

De psychiater en de nieuwe verpleegkundige wetgeving in België: wie neemt welke rol?

N. Martens, H. De Backer, R. Ieven, M. Destoop, S. Malfait

- Achtergrond** In België keurde het federaal parlement in mei 2024 nieuwe wetgeving goed die inzet op taakdifferentiatie en de invoering van een zorgladder binnen de verpleegkunde. Deze wet erkent verpleegkunde als een autonoom en interprofessioneel beroep, en introduceert nieuwe functieprofielen zoals de basisverpleegkundige, de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (VVAZ), de verpleegkundig specialist en de verpleegkundig onderzoeker.
- Doel** Nagaan wat de mogelijke impact is van deze hervorming binnen de Belgische geestelijke gezondheidszorg op de rol van de psychiater.
- Methode** Reflectief essay.
- Resultaten** Binnen de ggz leidt deze hervorming tot een herverdeling van taken: verpleegkundigen krijgen meer autonomie en verantwoordelijkheden, terwijl psychiaters zich kunnen richten op complexe of acute situaties. De hervorming moet de efficiëntie verhogen en de zorg beter afstemmen op de noden van de patiënt.
- Conclusie** Hoewel deze hervorming kansen biedt naar bredere zorgintegratie, vraagt ze ook om duidelijke afspraken en opleidingen. Vooral binnen de ggz, waar zorg vaak complex en multidisciplinair is, is een goede samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en andere professionals cruciaal om kwaliteitsvolle zorg te garanderen.

Het tekort aan zorgpersoneel is duidelijk in de Vlaamse ggz, met 15 psychiaters per 100.000 inwoners tegenover 21 gemiddeld in Europa.^{1,2} Ook daalt het aantal verpleegkundigen door meer uitstroom dan instroom. Zo stroomden in 2013 nog 8579 nieuwe verpleegkundigen in, tegenover 5521 in 2022.³

Tussen 2021 en 2024 liep het EU-programma METEOR (Mental Health: Focus on Retention of Healthcare Workers), gericht op het evalueren van personeelretentie en mentale gezondheid, waaronder ziekenhuizen in België, Italië, Nederland en Polen. In 2022 bleek gemiddeld slechts 13% van de artsen en 16% van de verpleegkundigen tevreden over hun werk. Een kwart van hen meldde emotionele uitputting en depersonalisatie. Toch was de uitstapintentie beperkt: 9% bij artsen en 13% bij verpleegkundigen. Aanbevelingen richten zich op vier domeinen: training en coaching, flexibele financiële steun, professionele en persoonlijke ondersteuning, en regelgeving. Er wordt geadviseerd interprofessioneel samen te werken, taakverdeling te optimaliseren en zorgassistenten in te zetten, zodat verpleegkundigen zich op hun kerntaken kunnen focussen.⁴

In lijn met deze Europese aanbevelingen keurde het Belgische federaal parlement in mei 2024 wetwijzigingen goed om de retentie van verpleegkundigen en de attrac-

tiviteit van het beroep te verhogen, en hun meer tijd en autonomie te geven in hun medische en therapeutische taken.⁵ De nieuwe wetgeving bevat: een vernieuwde zorgladder met duidelijke verantwoordelijkheden; definitie van verpleegkunde en gestructureerde zorgteams. In dit essay reflecteren wij over de impact voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in België, met een nadruk op de implicaties hiervan voor de klinische praktijk van de psychiater.

Definitie van verpleegkunde en de nieuwe zorgladder

Het verpleegkundig beroep had geen formele wettelijke definitie en werd bepaald door een lijst van uit te voeren zorghandelingen. De huidige wetwijziging definieert verpleegkundige zorg als autonoom en interprofessioneel, met een preventieve, curatieve en palliatieve dimensie. Dit gebaseerd op wetenschappelijke en ethische normen. De formele erkenning benadrukt de complexiteit en het klinisch redeneren van het vak, ook in gespecialiseerde domeinen zoals de ggz.

De nieuwe wetgeving introduceert een leer- en zorgladder volgens Europese standaarden, met ook per niveau een duidelijke definitie.

Tabel 1. Klinische zorgladder zoals omschreven in de nieuwe wetgeving op verpleegkundige beroepen

Niveau + opleiding	Titel	Bevoegdheden
8. Doctoraat	Klinisch verpleegkundig onderzoeker	Werkt structureel samen met universiteit/organisatie met wetenschappelijke context Voert onderwijs- en onderzoeksactiviteiten uit Ontwikkelt kennis en implementeert deze in de verpleegkunde en zorg
7. Master	Verpleegkundig specialist	Is autonome zorgverlener met uitgebreide laag-complexe medische of routinematige klinische zorgtaken Handelt op basis van wetenschappelijke inzichten
6. Bachelor	Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (VVAZ)	Stelt zorgbehoeften vast en stelt gedeeld zorgplan op Coördineert zorg op basis van klinisch oordeel over zorg Verricht uitgebreide lijst verpleegkundige handelingen Zet in op preventie en zelfmanagement van de patiënt in relatie tot de kwaliteit van leven
5. Graduaat	Basisverpleegkundige	Zet in op preventie en zelfmanagement van de patiënt in relatie tot de kwaliteit van leven Werkt autonoom in laag-complexe situaties Verricht beperkte lijst verpleegkundige handelingen
4. Beroepsopleiding	Zorgkundige	Opgeleid om 23 verpleegkundig ondersteunende taken uit te voeren, gedelegeerd door een verpleegkundige Werkt onder toezicht van een verpleegkundige

Een belangrijke vernieuwing is de ‘basisverpleegkundige’ na een driejarige graduaatopleiding. Tot nu konden in België zowel gegraduateerde verpleegkundigen hoger beroepsonderwijs (hbo-5, niveau 5) als bachelor-verpleegkundigen hoger onderwijs (niveau 6), ondanks loonverschil, dezelfde zorgtaken uitvoeren. Vanaf het academiejaar 2026-2027 wordt de basisverpleegkundige ingezet in het werkveld, waarbij ze autonoom handelen in minder complexe, stabiele situaties. In complexere situaties werken zij samen binnen een gestructureerd zorgteam, onder supervisie van een verpleegkundige verantwoordelijk voor de algemene zorg (VVAZ) of arts. De basisverpleegkundige levert basiszorg, zoals het monitoren van vitale functies en het uitvoeren van routinematige verpleegkundige handelingen. De rol van de *bachelor-verpleegkundige* (VVAZ) wordt uitgebreid. Naast artsen kunnen zij beslissen over de complexiteit van zorgsituaties en de taakverdeling. Zorgcomplexiteit wordt bepaald door de zorgtaak, patiëntkenmerken, teamdynamiek, voorspelbaarheid en context. Complexiteit moet systematisch worden geëvalueerd, waarbij VVAZ of arts de noodzaak en frequentie van de evaluatie bepaalt. De VVAZ kan de verpleegkundige taakverdeling bepalen binnen het zorgteam op basis van de geconstateerde zorgbehoefte. Bij meer complexiteit zal de VVAZ zelf taken zoals het beheren van medicatie of het aanpassen van zorgplannen opnemen. De samenwerking tussen basisverpleegkundigen, VVAZ, en artsen zorgt voor een gepersonaliseerde, holistische benadering van de zorg.

Voorbeeld: Een VVAZ stelt samen met de patiënt een ontslagplan op om zorgcontinuïteit te garanderen en terugval te voorkomen. Hij evalueert de thuissituatie, het steunsysteem en risicofactoren. In overleg met de psychiater volgt wekelijks een consult bij de verpleegkundig specialist voor medicatiecontrole en psycho-educatie. Binnen twee weken wordt ook een consult bij de psychiater gepland voor medicatie-evaluatie.

Verder coördineert de VVAZ aanvullende ondersteuning, zoals begeleiding door een psycholoog en contact met voorzieningen die de patiënt thuis kunnen volgen bij signalen van terugval. Door deze gestructureerde aanpak krijgt de patiënt een duidelijk zorgtraject na ontslag. De *verpleegkundig specialisten* opereren op niveau 7, wat hen in staat stelt om zelfstandige en geavanceerde taken uit te voeren binnen hun specialisatie, met een belangrijke rol in het begeleiden van patiënten met laag-complexe en/of chronische aandoeningen. Zij kunnen handelingen verrichten en beslissingen nemen die voorheen exclusief de taak van artsen waren. Dit kan bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie (via een beperkt formulier) of medische attesten zijn. Binnen de ggz ondersteunt de verpleegkundig specialist de psychiater door routinetaken zelfstandig op te nemen, zoals follow-up van chronische patiënten en aanpassing van behandelplannen onder toezicht. Dit verlaagt de werkdruk van de psychiater, die zich zo op complexe casussen kan richten. Daarnaast coördineert de verpleegkundig specialist de zorg, begeleidt medicatiewijzigingen en stimuleert therapietrouw en

herstel. Hun expertise in alle herstelstadia maakt hen hierin bijzonder waardevol. Dit biedt psychiaters de gelegenheid hun rol breder in te vullen dan diagnose en medicatievoorschrift. Voor complexe patiënten met EPA kunnen ze deelnemen aan multidisciplinaire teams en optimaler bijdragen aan een geïntegreerd zorgbeleid, waarbij de zorg op basis van zorgbehoeften kan op- en afgeschaald worden. Dit in nauwe samenwerking met de verschillende niveaus van verpleegkundigen.⁶

Voorbeeld: De VVAZ merkt tijdens een intakegesprek bij een man met schizofrenie verwardheid, achterdocht en agitatie op. In overleg met de psychiater wordt de behandeling aangepast en een korte opname opgestart. Na stabilisatie volgt de verpleegkundig specialist de patiënt op, bewaakt symptomen en medicatie en ondersteunt de dagelijkse structuur. Bij ontslag stemmen VVAZ, verpleegkundig specialist en patiënt de poliklinische nazorg af. Bij terugval schakelt de verpleegkundig specialist tijdig de psychiater in.

Op niveau 8 van de zorgladder combineren verpleegkundig onderzoekers wetenschappelijk onderzoek met praktijktoepassing. Ze versterken de wetenschappelijke onderbouwing van de verpleegkunde en zijn actief betrokken bij het ontwikkelen en implementeren van evidencebased zorg.

Voorbeeld: Een klinisch verpleegkundig onderzoeker voert in een psychiatrisch ziekenhuis een studie uit naar digitale therapietrouw-monitoring bij patiënten met een bipolaire stoornis. Zij ontwikkelt een app-ondersteund begeleidingsprogramma, analyseert data en evalueert de impact op medicatietrouw en ziekte-inzicht om dit ten slotte te implementeren in de dagelijkse praktijk.

Gestructureerde zorgteams en rollen binnen het team

Via de wet van 18 mei 2024 werd het gestructureerd zorgteam formeel ingeschreven binnen de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG):

Een gestructureerd zorgteam is een vooraf gedefinieerd team dat is samengesteld uit gezondheidszorgbeoefenaars die samen en op een gecoördineerde wijze onder supervisie van de VVAZ de verpleegkundige zorg opnemen voor een vooraf bepaalde groep van patiënten of een vooraf bepaald type van zorg.

Een gestructureerd zorgteam werkt samen, gebruikmakend van een gedeeld patiëntendossier met duidelijke afspraken over het zorgplan en uit te voeren zorg, de continuïteit van zorg en overleg over de eigen patiëntengroep.

Voorbeeld: Een bestaand multidisciplinair team op een afdeling psychozorg zal kunnen voldoen aan de voorwaarden van een gestructureerd zorgteam. Er is immers een vast multidisciplinair team dat zorg biedt aan een afgebakende groep patiënten. Al de medewerkers hebben een duidelijke rol binnen het team en delen hun bevindingen in het elektronisch patiëntendossier.

De verpleegkundige zorgladder verandert de samenwerking tussen psychiaters en verpleegkundigen aanzienlijk. Rollen worden duidelijk omschreven op basis van zorgcomplexiteit, met minder hiërarchie en meer gedeelde verantwoordelijkheid. De psychiater behoudt de eindverantwoordelijkheid voor diagnose en behandeling met meer

ondersteuning.⁷ De VVAZ speelt een centrale rol in de coördinatie, beslist samen met de arts over herbeoordelingen en fungeert als brug tussen de psychiater en het zorgteam. Vanuit het perspectief van de psychiater suggereren Noord-Amerikaanse auteurs ook een herdefiniëring van de rol van de psychiater.⁶ Zij stellen dat psychiaters hun focus behalve op behandelen moeten richten op een meer coördinerende of coachende rol binnen multidisciplinaire teams. Daarbij ligt de nadruk op samenwerking, supervisie en het faciliteren van geïntegreerde zorgmodellen. Deze benadering sluit aan bij recente ontwikkelingen waarin de ggz steeds meer steunt op taakdifferentiatie en interprofessionele samenwerking, vaak binnen intersectorale (community-based) omgevingen. Ook beperkt dit zich niet tot de ambulante zorg, en experimenteren sommige zorgsystemen bijvoorbeeld met het opnemen van psychiaters in medische teams op verpleegafdelingen, wat een breuk betekent met het traditionele consultatief-liaisonmodel.⁶

DISCUSSIE

De nieuwe wetgeving rond functiedifferentiatie binnen de verpleegkunde creëert structurele veranderingen die de rol van de psychiater binnen het gestructureerd zorgteam wijzigt in omvang en focus.

Flexibeler met zorgladder

Hoewel de zorgladder hiërarchisch lijkt, is de wetswijziging bedoeld om expertise op de juiste plek in te zetten, met flexibele en kwalitatieve zorg als doel. Dit geeft verpleegkundigen en artsen meer ruimte om hun expertise te benutten, wat de efficiëntie en effectiviteit van het zorgproces zou moeten verbeteren. De zorgladder biedt geen volledige oplossing voor beroepsuitdagingen, maar maakt bepaalde regels minder strikt en creëert tijd voor aanpassingen in de praktijk. Het blijft essentieel om binnen en tussen specialismen flexibel te blijven en in te spelen op de veranderende behoeften van patiënten.

Van de VVAZ wordt verwacht zorgcomplexiteit in te schatten, het zorgteam te coördineren en de zorgsituatie systematisch te herzien. Hierdoor hoeft de psychiater minder vaak een patiënt te volgen, zolang de toestand stabiel blijft. Gezien de combinatie van psychiatrische, somatische en sociale kwetsbaarheden kan ggz doorgaans als complex worden beschouwd. Dit kan voorkómen dat zorgverleners telkens opnieuw complexiteit moeten beoordelen. Als men ggz-zorg als inherent complex erkent, is een regelmatige inschatting door arts of VVAZ, wat administratief belastend en foutgevoelig is, overbodig.

Voorbeeld: In een psychiatrisch ziekenhuis wordt het verpleegkundig beleid aangepast zodat VVAZ'en deelnemen aan het beslissingsproces rond opname, zorgzwaarte en prioritering. Hierdoor wordt de psychiater administratief ontlast en kan die zich concentreren op diagnostische of acute prioriteiten.

Door de VVAZ een meer coördinerende rol toe te wijzen, hoeft de psychiater pas te worden ingeschakeld wanneer

er voldoende achtergrondinformatie verzameld is, wat tijdsdruk voorkomt.

De verpleegkundig specialist kan autonoom routinematige medische handelingen uitvoeren in een ggz-context, zoals het aanpassen van medicatie of beslissingen rond ontslagplanning. De verpleegkundig specialist werkt in tandem met de psychiater, die zich meer als medisch supervisor of specialist bij consultfuncties kan positioneren.

Voorbeeld: Op een crisisafdeling voeren verpleegkundig specialisten dagelijks follow-upgesprekken met patiënten. Ze monitoren bijwerkingen, stellen medicatieaanpassingen voor volgens protocol en stellen het eerste ontslagplan op. De psychiater blijft betrokken bij escalaties en evaluaties, maar wint tijd om zich te richten op nieuwe of complexe crisisgevallen.

Ook in de poliklinische setting kan de verpleegkundig specialist patiënten na opname volgen, waardoor een psychiater zich kan focussen op intensievere evaluaties of bijsturing van therapie bij hogere nood. Dit vraagt wel om een concreet kader met goede afstemming tussen psychiaters en verpleegkundig specialisten.

Verpleegkundig onderzoekers combineren klinisch werk met het ontwikkelen, implementeren en analyseren van evidencebased interventies. Gezien hun positie binnen de klinische praktijk zijn zij goed geplaatst om *real-world* onderzoek uit te voeren, zoals actieonderzoek waarbij patiënten, psychologen, verpleegkundigen en psychiaters actief betrokken worden in de ontwikkeling en implementaties van interventies.

Voorbeeld: Een klinisch verpleegkundig onderzoeker ontwikkelt in samenwerking met psychiaters een beslissingsondersteunend algoritme voor het vroeg detecteren van suïcidaliteit. De psychiater gebruikt de verzamelde data bij multidisciplinair overleg om risico's beter te objectiveren en het behandelbeleid te finetunen.

Kansen en uitdagingen

De groeiende leidinggevende rol van verpleegkundigen in de residentiële ggz biedt kansen, maar gaat ook gepaard met uitdagingen. De ggz bevindt zich op het

snijvlak van medische en psychologische hulp, waarbij zorgplannen contextgebonden zijn. Krijgen verpleegkundigen mandaat van andere zorgberoepen, dan bevordert dit integratie van zorg, al kunnen spanningen ontstaan in meer psychotherapeutisch gerichte settings. Verpleegkundige zorg binnen psychotherapeutische settings is vaak nogal beperkt en vraagt om goede afstemming op afdelingsniveau.^{8,9}

Gestructureerde zorgteams zijn bedoeld om juist deze samenwerking te versterken en mentale gezondheid integraal te benaderen. Tegelijk vereist dit duidelijke afspraken, transparante taakafbakening en in sommige gevallen ook formele registratie van bevoegdheden. Dit kan, zowel voor werkgevers als werknemers, extra administratieve lasten met zich meebrengen.

In het nieuwe verpleegkundige model is klinisch leiderschap een essentieel element. Onder klinisch leiderschap verstaan we het coördineren van zorg rond de patiënt, gebaseerd op vakinhoudelijke of wetenschappelijke kennis en expertise, met als doel het verbeteren van patiëntuitkomsten.¹⁰ Het is dus van belang binnen verpleegkundige opleidingen in te zetten op zowel leiderschap als inhoudelijk verdiepende opleidingen zoals comorbiditeit, (poly)farmacie en therapeutische kaders. Het vergroten van de bevoegdheden van de verpleegkundigen kan enkel indien er sprake is van voldoende aantoonbare bekwaamheid.

CONCLUSIE

In dit artikel belichten wij de impact van de gewijzigde verpleegkundige wetgeving op de ggz-praktijk. De wet creëert ruimte voor efficiëntere zorg en minder administratie, wat psychiaters ontlast en interprofessionele samenwerking versterkt. Dit vraagt om verpleegkundig leiderschap, bereidheid tot overleg en een goede begeleiding van professionals met nieuwe profielen zoals de verpleegkundig specialist.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Nicolaas Martens, beleidsmedewerker, Zorggroep Multiversum; onderzoeker en lector, Karel de Grote Hogeschool; onderzoeker, Universiteit Antwerpen.

Heléni De Backer, onderzoeker en lector, Karel de Grote Hogeschool.

Ruth Ieven, verpleegkundig coördinator, UPC Z.org KU Leuven; lector, Hogeschool UCLL.

Marianne Destoop, psychiater, Zorggroep Multiversum; CAPRI, Universiteit Antwerpen.

Simon Malfait, zorgmanager en klinisch hoogleeraar, UZ Gent, Universiteit Gent.

Correspondentie

Nicolaas Martens (Klaas.martens@kdg.be).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-6-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(7):399-402