HANDREIKING

Indicatieproces Kindzorg

Het inventariseren en organiseren van zorg in de eigen leefomgeving voor kinderen van 0 tot 18 jaar voor de Zorgverzekeringswet

KINDER VERPLEEGKUNDE NL

V&VN

Colofon

Handreiking Indicatieproces Kindzorg
Toelichting voor kinderverpleegkundigen voor het inventariseren, indiceren en organiseren van de zorg in de eigen leefomgeving voor kinderen van 0 tot 18 jaar voor de Zorgverzekeringswet

Utrecht, november 2020

Redactie
Natalie Bakker, Karlijn Biemans, Mechtild Bus, Brenda Grandiek, Evi van Gerwen, Corien Harder, Colinda Machielsen, Manuela Oplaat en Esther Vissers-de Graaff

Deze uitgave is te downloaden via www.venvn.nl en www.kinderverpleegkunde.nl.
Voor vragen of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met info@venvn.nl.

©V&VN-afdeling Kinderverpleegkunde & Kinderverpleegkunde.nl, 2020

Voorwoord

Deze handreiking heeft een eenvoudig doel: meer eenduidigheid bereiken bij het inventariseren, indiceren en organiseren van kinderverpleegkundige zorg in de eigen leefomgeving. Sinds 2015 ligt de verantwoordelijkheid daarvoor bij kinderverpleegkundigen. Samen met kind en ouders brengt de kinderverpleegkundige in kaart wat de zorgvragen en hulpbehoeften zijn en welke zorginzet nodig is.

Ouders kennen hun kind als geen ander. De regie over het zorgproces hoort dan ook bij het kind en bij de ouders als zij hiertoe in staat zijn. De kinderverpleegkundige zal er altijd naar streven die ook daar te laten. Samen beslissen is het uitgangspunt. Met als gezamenlijk doel: de best mogelijke zorg organiseren voor kind en gezin.

Deze handreiking is een beroepsnorm én een hulpmiddel voor en door kinderverpleegkundigen. Niet meer en niet minder. De handreiking biedt inzicht in het verpleegkundig proces en beoogt bij het indiceren veel gebruikte begrippen te verhelderen. De handreiking wordt ook door anderen dan kinderverpleegkundigen gelezen. Daarom is het goed om ook duidelijk te maken waar deze handreiking *wél* over gaat en waarover *níet*.

De handreiking richt zich op *alle* kinderen die kinderverpleegkundige zorg nodig hebben. De handreiking gaat niet over de financiering van zorg, en dus ook niet over de knelpunten daarin. De wijk- of kinderverpleegkundige gaat immers níet over de financiering. Die knelpunten zullen dus op een andere manier moeten worden opgelost. De handreiking is ook geen beschrijving van de huidige *praktijk*, maar van hoe kinderverpleegkundigen *willen* indiceren.

Goede kindzorg vereist de inzet van vele partijen. Daarom hebben we alle betrokkenen - ouders en kinderverpleegkundigen, artsen en zorgaanbieders, zorgverzekeraars en budgethouders, beleidsmakers en de wetgever – in meerdere rondes gevraagd om eerdere concepten van deze handreiking van commentaar te voorzien. Van die gelegenheid is veelvuldig gebruik gemaakt. We hebben zoveel mogelijk van de geleverde commentaren verwerkt. De handreiking is er completer en beter door geworden. Daarmee is hij niet 'af': de praktijk zal in de toekomst ongetwijfeld leiden tot nieuwe inzichten en dus tot verdere aanpassingen in de handreiking.

Mijn dank aan een ieder die heeft bijgedragen is groot. Van de kinderverpleegkundigen die deze handreiking hebben geschreven, via tientallen vakgenoten die in meerdere rondes commentaar hebben gegeven, tot en met ouders en alle anderen die hier tijd en energie in hebben gestoken.

Gerton Heyne
Voorzitter a.i. V&VN

Inhoudsopgave

Inleiding **5**

Leeswijzer **9**

1 Rollen en begrippen indicatieproces **10**

1.1. Kinderverpleegkundige *10*

1.2. Kinderarts, medisch en/of verpleegkundig specialist *11*

1.3. Begrippen *12*

2 Het verpleegkundig proces **21**

2.1 Fase 1 – Vraagverheldering (gegevensverzameling: anamnese) *24*

2.2 Fase 2 – Diagnosestelling/probleemstelling *25*

2.3 Fase 3 – Plannen van resultaten (zorgdoelen) *25*

2.4 Fase 4 – Vaststellen en organiseren van (EBP) interventies *26*

2.5 Fase 5 – Plannen en uitvoeren van interventies *32*

2.6 Fase 6 – Monitoren en evalueren van zorg *34*

Bijlage 1 Verzekerde zorg **36**

Literatuur- en bronnenlijst **39**

Inleiding

In 2015 hebben de Hervormingen Langdurige Zorg (HLZ) geleid tot een wijziging van het zorgstelsel. De Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ), waar tot 2015 onderdelen van de extramurale zorg uit gefinancierd werden, zijn overgeheveld naar andere en nieuwe wetten, namelijk Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Participatiewet en Jeugdwet.

De indicatiestelling voor zorg in de eigen leefomgeving[1] vanuit de Zvw wordt sinds 2015 gedaan door de verpleegkundige in de eigen leefomgeving en niet meer door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Voor kinderen is dit de kinderverpleegkundige. De verpleegkundige is rechtstreeks te benaderen en komt achter de voordeur van de verzekerde om de zorg te indiceren en te organiseren. De indicatie is bepalend op welke Zvw-zorg de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Zo nodig verwijst de verpleegkundige voor overige zorgvragen, die niet binnen de reikwijdte van de Zvw vallen, naar professionals in de andere domeinen.

Doel Handreiking Indicatieproces Kindzorg
De Handreiking Indicatieproces Kindzorg (hierna te noemen HIK) heeft als doel om eenduidigheid te bereiken bij de inventarisatie, indicatie en organisatie van kinderverpleegkundige zorg in de eigen leefomgeving voor de Zvw, ongeacht doelgroep of leveringsvorm (zorg in natura of pgb).

De HIK is ontwikkeld voor het inventarisatieproces door de kinderverpleegkundige. Het is een aanvulling op het Begrippenkader Indicatieproces (V&VN, 2019). Het Begrippenkader Indicatieproces is een toelichting op het Normenkader voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (V&VN, 2014) voor de Zvw.

De HIK is een beroepsnorm voor en door kinderverpleegkundigen. De beroepsnorm geeft de kaders aan waar binnen zij maatwerk leveren om te komen tot een onderbouwde indicatiestelling voor passende Zvw-zorg in de eigen leefomgeving. Het beschrijft de gewenste situatie zoals kinderverpleegkundigen hun vak zien en willen uitoefenen. Omdat de HIK alleen niet voldoende zal zijn voor de professionalisering van de kinderverpleegkundigen, zal er een toolbox en een trainingsprogramma komen voor kinderverpleegkundigen. Deze zijn niet los te zien van de HIK.

[1] Onder leefomgeving wordt verstaan de fysieke omgeving waar het kind leeft en verblijft, zoals thuis, school, verpleegkundig kinderdagverblijf en het kinderzorghuis. Uitgezonderd hiervan is het ziekenhuis.

Het Zorginstituut Nederland heeft een verduidelijking gepubliceerd van bepaalde begrippen die van groot belang zijn bij de indicatiestelling. Deze duiding is onlosmakelijk verbonden met de HIK, de toolbox en het trainingsprogramma.

Samenwerking met kind, ouders en behandelaar
De kinderarts geeft aan wat de medische behandeling inhoudt en wat hiervoor thuis gedaan dient te worden. De kinderverpleegkundige neemt dit mee tijdens de inventarisatie voor de indicatie en in het zorgplan.

De kinderverpleegkundige focust zich op het welzijn, welbevinden en de gezondheid van het kind en van het gezin waar het kind deel van uit maakt. Het belang en de veiligheid van het kind staan voorop. De kennis en expertise van kind en ouders zijn voor de kinderverpleegkundige noodzakelijk bij het inventarisatieproces. Net zoals samenwerken en samen beslissen met kind en ouders belangrijk zijn voor het indiceren en organiseren van de zorg.

Het uitgangspunt van de kinderverpleegkundige is aan te sluiten bij de eigen regie van kind en ouders. Dit moet haalbaar zijn in relatie tot de ontwikkelingsleeftijd van het kind. De balans tussen draagkracht en draaglast van kind en ouders dient hierbij goed in de gaten gehouden te worden. Als er sprake is van verstoring van deze balans is het de rol van de kinderverpleegkundige om ouders te ondersteunen en te begeleiden en samen met ouders te bespreken hoe zij en hun kind (tijdelijk) zoveel mogelijk ontzorgd kunnen worden. Hierbij kan worden gekeken naar de inzet van professionele en niet-professionele zorg. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat het kind de gelegenheid krijgt hierin zijn eigen weg te vinden.

Verandering in werkwijze
De wijzigingen in het zorgstelsel (2015) vragen om een aanpassing in de werkwijze van alle verpleegkundigen en verzorgenden. Het *'zorgen voor'* maakt plaats voor het *'zorgen dat'* waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid de belangrijkste pijlers zijn van het Nederlandse gezondheidssysteem (triple aim > waardengedreven zorg). Van de verpleegkundige wordt verwacht dat zij verpleegkundig leiderschap toont en professionele en maatschappelijke verantwoordelijkheid neemt bij *'indiceren en organiseren van zorg'*. Leiderschap heeft niets te maken met hiërarchisch leiding geven of nemen, maar houdt in *'staan voor het vak/beroep'*, onafhankelijk en professioneel autonoom. Professionele verantwoordelijkheid houdt in dat de kinderverpleegkundige handelt vanuit beroepsnormen en -kaders. Maatschappelijke verantwoordelijkheid betekent dat de indicatie leidt tot gewenste en kwalitatief goede zorg voor kind en ouders en hoe passende zorg op de meest duurzame en betaalbare wijze kan worden ingezet.

Kaders indiceren van zorg
Van kinderverpleegkundigen wordt verwacht dat zij kennis hebben van alle onderstaande kaders en deze kunnen toepassen.

Verpleegkundigen werken vanuit de visie *'positieve gezondheid'* van Huber (2011):

> *"Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven"*
> (Huber et al., 2011, in Van Straalen & Schuurmans, 2016).

Het Handvest Kind & Zorg[2] is *'het fundament'* van kinderverpleegkundige zorg.

> *"Zieke kinderen hebben het recht op kindgerichte zorg, wat zoveel betekent als gezinsgerichte en ontwikkelingsgerichte zorg door daarvoor specifiek opgeleide zorgprofessionals"*
> (Kind en Ziekenhuis, 1995).

De rechten van het kind zijn vastgelegd in meerdere handvesten. De zorg en hulpbehoeftes voor het kind wordt altijd geïnventariseerd en georganiseerd vanuit de vier kinderleefdomeinen (MKS, zj);

- medisch;
- ontwikkeling;
- sociaal;
- veiligheid.

Kinderverpleegkundigen werken bij het inventariseren, indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen leefomgeving vanuit het Normenkader Indicatiestelling dat is opgesteld door V&VN (2014). In dat kader staan de zes normen waaraan de Hbo- of masteropgeleide verpleegkundige moet voldoen om te mogen indiceren voor de Zvw. Het Expertisegebied Kinderverpleegkunde (V&VN, 2016), kwaliteitsstandaarden (zoals Zorg aan het zieke kind) en richtlijnen behoren – naast de visies op gezondheid en zorg en het Medische Kindzorg Systeem (MKS) [3] – tot de kaders van waaruit de kinderverpleegkundige haar beroep uitoefent. In het Expertisegebied is aan de hand van de zeven CanMedsrollen het beroep beschreven om inzicht te geven wat tot de professionaliteit van de kinderverpleegkundige behoort en verwacht mag worden.

Bij kinderverpleegkundige zorg in de eigen leefomgeving voor kind en ouders, is alle geldende wet- en regelgeving in de Nederlandse gezondheidszorg van toepassing, zoals onder andere de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst).

---

[2] Voor kinderen is van het Handvest Kind & Zorg een kinderversie geschreven
[3] Het MKS omvat vier kinderleefdomeinen: medisch, veiligheid, sociaal en ontwikkeling

Indiceren van zorg bij kinderen
Kinderen zijn mensen op weg naar volwassenheid. Kinderen hebben het recht mogelijkheden te krijgen op te groeien tot, zoveel als mogelijk, zelfstandige volwassenen. Het kind is in de ontwikkeling tot volwassene afhankelijk van zijn ouders en is onderdeel van het gezin en de omgeving waarin het leeft en woont.

Wanneer een kind ziek is én afhankelijk is van zorg vraagt dit meer van het kind en ouders. Als het kind langdurig, ernstig of chronisch ziek is, heeft dit impact op het hele gezin. De kinderverpleegkundige houdt tijdens het inventariseren van de zorgvragen en hulpbehoeften rekening met de lichamelijke, cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling van het kind en wat dit betekent voor ouders en gezin. Zij bespreekt samen met kind en ouders wat mogelijk en nodig is aan inzet van zorg uit een of meer kinderleefdomeinen. Eigenlijk spreekt de kinderverpleegkundige liever van ondersteuningsbehoeften dan van hulpbehoeften. Echter in veel bestaande documenten is deze laatste term gangbaar. Vandaar dat deze term gebruikt is in de HIK.

Kinderen zijn anders in hun zorgvragen en hulpbehoeften dan volwassenen. De verschillen uiten zich op zowel lichamelijk, psychosociaal als op emotioneel niveau. Het stadium van ontwikkeling waarin het kind zich bevindt, is medebepalend voor zijn zorgvragen en de hulpbehoeften van ouders. En daarmee voor de inhoud van de kinderverpleegkundige zorgverlening (V&VN, 2016). De ouders zijn belangrijk bij het inventariseren, indiceren en organiseren van zorg voor kinderen. Zij kennen hun kind als geen ander.

Tijdens de inventarisatie van de zorgvragen van het kind en hulpbehoeften van ouders komen begrippen aan de orde die in de zorg voor volwassenen geen rol spelen, bijvoorbeeld *'ouderlijke zorg'* en *'ouderlijke verantwoordelijkheid'*. Dit alles maakt dat de indicatiestelling en zorginzet bij een kind om specifieke kennis en expertise vraagt.

Leeswijzer

De HIK bestaat uit twee hoofdstukken met uitleg over begrippen. Uiteraard zijn begrippen afzonderlijk te lezen, maar alle onderdelen vormen samen één geheel voor het indicatieproces en dienen dan ook in samenhang met elkaar te worden gezien en gelezen. De basis van deze HIK is dat het belang van het kind centraal staat, dat kind en ouders de regie over het eigen zorgproces hebben en dat *'samen beslissen'* het uitgangspunt is.

De begrippen zijn niet alleen van toepassing op de inventarisatie van de zorgvragen voor kinderen van 0 tot 18 jaar, maar ook op het organiseren en verlenen van zorg aan kind (de verzekerde) in de eigen woon- en leefomgeving. In deze HIK worden begrippen uit de AWBZ-periode, zoals *'gebruikelijke zorg',* niet meer gebruikt, omdat de AWBZ niet meer geldig is. Zo zijn de oude AWBZ-beleidsregels van het CIZ ook niet van toepassing voor zorg van de Zvw.

Met de kinderverpleegkundige die zorgvragen en hulpbehoeften indiceert voor de Zvw, wordt bedoeld de Hbo-opgeleide verpleegkundige met kinderaantekening, zoals afgesproken in de uitleg van de tweede norm van het Normenkader (V&VN, 2014).

Voor de leesbaarheid is in de tekst de kinderverpleegkundige aangeduid als *'zij'* en kind en ouders als *'hij'*. Uiteraard is *'zij'* inwisselbaar voor *'hij'* en omgekeerd. Met *'kind'* wordt elk kind bedoeld in de leeftijd van 0 tot 18 jaar, waarvoor zorg nodig is. Waar ouders staat wordt ook *'gezin'* bedoeld en andersom. Tevens is ouders ook te vervangen door *'wettelijk vertegenwoordiger(s)'* of *'vaste verzorger(s)'*.

1 Rollen en begrippen indicatieproces

Dit hoofdstuk gaat in op de rol van kinderverpleegkundige, kinderarts, medisch en verpleegkundig specialist en legt begrippen uit die belangrijk zijn tijdens het indicatieproces.

Het indiceren van *'verpleging en verzorging in de eigen leefomgeving'* voor de Zvw, artikel 2.10 Besluit Zorgverzekeringswet[4], is voorbehouden aan de verpleegkundige. Zij werkt methodisch volgens het cyclisch verpleegkundig proces (zie hoofdstuk 2). De inventarisatie en indicatie omvat *'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden en houdt verband met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'* (Zorginstituut Nederland, 2019).

De kinderverpleegkundige inventariseert de zorgvragen en hulpbehoeften die kind en ouders hebben. Zij doet dat samen met kind en ouders. Het inventariseren is de start van de zorg- en hulpverlening in de eigen leefomgeving. De informatie van de kinder- en/of transferverpleegkundige van het ziekenhuis en die van de behandelend kinderarts of medisch / verpleegkundig specialist, de warme overdracht (zie § 2.1.3) en de uitkomsten van de hulpbehoeftescan (zie § 2.1.1) gebruikt de kinderverpleegkundige als informatiebron en uitgangspunt wanneer zij het inventarisatiegesprek voert met kind en ouders.

1.1. Kinderverpleegkundige

De kinderverpleegkundige heeft een erkende vervolgopleiding gevolgd en hierdoor heeft zij kennis en expertise over gezonde en zieke kinderen tussen de 0 en 18 jaar.

De kinderverpleegkundige sluit tijdens het indicatie- en zorgproces aan bij de kennis en expertise van kind en ouders. Zij werkt vanuit haar professionele kaders en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Op basis van haar verpleegkundige kennis en expertise adviseert zij kind en ouders om te komen tot een inventarisatie van de situatie en tot weloverwogen interventies voor de indicatie. Zij benoemt de verschillende leveringsvormen (zie bijlage 1) waaruit gekozen kan worden en welke gevolgen keuzes hebben.

---

[4] In artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) staat beschreven wat onder wijkverpleging verstaan wordt: "Verpleging en verzorging omvat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en deze zorg wordt geleverd 'in de eigen omgeving' van de verzekerde. Voorwaarde is dat de zorg verband houdt met 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop." Het begrip 'plegen te bieden' betekent dat bij de uitleg van de inhoud en omvang van de zorgverlening de opvattingen van de beroepsgroep leidend zijn (V&VN, 2019).

Kind en ouders hebben de regie over het eigen zorgproces. Door middel van *'samen beslissen'* (*shared decision making)* komt de kinderverpleegkundige met kind en ouders tot besluitvorming voor de indicatie en het zorgplan. Indien gewenst en mogelijk voeren ouders de coördinatie van de zorgverlening. De kinderverpleegkundige heeft de professionele verantwoordelijkheid voor de kinderverpleegkundige zorg.

De samenwerking tussen kinderverpleegkundige, kind, ouders, kinderarts en alle direct betrokkenen is van groot belang om kind en ouders op weg te helpen naar de best mogelijke zorg met behoud van zelfredzaamheid. Hierbij bewaken de kinderverpleegkundige en de ouders samen de balans tussen de draaglast en de draagkracht bij zowel kind als bij ouder(s).

Het inventariseren van de zorgvragen van het kind en de hulpbehoeften van kind en gezin gebeurt altijd objectief, onafhankelijk en onbevooroordeeld door een kinderverpleegkundige (V&VN, 2019). Onafhankelijk betekent dat een kinderverpleegkundige autonoom de zorg en ondersteuning inventariseert, zoals bedoeld in de wet BIG en volgens de beroepsnormen voor verpleegkundigen. De kinderverpleegkundige laat zich hierbij niet leiden door verwachtingen van het kind en/of de ouders, de zorgorganisatie of de zorgverzekeraar waar het kind verzekerd is.

De kinderverpleegkundige bereidt zich goed voor op het gesprek en gaat onbevooroordeeld in gesprek met kind en ouders. Het inventarisatiegesprek vindt plaats in de eigen leefomgeving van kind en ouders. De kinderverpleegkundige ziet altijd het kind, ook als het niet bij het gesprek aanwezig kan zijn. De invloed en de impact van de context (woon- en leefomgeving) hebben effect op de verpleegkundige diagnosestelling en vaststelling van de gewenste resultaten en zorginzet.

De kinderverpleegkundige inventariseert de totale zorg vanuit de vier kinderleefdomeinen van het MKS (Medische Kindzorg Systeem). De zorgvragen en hulpbehoeften vanuit de vier kinderleefdomeinen kunnen door elkaar heen lopen. De kinderverpleegkundige indiceert vervolgens de verpleegkundige zorg in het medische kinderleefdomein in de eigen leefomgeving. Het is hierbij belangrijk om duidelijk te maken welke taken, werkzaamheden en verantwoordelijkheden bij de kinderverpleegkundige horen en wat bij kind en ouders ligt. Ze bespreekt met kind en ouders welke andere zorgverleners aanvullende zorg en hulp zouden kunnen verlenen. Zij adviseert en verwijst indien gewenst door naar andere zorgprofessionals. De kinderverpleegkundige werkt samen met deze professionals (MKS, zj).

1.2. Kinderarts, medisch en/of verpleegkundig specialist

De kinderarts, medisch en/of verpleegkundig specialist waar het kind onder behandeling is, blijft ook eindverantwoordelijk voor de medisch specialistische zorg in de eigen leefomgeving (zie § 1.3.3). Vanwege de kennis over en betrokkenheid bij het kind is deze een belangrijke informatiebron tijdens het inventarisatie- en indicatieproces. Daarmee is de behandelaar een belangrijke samenwerkingspartner van de extramuraal werkende kinderverpleegkundige.

De kinderarts is verantwoordelijk voor het medisch beleid. De kinderverpleegkundige voor het verpleegkundig beleid. Geneeskunde en verpleegkunde zijn complementair aan elkaar en versterken elkaar. Zonder geneeskunde geen verpleegkunde en vice versa. De samenwerking met de kinderarts, de medisch / verpleegkundig specialist is daarom onontbeerlijk. Om een goede samenwerking tot stand te brengen en te behouden, is het belangrijk dat ouders en het kind (vanaf 12 jaar) toestemming geven aan de kinderverpleegkundige om contact met behandelaren en andere betrokken professionals op te kunnen nemen.

Rapport 'Specialistische verpleging en zorg bij kinderen thuis' (IGJ, 2019):
"Het is van groot belang dat in het zorgnetwerk rond het zieke kind goed wordt samengewerkt en afgestemd. Er is meer afstemming nodig tussen de kinderarts en de kinderverpleegkundige. Een goede samenwerking tussen professionals is noodzakelijk om te komen tot een goede afstemming op wat het kind echt nodig heeft. Alleen zo ontstaat eenheid in beleid. Regelmatig overleg, afstemming en evaluatie binnen het zorgnetwerk is noodzakelijk. Dat geldt zowel binnen zorginstellingen als met de andere zorgverleners in het zorgnetwerk. Om te kunnen afstemmen en overleggen moet hier tijd en ruimte voor zijn."

1.3. Begrippen

1.3.1 Begrip 1 – Zorgvraag en hulpbehoefte

Op basis van klinisch redeneren (zie hoofdstuk 2) stelt de kinderverpleegkundige vast wat de zorgvragen zijn in het medische kinderleefdomein. De kinderverpleegkundige maakt hierbij onderscheid tussen zorgvraag en hulpbehoefte.

De zorgvraag is altijd de behoefte aan zorg en ondersteuning voor het kind: wat is de zorgvraag? Wat kan en wil het kind zelf? En waar heeft het kind zorg en/of ondersteuning nodig?

De hulpbehoefte is de hoeveelheid hulp en ondersteuning die ouders nodig hebben om de zorg voor hun zieke kind op zich te nemen, te organiseren, te begeleiden, uit te voeren en uit te kunnen blijven voeren (continuïteit blijven bieden). Ook hier geldt: wat kunnen en willen ouders zelf en waar hebben zij hulp en/of ondersteuning nodig?

Om de zorgvragen en hulpbehoeften te inventariseren maakt de kinderverpleegkundige gebruik van instrumenten en hulpmiddelen uit de toolbox, zoals de hulpbehoeftescan (zie § 2.1.1).

1.3.2 Begrip 2 – Geneeskundige context

Geneeskundige zorg richt zich op de medische aandoening van het kind en de beperkingen en belemmeringen die dit met zich meebrengt. De kinderarts of medisch specialist is degene die een behandeling start, preventieve maatregelen inzet en/of een palliatief traject start. De kinderverpleegkundige inventariseert de zorgvragen en hulpbehoeften voor de aanspraak '*verpleging en verzorging in de eigen omgeving*' in de Zorgverzekeringswet. Het begrip '*geneeskundige context*' omvat '*de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop*'.

Het bepalen of sprake is van een geneeskundige context is van belang bij de afbakening tussen Zvw, Jeugdwet en Wmo, bijvoorbeeld bij verzorging. Verzorging valt onder de Zvw als deze samenhangt met '*een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop*'. Ontbreekt deze dan kan de verzorging onder de Jeugdwet vallen. Het is aan de kinderverpleegkundige om deze context te beschrijven en te onderbouwen in de indicatie waarom de zorg onder de Zvw valt (Zorginstituut Nederland, 2019).

1.3.3 Begrip 3 – Medische specialistische zorg buiten het ziekenhuis

Medische specialistische zorg buiten het ziekenhuis, is zorg waarbij de kinderarts of medisch en/of verpleegkundig specialist (=behandelaar) verantwoordelijk blijft voor de medische behandeling thuis. Het is de zorg die nodig is in het medische kinderleefdomein en niet de zorg en ondersteuning in de andere drie kinderleefdomeinen.

De kinderverpleegkundige is verantwoordelijk voor de kinderverpleegkundige zorg. Zij stemt de verpleegkundige zorg met de behandelaar(s) af, voert de voorgeschreven medische (be)handeling uit en monitort de zorgverlening. Zij deelt haar observaties met kind, ouders en de behandelaar(s) (MKS, zj).

De huisarts is zelden betrokken bij de medisch specialistische zorg buiten het ziekenhuis voor het kind, maar is vanuit zijn functie wel betrokken bij het gezin.

1.3.4 Begrip 4 – Kinderverpleegkundige zorg

Kinderverpleegkundige zorg is verpleging en verzorging oftewel *'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'* (zie bijlage 1). Dit omvat het totale *'arsenaal'* van de verpleegkundige. De kinderverpleegkundige richt zich op de totale zorgvraag en hulpbehoefte van kind en ouders. De nadruk ligt niet alleen op het medische en verpleegkundige deel. Haar coördinerende, signalerende en begeleidende rol tussen alle vier de kinderleefdomeinen is belangrijk (Zorginstituut Nederland, 2019).

De kinderverpleegkundige heeft tijdens haar werkzaamheden onder andere een begeleidende en coachende rol. Kinderverpleegkundige begeleiding is de begeleiding die het kind nodig heeft en die samenhangt met *'de behoefte aan geneeskundige zorg of het risico'* daarop, zoals in het Besluit zorgverzekering (Bzv) (zie voetnoot p.10) staat beschreven. Met begeleiding tijdens kinderverpleegkundige zorg wordt bijvoorbeeld bedoeld, het:

- instrueren en ondersteunen van kind en ouders bij het aanleren van (verpleegkundige) vaardigheden;
- adviseren bij in te zetten interventies;
- inzetten van gezondheidsbevorderende activiteiten en preventieve maatregelen;
- geven van advies, instructie en voorlichting;
- begeleiden van het kind dat de interventies niet zelf kan (leren) uitvoeren;
- coachen van kind en ouders en (in)formele zorgverleners met als doel het stimuleren van eigen regie en zelfredzaamheid binnen de mogelijkheden van kind en ouders.

Voorbeeld kinderverpleegkundige begeleiding
Een voorbeeld van kinderverpleegkundige begeleiding is het inzetten en uitvoeren van interventies ter voorkoming van pijn, angst, stress en dwang tijdens het uitvoeren van een voorbehouden/risicovolle handeling bij het kind. Door de inzet van kinderverpleegkundige begeleiding wordt bereikt dat het kind de interventie (op termijn) beter accepteert en zelf participeert. Dit kan leiden tot een duurzame gezondheidswinst. En uiteindelijk minder kosten omdat het kind de interventie beter accepteert en minder afhankelijk is van zorg door ouders en/of anderen.

De kinderverpleegkundige stemt met kind en ouders af wie wat doet. Waar nodig en gewenst voert de kinderverpleegkundige de kinderverpleegkundige zorg uit. Indien nodig start zij leertrajecten voor de verpleegkundige interventies voor kind en ouders of andere betrokkenen. Dit is maatwerk en komt – in samenspraak met kind en ouders – tot stand door klinisch redeneren en het professioneel inzicht van de kinderverpleegkundige.

De kinderverpleegkundige zorg wordt vanuit de zeven CanMedsrollen uitgevoerd (zie Expertisegebied Kinderverpleegkundige) en omvat onder andere:

- verpleegkundige zorgverlening;
- gezondheidsbevordering (preventie);
- bevorderen kwaliteit van leven;
- stimuleren en ondersteunen van eigen regie van het kind;
- stimuleren en ondersteunen van zelfredzaamheid en zelfmanagement van kind en ouders.

Zolang er een instabiele gezondheidssituatie of achteruitgang is, blijft de kinderverpleegkundige in beeld. Ook bij een stabiele situatie bij een kind met een chronische aandoening of lichamelijke beperking, kan het nodig zijn dat de kinderverpleegkundige in beeld blijft om te monitoren en evalueren *('vinger aan de pols houden')*. Vanzelfsprekend is dit altijd in samenspraak met kind en ouders.

1.3.5 Begrip 5 – Ouderlijke zorg

Zowel in de Nederlandse wetgeving (Burgerlijk Wetboek 1:247 Rijksoverheid) als in het Internationale Verdrag voor de Rechten van het Kind is vastgelegd dat de ouderlijke verantwoordelijkheid primair bij de ouders van het kind ligt (Kind & Ziekenhuis, 1995).

Ouderlijke zorg omvat zorg die ouders bieden aan hun kind. Het gaat hierbij om lichamelijke, psychische en sociaal-emotionele en opvoedkundige zorg op geleide van de ontwikkelingsleeftijd. Ouders werken toe naar zelfredzaamheid en zelfstandigheid van hun kind voor zover de ontwikkelingsleeftijd en de context van het kind dit toelaat. Ouders ondersteunen de eigen regie van hun kind. Ouderlijke zorg betekent niet dat ouders altijd beschikbaar moeten zijn voor de zorg voor hun kind (Zorginstituut Nederland, 2020).

Ouders kunnen naast de ouderlijke zorg ook kinderverpleegkundige zorg uitvoeren. De interventie(s), de context, de prognose en het invoegen van de kinderverpleegkundige zorg in het dagelijkse ritme van het gezin zijn bepalend of ouders dit kunnen doen als informele zorgverleners of als ouders.

Als het gaat om ouders als informele zorgverleners maakt de kinderverpleegkundige onderscheid tussen de *'kennis en kunde'*, de *'beschikbaarheid'* van de ouders en de complexiteit en (on)planbaarheid van de situatie om de zorg te verrichten. Ook de beschikbaarheid van professionals voor de zorg wordt hierin meegewogen. In de meeste situaties beschikken de ouders over de kennis en kunde van de zorg voor hun kind. Echter de sociaal en economisch maatschappelijke participatie van ouders heeft invloed op de beschikbaarheid bij de uitvoering van de zorg.

De kinderverpleegkundige stelt in samenspraak met kind en ouders de zorgvraag en hulpbehoefte vast. In hoeverre ouders bijdragen is afhankelijk van de zorgvraag, wens, behoefte en context van kind en gezin. Dit is maatwerk en hier zijn geen vaste algemene kaders (*'lijstjes'*) voor. De zorginzet zal gericht zijn op het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid, met inachtneming van de draagkracht en draaglast van kind en ouders.

De kinderverpleegkundige bespreekt ook samen met kind en ouders wat de leerbaarheid van kennis en kunde van kind en ouders is om de interventies zelf te verrichten. En legt dit vast in het zorgplan. Vervolgens maken zij samen een inschatting van de beschikbaarheid (nu en in de toekomst) van kind en ouders om de interventies te verrichten.

1.3.6 Begrip 6 – Zelfredzaamheid, zelfstandigheid en eigen regie

Het is belangrijk om eerst deze drie begrippen uit te leggen:

- Zelfredzaamheid is het vermogen van iemand om zich zelf te kunnen redden in een situatie.
- Zelfstandigheid houdt in dat iemand iets zelf doet.
- Eigen regie houdt in dat iemand zelf kan bepalen hoe hij zijn leven inricht. Het gaat over zelf keuzes en beslissingen kunnen nemen en hier verantwoordelijkheid voor kunnen dragen.

(Vilans, 2019).

Er is een verschil tussen de zelfredzaamheid van het kind en de zelfredzaamheid van de ouders. Als het kind niet zelfredzaam is, heeft het kind een zorgvraag. Als de ouders niet zelfredzaam zijn, kan dit betekenen dat er een hulpbehoefte is.

Ziekte van een kind kan het aanspreken van de zelfredzaamheid, zelfstandigheid en eigen regie compliceren. In dat geval zal de kinderverpleegkundige, samen met kind en ouders, passende interventies inzetten die dit verbeteren. Hierbij is ook aandacht voor de veiligheid van kind en gezin, zoals een veilige leefomgeving en het borgen van een veilige, fysieke en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind.

De mate van eigen regie en zelfredzaamheid van het kind is medeafhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd. Ook de context, complexiteit en te verwachten duur van de zorgvragen spelen een belangrijke rol bij het vaststellen van de zorginzet. De zorginzet is gebaseerd op wat nodig is. De inzet dient te resulteren in oplossingen voor de lange termijn. Oplossingen die aansluiten bij de eigen leefwereld, kennis, inzichten en mogelijkheden van kind en ouders.

De kinderverpleegkundige legt in duidelijke stappen in het zorgplan vast welke zorg en ondersteuning er nodig is om de draaglast en draagkracht van ouders (duurzaam)

in balans te houden. De kinderverpleegkundige kijkt niet alleen naar het praktisch oplossen van problemen, maar ook naar wat het leven voor kind en ouders betekenisvol maakt. De kinderverpleegkundige gebruikt haar expertise om de zorg en ondersteuning op elkaar af te stemmen. Hierbij valt te denken aan begeleiding naar Jeugdwet en/of passende zorg, zoals een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderzorghuis.

Zelfredzaamheid en inzet kinderverpleegkundige zorg

1. ***Bij een kortdurende zorgvraag***
   Het gaat hier om kinderen waarbij kinderverpleegkundige zorg kortdurend nodig is met één of meerdere voorbehouden en/of risicovolle handelingen. De inzet van kinderverpleegkundige zorg is voor de periode dat de interventie nodig is. Oftewel de verwachte termijn van de zorginzet is op voorhand bekend. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om infuustherapie met antibiotica bij kinderen met een infectie of het wisselen van de neus-maagsonde bij zuigelingen die voor een bepaalde periode sondevoeding krijgen om op gewicht te komen.

   Bij een kortdurende zorgvraag vindt een overdracht en een inventarisatiegesprek plaats met kind en ouders. Het invullen van een hulpbehoeftescan (zie § 2.1.1) is niet nodig. De tijd om de interventie aan te leren aan het kind en/of de ouders kan langer duren dan de tijd die nodig is voor de therapie zelf. De kinderverpleegkundige stelt een zorgplan op waarin naast de interventies, ook aandacht is voor het voorbereiden van het kind op de handeling (bijvoorbeeld angst- of pijnreducerende interventies).

2. ***Bij een langdurige zorgvraag***
   Het gaat hier om kinderen waarbij kinderverpleegkundige zorg voor langere periode nodig is, waarbij preventieve verpleegkundige observaties en/of één of meerdere voorbehouden en/of risicovolle handelingen nodig zijn, zoals een injectie toedienen, katheteriseren of darmspoelen.

   Het is voor deze kinderen belangrijk dat zij leren omgaan met hun ziekte, aandoening of beperking en deze integreren in hun leven met als uitgangspunt eigen regie. Het zorgplan bevat doelen en bijpassende interventies die kind en ouders in staat stellen om in kleine stappen steeds meer verantwoordelijkheid te kunnen dragen voor de uitvoering van de zorg. De context van kind en ouders, de balans tussen draagkracht en draaglast en de sociaal en economische maatschappelijke participatie van ouders spelen een rol of de inventarisatie van de zorgvraag leidt tot een indicatie van verzekerde zorg.

   De ontwikkelingsleeftijd van het kind hoeft niet belemmerend te werken bij het aanspreken van de zelfredzaamheid. Het kan wel leidend zijn voor de mate van

inzet van zorg. Het kind moet mentaal en fysiek in staat zijn om de handeling te begrijpen en te kunnen en te willen uitvoeren. Als het kind hiertoe (nog) niet in staat is, wordt er gewerkt naar zelfredzaamheid van de ouders tot het moment dat het kind de ontwikkelingsleeftijd heeft bereikt waarin het vaardigheden hiertoe kan ontwikkelen. Hierbij is aandacht voor de draaglast en draagkracht van kind en ouders. Maar ook of ouders hiertoe in staat zijn. Tevens wordt rekening gehouden met de impact van de ziekte van het kind op het ouderschap en het gezinsleven.

De kinderverpleegkundige voert een inventarisatiegesprek (anamnese) met kind en ouders. Ze gebruikt hierbij de hulpbehoeftescan (zie § 2.1.1). Zij neemt doelen en bijpassende interventies in het zorgplan op, die leiden tot meer zelfredzaamheid van kind en ouders. De kinderverpleegkundige monitort en evalueert regelmatig de voortgang. Ze stelt de doelen en interventies bij op basis van de kennis en het vaardigheidsniveau van kind en ouders totdat het beoogde doel is bereikt. Regelmatig evalueren is van belang, zodat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. Ouders en kinderverpleegkundige maken gezamenlijk afspraken over *'de vinger aan de pols houden'*.

Vanaf het vijfde levensjaar is het kind leerplichtig. Ouders en kinderverpleegkundige overleggen met school – in samenspraak – of en zo ja op welke wijze de school kan participeren in de zorg voor het kind.

3. ***Bij een levenslange zorgvraag waarbij onduidelijk is hoe de zelfredzaamheid zich gaat ontwikkelen***
   Het gaat hier om kinderverpleegkundige zorg waarbij preventieve verpleegkundige observaties en/of één of meer voorbehouden en/of risicovolle handelingen nodig zijn. Deze interventies voorkomen dat dreigende gezondheidssituaties ontstaan waarvoor verpleegkundige interventies nodig zijn. Vaak is het kind (nog) niet in staat om zelf te kunnen aangeven dat er zich een dreigende gezondheidssituatie kan gaan voordoen of het kind kan nog niet verantwoordelijk zijn voor de handelingen die nodig zijn om deze situatie te voorkomen. Het is nog niet altijd duidelijk of er levenslang toezicht nodig blijft of dat het kind in de toekomst (gedeeltelijk) zelfredzaam kan zijn.

   Deze kinderen hebben een leeftijdsadequate ontwikkeling en kunnen vaak naar regulier of passend onderwijs en draaien zoveel mogelijk mee in het *'gewone'* gezinsleven. Het inventariseren van de zorgvraag en hulpbehoefte is uitgebreid. Hierbij zijn nodig de ingevulde hulpbehoeftescan, de overdracht en gegevens van andere betrokkenen.

Er wordt toegewerkt naar een zo optimaal mogelijke situatie van de zelfredzaamheid voor het kind. De interventies richten zicht op het versterken van de draagkracht en draaglast van het gezin. Waar nodig wordt formele of informele zorg ingezet. De kinderverpleegkundige monitort en evalueert de voortgang met kind en ouders. De kinderverpleegkundige gebruikt haar expertise om samen met kind en ouders de zorg en hulp op elkaar af te stemmen. Dit is maatwerk.

4. ***Bij een levenslange zorgvraag waarbij de verwachting is dat er een levenslange afhankelijkheid blijft van zorg en ondersteuning***
   Het gaat hier om kinderverpleegkundige zorg waarbij preventieve verpleegkundige observaties en/of één of meer voorbehouden en/of risicovolle handelingen nodig zijn en/of waarbij voortdurend verpleegkundige interventies nodig zijn die voorkomen dat er levensbedreigende gezondheidssituaties ontstaan.

   '*Toezicht*' blijft levenslang nodig (zie ook kinderverpleegkundig toezicht, § 2.2.4). Bij deze kinderen is vaak een multiproblematiek. Deze kinderen zijn blijvend afhankelijk van zorg van anderen. De kwaliteit van leven hangt nauw samen met de kwaliteit van de zorg en hulp die hen geboden wordt.

   Het opvoeden van deze kinderen vraagt van de meeste ouders een meer dan gemiddelde inspanning omdat zij voortdurend zorgen hebben over de gezondheid van hun kind. Het toekomstperspectief is onduidelijk. De verzorging en verpleging nemen tijd van ouders in beslag. Naast de dagelijkse zorg is er ook nog de administratieve belasting door wet- en regelgeving in zorg en welzijn.

   Het inventariseren van de zorgvragen en hulpbehoeften is het begin van een lang traject. De ouders worden, indien gewenst, ondersteund in de regie en coördinatie van de zorgverlening. Het doel hiervan is dat zij de verantwoordelijkheid voor de zorg van hun kind zo lang mogelijk kunnen volhouden.

   In het beginstadium kan er behoefte en noodzaak zijn aan inzet van kinderverpleegkundige zorg die op termijn kan worden vervangen door andere formele of informele zorgverleners. Samen met kind en ouders stelt de kinderverpleegkundige vast wat het beste is voor het kind en gezin in deze situatie. Dit is maatwerk.

1.3.7 Begrip 7 – Eigen sociaal netwerk

Het sociaal netwerk is een verzamelnaam voor personen uit de huiselijke kring of andere personen met wie kind en ouders een sociale relatie onderhouden (Vilans, 2016a). Het waar mogelijk inzetten van het eigen sociaal netwerk kan bijdragen aan een evenwicht in de draaglast en draagkracht van ouders, zodat ouders de verantwoordelijkheid voor de zorg van hun kind duurzaam kunnen blijven volhouden.

Echter naar mate de ziekte of de aandoening langer duurt neemt het sociaal netwerk om hen heen vaak af. De inzet van het eigen sociaal netwerk, vrijwillig en onbetaald, is niet in elke gezinssituatie mogelijk. De verpleegkundige zorg aan anderen overdragen of overnemen bij een kind met complexe medische aandoeningen is niet haalbaar. Dat kan te maken hebben met de complexiteit van de zorgvraag en de uitvoering van de verpleegkundige interventies. De daarbij behorende verantwoordelijkheid durven mensen (vaak) niet op zich te nemen (Bartelink & Verheijden, 2015).

1.3.8 Begrip 8 – Mantelzorgers

Mantelzorg is ondersteuning en zorg die mensen vrijwillig en onbetaald verlenen aan mensen met fysieke, verstandelijke of (sociaal) psychiatrische beperkingen in hun familie, huishouden of bredere sociale netwerk. Naar mate de behoefte aan zorg en ondersteuning langer duurt, breiden activiteiten van mantelzorgers stapsgewijs meer uit. Mantelzorg overstijgt de hulp die in redelijkheid verwacht mag worden van partners, ouders, kinderen of andere huisgenoten (Vilans, 2016a). Wat er redelijkerwijs verwacht kán worden is per persoon, gezinssituatie en zorgvraag verschillend. Ook hier is sprake van maatwerk. De kinderverpleegkundige brengt dit samen met kind, ouders en betrokken mantelzorgers in kaart tijdens het inventarisatiegesprek en met de hulpmiddelen uit de toolbox.

2 Het verpleegkundig proces

Figuur 1 Zes fasen Verpleegkundig Proces

Om te komen tot een indicatie van verpleging en verzorging voor de Zvw werken verpleegkundigen volgens het verpleegkundig proces met behulp van klinisch redeneren, ook wel verpleegkundig redeneren genoemd.

> *"Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. Het continue cyclisch proces van redeneren omvat risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring"*
> (Schuurmans in Lambregts et al., 2012).

Klinisch redeneren is essentieel om te komen tot een juiste en goed onderbouwde indicatie van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Zie handreiking verpleegkundig proces (V&VN, 2020b). Het volgen van de methode van klinisch redeneren moet leiden tot (meer) eenduidigheid in de indicatiestelling.

Het verpleegkundig proces bestaat uit zes verschillende fasen, zoals vermeld in figuur 1. Bij het inventariseren en organiseren zijn vooral fase 1 tot en met fase 4 essentieel. Voor het opstellen van het zorgplan gaat het om fase 2 tot en met 4. Voor

de uitvoering en monitoring geldt fase 3, 4 en 5. Voor het evalueren van de zorg- en hulpinzet zijn alle fasen van belang (V&VN, 2019).

In alle fasen van het verpleegkundig proces kan gebruik gemaakt worden van meerdere hulpmiddelen die ondersteunen in het verzamelen van gegevens en de wijze waarop de kinderverpleegkundige de zorgvragen kan verhelderen en de zorginzet kan organiseren. Deze hulpmiddelen worden toegevoegd in de toolbox. Het gebruik van deze hulpmiddelen draagt bij aan een eenduidige uitleg en gegevensverzameling.

Een kinderverpleegkundige reageert adequaat en efficiënt op zorgvragen en hulpbehoeften die worden vastgesteld. Op methodische wijze (verpleegkundig proces) inventariseert, analyseert en concludeert zij wat de inzet van zorg en hulp moet zijn. Ook tijdens de uitvoering van de zorgverlening (uitoefening van het beroep) geldt verpleegkundig redeneren. Het is een cyclisch proces.

De zes fasen van het verpleegkundig proces zijn uitgewerkt in 11 kleine overzichtelijke stappen, als verdieping van het verpleegkundig proces, ondersteund door methodieken en structuren (zie tabel 1). De 11 stappen zijn gebaseerd op de methodiek van Bakker en van Heycop ten Ham (2014). De toolbox bevat een uitgebreide versie van het verpleegkundig redeneren voor kinderverpleegkundigen.

Tabel 1 Stappenplan verpleegkundig redeneren

Verpleegkundig proces	Stappen	Wat betekent dit?
Fase 1 - Vraagverheldering (gegevensverzameling)	1. Informatiebronnen selecteren	Wie zijn er allemaal betrokken bij het kind en het gezin binnen alle vier kinderleefdomeinen?
	2. Inventariseren	Wie, Wat, Waar, Wanneer, Waarom (5 W's) en Hoe en Hoe vaak (2 H's) Is de informatiebron een serieuze bron? Klinkt het logisch? Klopt het met het professionele inzicht?
	3. Concretiseren	Is de verkregen informatie objectief of subjectief? Subjectieve informatie objectief maken
	4. Afstemmen	Is er informatie tussen de kinderleefdomeinen die verband met elkaar heeft?
Fase 2 - Diagnosestelling (probleemstelling)	5. Concluderen	Formuleer op basis van argumenten en inzichten - die begrijpelijk en uitlegbaar zijn - conclusies
	6. Formuleren van problemen	Formuleer de (zorg)problemen volgens de PES structuur (P = probleem, E = etiologie, S = symptomen/signalen)
Fase 3 – Plannen van gewenste resultaten (zorgdoelen)	7. Formuleren van doelstellingen	Formuleer doelstellingen volgens de SMART methode (S = specifiek, M = meetbaar, A = acceptabel, R = realistisch, T = tijdgebonden)
Fase 4 - Vaststellen en organiseren van (EBP) interventies	8. Vaststellen en organiseren	Stel op basis van de (zorg)problemen volgens de HAPP methode passende interventies vast die nodig zijn om de doelstellingen te behalen (H = haalbaar, A = aanvaardbaar, P = professioneel, P = precies). Bepaal welke deskundigheid vereist is en stem af met betrokkenen wie wat doet wanneer. Stel vast hoeveel tijd er nodig is voor de interventie(s)
Fase 5 – Plannen en uitvoeren van (EBP) interventies	9. Concept zorgplan opstellen	Vermeld de problemen, (sub)doelen en interventies. Gezamenlijk vormt dit het zorgplan
	10. Bespreken	Bespreek het concept zorgplan met kind en ouders
Fase 6 – Monitoren en evalueren van zorg	11. Reflecteren	Volg, reflecteer op en beoordeel het verpleegkundig handelen, de zorginzet en de resultaten hiervan tot nu toe

2.1 Fase 1 – Vraagverheldering (gegevensverzameling: anamnese)

De kinderverpleegkundige verzamelt voorafgaand aan het inventarisatiegesprek alle gegevens die nodig zijn om de gezondheid, de huidige situatie en context (leefomgeving) van kind en gezin in kaart te brengen. Deze gegevens zijn beschikbaar vanuit het medisch beleid van de kinderarts, de informatie van de transferverpleegkundige en de (warme) overdracht van de kinderverpleegkundige van de instelling. De kinderverpleegkundige vraagt, met toestemming van kind en ouders, gegevens op bij andere betrokken zorgverleners rondom kind en ouders om zo te komen tot een inventarisatie van de benodigde zorg en het zorgplan. Deze fase is maatwerk (V&VN, 2020b).

2.1.1 Begrip 1 – Hulpbehoeftescan

Het inventarisatieproces begint bij het invullen van een hulpbehoeftescan voorafgaand aan het gesprek. Zowel het kind (indien mogelijk) als de ouders vullen deze in. Op deze wijze kan zowel het kind als de ouder de eigen behoefte(n) kenbaar maken. De uitkomsten van de hulpbehoeftescan bespreekt de kinderverpleegkundige tijdens het inventarisatiegesprek.

De hulpbehoeftescan is opgebouwd op basis van de vier kinderleefdomeinen. De antwoorden geven inzicht in hoe kind en ouders de zorg beleven en zijn een indicatie hoe het met hen gaat. Het doel van de hulpbehoeftescan is een integrale signalering van problemen in de vier kinderleefdomeinen. Daaruit worden doelen (gewenste resultaten) geformuleerd en interventie(s) ingezet om deze doelen te behalen.

2.1.2 Begrip 2 – Warme overdracht

Om de overgang van ziekenhuis of andere instelling naar de eigen woon- en leefomgeving (en vice versa) van het kind zo soepel mogelijk te laten verlopen is het zeer wenselijk een warme overdracht te organiseren. Kind en ouders worden betrokken in dit proces en zijn aanwezig tijdens de warme overdracht.
Een warme overdracht betekent dat er persoonlijk contact is tussen

- de kinderarts en/of medisch/verpleegkundig specialist
- kinderverpleegkundige in het ziekenhuis/de polikliniek of andere instelling waar het kind verblijft;
- de kinderverpleegkundige van de kinderthuiszorg;
- het kinderzorghuis of verpleegkundig kinderdagverblijf;
- kind en ouders;
- andere zorgprofessionals en/of betrokkenen.

Het gaat om kennismaking en overdracht van de huidige situatie. Persoonlijk contact houdt in dat je elkaar spreekt, hetzij face-to-face, hetzij via (beeld)bellen, zodat je elkaar direct verduidelijkingsvragen kunt stellen. Tijdens de warme overdracht wordt

in kaart gebracht wat kind en ouders nodig hebben om de zorg en hulp thuis tijdig te organiseren en welke belemmeringen hierin nog worden ervaren (MKS, zj).

2.1.3 Begrip 3 – Digitale overdracht

Om ervoor te zorgen dat alle nodige informatie volledig en op eenduidige wijze wordt overgedragen, wordt deze vastgelegd in een (digitaal) overdrachtsformulier dat inzichtelijk is voor kind en ouders, collega's en andere betrokken zorgprofessionals. Een landelijk (e)overdrachtsformulier is in ontwikkeling.

2.1.4 Begrip 4– Multidisciplinair overleg (MDO)

Het kan nodig zijn in deze fase om een Multi Disciplinair Overleg (MDO) te organiseren waarbij betrokken zorgprofessionals de informatie, zorg en ondersteuning met elkaar afstemmen. Dit kan voorafgaand aan het ontslag uit het ziekenhuis of andere zorginstelling of gedurende het zorgproces in de eigen leefomgeving. Kind en ouders worden hier altijd bij uitgenodigd en hebben hun eigen inbreng. De informatie uit het MDO wordt meegewogen bij het vaststellen van de zorgvragen en hulpbehoeften.

2.2 Fase 2 – Diagnosestelling/probleemstelling

In fase 2 van het verpleegkundig proces worden de verpleegkundige diagnoses gesteld na analyse van de anamnese (gegevensverzameling). Op basis van 'klinisch redeneren' benoemt de kinderverpleegkundige de zorgvragen van het kind en de hulpbehoeften van ouders, de (mogelijke) oorzaken en de symptomen/signalen waarop zij dit baseert. Ze formuleert de verpleegkundige diagnoses. Ze benoemt en onderbouwt de samenhang in verpleegkundige diagnoses. Ze doet dit alles volgens het '*samen beslissen*' model met kind en ouders.

2.3 Fase 3 – Plannen van resultaten (zorgdoelen)

De uitkomsten van de inventarisatie schetsen een beeld van de totale context waarin kind en ouders verkeren. Aan de hand van deze uitkomsten stelt de kinderverpleegkundige met kind en ouders zorgdoelen op. Deze passen bij de zorgvragen van kind en hulpbehoeften van ouders, hun wensen en de context van het gezin. Deze doelen dienen SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, reëel, tijdsgebonden) te zijn. Het evalueren van deze doelen is onderdeel van het verpleegkundig proces, zie fase 6 (V&VN, 2020b).

De balans tussen draagkracht en draaglast van kind (indien van toepassing) en ouders is bepalend bij het stellen van doelen. Deze zal in evenwicht moeten zijn en blijven. Wanneer de kinderverpleegkundige een verstoring in de draagkracht- en draag-

lastbalans waarneemt, bespreekt zij dit met ouders. Zij adviseert wat mogelijk en nodig is om de disbalans op te heffen, bijvoorbeeld door het uitbreiden van de (tijdelijke) inzet van vrijwilligers, het eigen sociaal netwerk of professionele zorg rondom het kind.

In deze fase stelt de kinderverpleegkundige met de MKS-verwijsboom vast onder welk wettelijk kader de zorg valt (Zvw, Jeugdwet, Wlz of anders). Ze bespreekt met kind en ouders indien het geen Zvw-zorg is en hoe de zorgbehoefte dan te organiseren en verwijst – indien gewenst - door.

Als de inzet van kinderverpleegkundige zorg vanuit de Zvw niet (meer) nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen naar professionals/organisaties uit een ander kinderleefdomein. Hierbij is een warme overdracht van groot belang en zeer wenselijk (V&VN, 2019; Zorginstituut Nederland, 2019).

2.4 Fase 4 – Vaststellen en organiseren van (EBP) interventies

Nadat de doelen samen met kind en ouders zijn vastgesteld, bespreekt de kinderverpleegkundige welke passende (EBP) interventies ingezet kunnen worden om deze doelen te bereiken. De kinderverpleegkundige heeft hierin haar professionele en maatschappelijke verantwoordelijkheid of dit veilige, verantwoorde en zinnige zorg is (denk aan Beter-Laten-Lijst). In deze fase bespreekt en adviseert de kinderverpleegkundige met kind en ouders wie, wanneer, wat doet en wat de tijdsduur en termijn van de verschillende interventies zijn. De tijdsduur is de hoeveel tijd die het uitvoeren van een interventie kost. De context van het kind en de totale zorgvraag neemt de kinderverpleegkundige mee bij het bepalen van de tijdsduur en de zorginzet die nodig is. Dit is altijd maatwerk en hier zijn geen vaste algemene kaders (*'lijstjes'*) voor.

Welke overwegingen zijn van belang bij de uitvoering van (EBP) interventies?
In willekeurige volgorde:

- kind: wensen en behoeften, kennis en kunde, leerbaarheid, sociale en economische maatschappelijke participatie
- ouders: wensen en behoeften, kennis en kunde, leerbaarheid, beschikbaarheid, sociale en economische maatschappelijke participatie
- gezinssituatie: overige gezinsleden, veilige omgeving, pedagogisch klimaat
- balans draagkracht en draaglast kind, ouders en gezin
- aandoening, beperking, multi morbiditeit
- prognoses, toekomstbeeld(en)
- verpleegkundige diagnoses (samenhang)
- kinderverpleegkundig toezicht
- de interventie zelf

- aantal interventies op een dag en per dagdeel
- termijn en tijdsduur van de interventie(s)
- kalenderleeftijd
- ontwikkelingsleeftijd
- leefomgeving van het kind
- beschikbaarheid eigen sociaal netwerk, vrijwilligers, (slimme) technologie/hulpmiddelen

Aan de hand van de uitkomsten (wie gaat wat doen wanneer) bespreekt de kinderverpleegkundige in deze fase de mogelijkheden van de verschillende leveringsvormen met kind en ouders. Kind en ouders bepalen zelf welke leveringsvorm voor hen passend is.

2.4.1 Begrip 1 – Inzet van kinderverpleegkundige zorg

Er wordt alleen een kinderverpleegkundige ingezet als het gaat om *"Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden"* (zie ook artikel 2 Handvest Kind & Zorg). Voor kinderverpleegkundigen geldt daarbij dat naast het uitvoeren van interventies, de *'oorzaken van problemen achterhalen'* en het *'resultaatgericht werken'* van essentieel belang zijn (V&VN, 2019). Het kind staat centraal in de zorgverlening, waarbij rekening wordt gehouden met de wensen, noden en behoeften van kind en ouders.
De expertise van de kinderverpleegkundige wordt ook ingezet bij

- preventie of vroegsignalering om gezondheidsproblemen te voorkomen en/of een signaal bij een 'niet-pluis-gevoel';
- naderend ontslag uit het ziekenhuis om de eigen leefomgeving alvast te verkennen waardoor zorg op maat en 'Advance Care Planning' (ACP) kan plaatsvinden;
- het – indien nodig – uitvoeren van coördinerende werkzaamheden die zorgen voor een betere samenwerking en afstemming tussen betrokken partijen zoals beschreven in het MKS;
- advies, voorlichting, instructie en toetsing bij aanleertrajecten van interventies;

met als doel de zorg duurzaam efficiënt, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden.

Tot de kinderverpleegkundige beroepsuitoefening behoren niet het vervoer van het kind en oppassen op het zieke kind, tenzij kinderverpleegkundig toezicht nodig is (zie § 2.4.2). Indien gewenst onderzoekt en bespreekt de kinderverpleegkundige welke mogelijkheden er zijn om het gezin te ondersteunen bij huishoudelijk werk en overnemen van ouderlijke activiteiten en verantwoordelijkheden. Denk hierbij aan mantelzorgers, het eigen sociaal netwerk of professionals uit één van de andere kinderleefdomeinen. De kinderverpleegkundige verwijst indien nodig door.

2.4.2 Begrip 2 – Inzet van kinderverpleegkundig toezicht

Kinderverpleegkundig toezicht is directe zorg in nabijheid, waarbij acuut gehandeld moet worden bij levensbedreigende situaties. De aanwezigheid van een daartoe op-

geleide (informele) zorgverlener is noodzakelijk, omdat deze anticipeert op onvoorspelbare en acute en/of dreigende gezondheidsrisico's ongeacht waar het kind zich bevindt. De interventies zijn gericht op acuut levensreddend ingrijpen en op het creëren van een veilige situatie waarin het kind niet nog meer gezondheidsrisico's loopt (ademweg vrijhouden door bijvoorbeeld stabiele zijligging). De interventies zijn afgestemd met de kinderarts of medisch/verpleegkundig specialist en op basis van kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen.

De kinderverpleegkundige inventariseert het kinderverpleegkundig toezicht voor het kind en de hierbij behorende hulpbehoefte van ouders. De noodzaak van kinderverpleegkundig toezicht is altijd onderbouwd in het zorgplan. In het zorgplan staat beschreven wie deze zorg uitvoert en wat hierin voor het kind en ouders (vanuit de verschillende leefdomeinen) de meest wenselijke situatie is.

Voor de indicatie is het kinderverpleegkundig toezicht leidend. Tijdens het kinderverpleegkundig toezicht wordt indien nodig handelend opgetreden bij acute levensbedreigende situaties conform afspraken in het zorgplan. De overige zorgvragen met bijpassende interventies worden beschreven in het zorgplan. Hier wordt niet apart *'tijd'* voor geïndiceerd omdat ze verricht worden tijdens het kinderverpleegkundig toezicht.

Kinderverpleegkundig toezicht en de daaraan gekoppelde zorg kunnen worden overgenomen en overgedragen aan ouders(s) of (informele) zorgverleners en mantelzorgers. Als zij in staat zijn te handelen in onvoorspelbare, acute en/of dreigende situaties. De behandelaar (kinderarts of medisch/verpleegkundig specialist) heeft hiervoor toestemming gegeven. De kinderverpleegkundige stelt – in samenspraak met kind en ouders - vast wat de hulpbehoefte van ouders of informele zorgverleners en mantelzorgers is voor het kinderverpleegkundig toezicht. Het is altijd maatwerk en kan elk moment worden bijgesteld. De kinderverpleegkundige evalueert deze inzet met regelmaat en zorgt voor een achterwacht, waar ouders en/of informele zorgverleners en mantelzorgers te allen tijde op terug kunnen vallen.

2.4.3 Begrip 3 –Voorbehouden en risicovolle handelingen

Een voorbehouden of risicovolle handeling staat nooit op zichzelf. De nadruk ligt niet alleen op de handeling, maar ook op de context van het kind en diens ouders waarin de handeling wordt uitgevoerd. Dit betekent dat ook de termijn die nodig is om bijvoorbeeld met het kind aan angst- en pijnreductie te werken voor de handeling, vermeld staat in het zorgplan, inclusief activiteiten om dit doel te behalen.

Een (kinder)verpleegkundige heeft een functioneel zelfstandige bevoegdheid om in opdracht van een (kinder)arts of medisch/verpleegkundig specialist, drie voorbehouden handelingen[5] te verrichten bij kinderen, zonder aanwezigheid van deze arts (Rijksoverheid, zj-b). Voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen door verpleegkundigen is een schriftelijk uitvoeringsverzoek van de arts vereist (Zorgvoorbeter, 2019). Alle andere handelingen worden risicovolle handelingen genoemd. Hier zijn geen schriftelijke uitvoeringsverzoeken voor vereist.

De verantwoordelijkheid van de (kinder)verpleegkundige bij het organiseren van de zorg voor het uitvoeren van de interventies, gaat tot en met het *'vergewissen'* of de *'uitvoerder'* die de interventies gaat verrichten bekwaam is. Een *'uitvoerder'* kan een formele of informele zorgverlener zijn. De *'uitvoerder'* is altijd zelf verantwoordelijk en aansprakelijk voor de daadwerkelijke uitvoering van de interventies. De kinderverpleegkundige monitort en evalueert of de interventies bijdragen aan de gewenste resultaten/zorgdoelen (zie § 2.6).

In veel (universitaire) ziekenhuizen is er tijdens de opname de mogelijkheid om als kind en ouders voorbehouden en risicovolle handelingen aan te leren, bijvoorbeeld via het OKE-traject (ouder-kind-educatie). Indien in de thuissituatie blijkt dat de *'uitvoerder'* (nog) niet bekwaam is, start een traject van zorgvuldige voorbereiding en training om de handeling te leren uitvoeren. Hierbij worden de zorgvuldigheidsnormen van de zorgorganisatie gevolgd (Vilans, 2016a). De kinderverpleegkundige leert niet alleen de praktische werkwijze van de handeling aan kind of ouders of de informele zorgverlener, maar ook de theoretische kennis rondom de handeling zoals anatomie en fysiologie, mogelijke risico's en complicaties en hoe daarop te handelen.

Wanneer de *'uitvoerder'* bekwaam is, legt de kinderverpleegkundige dit vast in het EPD/ECD/zorgdossier. Vervolgens maakt de kinderverpleegkundige afspraken over de evaluatie van de handeling(en) omdat de groei en ontwikkeling van het kind, maar ook veranderende omstandigheden kunnen vragen om aanpassingen in de uitvoering van de voorbehouden of risicovolle handeling.

De kinderverpleegkundige werkt in samenspraak met kind en ouders toe naar zelfredzaamheid bij de uitvoering van de handeling. Indien niemand beschikbaar is om de handeling te leren en/of uit te voeren, neemt de kinderverpleegkundige de uitvoering van de handeling op zich zolang het nodig is.

[5] Deze drie zijn: het verrichten van katheterisaties (zoals sonde en infuus inbrengen), het geven van injecties en het verrichten van puncties (zoals bloedafname en hielprik).

2.4.4 Begrip 4 – Kinderdagverblijf, kinderopvang, basisschool of voortgezet onderwijs

Als het de ouders niet lukt om de nodige Zvw-zorg te regelen op het kinderdagverblijf, de kinderopvang of op school, zet de kinderverpleegkundige in eerste instantie vooral haar kinderverpleegkundige expertise in. Ze onderzoekt welke belemmerende factoren er zijn die het uitvoeren van de Zvw-zorg onmogelijk lijken te maken. Dit kan bijvoorbeeld door als kinderverpleegkundige gezamenlijk met het kind, de ouders en andere betrokkenen in gesprek te gaan. Het opstellen van een stappenplan met interventies om het kinderdagverblijf, kinderopvang of de school te betrekken bij de Zvw-zorg voor het kind, maakt het uitvoeren van kinderverpleegkundige zorg in de leefomgeving van het kind mogelijk.

Leerkrachten en/of management van scholen worstelen soms met hun rol en aansprakelijkheid voor de zorg die een kind nodig heeft. Zie Zorgeloos naar school voor meer informatie.

Kind en school

Soms heeft een kind op school hulp en ondersteuning nodig omdat ze chronisch ziek zijn of een beperking hebben. Er is dan tijdens de 'schooltijden' zorg nodig. Denk aan toedienen van medicijnen, sondevoeding of hulp bij het naar de wc gaan.

Bij *'verzekerde zorg' vanuit de Zvw (zie voetnoot p.10) tijdens de 'schooltijden' maken ouders hierover afspraken met de school. De kinderverpleegkundige kan indien gewenst hierin ondersteunen.*

Bij 'begeleiding en begeleidende verzorging' vanuit de Jeugdwet tijdens de 'schooltijden' maken ouders hierover afspraken met de school. De gemeente ondersteunt hier in. Klik hier voor meer informatie.

2.4.5 Begrip 5 – Verpleegkundig kinderdagverblijf en kinderzorghuis

Een verpleegkundig kinderdagverblijf biedt op doordeweekse dagen gespecialiseerde verpleegkundige zorg en pedagogische ondersteuning voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 5 jaar. Er is sprake van behoefte aan zorg, zoals kinderverpleegkundigen die *'plegen te bieden'.* De zorg die geboden wordt, is aanvullend dan wel ter tijdelijke ontlasting van het gezin.

Een verpleegkundig kinderzorghuis biedt 24/7 kinderverpleegkundige zorg in een huiselijke omgeving waar zieke kinderen/jongeren van 0 tot en met 18 jaar, vaak met complexe zorgvragen (tijdelijk) kunnen verblijven of logeren. De kinderverpleegkun-

dige zorg staat in het teken van dat wat een kind/jongere nodig heeft om ondanks de ziekte of aandoening zich prettig te voelen. Het hele gezin kan begeleid worden bij het ziekteproces (Binkz, zj).

De zorg op het verpleegkundig kinderdagverblijf en in het kinderzorghuis omvat kinderverpleegkundige zorg, permanent kinderverpleegkundig toezicht en zorg in nabijheid van kind en gezin. De ondersteunende begeleiding aan de ouders, gezin en andere mantelzorgers is erop gericht dat zij zelf de regie over de zorg aan het kind kunnen houden en op elk moment de zorg weer kunnen overnemen. Het gaat vaak om overname van zorg bij een disbalans tussen draagkracht en draaglast van het gezin en/of de behoefte aan maatschappelijke participatie van ouders. Zowel de zorg op het verpleegkundig kinderdagverblijf als in het kinderzorghuis kan in combinatie gegeven worden met andere zorgverleners, disciplines en hulporganisaties.

2.4.6 Begrip 6 – Kinderverpleegkundige zorg in de palliatieve fase

Kinderpalliatieve zorg voor kinderen (0-18 jaar) is de zorg voor kinderen met een levensbedreigende of levensduurbeperkende aandoening. Kinderpalliatieve zorg start vanaf de diagnose en is te allen tijde multidisciplinaire zorg. De palliatieve zorg gaat door, ongeacht wijzigingen in plaats, zorgverleners en/of zorgperspectief. Bij zorg in de palliatieve fase streeft de kinderverpleegkundige vooral naar comfort van het kind en ondersteuning van de ouders, om het gezin de regie en zelfstandigheid te laten behouden in deze periode van het leven.

De zorg en hulp zijn gericht op een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven, waarbij lichamelijke, psychologische, sociale, pedagogische, culturele en spirituele aspecten worden bepaald door individuele behoeften en mogelijkheden van het kind en het gezin. De kinderverpleegkundige zorgt voor een goede afstemming van deze zorg- en hulpbehoeften. Ze overlegt met betrokkenen en draagt bij aan 'advance care planning' (ACP). Ze verwerkt dit in een individueel zorgplan kinderpalliatieve zorg. Hierbij worden de medische richtlijnen 'Palliatieve zorg voor kinderen' gebruikt (NVK, 2013) en wordt er indien mogelijk samengewerkt met het Kinder Comfort Team van het ziekenhuis en/of het Netwerk Integrale Kindzorg (NIK).

2.4.7 Begrip 7 – Kinderverpleegkundige zorg terminale fase

In de terminale fase staat comfort en kwaliteit van leven en het sterven centraal. De individuele behoefte en mogelijkheden van kind en gezin zijn leidend. De inzet van een kinderverpleegkundige tijdens deze fase kan gewenst of vereist zijn. Dit is ter beoordeling van de kinderverpleegkundige, in samenspraak met kind en ouders. Waarbij zij rekening houdt met wat kind en ouders in deze laatste levensfase nog zelf kunnen en willen doen. De kinderverpleegkundige stemt dit af met het Kinder Comfort Team en/of behandelend kinderarts. Ze verwerkt dit in een individueel zorgplan kinderpalliatieve zorg. Het kan voor ouders erg waardevol zijn om in deze fase nog

zoveel mogelijk alleen te zijn met hun kind en gezin. De kinderverpleegkundige signaleert, bespreekt en respecteert dit.

2.4.8 Begrip 8 – Nazorg

Nazorg is het stilstaan bij het verloop van de terminale fase van het overleden kind en hoe de begeleiding van professionals is ervaren door de nabestaanden. Nazorg is wenselijk en nuttig om gezondheidsproblemen te voorkomen. Het gaat hierbij om een paar gesprekken. Indien er meer rouwbegeleiding gewenst (of nodig) is, verwijst de kinderverpleegkundige door naar professionele rouwbegeleiding.

2.4.9 Begrip 9 – Transitiezorg

Wanneer een jongere de leeftijd van 18 jaar bereikt veranderen er rondom de zorg een aantal belangrijke dingen. De grote verandering is dat de medische zorg en behandeling van een kinderarts en de verpleegkundige zorg van de kinderverpleegkundige overgaat naar de *'volwassenzorg'*.

Het is belangrijk om de overgang van *'kindzorg'* naar *'volwassenzorg'* goed op elkaar aan te laten sluiten. Dat maakt dat het belangrijk en zeer wenselijk is de jongere en het gezin hier tijdig op voor te bereiden, zodat de transitie zo min mogelijk negatieve impact heeft.

Minstens net zo belangrijk is dat er tijdig een zorgorganisatie in wordt geschakeld die past bij de jongere en diens gezin. Zeker bij een chronische aandoening. Afhankelijk van de mate van complexiteit van de zorgvragen en de wens van de jongere en ouders, kan dit al starten in het jaar voor dat de jongere 18 wordt.

Samen met de jongere en zijn ouders, de kinderverpleegkundige en de verpleegkundige van de toekomstige zorgorganisatie kan worden afgesproken op welke wijze de transitie plaats zal gaan vinden en wat er nodig is om deze overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen.

2.5 Fase 5 – Plannen en uitvoeren van interventies

In deze fase worden de interventies uitgevoerd zoals is vastgelegd in het zorgplan. De betrokken professionals leggen vast, conform de richtlijn verslaglegging V&VN (2011)[6], de voortgang van de zorg, vroegsignalering, afwijkingen en bijzonderheden. Hiermee toont de professional de rechtmatigheid van de ingezette zorg aan.

[6] Een herziene richtlijn verslaglegging is in ontwikkeling, publicatie wordt begin 2021 verwacht.

Bij de leveringsvorm persoonsgebonden budget (zie bijlage 1) is fase 5 de verantwoordelijkheid van de budgethouder. Bij een combinatie persoonsgebonden budget en zorg in natura is dit een gedeelde verantwoordelijkheid en is er overleg met de andere betrokken zorgverleners.

2.5.1 Begrip 1 – Zorgplan

Een zorgplan is een schriftelijke weergave van problemen (diagnoses), doelen en interventies. Deze zijn tot stand gekomen op basis van informatie van professionals uit de vier kinderleefdomeinen, de beschikbare overdracht en het inventarisatiegesprek met kind en ouders (MKS, zj-j).

In het zorgplan is vastgelegd wie, wanneer, wat doet en wat de termijn van het doel (SMART) en tijdsduur van de interventies is. De termijn houdt in wanneer het doel bereikt dient te zijn. De tijdsduur omvat hoeveel tijd het uitvoeren van de interventie kost.

2.5.2 Begrip 2 – Integraal zorgplan

Een integraal zorgplan wordt gebruikt bij zorg vanuit meerdere of alle kinderleefdomeinen (MKS). Dit integrale zorgplan bevat alle doelen en interventies, zodat inzichtelijk is voor kind, ouders en betrokken formele en informele zorgverleners waar gezamenlijk naartoe wordt gewerkt. Afstemming met alle betrokkenen om te komen tot een integraal zorgplan is gebruikelijk en gewenst.

2.5.5 Begrip 5– Oproepbare zorg

Oproepbare zorg kan worden ingezet bij calamiteiten die niet direct levensbedreigend zijn. De kinderverpleegkundige maakt tijdens de inventarisatie een inschatting van de benodigde oproepbare zorg en neemt dit op als interventie voor de indicatie en verwerkt dit in het zorgplan. Kinderen waarbij kinderverpleegkundige zorg nodig is hebben altijd het recht om 24/7 een beroep te doen op een kinderverpleegkundige die hen kan voorzien van advies en (praktische) ondersteuning.
Kind en ouders mogen van de kinderverpleegkundige bij oproepbare zorg verwachten, dat zij:

- 24 uur per dag telefonisch bereikbaar is;
- 24 uur per dag beschikbaar op afroep is;
- na een oproep binnen een redelijke termijn ter plaatse is;
- de nodige zorg biedt.

De kinderverpleegkundige stemt af met ouders wat een redelijke termijn is. Hierbij wordt rekening gehouden met de urgentie/spoed waarmee de handeling moet worden uitgevoerd en welke mogelijke risico's van toepassing zijn. Omdat het werkgebied van kinderverpleegkundige teams geografisch gezien groot kan zijn, kan de kinderverpleegkundige gemiddeld een langere aanrijdtijd hebben. Bij de oproep maakt

de kinderverpleegkundige met ouders een risicoanalyse of de aanrijdtijd aanvaardbaar is of dat er samen met ouders een andere oplossing voor dat moment wordt gekozen.

2.6 Fase 6 – Monitoren en evalueren van zorg

Deze fase is het continue volgen van de resultaten van de interventies in relatie tot de gewenste zorgdoelen. Op basis hiervan besluit de kinderverpleegkundige samen met kind, ouders en behandelaar tot doorgaan, bijstellen of beëindigen van de zorg. De cyclus van het verpleegkundig proces start opnieuw.

De kinderverpleegkundige:
- monitort de zorgverlening en of de zorgdoelen behaald worden, onder andere door
    - observatie;
    - overdracht;
    - aangeven van collega's van het team;
    - afstemming met behandelaar (kinderarts, medisch/verpleegkundig specialist;
    - MDO;
    - de voortgangsrapportage.
- indien nodig plant zij een kindbespreking (MDO) in;
- evalueert met kind en ouders per zorgdoel of het gewenste resultaat behaald is en maakt hierbij gebruik van bevindingen van alle betrokkenen;
- evalueert als de situatie van het kind verandert;
- evalueert indien kind en ouders er om vragen;
- overlegt indien nodig met de behandelaar (kinderarts, medisch/verpleegkundig specialist;
- past het zorgplan aan of laat het zorgplan aanpassen als de evaluatie daarom vraagt;
- doet een herindicatie als de evaluatie daarom vraagt of als de herindicatie op korte termijn vervalt.

De kinderverpleegkundige legt de resultaten van de evaluatie schriftelijk vast in het EPD/ECD/zorgdossier, waarbij zij;
- aan geeft welke meetinstrumenten hier eventueel bij gebruikt zijn (EBP);
- vast legt of contact met andere zorgprofessionals/disciplines/domeinen nodig is;
- het zorgplan, indien nodig, gewijzigd heeft en/of een herindicatie is gedaan.

(V&VN, 2020b)

Als een zorgdoel is behaald, stoppen de interventies die hier voor zijn afgesproken. De Zvw-zorg in de eigen leefomgeving stopt als geen medische en/of kinderverpleegkundige zorg meer nodig is.

De inzet van kinderverpleegkundigen stopt als zowel kind en ouders zelfredzaam zijn én er geen hulpbehoefte meer is of als zorg overgaat naar professionals van een ander domein (zie MKS-beslisboom).

Uiteraard is het altijd mogelijk om bij wijzigingen of veranderingen in de situatie, waardoor er mogelijk nieuwe zorgvragen of hulpbehoeften zijn ontstaan, de kinderverpleegkundige te vragen voor een nieuw inventarisatiegesprek.

Bijlage 1 Verzekerde zorg

Deze bijlage gaat in op veel gebruikte begrippen bij verzekerde zorg in de Zvw. De begrippen maken onderdeel uit van de basiskennis die verpleegkundigen dienen te hebben bij '*het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*' voor de Zvw. Klik hier voor meer informatie.

Begrip 1 – De verzekerde

Iedereen die in Nederland woont of werkt dient een zorgverzekering (basispakket) af te sluiten bij een zorgverzekeraar. Het basispakket voor de zorgverzekering is voor iedereen gelijk en wordt vastgesteld door de Rijksoverheid. Het omvat medische zorg en is verankerd in artikel 11 van de Zvw (Zorginstituut Nederland, zj).

De verzekerde is de persoon die zich bij de zorgverzekeraar heeft verzekerd voor het basispakket en/of aanvullende zorgverzekering[7]. Een kind is een verzekerde en heeft een eigen polis. Een kind behoort binnen de eerste vier levensmaanden ingeschreven te zijn. In de regel zijn kinderen tot hun 18e levensjaar verzekerd bij de zorgverzekeraar van (een van) de ouders (Zorginstituut Nederland, zj).

Tot de leeftijd van 18 jaar betaalt het kind geen verzekeringspremie voor het basispakket. Het wettelijk verplicht eigen risico is eveneens niet van toepassing voor het kind. Bij een aanvullende zorgverzekering bieden de meeste zorgverzekeraars de mogelijkheid dat het kind kosteloos '*meelift*', indien (een van) de ouders een aanvullende zorgverzekering hebben afgesloten.

Begrip 2 – De zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars bieden het basispakket en aanvullende zorgverzekeringen aan. Zij dienen iedereen toe te laten die een basispakket wil afsluiten. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke taak in het Nederlandse zorgstelsel vanwege de zorgplicht voor het basispakket voor hun verzekerden. Zorgplicht houdt in dat iedere verzekerde op tijd en op redelijke afstand de zorg krijgt die nodig is. Dit betekent dat zij voldoende kwalitatief goede en toegankelijke zorg dienen in te kopen bij zorgaanbieders/zorgverleners. De zorgplicht in de Zvw is grotendeels een open norm waarbij zorgverzekeraars zelf de verantwoordelijkheid hebben om hieraan invulling te geven, bijvoorbeeld over prijs, volume en kwaliteit. Zij vertalen de 'zorgplicht' naar de polissen die zij aanbieden aan verzekerden (NZa, 2017).

Begrip 3 – Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden

Verpleging en verzorging aan kinderen is '*zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden*'. Het gaat om zorg aan kinderen in de eigen leefomgeving die de kalenderleeftijd van 18 jaar nog niet bereikt hebben. De zorg wordt geleverd met het oog op herstel van gezondheid, of

[7] Een overzicht van aanvullende zorgverzekeringen en bijbehorende premies en acceptatievoorwaarden zijn op de websites van zorgverzekeraars te vinden.

voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere preventie en verlichting van lijden en ongemak, als wel op 'gecontroleerde achteruitgang' bij palliatieve en terminale zorg. *'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'* betekent dat alle zorg die de verpleegkundige tot haar deskundigheid rekent (zoals omschreven door de beroepsgroep) uit het basispakket vergoed kan worden (Zorginstituut Nederland, 2019).

Begrip 4 – Geneeskundige context

Het begrip *'geneeskundige context'* is de vertaling van 'een *behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop*' (artikel 2.10 Bzv, zie voetnoot p. 10). Als de passende interventie in een geneeskundige context plaatsvindt, dan valt deze onder de Zvw. Het bepalen van een geneeskundige context is van belang bij de afbakening tussen Zvw, Jeugdwet, Wmo en Wlz, bijvoorbeeld vanwege het leveren van verzorging. Verzorging valt onder de Zvw als deze samenhangt met '*een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop*'. Ontbreekt deze dan kan de verzorging onder de Jeugdwet of Wmo vallen (Zorginstituut Nederland, 2019).

Geneeskundige context wil ook zeggen dat de aard van de handeling niet volstaat om te bepalen of deze zorg al of niet onder de Zvw valt. Het gaat om de handeling binnen de context van de gesteldheid van de verzekerde, de risico's die de handeling met zich mee kan brengen voor diens gezondheid en de mogelijkheden om via de handeling de gezondheid van de verzekerde te volgen. Het is aan de kinderverpleegkundige om deze context te beschrijven bij de indicatie en hiermee te onderbouwen waarom de zorg onder de Zvw kan vallen (Zorginstituut Nederland, 2019).

Begrip 5 – Indicatiestelling

Een indicatiestelling is *'bepalen wat de verzekerde nodig heeft aan zorg gegeven zijn situatie'*. Een indicatie maakt duidelijk wat de zorgbehoefte is. Een indicatie voor '*verpleging en verzorging in de eigen omgeving'* voor de Zvw is altijd maatwerk, afgestemd met kind en ouders, op basis van diens zorgvragen én diens context. Essentieel is dat een indicatie niet een inventarisatie is van één moment, maar dat het een continue cyclisch proces is (V&VN, 2019).

De onafhankelijkheid van een indicatie wordt ontleend aan het beroep (autonome beroepsprofessional) en de beroepsnormen. Dit houdt in een inhoudelijke (professionele) onafhankelijkheid, waarbij de kinderverpleegkundige zich niet laat leiden door verwachtingen van kind en ouders, werkgever, zorgorganisatie en/of zorgverzekeraar. Onbevooroordeeld komt voort uit de beroepsethiek en is beschreven in de beroepscode. Een onderbouwde indicatie omvat minimaal de fasen 1 t/m 4 van het verpleegkundig proces (V&VN, 2019).

Begrip 6 – Rechtmatigheid

De term rechtmatig wordt in het Van Dale Woordenboek omschreven als '*overeenkomstig de wet*'. Een zorgverzekeraar is wettelijk verplicht te controleren of de zorg rechtmatig is verleend. Om vast te stellen of zorg rechtmatig is voeren zorgverzekeraars formele controles uit. Dit gebeurt op basis van de Zvw, maar ook vanuit de regelgeving van onder andere de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (Zorginstituut Nederland, 2019; NZa, 2017).

Begrip 7 – Doelmatigheid

De zorgverzekeraar beoordeelt doelmatigheid volgens de eigen werkwijzer.
De kinderverpleegkundige beoordeelt doelmatigheid vanuit meerdere perspectieven, namelijk:

- kind en ouders;
- rekening houdend met de leefomgeving van het kind;
- de beroepsnormen en kwaliteitsstandaarden van de kinderverpleegkunde;
- dat de zorg efficiënt en effectief moet zijn.

De kinderverpleegkundigen maakt onderscheid tussen zorginhoudelijke als organisatorische doelmatigheid. Zorginhoudelijk: is het passende zorg, dragen de (EBP) interventies bij aan de beoogde zorgdoelen, is er sprake van kwaliteit van zorg, is het zinnige zorg (denk aan beter-laten-lijst)? Organisatorisch: worden de juiste mensen, middelen en materialen ingezet? Is het de *'juiste zorg op de juiste plek'* (JZOJP)?

Begrip 8 – Leveringsvorm

De indicatie voor *'verpleging in de wijk'* uit de Zvw is leidend voor welke zorg de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Voor de kinderverpleegkundige staat het in kaart brengen van de zorgvragen en hulpbehoeften van kind en ouders centraal. Op basis hiervan beoordeelt de kinderverpleegkundige of het Zvw-zorg is en verwijst door indien dit niet het geval is. Pas daarna komt de vraag aan bod welke leveringsvorm de zorgvragen en hulpbehoeften het beste gefinancierd kunnen worden: zorg in natura (zin) en/of persoonsgebonden budget (pgb). De kinderverpleegkundige adviseert. De verzekerde geeft aan welke leveringsvorm hij wenst. De zorgverzekeraar toetst of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden voor de gewenste leveringsvorm.

Begrip 9 – Second opinion en herbeoordeling

Het kan voorkomen dat kind en ouders het niet eens zijn met de indicatie. In de polisvoorwaarden van de verzekerde staan de voorwaarden om een 'second opinion' aan te vragen bij een andere kinderverpleegkundige. Een second opinion is altijd op verzoek van de verzekerde.

Het kan ook voorkomen dat een zorgverzekeraar het niet eens is met de gestelde indicatie. De zorgverzekeraar kan alleen vanuit rechtmatigheid en doelmatigheid hier een uitspraak over doen. Een juist en goed onderbouwde indicatie van de verpleegkundige is daarom van groot belang (zie handreiking verpleegkundig proces). Een herbeoordeling is altijd op verzoek van de zorgverzekeraar en alleen van toepassing bij het machtigingenbeleid. Hier zijn toetsingscriteria voor opgesteld.

Literatuur- en bronnenlijst

zj = zonder jaartal

Bakker, M. & van Heycop ten Ham, C. (2014). *Klinisch redeneren in zes stappen*. Utrecht: Boom Lemma Uitgevers, 2e druk

Bartelink, C. & Verheijden, E., 2015. *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen.* Geraadpleegd op 18-5-2020 https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Sociaalnetwerkversterken.pdf

Binkz, zj. *Verpleegkundig kinderzorghuizen.* Geraadpleegd op 28-7-2020 https://www.binkz.nl/secties/verpleegkundig-kinderzorghuizen

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), 2019. *Specialistische verpleging en zorg voor kinderen thuis.* Geraadpleegd op 11-5-2020 https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2019/06/20/specialistische-verpleging-en-zorg-voor-kinderen-thuis

Kind en Ziekenhuis, zj. *Handvest Kind & Zorg*. Geraadpleegd op 11-5-2020 https://kindenziekenhuis.nl/handvest-kind-zorg/

Kinderrechtencollectief, zj. Geraadpleegd op 11-5-2020 www.kinderrechten.nl

Lambregts, J. & Grotendorst, A. (redactie), 2012. *Leren van de toekomst: Verpleegkundigen & verzorgenden 2020*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Medische Kindzorg Systeem, zj-a. *De rol van de coördinator in de kindzorg.* Geraadpleegd op 11-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58002609/de-rol-van-de-coordinatie-in-de-kindzorg-2016pdf

Medische Kindzorg Systeem, zj-b *Handvest Kind & zorg*. Geraadpleegd op 11-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58001143/KIND_MKS_HAND_Leaflet_181116.pdf

Medische kindzorg Systeem, zj-c. *Rapport Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg.* Geraadpleegd op 11-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58002489/ernstig-zieke-kinderen-hebben-recht-op-gezonde-zorg-definitief.pdf

Medische Kindzorg Systeem, zj-*d Rapport Patiënt Journeys*. Geraadpleegd op 11-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58002601/Rapport%20Patient%20Journeys.pdf

Medische Kindzorg Systeem, zj-e. *Rapport Samen op weg naar gezonde zorg.* Geraadpleegd op 11-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/57999961/Rapport%20Samen%20op%20weg%20naar%20gezonde%20zorg-2015.pdf

Medische Kindzorg Systeem, zj-f. *Routemap naar integrale kindzorg 2018.* Geraadpleegd op 11-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/57999973/routemap-naar-integrale-kindzorg-2018pdf

Medische Kindzorg Systeem, zj-g. *Routeplan plan van aanpak 2020.* Geraadpleegd op 11-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58002599/MKS%20implementatieplan_PvA_2019-11-01.pdf

Medische Kindzorg Systeem, zj-h. *Verwijsboom.* Geraadpleegd op 18-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/cms/view/58000851/verwijsboom

Medische Kindzorg Systeem, zj-i. *Vooruitblik meerjarenagenda kindzorg dichtbij.* Geraadpleegd op 11-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58002602/Vooruitblik%20meerjarenagenda%20kindzorg%20dichtbij.pdf

Medische Kindzorg systeem, zj-j. *Zorgplan.* Geraadpleegd op 18-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/cms/view/58000853/zorgplan

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2013. *Richtlijn Palliatieve zorg voor kinderen*. Geraadpleegd op 24-4-2020 https://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnen-overzicht/Details/articleType/ArticleView/articleId/894/Palliatieve-zorg-voor-kinderen

Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2012. *Richtlijn Voedingsgedrag*. https://www.nvk.nl/Portals/0/richtlijnen/voedingsgedrag/voedingsgedragd.pdf

Nederlandse Zorgautoriteit, 2017. *Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw.* Geraadpleegd op 18-5-2020 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit, 2020. *Beleidsregel Verpleging en Verzorging BR/REG-20109.* Geraadpleegd op 8-6-2020 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_267033_22/1/

Patiëntenfederatie Nederland, 2009. *Kinderen, hun ouders en patiëntenrechten*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 11-5-2020 https://www.patientenfederatie.nl/Documenten/producten/informatiekaart/kinderen_hun_ouders_en_patintenrechten_54-9.pdf

Rijksoverheid, 2019. *Factsheets - Zorg voor zieke kinderen met een intensieve zorgvraag binnen de Zvw* (ministerie van VWS). Geraadpleegd op 18-5-2020 https://www.informatielangdurigezorg.nl/documenten/publicaties/2020/01/10/factsheets-kinderen-met-intensieve-zorgvraag

Rijksoverheid, zj-a. *Passend onderwijs en zorgplicht*. Geraadpleegd op 14-5-2020 https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/zorgplicht-en-samenwerken-scholen-passend-onderwijsverantwoordelijkheid-van-de-scholen

Rijksoverheid, zj-b. *Voorbehouden medische handelingen.* Geraadpleegd 14-5-2020 https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/vraag-en-antwoord/voorbehouden-medische-handelingen

Rijksoverheid, 2018. *Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2019-2022.* Den Haag: eigen beheer. Verkregen 24-4-2020 https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/12/bestuurlijke-afspraken-zvw-pgb-2019-tot-2022

Rijksoverheid, 2005. *Besluit zorgverzekering*. Geraadpleegd op 24-4-2020 https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2020-01-01

Straalen, L. van & Schuurmans M.J. (redactie), 2016. *Klinisch redeneren voor verpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

V&VN, 2011. *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging.* Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 3-6-2020 https://www.venvn.nl/media/qoqg3ncd/richtlijn-verpleegkundige-en-verzorgende-verslaglegging.pdf

V&VN, 2014. *Normenkader, voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.* Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 24-4-2020 https://www.venvn.nl/media/a4jhj5yt/normenkader-v-vn.pdf

V&VN, 2016. *Expertisegebied Kinderverpleegkundige*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 3-6-2020 https://www.venvn.nl/media/e4bojlrl/expertisegebied-kinderverpleegkundige.pdf

V&VN, 2018. *Kwaliteitsstandaard Kindzorgthuis.* Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 11-5-2020 https://www.venvn.nl/media/a55lkoc0/kwaliteitsstandaard_kindzorgthuis.pdf

V&VN, 2019. *Begrippenkader Indicatieproces*. Utrecht: eigen beheer .Geraadpleegd op 24-4-2020 https://www.venvn.nl/media/lwdls4jg/begrippenkader-indicatieproces-def.pdf

V&VN, 2020a. *Handreiking Normenkader*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 11-5-2020 https://www.venvn.nl/media/l0icj20k/handreiking-normenkader-jan2020-def.pdf

V&VN, 2020b. *Handreiking Verpleegkundig Proces*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 11-5-2020 https://www.venvn.nl/media/x3enwye5/handreiking-verpleegkundig-proces-jan-2020-def.pdf

V&VN, zj. *Wat is complementaire zorg?* Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd 8-6-2020 https://www.venvn.nl/media/gvtnprzf/wat-is-complementaire-zorg.pdf

Vilans, 2016a. *Grenzen verkennen informele zorg thuis.* Utrecht, eigen beheer. Geraadpleegd op 14-5-2020 https://www.vilans.nl/producten/grenzen-verkennen-informele-formele-zorg

Vilans, 2016b. *Kwaliteitstandaard zorg aan het zieke kind.* Utrecht, eigen beheer. Geraadpleegd op 24-4-2020 https://www.vilans.nl/artikelen/kwaliteitsstandaard-zorg-aan-het-zieke-kind

Vilans 2019. *Handreiking Zelfredzaamheid voor wijkverpleegkundigen.* Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 19-10-2020 https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/handreiking-zelfredzaamheid.pdf

Vilans, zj. *Zorg organiseren voor het kind met chronische aandoening.* Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 24-4-2020 https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/zorg-organiseren-voor-kind-met-chronische-aandoening.pdf

Zorginstituut Nederland, 2019. *Verpleegkundige indicatiestelling een nadere duiding.* Diemen: eigen beheer. Geraadpleegd op 24-4-2020 https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wijkverpleging-zvw/documenten/standpunten/2019/03/28/verpleegkundige-indicatiestelling-een-nadere-duiding

Zorginstituut Nederland, 2020. *Verduidelijking Zorginstituut van begrippen bij verpleegkundige indicatiestelling kindzorg Zvw.* Diemen: eigen beheer. Geraadpleegd op 29-10-2020 https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2020/10/29/verduidelijking-zorginstituut-van-begrippen-bij-verpleegkundige-indicatiestelling-kindzorg-zvw

Zorginstituut Nederland, zj. *Hoe werkt de zorgverzekeringswet?* Diemen: eigen beheer. Geraadpleegd op 24-4-2020 https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet

Zorgvoorbeter, 2019. *Herziene handleiding voorbehouden handelingen in (wijk)verpleging en verzorging.* Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd 9-6-2020 https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/herziene-handleiding-voorbehouden-handelingen

Zorgvoorbeter, zj. *Zelfredzaamheid.* Utrecht: eigen beheer. Verkregen 24-4-2020 https://www.zorgvoorbeter.nl/zelfredzaamheid