

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. Dit is een herziene versie van 2020.

Utrecht, april, 2023

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 [V&VN](#), [V&VN Vrouw & Kind](#) en [Kinderverpleegkunde.nl](#)

Voor vragen of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met info@venvn.nl of info@kinderverpleegkunde.nl

Bij de totstandkoming van de HIK is V&VN Kinderverpleegkunde nauw betrokken geweest. V&VN Kinderverpleegkunde en V&VN VOG zijn in januari 2023 samengegaan in V&VN Vrouw & Kind.

© V&VN-afdeling Vrouw & Kind & Kinderverpleegkunde.nl, 2023

Voorwoord

Alle kinderen hebben recht op de juiste zorg. Medische Kindzorg Samenwerking (MKS) maakt integrale kindzorg mogelijk, door het kind centraal te stellen en het gezin de regie te geven. MKS is dé werkwijze voor het inventariseren, indiceren, organiseren en uitvoeren van alle zorg aan kinderen in de eigen leefomgeving. Deze werkwijze leidt tot integrale zorg en de juiste zorg op de juiste plek.

Kinderverpleegkundigen zijn met elkaar een verbetertraject aangegaan om toe te werken naar eenduidigheid bij de inventarisatie, indicatie en organisatie van kinderverpleegkundige zorg in de eigen leefomgeving voor de Zorgverzekeringswet. Onderdeel van dit traject, waarin MKS de rode draad is, zijn:

- Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK);
- Toolbox HIK;
- Training HIK: “Inventariseren, indiceren en organiseren van de zorg in de eigen leefomgeving voor kinderen van 0-18 jaar voor de Zorgverzekeringswet”;
- Expertgroep Indicatieproces Kindzorg;
- Intervisie Indicatieproces Kindzorg;
- Training HIK in vogelvlucht, voor zorgverzekeraars en samenwerkingspartners.

De Handreiking Indicatieproces Kindzorg is gepubliceerd in november 2020 en heeft als doel meer eenduidigheid te bereiken bij het inventariseren, indiceren en organiseren van kinderverpleegkundige zorg in de eigen leefomgeving. Deze handreiking is een beroepsnorm en een hulpmiddel voor en door kinderverpleegkundigen. De handreiking biedt inzicht in het verpleegkundig proces en beoogt bij het indiceren veel gebruikte begrippen te verhelderen.

De handreiking richt zich op *alle* kinderen die kinderverpleegkundige zorg nodig hebben en beschrijft hoe kinderverpleegkundigen willen indiceren. Kind en gezin staan centraal. Niet de benodigde zorg of handelingen bepalen de complexiteit van de situatie, dat doet de context van het kind en zijn of haar gezin.

Kinderverpleegkundigen staan voor maatwerk, de juiste zorg op de juiste plek, de best passende zorg voor ieder ziek kind. Het op weg helpen van het zieke kind en zijn of haar gezin naar een situatie waarin er sprake is van balans tussen draaglast en draagkracht en eigen regie. Het inventariseren, interpreteren en onderbouwen van de zorgvraag en hulpbehoefte van kind en gezin en het organiseren van de zorg voor

het zieke kind, binnen de context van het gezin, vragen om zorgvuldigheid en boven alles deskundigheid.

In de periode september 2022 tot en met december 2022 hebben indicierend kinderverpleegkundigen met elkaar de Handreiking Indicatieproces Kindzorg en de Toolbox HIK zorgvuldig geëvalueerd. Hiervoor zijn een enquête en meerdere focusgroep bijeenkomsten ingezet. Hiermee is de Handreiking Indicatieproces Kindzorg verder aangescherpt en verbeterd. Voor u ligt dan ook de tweede versie van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg.

Onze dank gaat uit naar aan alle kinderverpleegkundigen die meegewerkt hebben aan de evaluatie, de aanscherping en verbetering van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg.

Namens V&VN Vrouw & Kind en Kinderverpleegkunde.nl
Mariska Maat en Brenda Grandiek

Inhoudsopgave

Inleiding	6
Leeswijzer	11
1 Rollen en begrippen indicatieproces	12
1.1 <i>Kinderverpleegkundige</i>	12
1.2 <i>Kinderarts, medisch en/of verpleegkundig specialist</i>	14
1.3 <i>Begrippen</i>	15
2 Het verpleegkundig proces	23
2.1 <i>Fase 1 – Vraagverheldering (gegevensverzameling: anamnese)</i>	26
2.2 <i>Fase 2 – Diagnosestelling/probleemstelling</i>	28
2.3 <i>Fase 3 – Plannen van resultaten (zorgdoelen)</i>	28
2.4 <i>Fase 4 – Vaststellen en organiseren van (EBP) interventies</i>	29
2.5 <i>Fase 5 – Plannen en uitvoeren van interventies</i>	36
2.6 <i>Fase 6 – Monitoren en evalueren van zorg</i>	37
Bijlage 1 Verzekerde zorg	39
Literatuur- en bronnenlijst	43

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 leefomgeving¹ 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 waarbinnen kinderverpleegkundigen maatwerk leveren om te komen tot een onderbouwde indicatiestelling voor passende Zvw-zorg in de eigen leefomgeving. De HIK beschrijft de gewenste situatie zoals kinderverpleegkundigen hun vak zien en willen uitoefenen. Omdat de HIK alleen niet voldoende is voor de professionalisering van de kinderverpleegkundigen, is er sinds 2021 een toolbox en

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

een trainingsprogramma voor kinderverpleegkundigen. Deze zijn niet los te zien van de HIK.

Het Zorginstituut Nederland heeft een [verduidelijking](#) gepubliceerd van bepaalde begrippen die van groot belang zijn voor 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 moet worden gekoppeld aan 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 taak 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 > waarden gedreven 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 leidinggeven 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 & Zorg² 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, zij);

- 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 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 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 te worden bijgestaan in het opgroeien 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. De kinderverpleegkundige bespreekt samen met kind en ouders wat mogelijk en nodig is aan zorg uit een of meer kinderleefdomeinen. De kinderverpleegkundige spreekt trouwens liever van 'ondersteuningsbehoeften' dan van 'hulpbehoeften'. Echter in veel documenten is deze laatste term nog gangbaar. Vandaar dat deze term gebruikt is in de HIK.

Kinderen zijn anders in hun zorgvragen en hulpbehoeften dan volwassenen. De verschillen uit 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 het beste.

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'*. De indicatiestelling en zorginzet bij een kind vergen dan ook specifieke kennis en expertise.

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 de zorgvragen en hulpbehoeften indiceert voor de Zvw, wordt bedoeld de HBO-opgeleide verpleegkundige met kinderaantekening, zoals afgesproken in de tweede norm van het Normenkader (V&VN,2014). Elke verpleegkundige die na 30-11-2022 de CZO erkende opleiding tot kinderverpleegkundige met een getuigschrift (diploma) heeft afgerond voldoet aan de tweede norm.

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 Zorgverzekeringswet⁴, 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, waardoor ze kennis en expertise heeft 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 over interventies voor de indicatie. Zij benoemt de verschillende leveringsvormen, waaruit gekozen kan worden (zie bijlage 1). En bespreekt welke gevolgen de 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 over de indicatie en het zorgplan. Indien mogelijk en desgewenst 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. De kinderverpleegkundige en de ouders bewaken samen de balans tussen de draaglast en de draagkracht bij zowel kind als ouders.

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.

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 Samenwerking). 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 verwacht wordt van kind en ouders. Ze bespreekt met kind en ouders welke andere zorgverleners aanvullende zorg en hulp zouden kunnen verlenen. Zij adviseert en verwijst indien gewenst door naar zorgprofessionals binnen de andere kinderleefdomeinen.

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 in gang zet. 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).

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 preventieve, coördinerende, signalerende en begeleidende rol tussen alle vier de kinderleefdomeinen is belangrijk (Zorginstituut Nederland, 2019).

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.

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.

De kinderverpleegkundige blijft in beeld bij een kind met een chronische aandoening of lichamelijke beperking om te monitoren en evalueren (*'vinger aan de pols houden'*). Vanzelfsprekend 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 zaken die buiten het domein van de Zvw vallen: een huis, een bed, eten en drinken, warme kleding, veiligheid, zorg voor opvoeding, ontwikkeling en algemene begeleiding van ouders voor hun kind etc. Ouders hebben de verplichting om voor hun kind te zorgen (het bieden van ouderlijke zorg). Ouderlijke zorg omvat ook zaken die binnen het domein Zvw kunnen vallen: persoonlijke verzorging, helpen bij het eten, een voorbehouden of een risicovolle handeling verrichten, technische verpleegkundige handelingen uitvoeren zoals wondverzorging en (kinderverpleegkundig) toezicht houden om waar het nodig is in te kunnen grijpen.

Wanneer ouderlijke zorg wordt meegenomen in een indicatiestelling bespreekt de kinderverpleegkundige welk aandeel ouders zelf in hun rol als ouder kunnen vervullen. Dit aandeel in de zorg wordt niet vergoed onder de Zvw. Wanneer dit is vastgesteld, bepaalt de kinderverpleegkundige op welke zorg het kind 'redelijkerwijs is aangewezen' onder de Zvw.

Niet de aard van de zorg (de handeling) bepaalt of deze geïndiceerd gaat worden voor (vergoeding onder) de Zvw, maar de context waarbinnen de zorg nodig is. De kinderverpleegkundige stelt samen met het kind en de ouders vast in welke mate de ouder kan bijdragen aan de zorg voor het kind. Deze wordt vastgesteld op basis van de ziekte of de zorgvraag van het kind, de context van het gezin, de draagkracht-draaglastverhouding en de vaardigheden (kennis en kunde) en beschikbaarheid van de ouders.

Wanneer ouders vaardig en bekwaam zijn in het uitvoeren van de handeling die het kind nodig heeft, kan dit meegenomen worden in het dagelijkse ritme van het gezin. Dit betekent niet automatisch dat ouders altijd beschikbaar moeten zijn voor de zorg van hun kind. Ouders moeten de mogelijkheid hebben om sociaal en maatschappelijk te kunnen participeren (werk, ontspanning etc.). Belangrijk is dat er een balans is tussen draagkracht en draaglast van de ouders, zodat zij de zorg op de lange termijn vol kunnen houden. (Zorginstituut Nederland 2020)

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 van het kind en het gezin, met inachtneming van de draagkracht en draaglast van kind en ouders.

1.3.6 Begrip 6 – Zelfredzaamheid, zelfstandigheid en eigen regie

- Zelfredzaamheid is het vermogen van iemand om zichzelf 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 is mogelijk van invloed op de zelfredzaamheid, zelfstandigheid en eigen regie. In dat geval zal de kinderverpleegkundige, samen met kind en ouders, passende interventies inzetten. Hierbij moet ook aandacht zijn 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 noodzakelijke zorginzet. De inzet is bedoeld om oplossingen te bieden voor de lange termijn, aansluitend bij de eigen leefwereld, kennis, inzichten en mogelijkheden van kind en ouders.

In duidelijke stappen legt de kinderverpleegkundige vast welke zorg en ondersteuning er nodig zijn om de draaglast en draagkracht van ouders (duurzaam) in balans te houden. Dit alles schrijft de kinderverpleegkundige in het zorgplan. 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 kindersorghuis.

Zelfredzaamheid en inzet kinderverpleegkundige zorg

De zorgvraag van het kind wordt beschreven in het zorgplan, de indicatie wordt gebaseerd op de hulpbehoefte van het gezin. De indicatie voor ieder is gezin is maatwerk en beweegt mee met de zorgvraag van het kind en de hulpbehoefte van het gezin.

Er wordt toegewerkt naar een zo optimaal mogelijke situatie van de zelfredzaamheid voor het kind. De interventies richten zich 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.

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.

2. Bij een langdurige zorgvraag

Het gaat hier om kinderen waarbij kinderverpleegkundige zorg langdurig 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 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 willen uitvoeren. Als het kind hiertoe (nog) niet in staat is, wordt er gewerkt aan zelfredzaamheid van de ouders totdat het kind de ontwikkelingsleeftijd heeft bereikt, waarin het zelf de nodige vaardigheden kan ontwikkelen. Hierbij is aandacht voor de draaglast en draagkracht van kind en ouders. Maar ook of ouders hiertoe in staat zijn. Ook wordt rekening gehouden met de impact van de ziekte van het kind op het ouderschap en het gezinsleven.

Regelmatig evalueren is noodzakelijk, zodat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft.

Vanaf het vijfde levensjaar is het kind leerplichtig. Ouders en kinderverpleegkundige overleggen met school 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 zelf te kunnen aangeven dat zich een dreigende gezondheidssituatie kan gaan voordoen. Ook is hij (nog) niet in staat handelingen te verrichten die een dergelijke situatie 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.

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.

(Kinderverpleegkundig) Toezicht of 'zorg in nabijheid' blijft levenslang nodig (zie ook begrip kinderverpleegkundig toezicht en zorg in nabijheid, § 2.2.4). Bij deze kinderen speelt vaak multiproblematiek. Deze kinderen zijn blijvend afhankelijk van zorg van anderen. De kwaliteit en zingeving van leven hangen nauw samen met de kwaliteit van de zorg en hulp die hen geboden wordt.

Het inventariseren van de zorgvragen en hulpbehoeften is het begin van een lang traject. De ouders worden desgewenst ondersteund door de kinderverpleegkundige in de rol van zorgcoach. De kinderverpleegkundige helpt in dat geval bij de regie en coördinatie van de zorgverlening en het vinden van de weg in het zorglandschap. Het doel hiervan is dat ouders de verantwoordelijkheid voor de zorg van hun kind zo lang mogelijk kunnen volhouden.

Indien nodig 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 kinder-leefdomeinen. De kinderverpleegkundige verwijst indien nodig door.

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 inzetten van het eigen sociaal netwerk kan bijdragen aan een evenwicht in de draaglast en draagkracht van ouders, zodat ouders de zorg kunnen blijven volhouden. De kinderverpleegkundige brengt samen met kind en gezin het sociaal netwerk in kaart.

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. Naarmate 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 Zwv 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.

In alle fasen van het verpleegkundig proces kan gebruik gemaakt worden van hulpmiddelen, toegevoegd in de toolbox. Het gebruik van deze hulpmiddelen draagt bij aan het organiseren van de zorg, het verhelderen van de zorgvragen en het verzamelen van gegevens.

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).

Tabel 1 Stappenplan verpleegkundig redeneren

Verpleegkundig proces	Stappen	Wat betekent dit?
Fase 1 - Vraagverheldering (gegevensverzamel- ing)	1. Informatie- bronnen 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 houdt?
Fase 2 - Diagnosestelling (probleemstelling)	5. Concluderen	Formuleer op basis van argumenten en inzichten conclusies die begrijpelijk en uitlegbaar zijn
	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)

Verpleegkundig proces	Stappen	Wat betekent dit?
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 wanneer doet. 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 met toestemming van kind en gezin voorafgaand aan, tijdens en na 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-(V&VN, 2020b).

De kinderverpleegkundige stelt met de [MKS-verwijsboom](#) vast onder welk wettelijk kader de zorg valt (Zvw, Jeugdwet, Wlz of anders). Ze bespreekt met kind en ouders,

mits het geen Zvw-zorg is, hoe de zorgbehoefte te organiseren en verwijst, desgewenst door.

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 noodzakelijk 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 kindzorghuis of verpleegkundig kinderdagverblijf;
- Kind en ouders;
- Andere zorgprofessionals en/of betrokkenen.

Persoonlijk contact houdt in dat je elkaar spreekt, hetzij face-to-face, hetzij via (beeld)bellen, zodat je elkaar direct vragen kunt stellen als iets niet helemaal duidelijk is. 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 – Schriftelijke overdracht

Alle nodige informatie wordt volledig en op eenduidige wijze overgedragen in een (digitaal) overdrachtsformulier dat inzichtelijk is voor kind en ouders, collega's en andere betrokken zorgprofessionals.

2.1.4 Begrip 4– Interprofessionele samenwerking

Interprofessionele samenwerking is de basis voor het organiseren van de zorg rondom kind en gezin. Het is noodzakelijk dat 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 vanuit de interprofessionele samenwerking wordt meegenomen 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 het kind en de hulpbehoeften, wensen en de context van kind en 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).

Wanneer de kinderverpleegkundige een verstoring in de draagkracht- en draaglastbalans 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.

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

Nadat de doelen samen met kind en ouders zijn vastgesteld, bespreekt de kinderverpleegkundige welke (EBP) interventies ingezet kunnen worden om deze doelen te bereiken. De kinderverpleegkundige bepaalt vanuit 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 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 en wanneer) bespreekt de kinderverpleegkundige in deze fase de mogelijkheden van de verschillende leveringsvormen met kind en ouders.

2.4.1 Begrip 1 – Inzet van kinderverpleegkundige zorg

Kinderverpleegkundige zorg betreft *“Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden”*. 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).

De expertise van de kinderverpleegkundige wordt ook ingezet bij

- Zelf aanleren van één van de bovenstaande handelingen aan ouders/ kind/ mantelzorger;
- Het opstellen van een stappenplan om het kinderdagverblijf of de school te betrekken bij de zorg voor het kind;
- Coördineren van zorg;
- Signaleren van mogelijke gezondheidsrisico's;
- Coachen, bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement;
- Preventieve zorg om aandoeningen, beperkingen of verslechtering van de gezondheid te voorkomen.

(Zorginstituut,2020)

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).

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 opgeleide (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 gebaseerd op 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 bekwame ouders(s) of (informele) zorgverleners en mantelzorgers, mits zij in staat zijn te handelen in onvoorspelbare, acute en/of dreigende situaties. De kinderarts of medisch/verpleegkundig specialist heeft hiervoor toestemming gegeven. De kinderverpleegkundige stelt vast wat de hulpbehoefte van kind en gezin is voor het kinderverpleegkundig toezicht. Dit is contextafhankelijk en maatwerk. De kinderverpleegkundige evalueert deze inzet met regelmaat en zorgt voor een achterwacht, waar ouders en/of informele zorgverleners en mantelzorgers te allen tijde op kunnen terugvallen.

Kinderverpleegkundig toezicht moet niet verward worden met *'zorg in nabijheid'*. Bij zorg in nabijheid is er sprake van een vorm van beschikbaarheid van zorg, waarbij op zowel geplande als ongeplande momenten zorg wordt geboden. Hierbij is er altijd een zorgverlener beschikbaar om de noodzakelijke verpleging, verzorging en begeleiding te kunnen bieden maar waarbij er géén sprake is van levensbedreigende situaties waarbij acuut gehandeld moet worden.

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, waarin de handeling wordt uitgevoerd. Belangrijk in deze context is dat er voldoende tijd en ruimte is om aandacht te besteden aan angst-en pijnreductie. Vermeld dit, naast de handelingen, als doel in het zorgplan, inclusief activiteiten om dit doel te behalen.

Voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen door verpleegkundigen is een schriftelijk uitvoeringsverzoek van de arts vereist (Zorgverbeter, 2019). Alle andere handelingen worden risicovolle handelingen genoemd. Hier zijn geen schriftelijke uitvoeringsverzoeken voor vereist.

Tot de verantwoordelijkheid van de (kinder)verpleegkundige hoort ook je ervan vergewissen of de uitvoerder van de voorbehouden en/of risicovolle handelingen bekwaam is. Een *'uitvoerder'* kan een formele of informele zorgverlener zijn. De *'uitvoerder'* is zelf verantwoordelijk en aansprakelijk voor de daadwerkelijke uitvoering van de interventies.

Om toe te werken naar een zo optimaal mogelijke mate van zelfredzaamheid is het noodzakelijk tijdens de opname in het ziekenhuis de mogelijkheden te bespreken om kind en gezin voorbehouden en risicovolle handelingen aan te leren, bijvoorbeeld via het OKE-traject (ouder-kind-educatie).

Wanneer 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.

Op het moment dat niemand beschikbaar is om de handeling te leren en/of uit te voeren, neemt de kinderverpleegkundige de uitvoering van de handeling op zich.

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.

Bij voorbehouden en risicovolle handelingen is het belangrijk dat het kind begeleid wordt in het leren inpassen van de handelingen in het dagelijkse leven en toewerkt naar zelfredzaamheid ten aanzien van de handelingen.

2.4.4 Begrip 4 – Zorg op een kinderdagverblijf, kinderopvang, basisschool of voortgezet onderwijs

Als het de ouders niet lukt om de kinderverpleegkundige zorg te regelen op het kinderdagverblijf, de kinderopvang of op school, zet de kinderverpleegkundige in eerste instantie haar kinderverpleegkundige expertise in. Er wordt onderzocht welke belemmerende factoren er zijn die het uitvoeren van de kinderverpleegkundige zorg onmogelijk maken. De kinderverpleegkundige doet dit door in gesprek te gaan met het kind, de ouders en andere betrokkenen. Het opstellen van een stappenplan met interventies om het kinderdagverblijf, kinderopvang of de school te betrekken bij de kinderverpleegkundige zorg voor het kind, maakt het uitvoeren van kinderverpleegkundige zorg in de eigen leefomgeving van het kind mogelijk.

Zijn leerkrachten en/of management van scholen bezorgd om de zorgrol of vrezende aansprakelijkheid voor de zorg die een kind nodig heeft, verwijst ze dan naar [Zorgeloos naar school](#) voor meer informatie.

2.4.5 Begrip 5 – Verpleegkundig kinderdagverblijf en kindersorghuis

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 bedoeld als tijdelijke ontlasting van het gezin.

Een verpleegkundig kindersorghuis biedt 24/7 kinderverpleegkundige zorg in een huiselijke omgeving waar zieke kinderen van 0 tot en met 18 jaar, vaak met complexe zorgvragen (tijdelijk) kunnen verblijven of logeren. De kinderverpleegkundige 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 kindersorghuis 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 voor 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 kindertehuis 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, indien nodig, in een individueel zorgplan kinderpalliatieve zorg. Hierbij worden de medische richtlijnen '[Palliatieve zorg voor kinderen](#)' gebruikt (NVK, 2022). Er wordt 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 staan 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, indien nodig, 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.

2.4.8 Begrip 8 – Nazorg na overlijden

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. Als er meer rouwbegeleiding gewenst (of nodig) is, verwijst de kinderverpleegkundige door naar professionele rouwbegeleiding.

2.4.9 Begrip 9 – Transitiezorg

Wanneer het kind 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 te laten aansluiten. Daarom is het belangrijk en zeer wenselijk het kind en het gezin hier tijdig op voor te bereiden, zodat de transitie zo min mogelijk negatieve impact heeft. Vanaf de leeftijd van 12 jaar kan het kind en ouders hier al op voorbereid worden, op deze leeftijd mag het kind al zelf meebeslissen. De transitie toolkit bevat hulpmiddelen om dit proces vorm te geven. De tools uit deze Transitie Toolkit zijn interventies, instrumenten en initiatieven die bijdragen aan de verbetering van de transitiezorg voor jongeren met een chronische aandoening. (opeigenbenen.nu, 2022)

Minstens zo belangrijk is dat er tijdig een zorgorganisatie wordt ingeschakeld die past bij kind en het 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 (2021), de voortgang van de zorg, vroegsignalering, afwijkingen en bijzonderheden. Hiermee toont de professional aan dat de ingezette zorg rechtmatig is.

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 in alle vier de kinderleefdomeinen. 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). Het 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 is gebruikelijk en gewenst.

2.5.2 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 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 er 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, evalueert en bespreekt 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);
- Afstemming met kind en ouders;
- Interprofessioneel overleg;
- De voortgangsrapportage.

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);
- Vastlegt of contact met andere zorgprofessionals/disciplines/domeinen nodig is;
- Het zorgplan, indien nodig, gewijzigd heeft en/of een herindicatie is gedaan.

(V&VN, 2021)

Als een zorgdoel is behaald, stoppen de interventies die hiervoor 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](#)).

Mochten er wijzigingen of veranderingen zijn in de situatie, waardoor er mogelijk nieuwe zorgvragen of hulpbehoeften zijn, dan is het uiteraard altijd mogelijk 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, zij).

De verzekerde is de persoon die zich bij de zorgverzekeraar heeft verzekerd voor het basispakket en/of aanvullende zorgverzekering⁵. 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, zij).

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

⁵ Een overzicht van aanvullende zorgverzekeringen en bijbehorende premies en acceptatievoorwaarden zijn op de websites van zorgverzekeraars te vinden.

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 van 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 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 de zorgvragen én de context. Een indicatie gaat niet uit van een momentopname, maar van een continu cyclisch proces (V&VN, 2019).

De onafhankelijkheid van een indicatie wordt ontleend aan het beroep (autonome beroepsprofessional) en de beroepsnormen. Dit houdt een professionele onafhankelijkheid in, 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 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 ondermeer 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 de zorg waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Voor de kinderverpleegkundige staat centraal: het in kaart brengen van de zorgvragen en hulpbehoeften van kind en ouders. Op basis hiervan beoordeelt de kinderverpleegkundige of het Zvw-zorg is. Is dat niet het geval dan verwijst ze door. **Pas daarna komt de vraag aan bod welke leveringsvorm het beste gefinancierd kan 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 machtigenbeleid. 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, 2^e druk
- Bartelink, C. & Verheijden, E., 2015. *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen*. Geraadpleegd op 18-5-2020
<https://docplayer.nl/16008417-Wat-werkt-bij-het-versterken-van-het-sociale-netwerk-van-gezinnen.html>
- Binkz, zj. *Verpleegkundig kindzorghuizen*. Geraadpleegd op 28-7-2020
<https://www.binkz.nl/secties/verpleegkundig-kindzorghuizen>
- 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/wp-content/uploads/2021/09/De-rol-van-de-coördinatie-in-de-kindzorg_2016.pdf
- Medische Kindzorg Systeem, zj-b *Handvest Kind & zorg*. Geraadpleegd op 11-5-2020
<https://kindenziekenhuis.nl/handvest-kind-zorg/>
- Medische kindzorg Systeem, zj-c. *Rapport Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg*. Geraadpleegd op 11-5-2020
<https://integralekindzorgmetmks.nl/wp-content/uploads/2021/09/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/info-en-tools/rapportagepatientjourneyskinderpalliatievezorg/>

- Medische Kindzorg Systeem, zj-e. *Rapport Samen op weg naar gezonde zorg*. Geraadpleegd op 11-5-2020
<https://integralekindzorgmetmks.nl/wp-content/uploads/2021/09/Rapport-Samen-op-weg-naar-gezonde-zorg-2015.pdf>
- Medische Kindzorg Systeem, zj-f. *Routemap naar integrale kindzorg 2018*. Geraadpleegd op 11-5-2020
<https://integralekindzorgmetmks.nl/wp-content/uploads/2021/09/Routemap-naar-integrale-kindzorg-2018.pdf>
- Medische Kindzorg Systeem, zj-g. *Routemap van aanpak 2020*. Geraadpleegd op 11-5-2020
https://www.venvn.nl/media/dripsaog/mks-routemap-integrale-kindzorg_pva_2020.pdf
- Medische Kindzorg Systeem, zj-h. *Verwijsboom*. Geraadpleegd op 18-5-2020
<https://integralekindzorgmetmks.nl/wat-is-mks/fase-1-verwijsboom/>
- Medische Kindzorg Systeem, zj-i. *Vooruitblik meerjarenagenda kindzorg dichtbij*. Geraadpleegd op 11-5-2020
<https://integralekindzorgmetmks.nl/wp-content/uploads/2021/09/Vooruitblik-Meerjarenagenda-2019-2023.pdf>
- Medische Kindzorg systeem, zj-j. *Zorgplan*. Geraadpleegd op 18-5-2020
<https://integralekindzorgmetmks.nl/>
- Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2013. *Richtlijn Palliatieve zorg voor kinderen*. Geraadpleegd op 24-4-2020
https://palliaweb.nl/getmedia/deb263bf-92f9-44ba-80e8-9bf0823ed4c3/Richtlijn_Palliatieve_zorg_voor_kinderen_NVK.pdf
- Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2012. *Richtlijn Voedingsgedrag*.
<https://nvk.nl/themas/kwaliteit/richtlijnen/richtlijn?componentid=6488082>
- 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.patiëntenfederatie.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.regelhulp.nl/binaries/regelhulp/documenten/publicaties/2020/01/10/factsheets-kinderen-met-intensieve-zorgvraag/p1-01.intensieve zorgvraag algemeen 2019.pdf](https://www.regelhulp.nl/binaries/regelhulp/documenten/publicaties/2020/01/10/factsheets-kinderen-met-intensieve-zorgvraag/p1-01.intensieve%20zorgvraag%20algemeen%202019.pdf)
- 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/publicaties/2021/10/26/bestuurlijke-afspraken-zvw-pgb-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/e4bojlr/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](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/lwds4jg/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.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/zelfredzaamheid/handreiking-zelfredzaamheid-wijkverpleegkundigen.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>

Zorgverbeter, 2019. *Herziene handleiding voorbehouden handelingen in (wijk)verpleging en verzorging*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd 9-6-2020

<https://www.zorgverbeter.nl/nieuws/herziene-handleiding-voorbehouden-handelingen>

Zorgverbeter, zj. *Zelfredzaamheid*. Utrecht: eigen beheer. Verkregen 24-4-2020

<https://www.zorgverbeter.nl/zelfredzaamheid>