmiddelenvoorschrift wettelijk verankerd voor verpleegkundig specialisten. Daarnaast wordt de verdere uitbreiding van deze bevoegdheid naar andere opleidingsniveaus, waaronder bachelors in de verpleegkunde, momenteel onderzocht.

Onder **geneesmiddelen** verstaan we in dit onderzoek zowel voorschriftplichtige als niet-voorschriftplichtige substanties die aan de mens kunnen worden toegediend met het oog op het diagnosticeren, voorkomen of behandelen van aandoeningen, of het verlichten van symptomen<sup>[1]</sup>. Het voorschrijven van vaccinaties en gezondheidsproducten zoals verbanden, wondzorgmaterialen en medische hulpmiddelen werd in deze bevraging niet opgenomen.

In 2023 werd reeds een eerste bevraging uitgevoerd naar verpleegkundig voorschrijven in Vlaanderen<sup>[2]</sup>. Gezien de verdere beleidsontwikkelingen en het groeiende maatschappelijke debat rond dit thema, was een actualisatie van de situatie wenselijk. **NETWERK VERPLEEGKUNDE** en de onderzoeksgroep **NuPhaC** (Nurse and Pharmaceutical Care) lanceerden daarom een nieuwe bevraging bij verpleegkundigen in Vlaanderen. Daarnaast speelde ook het belang van inspraak van verpleegkundigen uit de praktijk een cruciale rol bij de opstart van dit project. Hun ervaringen, noden en verwachtingen vormen een onmisbare bron van informatie om toekomstige beleidskeuzes en implementaties af te stemmen op de realiteit van de zorgpraktijk.

De **doelstellingen** van dit onderzoek waren vierledig:

- 1) De huidige praktijk van verpleegkundig voorschrijven in Vlaanderen in kaart brengen.
- 2) Nagaan in welke mate verpleegkundigen bereid zijn om geneesmiddelen voor te schrijven en welke types geneesmiddelen zij daarbij wenselijk achten.
- 3) De verwachte impact van verpleegkundig voorschrijven op de zorgpraktijk verkennen.
- 4) De ondersteunings- en opleidingsnoden identificeren die verpleegkundigen aangeven om deze bevoegdheid kwaliteitsvol te kunnen opnemen.

Met dit rapport willen **NETWERK VERPLEEGKUNDE** en **NuPhaC** bijdragen aan een onderbouwd maatschappelijk en professioneel debat. De inzichten uit deze bevraging bieden aanknopingspunten voor beleid, opleiding en verdere implementatie, steeds vanuit het uitgangspunt dat nieuwe bevoegdheden enkel kunnen worden opgenomen door bekwame en adequaat ondersteunde zorgverleners.

## 2. Methodologie

### 2.1 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek is een cross-sectionele studie bij verpleegkundigen in Vlaanderen. Dit betekent dat de gegevens via een éénmalige online vragenlijst werden verzameld, met als doel een actueel beeld te schetsen van de praktijk, attitudes en verwachtingen rond het verpleegkundig geneesmiddelenvoorschrift. De online vragenlijst werd opgesteld en verspreid in samenwerking met NETWERK VERPLEEGKUNDE en de onderzoeksgroep NuPhaC (Nurse and Pharmaceutical Care).

De ontwikkeling van de vragenlijst gebeurde via een online debat met beide onderzoeksgroepen, waarbij iteratief werd afgestemd op inhoud, relevantie en haalbaarheid van de vragen.

De bevraging liep van juli 2025 tot en met oktober 2025.

### 2.2 Doelgroep en rekrutering

De doelgroep bestond uit verpleegkundigen werkzaam in Vlaanderen, ongeacht hun werksetting of functie. Zowel klinisch werkzame verpleegkundigen als verpleegkundigen in gespecialiseerde, leidinggevende of beleidsmatige functies konden deelnemen.

De vragenlijst werd verspreid via:

- de communicatiekanalen van NETWERK VERPLEEGKUNDE en NuPhaC, waaronder de websites en nieuwsbrieven
- sociale media (LinkedIn)
- diverse beroepsorganisaties, waaronder het Wit-Gele Kruis Vlaanderen, de Belgische Vereniging voor Verpleegkundig Specialisten (BVVS) en de Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen (VBZV vzw)

### 2.3 Ontwikkeling van de vragenlijst

De vragenlijst werd opgemaakt in het platform Qualtrics en bestond uit verschillende onderdelen:

1. Huidige praktijk van verpleegkundig voorschrijven
2. Bereidheid om geneesmiddelen voor te schrijven
3. Types geneesmiddelen die men zou willen voorschrijven in de toekomst
4. Verwachte impact op de zorgpraktijk
5. Ondersteunings- en opleidingsnoden

Deelname was vrijwillig en volledig anoniem. Respondenten hoefden bij het invullen geen rekening te houden met de huidige wettelijke mogelijkheden; de bevraging peilde expliciet naar wat wenselijk wordt geacht, los van de huidige regelgeving.

## 2.4 Data-analyse

De gegevens werden beschrijvend geanalyseerd met behulp van het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) om een algemeen beeld te schetsen van de huidige praktijk van verpleegkundig voorschrijven, de bereidheid om geneesmiddelen voor te schrijven, de verwachte impact en de ondersteuningsnoden.

Daarnaast werden vergelijkingen gemaakt tussen groepen (zoals opleidingsniveau en zorgsetting) om verschillen in praktijk, bereidheid en percepties te onderzoeken.

De open antwoorden met betrekking tot het type geneesmiddelen dat respondenten in de toekomst wensen voor te schrijven, werden afzonderlijk verwerkt in Excel. Deze antwoorden werden gegroepeerd op basis van generieke naam en geassocieerd volgens het Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)-classificatiesysteem, om een overzicht te verkrijgen van de meest frequent vermelde geneesmiddelen.

## 3. Resultaten

### 3.1 Demografische gegevens van de deelnemers

In totaal startten 1105 respondenten de bevraging. Respondenten die minder dan 40% van de vragenlijst hadden voltooid (n = 138) werden uitgesloten, aangezien zij enkel de demografische sectie hadden ingevuld en geen inhoudelijke gegevens aanleverden.

De uiteindelijke steekproef voor analyse bestond daardoor uit **967 verpleegkundigen**.

De steekproef weerspiegelt een brede vertegenwoordiging van verschillende zorgsettings, met een sterke aanwezigheid van verpleegkundigen uit ziekenhuizen (49%), gevolgd door thuiszorg (19%), woonzorgcentra (10%) en de eerste lijn (10%).

De meerderheid van de respondenten beschikt over een bachelor in de verpleegkunde (64%). Daarnaast zijn ook verpleegkundigen met een HBO5-opleiding (13%) of een masterdiploma (15%) vertegenwoordigd. Meer dan de helft van de deelnemers oefent een gespecialiseerde of aanvullende functie uit, zoals referentieverpleegkundige (21%), verpleegkundige met een bijzondere beroepsbekwaamheid of -titel (27%), leidinggevende (22%) of verpleegkundig specialist (16%).

De gemiddelde leeftijd bedraagt 44 jaar en de gemiddelde werkervaring 21 jaar.

Tabel 1 geeft een gedetailleerd overzicht van de demografische en professionele kenmerken van de steekproef.

| Variabele (n)                                                           | %                      |                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gender (n = 967)</b>                                                 |                        |                                                                                                                 |
| Vrouw                                                                   | 78                     |                                                                                                                 |
| <b>Zorgsetting (n = 967)</b>                                            |                        |                                                                                                                 |
| Algemeen ziekenhuis                                                     | 39                     |                                                                                                                 |
| Universitair ziekenhuis                                                 | 10                     |                                                                                                                 |
| Thuiszorg                                                               | 19                     |                                                                                                                 |
| GGZ                                                                     | 7                      |                                                                                                                 |
| Zorg voor mensen met een beperking                                      | 1                      |                                                                                                                 |
| WZC                                                                     | 10                     |                                                                                                                 |
| Huisartsenpraktijk / WGC                                                | 10                     |                                                                                                                 |
| Welzijnszorg                                                            | 2                      |                                                                                                                 |
| Andere                                                                  | 2                      |                                                                                                                 |
| <b>Opleidingsniveau (n = 967)</b>                                       |                        |                                                                                                                 |
| HBO5-verpleegkunde (met of zonder specialisatie)                        | 13                     |                                                                                                                 |
| Bachelor verpleegkunde (met of zonder specialisatie)                    | 64                     |                                                                                                                 |
| Master                                                                  | 15                     |                                                                                                                 |
| Verpleegkundig specialist (Masterniveau met VES functie in de praktijk) | 8                      |                                                                                                                 |
| <b>Specialist (n = 517)</b>                                             | 54                     | 21% Referentieverpleegkundige<br>27% Vpk met BBT/BBK<br>22% Vpk in leidinggevende positie<br>16% Vpk specialist |
|                                                                         | <b>Gemiddelde (SD)</b> | <b>Range</b>                                                                                                    |
| <b>Leeftijd in jaren (n = 965)</b>                                      | 44(11)                 | 20-71                                                                                                           |
| <b>Jaren werkervaring (n = 955)</b>                                     | 21(12)                 | 0-48                                                                                                            |

Tabel 1: Demografische en professionele kenmerken van de steekproef

### 3.2 Huidige praktijk – voorschrijven door verpleegkundigen

Tabel 2 toont dat het voorschrijven van geneesmiddelen onder de bevraagde respondenten momenteel beperkt voorkomt en verschilt naargelang het type voorschrijven. Voorschrijven binnen een vooropgesteld protocol wordt het vaakst gerapporteerd, terwijl autonoom voorschrijven (zowel het starten als aanpassen van een voorschrift) slechts bij een minderheid voorkomt.

| Type voorschrijven                      | Nooit | 1-5<br>keer/maand | 6-10<br>keer/maand | 11-20<br>keer/maand | >20<br>keer/maand |
|-----------------------------------------|-------|-------------------|--------------------|---------------------|-------------------|
| Binnen een vooropgesteld protocol       | 49%   | 24%               | 10%                | 6%                  | 11%               |
| Vervolgvoorschrift                      | 67%   | 18%               | 6%                 | 2%                  | 7%                |
| Autonoom starten van een voorschrift    | 71%   | 21%               | 4%                 | 1%                  | 3%                |
| Autonoom aanpassen bestaand voorschrift | 82%   | 13%               | 2%                 | 1%                  | 2%                |

Tabel 2: Huidige ervaring met voorschrijven (aantal keer/maand) – volledige sample (n=967)

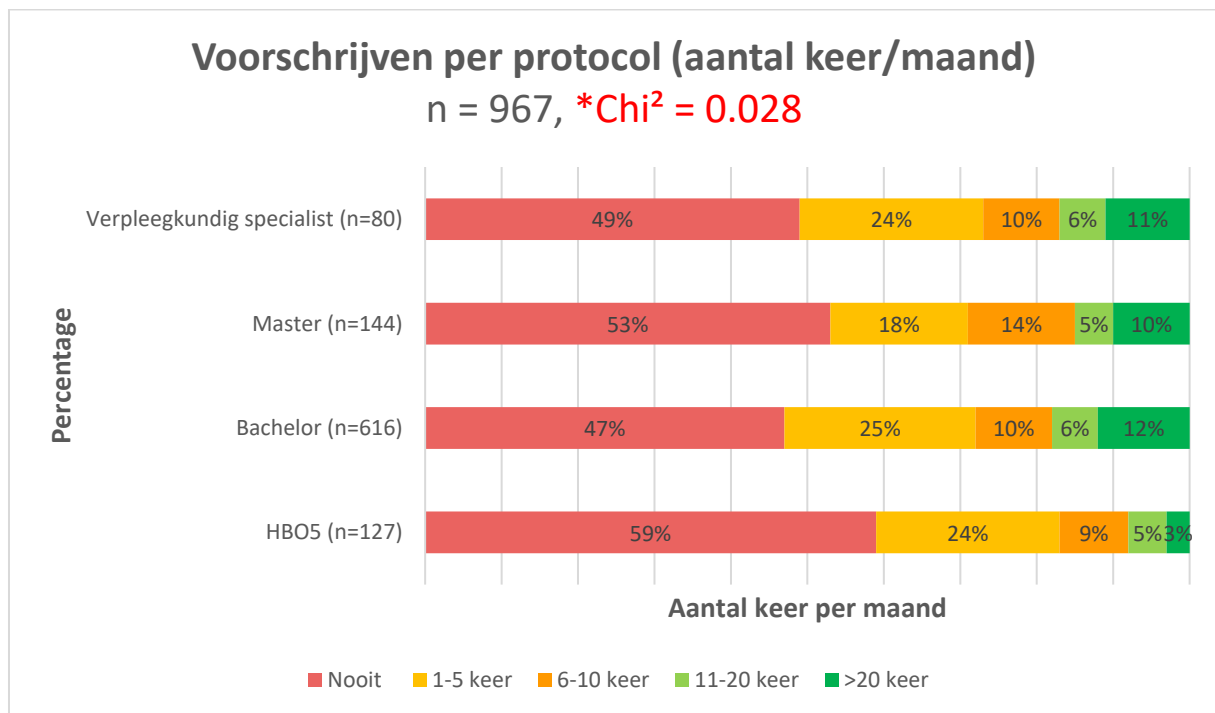
### 3.2.1 Verschillen naar opleidingsniveau\*

*\*Aangezien de wettelijke omkadering van verpleegkundig voorschrijven verschilt naargelang het opleidingsniveau, werden de resultaten bijkomend uitgesplitst voor vier groepen: HBO5-verpleegkundigen, bachelors, masters en verpleegkundig specialisten. Hoewel verpleegkundig specialisten zich op masterniveau bevinden, werden zij afzonderlijk geanalyseerd omdat voor deze groep reeds specifieke regelgeving bestaat rond het geneesmiddelenvoorschrift, terwijl voor andere opleidingsniveaus de wettelijke ontwikkelingen nog in beweging zijn. Deze opsplitsing laat toe om verschillen in huidige praktijk beter te duiden in het licht van het bestaande en toekomstige beleidskader.*

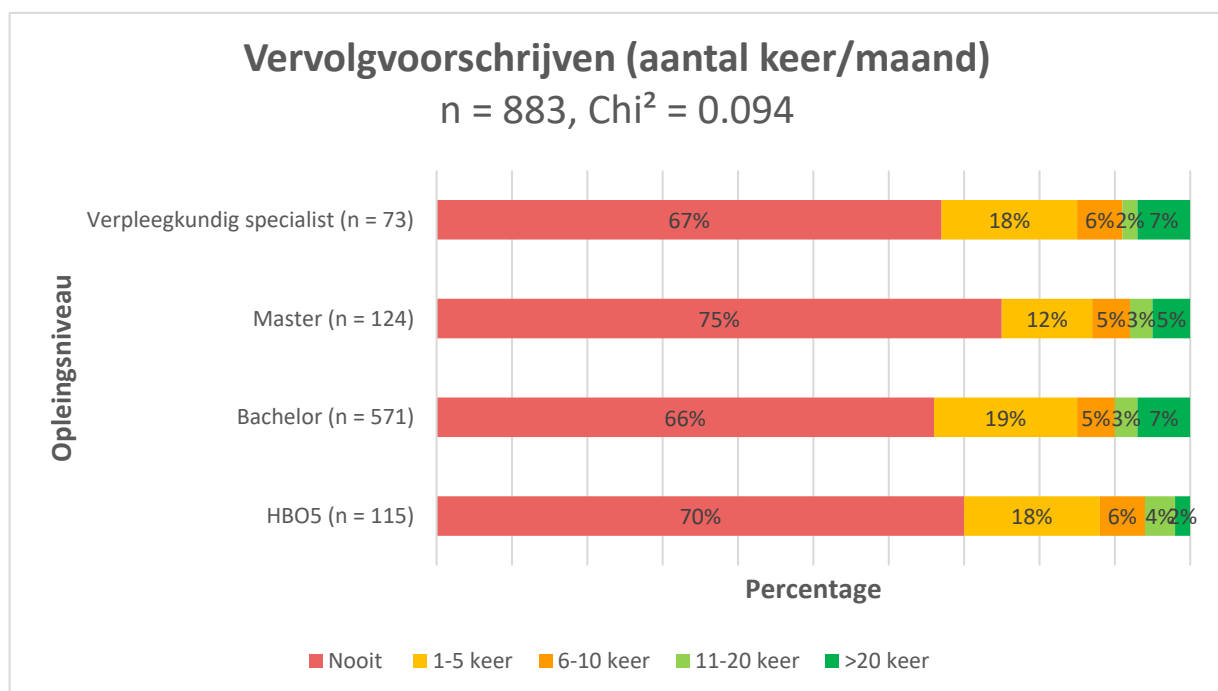
Figuur 1 toont de frequentie van voorschrijven binnen een vooropgesteld protocol per opleidingsniveau. Hier wordt een statistisch significant verschil vastgesteld tussen de groepen ( $\chi^2$ ,  $p < 0.05$ ). Hoewel in alle opleidingsniveaus een aanzienlijk aandeel aangeeft dit nooit te doen, varieert de mate waarin volgens protocol wordt voorgeschreven tussen de groepen.

Voor vervolgvoorschriften (Figuur 2) worden geen significante verschillen vastgesteld tussen de opleidingsniveaus. In alle groepen geeft de meerderheid aan geen ervaring te hebben met deze vorm van voorschrijven.

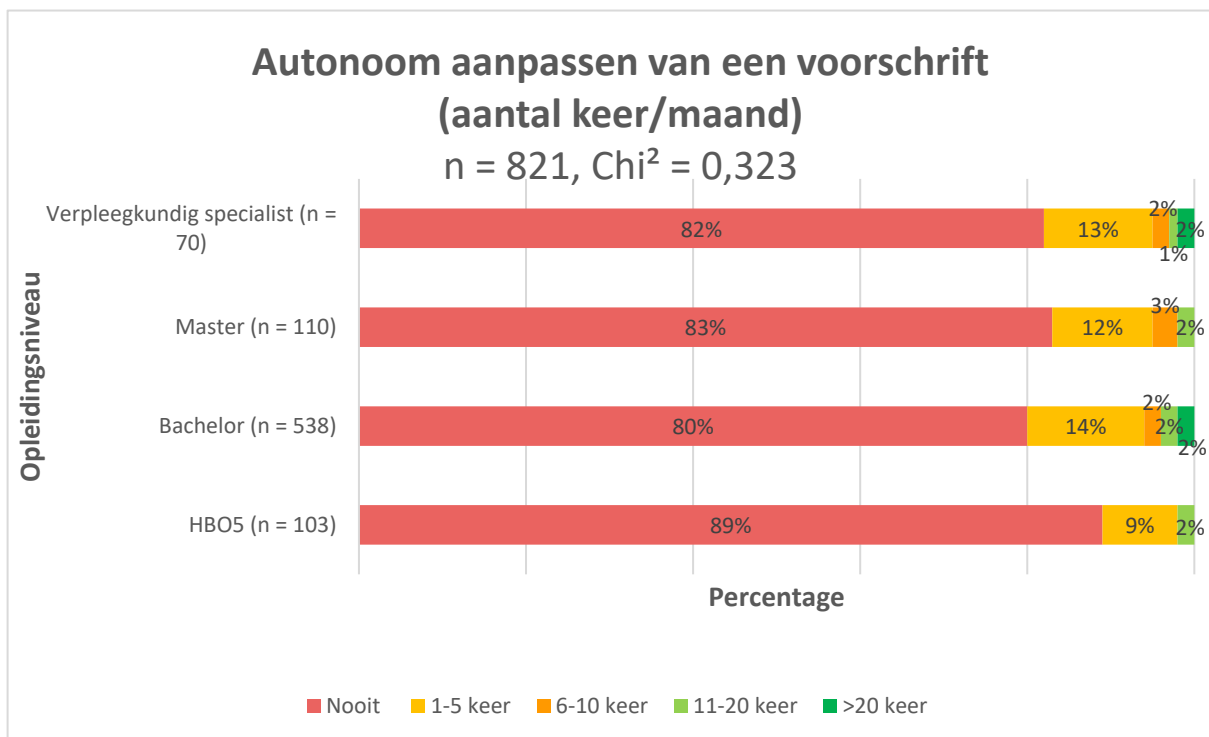
Ook voor autonoom aanpassen van een bestaand voorschrift (Figuur 3) en autonoom starten van een voorschrift (Figuur 4) worden geen significante verschillen tussen opleidingsniveaus gevonden. In alle opleidingsgroepen blijft autonoom voorschrijven beperkt en rapporteert de meerderheid dit nooit te doen.



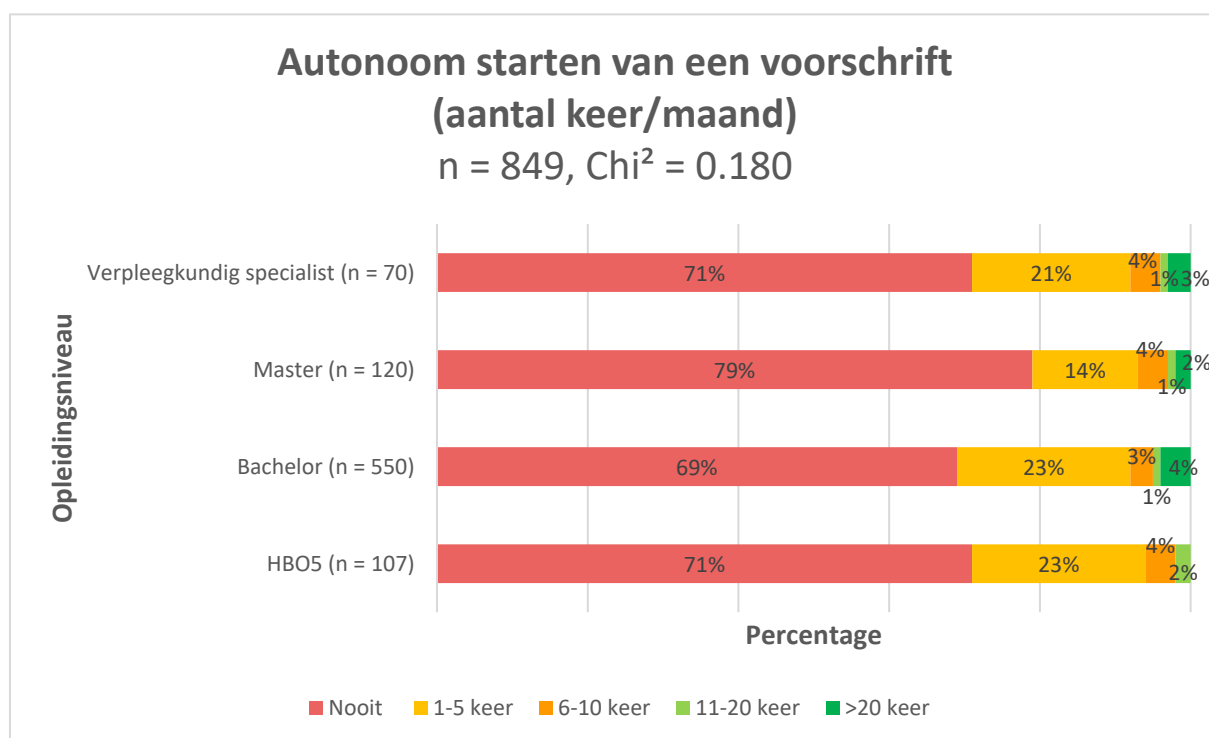
Figuur 1: huidige praktijk voorschrijven per protocol – verschillen tussen opleidingsniveaus



Figuur 2: huidige praktijk vervolgvoorschrijven – verschillen tussen opleidingsniveaus



Figuur 3: huidige praktijk autonoom aanpassen – verschillen tussen opleidingsniveaus



Figuur 4: huidige praktijk autonoom starten – verschillen tussen opleidingsniveaus

### 3.2.2 Verschillen naar zorgsetting

Omdat de organisatie van zorg en de aanwezigheid van medische ondersteuning sterk verschilt tussen settings, werd eveneens nagegaan of de praktijk van voorschrijven varieert naargelang de werkcontext.

Voor voorschrijven binnen een vooropgesteld protocol blijkt een significant verschil tussen settings ( $\chi^2$ ,  $p < 0.001$ ). In ziekenhuizen geeft 38% aan dit nooit te doen, wat betekent dat bijna twee derde dit minstens occasioneel toepast. In de thuiszorg daarentegen rapporteert 70% dit nooit te doen. Woonzorgcentra (53,2% nooit) en andere settings (55% nooit) situeren zich tussen deze twee uitersten. Het aandeel dat aangeeft dit zeer frequent te doen (>20 keer) is het hoogst in ziekenhuizen (16%).

Ook voor vervolgvorschriften wordt een significant verschil met zorgsetting vastgesteld ( $\chi^2$ ,  $p < 0.001$ ). In ziekenhuizen geeft 65% aan dit nooit te doen, tegenover 76% in de thuiszorg en 76% in woonzorgcentra. Het aandeel dat dit meer dan 20 keer uitvoert is beperkt, maar hoger in ziekenhuizen (6%) en andere settings (15%) dan in de thuiszorg (1%).

Voor autonoom aanpassen van een voorschrift worden eveneens significante verschillen tussen zorgsettings gevonden ( $\chi^2$ ,  $p < 0.001$ ). In alle settings blijft deze praktijk beperkt. Het aandeel dat aangeeft dit nooit te doen bedraagt 76% in ziekenhuizen en loopt op tot 91% in de thuiszorg.

Ten slotte blijkt ook voor autonoom starten van een voorschrift een significant verschil tussen zorgsettings ( $\chi^2$ ,  $p < 0.001$ ). In alle settings geeft de meerderheid aan dit nooit te doen, variërend van 64% in ziekenhuizen tot 83% in de thuiszorg.

### 3.3 Welke geneesmiddelen willen verpleegkundigen voorschrijven in de toekomst?

De respondenten kregen een open vraag: “Welke geneesmiddelen zou jij, binnen je huidige werkcontext, in de toekomst willen voorschrijven?” Er werd geen vooraf bepaalde lijst aangeboden. Dit resulteerde in een grote variatie aan antwoorden, mede door de uiteenlopende werkcontexten van de respondenten.

Om de resultaten overzichtelijk te presenteren, werden de vermelde geneesmiddelen gecategoriseerd op basis van generieke naam en ATC-code. Vervolgens werd een top 20 samengesteld op basis van frequentie van vermelding (Tabel 3).

Uit deze top 20 blijkt dat respondenten vooral symptomatische medicatie zouden willen voorschrijven. Pijnstillers nemen een prominente plaats in, met paracetamol als meest genoemde geneesmiddel. Ook gastro-intestinale medicatie worden frequent genoemd.

Daarnaast worden geneesmiddelen voor chronische aandoeningen en psychotrope middelen vermeld, evenals in beperkte mate antibiotica.

| Rang | Generieke naam          | ATC-code | n   | %    |
|------|-------------------------|----------|-----|------|
| 1    | Paracetamol             | N02BE01  | 303 | 22,4 |
| 2    | Ibuprofen               | M01AE01  | 131 | 9,7  |
| 3    | Tramadol                | N02AX02  | 108 | 8    |
| 4    | Alizapride              | A03FA01  | 106 | 7,8  |
| 5    | Macrogol                | A06AD15  | 79  | 5,8  |
| 6    | Domperidon              | A03FA03  | 71  | 5,3  |
| 7    | Pantoprozol             | A02BC02  | 59  | 4,4  |
| 8    | Loperamide              | A07DA03  | 50  | 3,7  |
| 9    | Metformine              | A10BA02  | 48  | 3,6  |
| 10   | Lorazepam               | N05BA06  | 31  | 2,3  |
| 11   | Insuline                | A10A     | 29  | 2,1  |
| 12   | Ondansetron             | A04AA01  | 28  | 2,1  |
| 13   | Acetylsalicylzuur       | B01AC06  | 28  | 2,1  |
| 14   | Saccharomyces boulardii | A07FA02  | 26  | 1,9  |
| 15   | Dicolfenac              | M01AB05  | 25  | 1,9  |
| 16   | Butylhyoscine           | A03BB01  | 25  | 1,9  |
| 17   | Fosfomycine             | J01XX01  | 20  | 1,5  |
| 18   | Alprazolam              | N05BA12  | 19  | 1,4  |
| 19   | Metoclopramide          | A03FA01  | 18  | 1,3  |
| 20   | Bisoprolol              | C07AB07  | 17  | 1,3  |

Tabel 3: Top 20 geneesmiddelen die men wil voorschrijven in de toekomst

### 3.4 Bereidheid m.b.t. verpleegkundig voorschrijven

Tabel 4 toont dat de bereidheid tot voorschrijven sterk verschilt naargelang het type voorschrift.

Een duidelijke meerderheid van de respondenten geeft aan bereid te zijn om voor te schrijven binnen een vooropgesteld protocol of in de vorm van een vervolgvoorschrift. Het aandeel dat hier negatief tegenover staat, is beperkt.

Voor autonoom voorschrijven is de bereidheid beduidend lager. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan dit niet te willen opnemen.

De bereidheid neemt dus duidelijk af naarmate de mate van autonomie toeneemt.

| Type voorschrijven                | Ja  | Misschien | Nee |
|-----------------------------------|-----|-----------|-----|
| Binnen een vooropgesteld protocol | 78% | 16%       | 6%  |
| Vervolgvoorschrift                | 75% | 16%       | 9%  |
| Autonoom                          | 19% | 32%       | 49% |

Tabel 4: bereidheid per type voorschrijven (n = 701)

#### 3.4.1 Verschillen naar opleidingsniveau

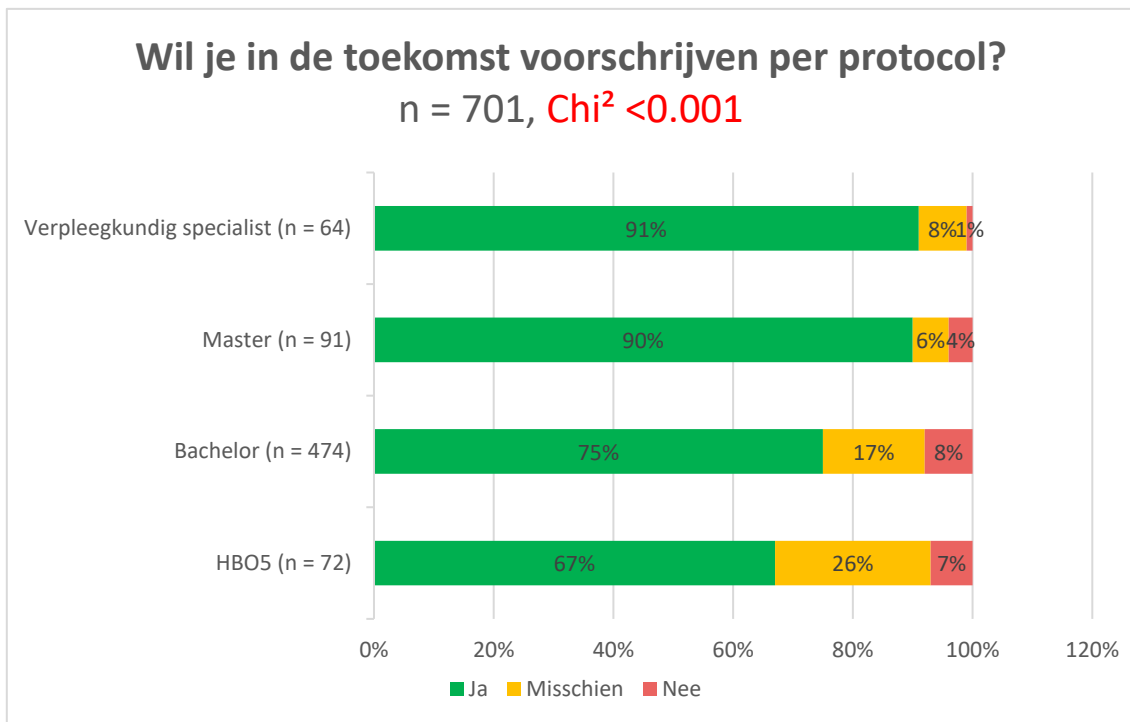
Gezien de verschillen in wettelijke positionering tussen opleidingsniveaus werd de bereidheid tot voorschrijven eveneens geanalyseerd per opleidingsgroep (HBO5, bachelor, master en verpleegkundig specialist).

Voor voorschrijven binnen een vooropgesteld protocol wordt een significant verschil vastgesteld tussen de opleidingsniveaus ( $\chi^2$ ,  $p < 0.001$ ) (Figuur 5). De bereidheid is het hoogst bij masters en verpleegkundig specialisten.

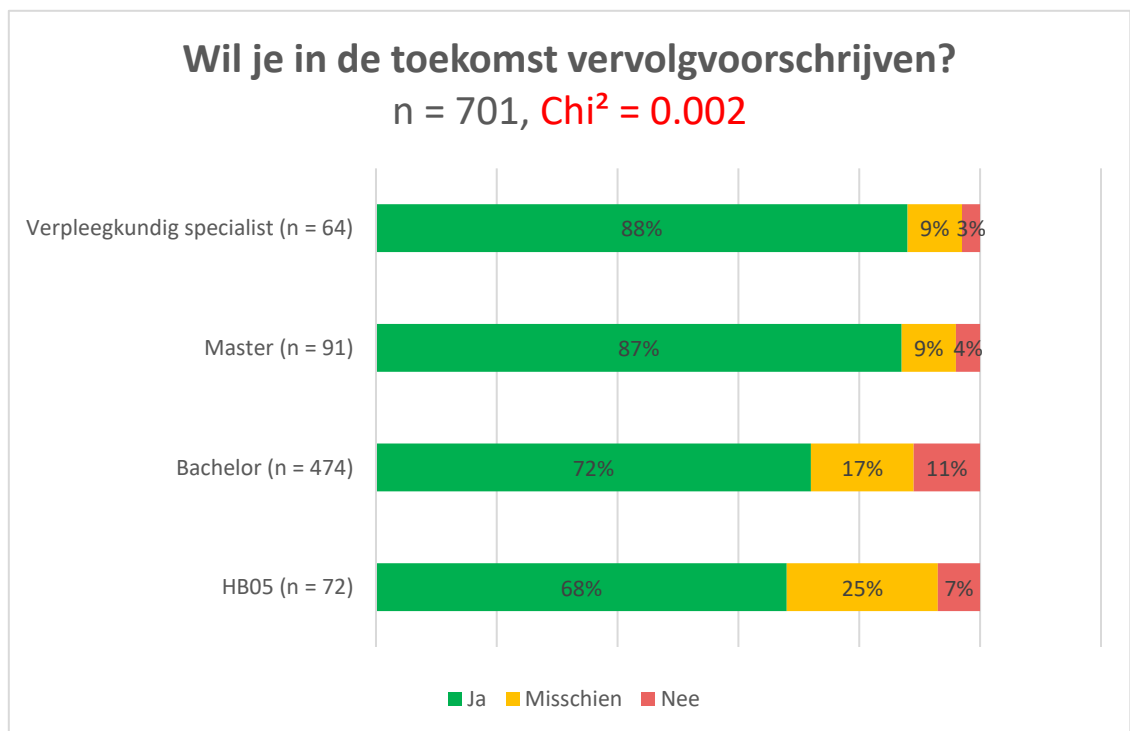
Een gelijkaardig patroon wordt gezien voor het opstellen van vervolgvoorschriften ( $\chi^2$ ,  $p = 0.002$ ) (Figuur 6). Ook hier tonen masters en verpleegkundig specialisten de grootste bereidheid.

Voor autonoom voorschrijven wordt eveneens een significant verschil gevonden ( $\chi^2$ ,  $p < 0.001$ ) (Figuur 7). De bereidheid ligt duidelijk hoger bij masters en verpleegkundig specialisten.

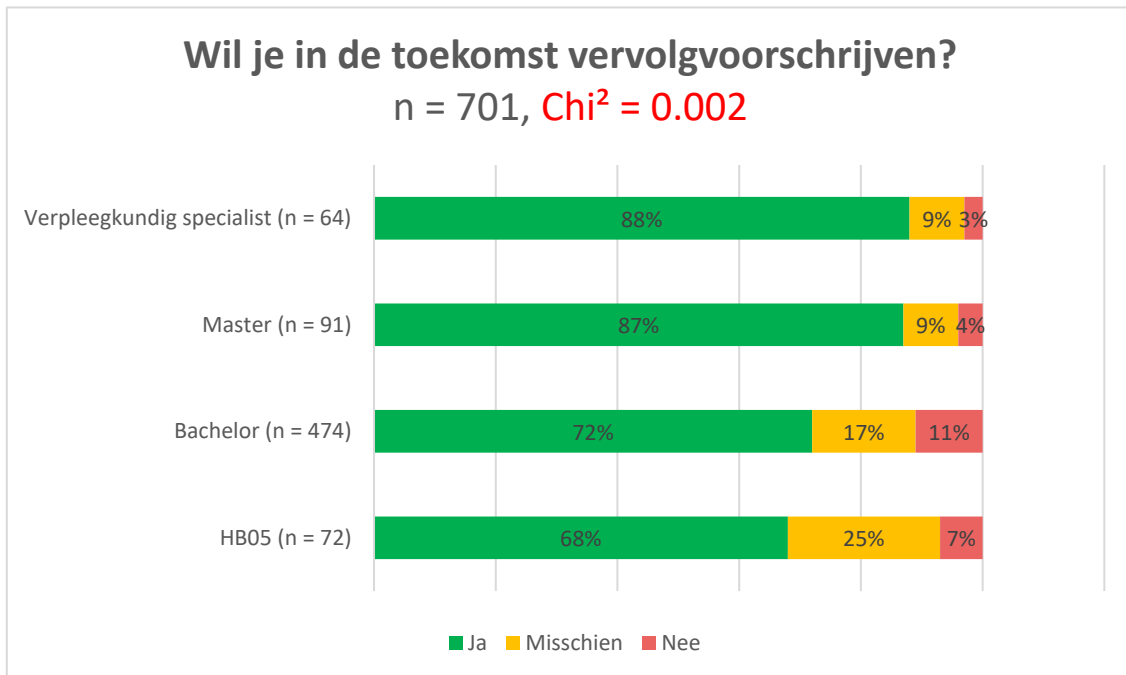
Samengevat neemt de bereidheid toe naarmate het opleidingsniveau hoger is, en is het verschil tussen de groepen het meest uitgesproken bij autonoom voorschrijven.



Figuur 5: Bereidheid voorschrijven per protocol – verschillen tussen opleidingsniveaus



Figuur 6: Bereidheid vervolgvoorschrijven - verschillen tussen opleidingsniveaus



Figuur 7: Bereidheid autonoom voorschrijven – verschillen tussen opleidingsniveaus

### 3.4.2 Overige determinanten

#### Voorschrijven binnen protocol

Voor voorschrijven binnen een vooropgesteld protocol worden significante verschillen vastgesteld naar geslacht, zorgsetting, leeftijd en werkervaring.

Mannen tonen een hogere bereidheid dan vrouwen (86% vs. 75%,  $p=0.017$ ). Ook de zorgsetting speelt een rol, met een lagere bereidheid in de thuiszorg (67%,  $p=0.003$ ).

Respondenten die bereid zijn, zijn gemiddeld jonger ( $p<0.001$ ) en hebben minder werkervaring ( $p<0.001$ ) dan degenen die twijfelen of weigeren.

#### Vervolgvoorschriften

Voor vervolgvoorschriften wordt een gelijkaardig maar minder uitgesproken patroon gezien.

Er werden geen verschillen in geslacht waargenomen. Zorgsetting blijft significant geassocieerd met bereidheid, waarbij de bereidheid het hoogst is in woonzorgcentra (85%) en andere settings (80%), en lager in de thuiszorg (75%) en de ziekenhuizen (70%) met een p-waarde van 0.002.

Ook hier geldt dat bereidwillige respondenten gemiddeld jonger ( $p=0.011$ ) zijn en minder werkervaring ( $p=0.015$ ) hebben dan degenen die terughoudend staan tegenover deze rol.

#### Autonoom voorschrijven

Voor autonoom voorschrijven zijn de verschillen het meest uitgesproken. Er is een significant verschil in bereidheid tussen mannen en vrouwen ( $p<0.001$ ). Mannen geven meer dan dubbel zo vaak aan bereid te zijn autonoom voor te schrijven (35%) dan vrouwen (15%).

In tegenstelling tot de andere voorschrijfvormen wordt geen significante associatie met zorgsetting gevonden.

Ook hier zijn bereidwillige respondenten gemiddeld jonger ( $p<0.001$ ) en minder ervaren ( $p<0.001$ ).

### 3.5 Redenen om het voorschrijfrecht wel op te nemen

Figuur 8 geeft een overzicht van de redenen waarom respondenten het voorschrijfrecht zouden willen opnemen.

De meest genoemde motieven situeren zich op het niveau van zorgorganisatie en patiëntenzorg. Respondenten verwachten vooral een verbetering van **de efficiëntie van zorg** (76% gaat akkoord), een versterking van **de continuïteit van zorg** (68% gaat akkoord) en een **verkorting van wachttijden** (66% gaat akkoord). Ook het **verminderen van de werkdruk van artsen** wordt frequent genoemd (53% gaat akkoord).

Daarnaast spelen professionele motieven een rol. Meer professionele autonomie en erkenning van de verpleegkundige rol wordt regelmatig gerapporteerd (58% en 45%). Argumenten die verband houden met eigen werkdruk of administratieve lasten worden daarentegen minder vaak aangehaald als motivatie.



Figuur 8: redenen voor verpleegkundigen om wel gebruik te maken van het voorschrijfrecht

### 3.5.1 Verschillen naar opleidingsniveau

Voor meerdere redenen werden significante verschillen vastgesteld naargelang het opleidingsniveau.

#### (1) Meer professionele autonomie

Verpleegkundig specialisten (73%) en masters (74%) gaan duidelijk vaker akkoord dan bachelors (56%) en HBO5-verpleegkundigen (43%) ( $\chi^2$ ,  $p < 0.001$ ).

#### (2) Verbetering van de efficiëntie van zorg

Een meerderheid van de verpleegkundig specialisten (79%), masters (79%) en bachelors (75%) verwacht dat het voorschrijfrecht de efficiëntie van zorg verhoogt, tegenover 63% van de HBO5-verpleegkundigen ( $\chi^2$ ,  $p = 0.007$ ).

#### (3) Verhoogde tevredenheid van zorgvragers

Verpleegkundig specialisten (58%), masters (48%) en bachelors (44%) rapporteren dit vaker dan HBO5-verpleegkundigen (31%) ( $\chi^2$ ,  $p = 0.013$ ).

#### (4) Minder administratief werk voor de verpleegkundige

Verpleegkundig specialisten (33%), masters (25%) en bachelors (21%) zijn vaker akkoord dan HBO5-verpleegkundigen (10%) ( $\chi^2$ ,  $p = 0.009$ ).

#### (5) Vermindering van de werkdruk voor verpleegkundigen

Verpleegkundig specialisten (21%) en bachelors (19%) gaan vaker akkoord dan masters (15%) en HBO5-verpleegkundigen (10%) ( $\chi^2$ ,  $p = 0.040$ ).

#### (6) Verbetering van de continuïteit van zorg

Verpleegkundig specialisten (78%) en masters (78%) gaan aanzienlijk vaker akkoord dan bachelors (68%) en HBO5-verpleegkundigen (50%) ( $\chi^2$ ,  $p < 0.001$ ).

#### (7) Verhoging van de kwaliteit van zorg

Tenslotte werd voor deze categorie een significant verband gevonden ( $\chi^2$ ,  $p < 0.001$ ).

Verpleegkundig specialisten gaan het vaakst akkoord (73%), gevolgd door masters (53%), bachelors (48%) en HBO5-verpleegkundigen (43%).

### 3.5.2 Verschillen naar zorgsetting

Voor meerdere redenen werden significante verschillen vastgesteld naargelang de zorgsetting (ziekenhuis, thuiszorg, woonzorgcentrum en andere setting).

#### (1) Meer professionele autonomie

Verpleegkundigen werkzaam in een andere setting (67%) en in ziekenhuizen (59%) gaan vaker akkoord dan verpleegkundigen in de thuiszorg (52%) en woonzorgcentra (50%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.037$ ).

#### (2) Verhoogde tevredenheid van zorgvragers

Verpleegkundigen uit andere settings (56%) en ziekenhuizen (45%) rapporteren dit vaker dan verpleegkundigen in woonzorgcentra (40%) en vooral in de thuiszorg (31%) ( $\chi^2$ ,  $p<0.001$ ).

#### (3) Verbeterde therapietrouw van zorgvragers

Verpleegkundigen in de thuiszorg (44%), andere settings (37%) en woonzorgcentra (28%) gaan duidelijk vaker akkoord dan verpleegkundigen in ziekenhuizen (18%) ( $\chi^2$ ,  $p<0.001$ ).

#### (4) Vermindering van de werkdruk voor artsen

Verpleegkundigen in andere settings (66%), woonzorgcentra (60%) en thuiszorg (59%) rapporteren dit vaker dan verpleegkundigen in ziekenhuizen (44%) ( $\chi^2$ ,  $p<0.001$ ).

#### (5) Verhoging van de kwaliteit van zorg

Verpleegkundigen in ziekenhuizen (55%) en andere settings (51%) rapporteren dit vaker dan verpleegkundigen in woonzorgcentra (39%) en thuiszorg (43%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.030$ ).

#### (6) Versterking van de samenwerking met verpleegkundigen

Verpleegkundigen in thuiszorg (36%) en woonzorgcentra (35%) gaan vaker akkoord dan verpleegkundigen in andere settings (22%) en vooral ziekenhuizen (14%) ( $\chi^2$ ,  $p<0.001$ ).

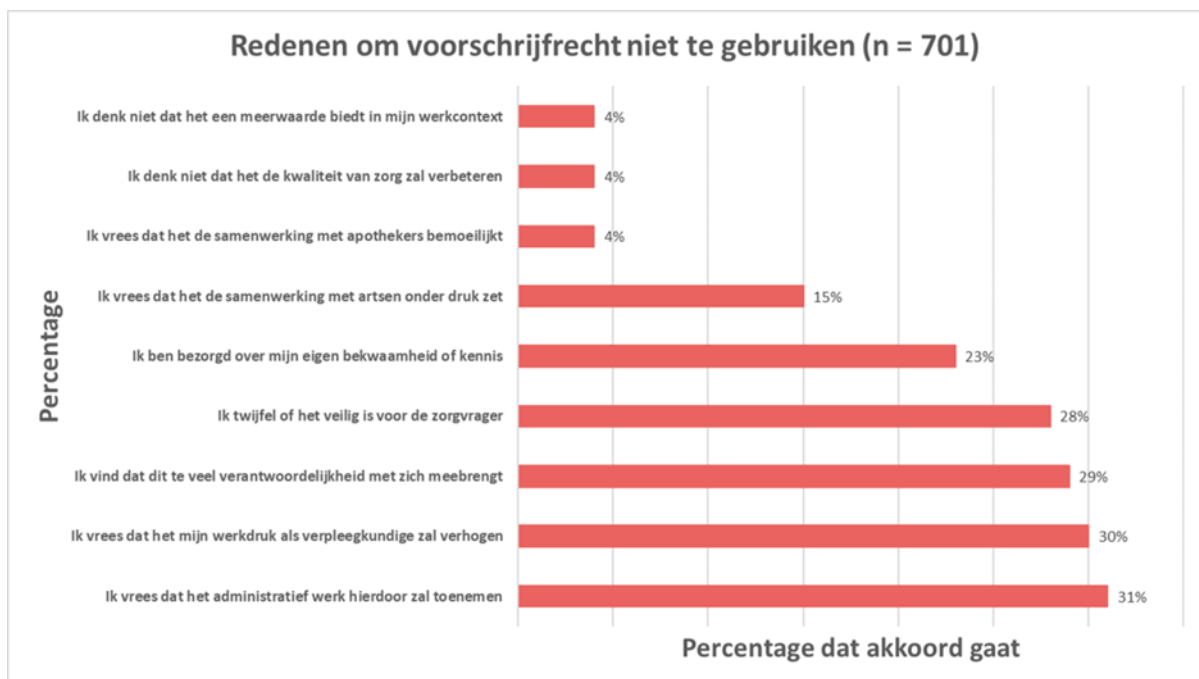
### 3.6 Redenen om geen gebruik te maken van het voorschrijfrecht

Figuur 9 toont de redenen waarom respondenten aangeven het voorschrijfrecht niet te willen opnemen.

De meest genoemde bezorgdheden hebben betrekking op mogelijke toename van **administratief werk en werkdruk** (31% en 30% gaan akkoord). Daarnaast worden twijfels rond **veiligheid voor de zorgvrager** en bezorgdheid over eigen **bekwaamheid** vermeld (29% en 28%). Ook de perceptie van een **verhoogde verantwoordelijkheid** speelt een rol (29% gaat akkoord).

Bezorgdheden rond samenwerking met artsen worden in beperktere mate genoemd (15% gaat akkoord), en vrees voor negatieve impact op samenwerking met apothekers (4%) of op de kwaliteit van zorg komt slechts sporadisch voor (4%).

De terughoudendheid lijkt dus vooral samen te hangen met praktische en persoonlijke randvoorwaarden, eerder dan met fundamentele weerstand tegen het concept van verpleegkundig voorschrijven.



Figuur 9: redenen voor verpleegkundigen om geen gebruik te maken van het voorschrijfrecht

### 3.6.1 Verschillen naar opleidingsniveau

Voor drie redenen werden significante verschillen vastgesteld naargelang het opleidingsniveau.

#### (1) Twijfel over veiligheid voor de zorgvrager

HBO5-verpleegkundigen (38%) en bachelors (29%) rapporteren deze bezorgdheid vaker dan masterverpleegkundigen (22%) en verpleegkundig specialisten (11%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.002$ ).

#### (2) Te veel verantwoordelijkheid

HBO5-verpleegkundigen (42%) en bachelors (30%) gaan vaker akkoord met deze stelling dan masterverpleegkundigen (22%) en verpleegkundig specialisten (16%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.004$ ).

#### (3) Bezorgdheid over samenwerking met apothekers

HBO5-verpleegkundigen (10%) rapporteren deze vrees vaker dan bachelors (4%) en verpleegkundig specialisten (2%). Bij masterverpleegkundigen wordt dit nauwelijks benoemd (0%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.009$ ).

### 3.6.2 Verschillen naar zorgsetting

Voor vier redenen werden significante verschillen vastgesteld naargelang de zorgsetting (ziekenhuis, thuiszorg, woonzorgcentrum en andere setting).

#### (1) Verhoogde werkdruk voor de verpleegkundige

Verpleegkundigen in ziekenhuizen (36%) rapporteren deze bezorgdheid vaker dan collega's in de thuiszorg (28%), woonzorgcentra (25%) en andere settings (23%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.022$ ).

#### (2) Bezorgdheid over eigen bekwaamheid of kennis

Verpleegkundigen in andere settings (34%) en thuiszorg (29%) geven vaker aan dat zij onzeker zijn over hun bekwaamheid dan verpleegkundigen in woonzorgcentra (24%) en ziekenhuizen (17%) ( $\chi^2$ ,  $p<0.001$ ).

#### (3) Vrees dat de samenwerking met artsen onder druk komt te staan

Verpleegkundigen in de thuiszorg (24%) en woonzorgcentra (19%) gaan vaker akkoord dan verpleegkundigen in ziekenhuizen (12%) en andere settings (12%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.006$ ).

#### (4) Toename van administratief werk

Verpleegkundigen in ziekenhuizen (34%), thuiszorg (36%) en woonzorgcentra (33%) rapporteren deze bezorgdheid vaker dan verpleegkundigen in andere settings (21%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.018$ ).

### 3.7 Verwachte impact van verpleegkundig voorschrijven

Respondenten beoordeelden de verwachte impact van verpleegkundig voorschrijven op verschillende domeinen aan de hand van een Likertschaal van -5 (zeer negatieve impact) tot +5 (zeer positieve impact).

De hoogste gemiddelde scores (mean) worden toegekend aan **efficiëntie van zorg** (+3,3), **autonomie van verpleegkundigen** (+3,2) en **persoonsgerichte zorg** (+3,2). Ook **erkenning van de verpleegkundige rol** (+3,0) en **continuïteit van zorg** (+2,8) worden uitgesproken positief beoordeeld.

Daarnaast verwachten respondenten een positieve impact op **tevredenheid van zorgvragers** (+2,8), **kwaliteit van zorg** (+2,4) en **samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen** (+2,0). De verwachte invloed op **therapietrouw** (+1,7) en **werkdruk van artsen** (+1,9) is positief, maar minder uitgesproken.

De impact op werkdruk van verpleegkundigen wordt gemiddeld als neutraal ingeschat (-0,1), net als de verwachte invloed op administratieve druk (0). Wat veiligheid van zorg betreft, wordt een licht positieve impact gerapporteerd (+0,7), maar deze blijft gematigder dan op andere domeinen.

### 3.7.1 Verschillen naar opleidingsniveau

Voor meerdere domeinen werd een significant verschil gevonden in de verwachte impact van verpleegkundig voorschrijven naargelang het opleidingsniveau.

#### (1) Jobtevredenheid van verpleegkundigen

Verpleegkundig specialisten (mean=2.84) en masters (mean=2.63) rapporteren een hogere verwachte impact op jobtevredenheid dan bachelors (mean=2.19) en HBO5-verpleegkundigen (mean=2.13) (ANOVA,  $p=0.035$ ).

#### (2) Autonomie van verpleegkundigen

De impact op autonomie wordt hoger ingeschat door verpleegkundig specialisten (mean=3.63) en masterverpleegkundigen (mean=3.58) dan door bachelors (mean=3.17) en HBO5-verpleegkundigen (mean=2.73) (ANOVA,  $p=0.007$ ).

#### (3) Erkenning van de verpleegkundige rol

Verpleegkundig specialisten (mean=3.62) en masters (mean=3.40) verwachten een hogere impact op erkenning dan bachelors (mean=2.92) en HBO5-verpleegkundigen (mean=2.73) (ANOVA,  $p = 0.010$ ).

#### (4) Efficiëntie van zorg voor zorgvragers

Verpleegkundig specialisten (mean=3.90) en masters (mean=3.64) rapporteren een duidelijk hogere verwachte impact op efficiëntie dan bachelors (mean=3.18) en HBO5-verpleegkundigen (mean=3.01) (ANOVA,  $p=0.004$ ).

#### (5) Wachttijden voor zorgvragers

Verpleegkundig specialisten (mean=3.32) en masters (mean=2.86) rapporteren een hogere verwachte impact op het verkorten van wachttijden dan bachelors (mean=2.43) en HBO5-verpleegkundigen (mean=2.54) (ANOVA,  $p=0.007$ ).

### (6) Werkdruk van verpleegkundigen

Verpleegkundig specialisten rapporteren de meest neutrale verwachte impact (mean=0.23), net als masters (mean=-0.13) en bachelors (mean=-0.04), waarvan de gemiddelden zich dicht rond nul situeren en dus wijzen op weinig tot geen verwachte impact. HBO5-verpleegkundigen daarentegen rapporteren een negatieve verwachte impact op de werkdruk (mean=-1.04) (ANOVA,  $p=0.021$ ).

### (7) Continuïteit van zorg

Verpleegkundig specialisten (mean=3.57) en masters (mean=3.13) rapporteren een hogere verwachte impact dan bachelors (mean=2.71) en HBO5-verpleegkundigen (mean=2.58) (ANOVA,  $p=0.002$ ).

### (8) Kwaliteit van zorg

Ook voor kwaliteit worden significante verschillen gevonden (ANOVA,  $p=0.033$ ). Verpleegkundig specialisten (mean=3.15) verwachten meer impact op de kwaliteit van zorg dan masters (mean=2.59), bachelors (mean=2.30) en HBO5-verpleegkundigen (mean=2.46).

### (9) Veiligheid van zorg

Verpleegkundig specialisten (mean=1.48) en masters (mean=1.09) verwachten een positiever effect op veiligheid van zorg dan bachelors (mean=0.59) en HBO5-verpleegkundigen (mean=0.48) (ANOVA,  $p=0.020$ ).

## 3.7.2 Verschillen naar zorgsetting

Voor drie domeinen werden significante verschillen vastgesteld naargelang de zorgsetting.

### (1) Therapietrouw van zorgvragers

Verpleegkundigen in de thuiszorg (mean=2.36) verwachten een duidelijk grotere positieve impact op therapietrouw dan verpleegkundigen in ziekenhuizen (mean=1.31). De verwachtingen in woonzorgcentra (mean=1.96) en andere settings (mean=2.00) liggen hier tussenin (ANOVA,  $p<0.001$ ).

### (2) Samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen

Verpleegkundigen in andere settings (mean=2.53) rapporteren een hogere verwachte impact op samenwerking met artsen dan verpleegkundigen in ziekenhuizen (mean=1.91), woonzorgcentra (mean=1.79) en de thuiszorg (mean=2.02) (ANOVA,  $p=0.018$ ).

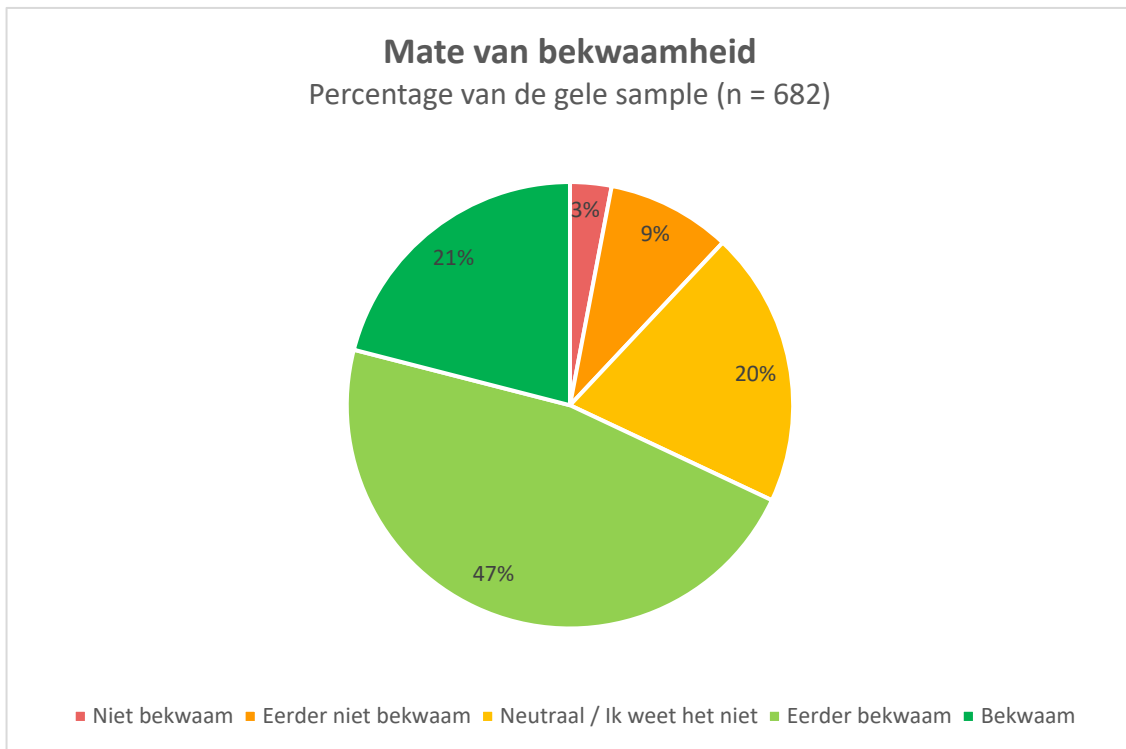
### (3) Samenwerking tussen verpleegkundigen en apothekers

De verwachte impact verschilt significant tussen settings (ANOVA,  $p=.0002$ ). De hoogste score wordt gerapporteerd door verpleegkundigen in de thuiszorg (mean=2.25), gevolgd door woonzorgcentra (mean=1.86) en andere settings (mean=1.97). De laagste score wordt gevonden bij verpleegkundigen in ziekenhuizen (mean=1.47).

## 3.8 Perceptie van bekwaamheid

Figuur 10 geeft een overzicht van de mate waarin respondenten zich bekwaam achten om het voorschrijfrecht op te nemen.

In de totale steekproef geeft 68% aan zich (eerder) bekwaam te voelen. Ongeveer één vijfde van de respondenten blijft neutraal of geeft aan het niet goed te weten. Een minderheid (12%) voelt zich (eerder) niet bekwaam.



*Figuur 10: Perceptie van mate van bekwaamheid van verpleegkundigen om voorschrijfrecht op te nemen (n = 682)*

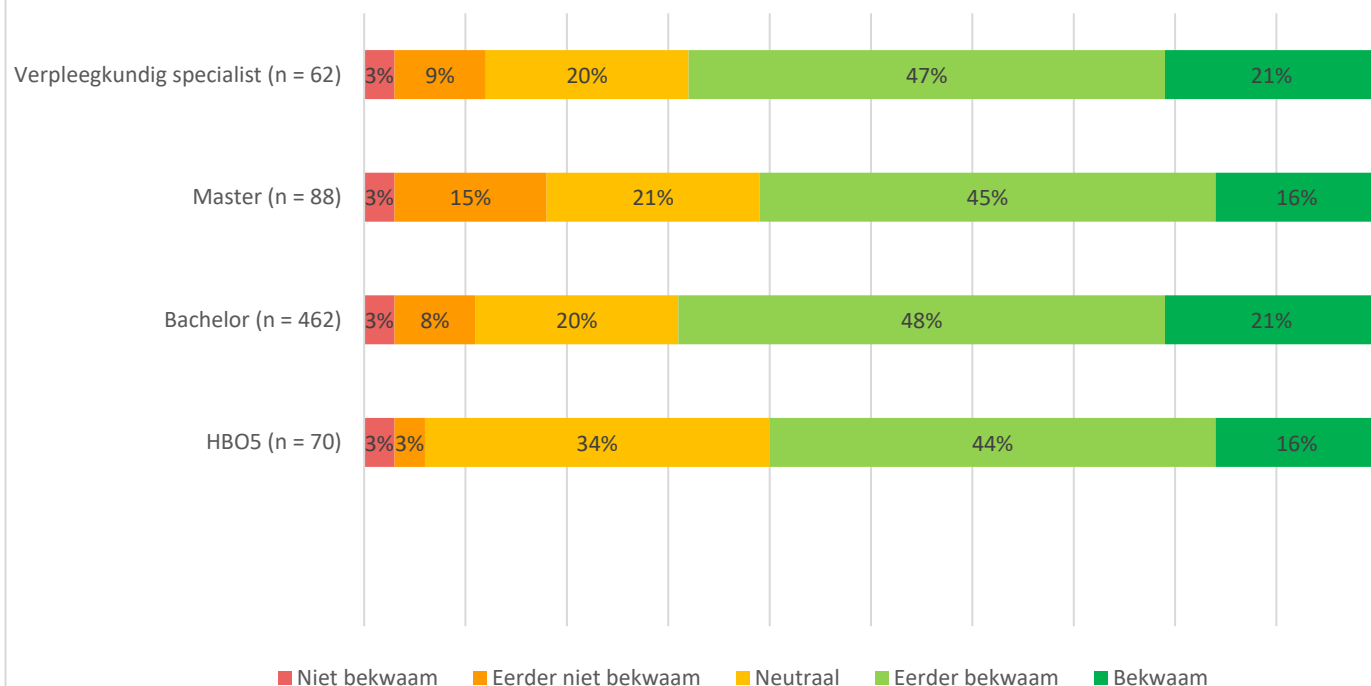
### 3.8.1 Verschillen naar opleidingsniveau

Wanneer de perceptie van bekwaamheid wordt uitgesplitst naar opleidingsniveau (Figuur 11), worden significante verschillen vastgesteld tussen de groepen ( $\chi^2$ ,  $p=0.020$ ).

Verpleegkundig specialisten en masters rapporteren het vaakst dat zij zich (eerder) bekwaam voelen (68% en 61%). Bij bachelors ligt dit aandeel eveneens hoog terwijl HBO5-verpleegkundigen vaker een neutraal antwoord geven of aangeven zich (eerder) niet bekwaam te voelen.

### Perceptie van bekwaamheid om voorschrijfrecht op te nemen

n = 682, \*Chi<sup>2</sup> = 0.020



Figuur 11: Perceptie van mate van bekwaamheid van verpleegkundigen om voorschrijfrecht op te nemen – verschillen tussen opleidingsniveaus

### 3.8.2 Overige determinanten

Wanneer de perceptie van bekwaamheid wordt geanalyseerd in relatie tot demografische kenmerken, worden geen significante verschillen vastgesteld in geslacht, zorgsetting, leeftijd of werkervaring.

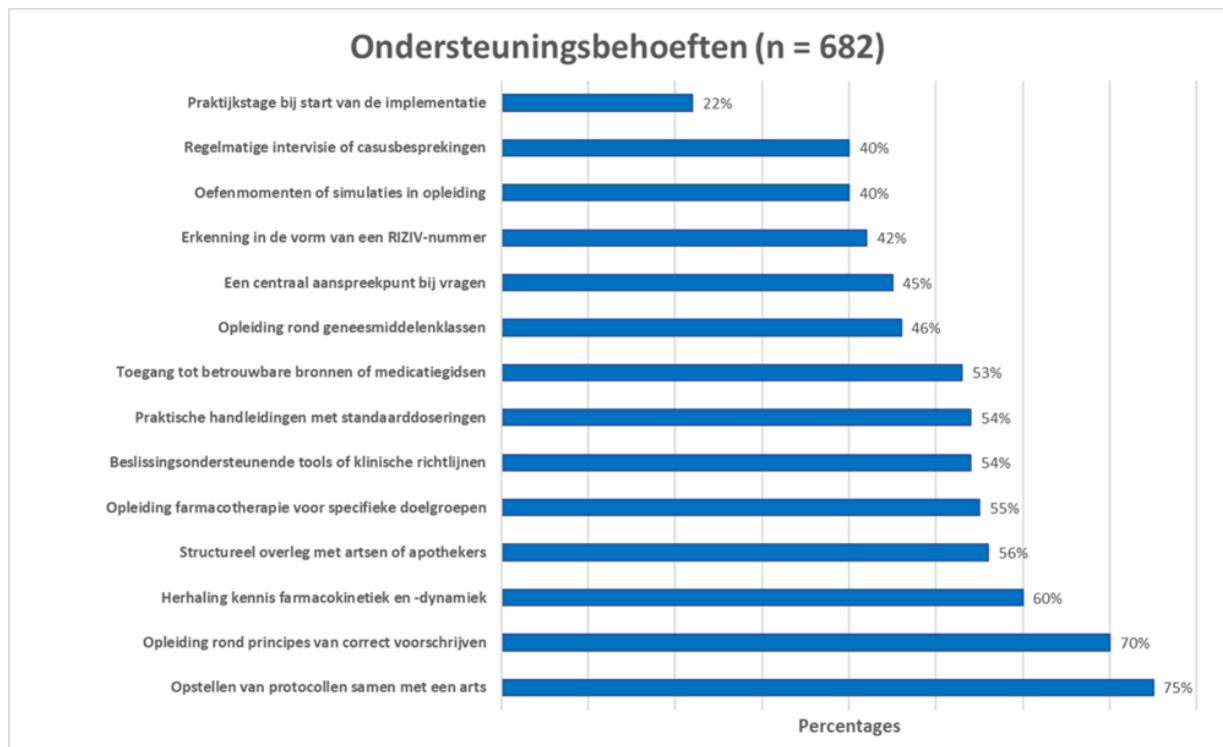
### 3.9 Ondersteunings- en opleidingsbehoeften

Figuur 12 geeft een overzicht van de ondersteunings- en opleidingsbehoeften die respondenten aangeven om het verpleegkundig voorschrijfrecht op een kwaliteitsvolle manier te kunnen opnemen.

De grootste noden situeren zich op het vlak van duidelijke kaders en gerichte opleiding. Driekwart van de respondenten (75%) geeft aan nood te hebben aan **het gezamenlijk opstellen van protocollen met een arts**. Daarnaast wordt **opleiding rond de principes van correct voorschrijven** door 70% genoemd, en **herhaling van kennis rond farmacokinetiek en -dynamiek** door 60%.

Ook interprofessionele en inhoudelijke ondersteuning wordt belangrijk geacht. Structureel overleg met artsen of apothekers wordt door 56% vermeld, opleiding in farmacotherapie voor specifieke doelgroepen door 55%, en toegang tot praktische richtlijnen of beslissingsondersteunende tools telkens door ongeveer 54%.

Meer formele of organisatorische elementen worden minder frequent aangehaald, zoals erkenning via een RIZIV-nummer (42%) of een praktijkstage bij de start van implementatie (22%).



Figuur 12: Ondersteuning- en opleidingsbehoeften voor het voorschrijfrecht

#### 3.9.1 Verschillen naar opleidingsniveau

Voor meerdere ondersteuningsbehoeften werden significante verschillen vastgesteld naargelang het opleidingsniveau (HBO5, bachelor, master en VES).

#### (1) Herhaling van kennis over farmacokinetiek en -dynamiek

Masters (72%) en VES-verpleegkundigen (69%) geven vaker aan nood te hebben aan herhaling dan bachelors (56%) en HBO5-verpleegkundigen (63%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.018$ ).

#### (2) Opleiding farmacotherapie voor specifieke doelgroepen

. Masters (69%) en VES-verpleegkundigen (64%) rapporteren de nood aan aanvullende opleiding vaker dan bachelors (53%) en HBO5-verpleegkundigen (46%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.005$ ).

#### (3) Praktijkstage bij de start van de implementatie

De behoefte aan een praktijkstage is het grootste bij VES-verpleegkundigen (34%) en masters (26%), gevolgd door bachelors (21%) en HBO5-verpleegkundigen (14%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.040$ ).

#### (4) Beslissingsondersteunende tools of klinische richtlijnen

Voor deze ondersteuningsvorm wordt een uitgesproken verschil vastgesteld ( $\chi^2$ ,  $p<0.001$ ). Masters (72%) en VES-verpleegkundigen (66%) geven vaker aan nood te hebben aan beslissingsondersteunende tools of richtlijnen dan bachelors (52%) en HBO5-verpleegkundigen (34%).

#### (5) Opstellen van protocollen samen met een arts

Masters (81%) en VES-verpleegkundigen (81%) rapporteren deze behoefte vaker dan bachelors (75%) en HBO5-verpleegkundigen (63%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.043$ ).

### 3.9.2 Verschillen naar zorgsetting

Voor twee ondersteuningsbehoeften werden significante verschillen vastgesteld naargelang de zorgsetting (ziekenhuis, thuiszorg, woonzorgcentrum en andere setting).

#### (1) Opleiding farmacotherapie voor specifieke doelgroepen

Verpleegkundigen in woonzorgcentra (67%) en in andere settings (61%) rapporteren vaker nood aan opleiding farmacotherapie voor specifieke doelgroepen dan verpleegkundigen in ziekenhuizen (52%) en de thuiszorg (51%) ( $\chi^2$ ,  $p=0.032$ ).

#### (2) Structureel overleg met artsen of apothekers

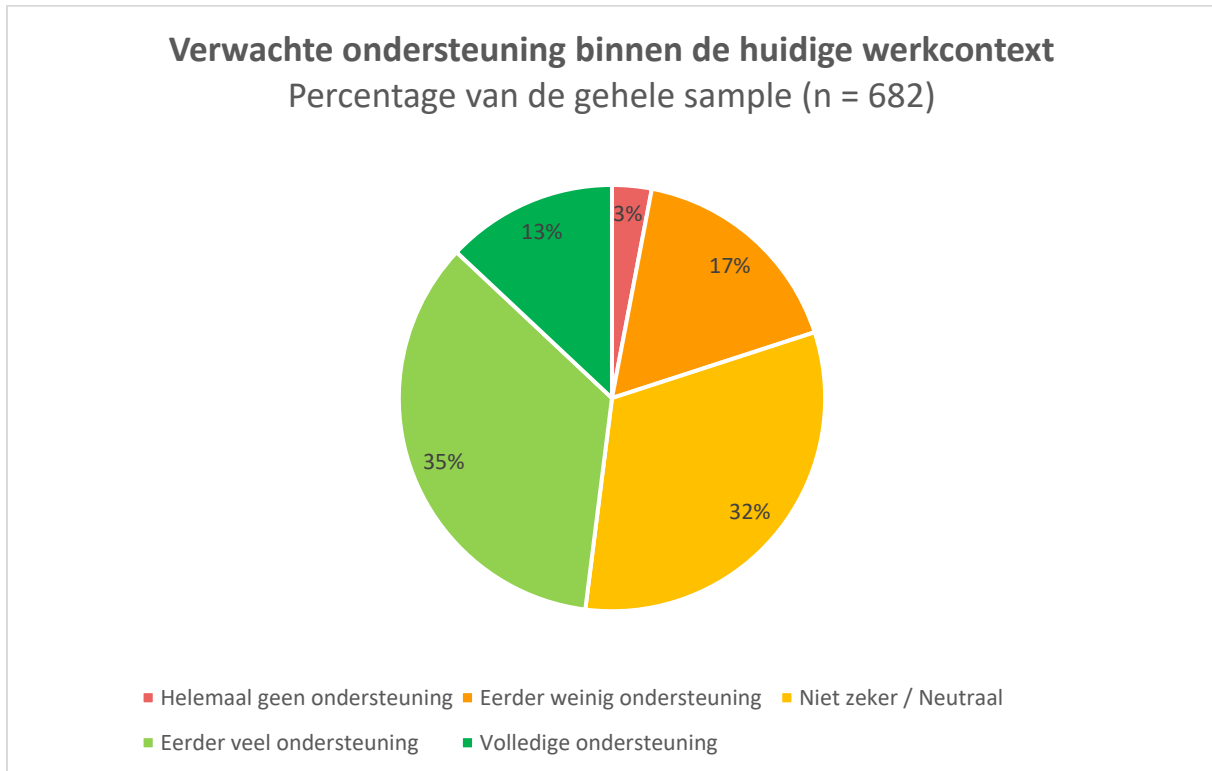
De nood aan structureel overleg varieert eveneens significant tussen settings ( $\chi^2$ ,  $p=0.025$ ).

Verpleegkundigen in woonzorgcentra geven deze behoefte het vaakst aan (73%), gevolgd door verpleegkundigen in andere settings (54%) en de thuiszorg (56%). De laagste behoefte wordt gezien bij verpleegkundigen in ziekenhuizen (53%).

### 3.10 Verwachte ondersteuning binnen huidige werkcontext (leidinggevende, middenkader, ...)

Figuur 13 geeft een overzicht van de mate waarin respondenten verwachten ondersteuning te krijgen binnen hun huidige werkcontext indien het voorschrijfrecht wordt ingevoerd.

Bijna de helft van de respondenten (48%) verwacht (eerder) veel tot volledige ondersteuning. Ongeveer één derde (32%) blijft neutraal of geeft aan niet zeker te zijn. Een minderheid van 20% verwacht (eerder) weinig of geen ondersteuning.



Figuur 13: Te verwachten mate van ondersteuning in de huidige werkcontext

### 3.10.1 verschillen naar opleidingsniveau

Wanneer de verwachte ondersteuning wordt uitgesplitst naar opleidingsniveau, worden geen significante verschillen vastgesteld tussen de groepen ( $\chi^2$ ,  $p=0.859$ ).

### 3.10.2 Verschillen naar zorgsetting

Wanneer de verwachte ondersteuning wordt uitgesplitst naar zorgsetting, worden significante verschillen vastgesteld ( $\chi^2$ ,  $p<0.001$ ). Verpleegkundigen in woonzorgcentra en andere settings rapporteren vaker een hogere mate van ondersteuning, terwijl verpleegkundigen in ziekenhuizen en de thuiszorg vaker lagere ondersteuningsniveaus aangeven.

## 3.11 Eerste reactie bij invoering van het verpleegkundig voorschrijfrecht

Tabel 7 toont dat de eerste reactie van respondenten overwegend positief en constructief is. De meerderheid geeft aan zich te willen bijscholen om het voorschrijfrecht op een kwaliteitsvolle manier op te nemen. Een kleinere groep zou onmiddellijk van start gaan. Een minderheid reageert terughoudend en wil eerst nadenken, terwijl expliciet negatieve reacties beperkt blijven.

| Eerste reactie wanneer het voorschrijfrecht zou ingevoerd worden                                     | Percentage van de sample |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Eindelijk, ik ga onmiddellijk aan de slag!                                                           | 11%                      |
| Interessant, ik ga mij bijscholen om deze verantwoordelijkheid goed te kunnen opnemen.               | 67%                      |
| Hier moet ik even over nadenken. Ik weet niet of ik dit wil.                                         | 13%                      |
| Het is goed voor sommige verpleegkundigen of voor de zorg dat dit kan, maar voor mij hoeft het niet. | 4%                       |
| Dit is een slechte evolutie.                                                                         | 5%                       |

Tabel 7: Eerste reactie wanneer verpleegkundigen de mogelijkheid zouden krijgen om voorschrijfrecht op te nemen – gehele sample (n = 682)

### 3.11.1 Verschillen naar opleidingsniveau

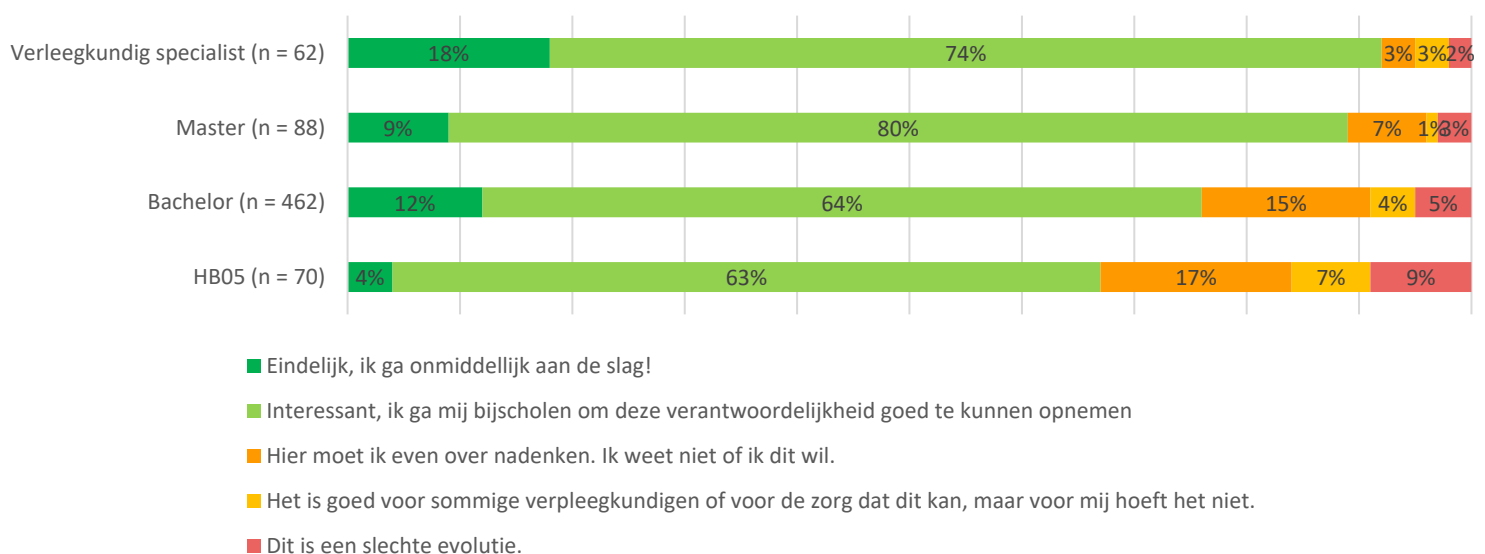
Wanneer de eerste reactie wordt uitgesplitst naar opleidingsniveau (Figuur 14), worden significante verschillen vastgesteld tussen de groepen ( $\chi^2$ ,  $p=0.013$ ).

Verpleegkundig specialisten en masters geven het vaakst aan zich actief te willen voorbereiden of onmiddellijk te starten. Bij bachelors en vooral HBO5-verpleegkundigen is het aandeel dat eerst wil nadenken of terughoudender reageert groter.

Expliciete negatieve reacties blijven in alle opleidingsniveaus beperkt.

#### Eerste reactie bij de mogelijkheid om voorschrijfrecht op te nemen

n = 682,  $\chi^2 = 0.013$



Figuur 14: Eerste reactie wanneer verpleegkundigen de mogelijkheid zouden krijgen om voorschrijfrecht op te nemen – verschillen tussen opleidingsniveaus (n = 682)

## 4 Discussie

#### **4.1 Bevindingen van de studie**

Deze studie onderzocht de huidige praktijk, bereidheid, verwachte impact, perceptie van bekwaamheid en ondersteuningsnoden van verpleegkundigen in Vlaanderen met betrekking tot het verpleegkundig voorschrijfrecht. De resultaten tonen dat voorschrijven door verpleegkundigen momenteel beperkt voorkomt, dat de bereidheid sterk afhankelijk is van het type voorschrift en dat zowel opleidingsniveau als zorgsetting een invloed hebben op attitudes en verwachtingen. De verwachte impact van verpleegkundig voorschrijven wordt overwegend positief ingeschat, maar gaat gepaard met duidelijke ondersteuningsnoden.

##### **Huidige praktijk van voorschrijven**

De beperkte mate waarin voorschrijven momenteel voorkomt, vooral bij autonoom voorschrijven, bevestigt dat de rol van verpleegkundigen in verpleegkundig voorschrijven in België zich nog in een vroege ontwikkelingsfase bevindt.

Opvallend is echter dat een aanzienlijk deel van de respondenten aangeeft voorschriften binnen een vooropgesteld protocol uit te voeren, hoewel dit op het moment van de bevraging wettelijk nog niet was toegelaten voor de verschillende verpleegkundige profielen. Sinds 1 januari 2026 beschikken verpleegkundig specialisten wél over een wettelijke basis om binnen een interprofessioneel samenwerkingsovereenkomst (IPSO) geneesmiddelen en gezondheidsproducten voor te schrijven, maar voor bachelors en andere profielen ontbreekt er tot op heden een wettelijk kader.

Deze bevinding sluit aan bij eerder onderzoek, waaruit blijkt dat sommige verpleegkundigen in de praktijk handelingen opnemen die buiten de formele wettelijke bepalingen vallen<sup>[2]</sup>.

Dit suggereert dat er in de klinische praktijk een zekere mate van impliciete taakverschuiving bestaat, mogelijk gedreven door werkdruk, arts(on)beschikbaarheid of klinische noodzaak.

##### **Bereidheid tot voorschrijven en verschillen**

De bereidheid tot voorschrijven neemt toe met het opleidingsniveau. Masters en verpleegkundig specialisten tonen de grootste bereidheid, zowel binnen protocollair als autonoom voorschrijven. Dit is consistent met internationale literatuur die aangeeft dat verpleegkundig specialisten meer klinische autonomie vertonen<sup>[3, 4]</sup>.

De bevinding dat jongere en minder ervaren verpleegkundigen vaker bereid zijn nieuwe rollen te adopteren, kan worden geplaatst binnen innovatietheorieën, die aangeven dat individuen met recente opleiding en grotere blootstelling aan nieuwe kennis vaker innovaties omarmen<sup>[5]</sup>.

##### **Redenen om wel/niet voor te schrijven**

De belangrijkste redenen om het voorschrijfrecht op te nemen zijn gericht op efficiëntie, continuïteit en patiëntgerichte zorg. Deze redenen sluiten nauw aan bij internationale evidentie waarbij patiëntgerichte zorg en voordelen voor de dienstverlening (waaronder efficiëntie en toegankelijkheid) als prominente thema's worden geïdentificeerd binnen verpleegkundig voorschrijven. Daarnaast toont onderzoek ook aan dat verpleegkundig voorschrijven gepaard gaat met vergelijkbare of verbeterde patiëntenuitkomsten in vergelijking met voorschrijven door een arts<sup>[6-8]</sup>.

Redenen om het voorschrijfrecht niet op te nemen situeren zich vooral op het niveau van verantwoordelijkheid, veiligheid en bekwaamheid. Ook dit sluit aan bij internationale literatuur: studies rapporteren dat professionele verantwoordelijkheid, nood aan voldoende farmacologische kennis, en veiligheidsoverwegingen terugkerende aandachtspunten zijn <sup>[9, 10]</sup>.

### **Verwachte impact van voorschrijven**

De verwachte impact wordt overwegend positief beoordeeld, zeker op efficiëntie, autonomie, persoonsgerichte zorg en erkenning. Dat de impact op werkdruk van verpleegkundigen neutraal blijft, is belangrijk: het suggereert dat verpleegkundigen voorschrijven niet per se zien als extra werk, maar eerder als een taakverschuiving die efficiënter kan verlopen mits de juiste ondersteuning.

### **Ondersteunings- en opleidingsbehoeften**

De uitgesproken vraag naar protocollen, opleiding in farmacologie en beslissingsondersteunende tools toont dat verpleegkundigen een sterke bereidheid hebben om voorschrijven op te nemen, maar dit enkel willen doen binnen een duidelijk en veilig kader. De nood aan structureel overleg met artsen en apothekers bevestigt dat interprofessionele samenwerking essentieel is voor een succesvolle implementatie.

De hogere ondersteuningsbehoeften bij masters en verpleegkundig specialisten zijn opvallend. Dit kan te verklaren zijn omdat hun dagdagelijkse praktijk in aanraking komt/zal komen met verpleegkundig voorschrijven en zien waarschijnlijk duidelijker welke randvoorwaarden noodzakelijk zijn.

De beschreven ondersteuningsnoden komen sterk overeen met internationale richtlijnen die voorschrijven dat veilig voorschrijven door verpleegkundigen alleen mogelijk is wanneer voldoende opleiding in farmacologie, toegang tot beslissingsondersteunende tools en duidelijke protocollen aanwezig zijn <sup>[11]</sup>.

### **Perceptie van bekwaamheid**

De perceptie van bekwaamheid volgt sterk de opleidingsgradatie. Dat geen verschillen worden gevonden naar leeftijd, werkervaring of setting suggereert dat professionele kwalificaties (i.e. opleiding) belangrijker zijn dan contextuele factoren.

### **Eerste reactie bij invoering van het voorschrijfrecht**

De overwegend positieve houding en bereidheid tot bijscholing toont een constructieve mentaliteit binnen de beroepsgroep. Tegelijkertijd is voorzichtigheid aanwezig, vooral bij HBO5-verpleegkundigen.

## **4.2 Sterktes en beperkingen van de studie**

Een belangrijke sterkte van deze studie is de grote en diverse steekproef, die representatief is voor verschillende zorgsettings. Daarnaast biedt de combinatie van huidige praktijk, bereidheid, verwachte

impact, perceptie van bekwaamheid en ondersteuningsnoden een breed en genuanceerd beeld van de positie van verpleegkundigen ten aanzien van voorschrijfrecht in België.

Deze studie kent echter ook beperkingen. De resultaten zijn gebaseerd op zelfrapportage, wat kan leiden tot sociale wenselijkheid of overschatting van de huidige voorschrijfpraktijk. Daarnaast is de representatie van sommige settings te beperkt om robuuste conclusies te trekken. Met name de zorg voor mensen met een beperking (1%), welzijnszorg (2%) en in beperkte mate ook geestelijke gezondheidszorg (7%).

Tot slot kan onduidelijkheid in het huidige Belgische wettelijke kader tot interpretatieverschillen hebben geleid in de manier waarop respondenten vragen over voorschrijven geïnterpreteerd hebben.

#### **4.3 Implicaties voor praktijk en beleid**

De resultaten suggereren dat er binnen de verpleegkundige beroepsgroep een sterke basis bestaat om voorschrijfrecht verder te onderzoeken en uiteindelijk te implementeren. Tegelijkertijd wijzen ze op cruciale randvoorwaarden: duidelijke wettelijke kaders, uitgebreide opleiding in farmacotherapie, protocollen die rolafbakening ondersteunen en structurele interprofessionele samenwerking. De bevinding dat sommige verpleegkundigen nu al voorschrijven, zonder wettelijk kader, benadrukt de urgentie van regulering en kwaliteitsborging. Bij implementatie moet rekening worden gehouden met opleidingsverschillen en setting-specifieke noden.

## **5 Conclusie**

Deze studie geeft een uitgebreid en genuanceerd beeld van hoe Vlaamse verpleegkundigen vandaag aankijken tegen het verpleegkundig voorschrijfrecht. De bevindingen tonen aan dat een groot deel van de verpleegkundigen bereid is om voorschrijftaken op te nemen, op voorwaarde dat voldoende opleiding, ondersteuning en duidelijke protocollen aanwezig zijn. De bereidheid en de verwachte

impact verschillen duidelijk naargelang het opleidingsniveau, waarbij masterverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten het meest positief staan tegenover voorschrijven en zich ook het vaakst bekwaam achten.

Verpleegkundigen verwachten dat voorschrijfrecht kan bijdragen aan een efficiëntere, toegankelijke en meer continue zorgverlening. Tegelijkertijd bestaat er bezorgdheid over verantwoordelijkheid, veiligheid en eigen competentie, vooral bij verpleegkundigen met een lager opleidingsniveau.

De resultaten tonen dat de basisvoorwaarden voor succesvol verpleegkundig voorschrijven reeds breed aanwezig zijn binnen de beroepsgroep, maar dat **een veilig, wettelijk en organisatorisch kader noodzakelijk is om deze rol op een kwaliteitsvolle manier te integreren in de Vlaamse gezondheidszorg. Investeren in opleiding, duidelijke rolafbakening en interprofessionele samenwerking is daarbij essentieel.**

Toekomstige implementatie van voorschrijfrecht biedt belangrijke opportuniteiten om zorgprocessen te verbeteren, mits deze gepaard gaat met voldoende ondersteuning, monitoring en evaluatie. Dit onderzoek vormt daarmee een waardevolle basis voor beleidsmakers, onderwijsinstellingen en zorgorganisaties die deze rolontwikkeling verder willen vormgeven.

## **Bronnenlijst**

1. FAGG. *Geneesmiddelen voor menselijk gebruik - Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten*. z.d. 19/02/2026]; Available from: [https://www.fagg.be/nl/MENSELIJK\\_gebruik/geneesmiddelen](https://www.fagg.be/nl/MENSELIJK_gebruik/geneesmiddelen).

2. Blondeel, M., et al., *Exploring Nurse Prescribing Practices and Preferences in Belgian Hospitals: A Multicentre Cross-Sectional Survey on Healthcare Providers' Perspectives and Expected Impact*. J Adv Nurs, 2025.
3. Lockwood, E.B., et al., *An exploration of the levels of clinical autonomy of advanced nurse practitioners: A narrative literature review*. Int J Nurs Pract, 2022. **28**(1): p. e12978.
4. Kilpatrick, K., et al., *A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews*. PLoS One, 2024. **19**(7): p. e0305008.
5. Li, H., et al., *Evidence-based practice attitudes, knowledge and skills of nursing students and nurses, a systematic review and meta-analysis*. Nurse Educ Pract, 2024. **78**: p. 104024.
6. Gielen, S.C., et al., *The effects of nurse prescribing: a systematic review*. Int J Nurs Stud, 2014. **51**(7): p. 1048-61.
7. Courtenay, M., et al., *Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking*. Br J Dermatol, 2011. **164**(2): p. 396-401.
8. Short, K., et al., *The impact of nurse prescribing on health care delivery for patients with diabetes: a rapid review*. J Prim Health Care, 2024. **16**(1): p. 78-89.
9. Zhang, Q., et al., *Barriers and Facilitators to Implementation of Nurse Prescribing: A Qualitative Synthesis Based on the Consolidated Framework for Implementation Research*. J Clin Nurs, 2026. **35**(4): p. 1507-1524.
10. Fox, A., et al., *Essential Factors That Support National Implementation of Designated Registered Nurse Prescribing: A Systems-Thinking Approach*. J Adv Nurs, 2026. **82**(4): p. 3375-3387.
11. ICN, *Guidelines on prescriptive authority for nurses*. 2021.