

Normenkader Indicatieproces

Het inventariseren en organiseren van verpleging en verzorging
in de eigen omgeving voor de zorgverzekeringswet

december 2024

Colofon

Normenkader Indicatieproces, het inventariseren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving voor de zorgverzekeringswet.

Utrecht, december 2024

Deze uitgave is te downloaden via www.venvn.nl.

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

©V&VN 2024

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting	5
Inleiding	6
Doel en context van het normenkader	6
Belangrijke begrippen	7
Verantwoording	8
Eigenaarschap en herziening	8
Achtergrond	9
Wet- en regelgeving.....	9
Beroepscode	9
De vier O's	10
Competenties van de verpleegkundige	10
Competenties in relatie tot aantoonbaar vakbekwaam indiceren.....	11
Intercollegiale toetsing	11
Het belang van klinisch redeneren bij het indicatieproces	11
Classificatiesystemen	12
Visie op gezondheid en ziekte in relatie tot zelfmanagement	13
Normen	14
Norm 1: Het indicatieproces vindt plaats op basis van professionele autonomie.....	14
Norm 2: Het indicatieproces wordt gedaan door een verpleegkundige die aantoonbaar vakbekwaam is	16
Norm 3: Het indicatieproces is gericht op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van de zorgvrager en zijn steunsysteem	16
Norm 4: Besluitvorming rond het indicatieproces vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces.....	19
Norm 5: De verslaglegging en verpleegkundige overdracht voldoen aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging en de standaard voor overdracht van zorg.....	22
Literatuurlijst	23
Bijlagen	26
Bijlage 1: Uitleg begrippen.....	26
Bijlage 2: Deelnemerslijst Herijking Normenkader 2024.....	29
Bijlage 3: Deelnemerslijst Normenkader 2014	30

Voorwoord

Het is tien jaar geleden dat verpleging en verzorging in de thuissituatie is opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Een belangrijke mijlpaal, want daarmee werd de wijkverpleegkundige weer verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie en het bepalen van de noodzakelijke zorg thuis. In het normenkader (uit 2014) is destijds vastgelegd aan welke eisen verpleegkundigen moeten voldoen bij indiceren.

De afgelopen jaren is er veel gebeurd. De zorg is veranderd. Ons vak is veranderd. Het normenkader van toen past niet voldoende meer. In de praktijk blijkt dat de normen op meerdere manieren worden geïnterpreteerd en toegepast. Dit zorgt voor discussies tussen verpleegkundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het leidt ook tot ongewenste verschillen in de praktijk. Onderzoek [Praktijkvariatie](#) (2023) wijst uit dat verpleegkundigen niet allemaal op dezelfde manier indiceren. En dat terwijl ze met een goede basiskennis een kwalitatief goede indicatie bij cliënten moeten kunnen stellen.

In dit aangescherpte normenkader zijn deze punten aangepakt. Het helpt het verpleegkundigen om hun vak nog beter uit te voeren. Maar daarmee zijn we er niet. We moeten ook vooruitkijken. In een tijd waarin de zorgvraag alleen maar toeneemt en sprake is van een groeiend personeelstekort, kunnen we niet opnieuw tien jaar wachten. Met de te verwachten schaarste op de arbeidsmarkt, de steeds kortere ziekenhuisopnames en het langer thuiswonen van cliënten met een zorgvraag, is het essentieel om over twee jaar te bepalen of het normenkader nog voldoet. Dat houden we scherp in de gaten.

Niet alleen een diploma verpleegkunde is van belang om aantoonbaar vakbekwaam te zijn. Ook intercollegiale toetsing, het bijhouden van je deskundigheidsbevordering is nodig. Bovenop je beroepsopleiding tot verpleegkundige. Dit maakt een zorgprofessional vakbekwaam in een specifieke beroepscontext, zoals bij het indiceren en organiseren van zorg thuis.

De komende tijd gaan we onderzoeken of - en hoe - andere manieren van vakbekwaam zijn van toepassing zou kunnen zijn bij indicatiestelling. We moeten ons voorbereiden op de toekomst. Een toekomst waarin we de kwaliteit en toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg kunnen blijven garanderen. Voor alle Nederlanders die zorg nodig hebben, juist in de thuissituatie.

Onze dank gaat uit naar de projectgroep en mensen die achter de schermen hebben bijgedragen aan de totstandkoming van het herijkte normenkader.

Bianca Buurman
Voorzitter V&VN

Valerie Schipper
Voorzitter V&VN
Wijkverpleegkundigen

Olga van der Poel
Voorzitter V&VN
Wijkverpleegkundigen

Samenvatting

Het herijkte normenkader beschrijft de vijf normen voor het inventariseren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze normen bieden een kader voor verpleegkundigen om te komen tot hoogwaardige en passende zorg die voldoet aan de professionele standaard. De normen zijn onderdeel van de professionele standaard en maken duidelijk wat verwacht mag worden van het indicatieproces. Ze dragen bij aan eenduidigheid en uniformiteit. Dit is belangrijk voor zorgvragers en hun steunsysteem, verpleegkundigen en verzorgenden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere samenwerkingspartners.

Binnen de Zvw ligt de verantwoordelijkheid voor het indicatieproces bij de verpleegkundige. De verpleegkundige bepaalt, middels klinisch redeneren, welke zorg een zorgvrager nodig heeft. Dit proces omvat het verzamelen en analyseren van gegevens, gezamenlijke besluitvorming met de zorgvrager op basis van Evidence-Based Practice (EBP). Het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van de zorgvrager en het steunsysteem staan centraal in dit proces.

Door het gebruik van wetenschappelijk gevalideerde verpleegkundige classificatiesystemen hanteren verpleegkundigen dezelfde taal en kan het klinisch redeneren worden vereenvoudigd. De verslaglegging voldoet aan de richtlijnen van V&VN en vormt een integraal onderdeel van de zorgcontinuïteit.

De volgende normen zijn beschreven:

1. Het indicatieproces vindt plaats op basis van professionele autonomie;
2. Het indicatieproces wordt gedaan door een verpleegkundige die aantoonbaar vakbekwaam is;
3. Het indicatieproces is gericht op versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van de zorgvrager en zijn steunsysteem;
4. Besluitvorming rond het indicatieproces vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces;
5. De verslaglegging en verpleegkundige overdracht voldoen aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging en de standaard voor overdracht van zorg.

Inleiding

Sinds 2015 – hervorming zorgstelsel – is de verpleegkundige verantwoordelijk voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). Om de kwaliteit van de indicatiestelling te borgen is door de beroepsgroep in 2014 het normenkader opgesteld. Hierin zijn zes beroepsnormen vastgelegd waaraan een verpleegkundige zich conformeert als zij indiceert voor de Zvw. De normen geven het kader aan voor de kwaliteit van de indicatiestelling.

Verpleegkundigen die indiceren voor de Zvw dienen kennis te hebben van het normenkader om het indicatieproces volgens de ‘professionele standaard’ uit te voeren. De normen van 2014 zijn nog steeds actueel, maar vragen anno 2024 wel om een aanscherping. De huidige ontwikkelingen in de wijkverpleging, zoals tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden, de toenemende inzet van slimme (e)-technologie en reablement (herstelgerichte zorg) als ook de wijzigende opvattingen over passende zorg en zelfredzaamheid maken een actualisatie en herijking gewenst.

In dit normenkader gaan wij uit van de kern van verplegen zoals beschreven in ‘Leren van de toekomst’:
“Verplegen dient een specifiek doel, omvat een specifieke manier van interveniëren, vindt plaats in een specifiek domein, is gericht op de persoon als geheel, is gebaseerd op ethische waarden en betekent commitment aan partnerschap.”

(Schuurmans in Lambregts, Grotendorst, & Merwijk, 2012, p.119).

Het normenkader van 2014 is uitgegaan van zes normen. Bij de herijking bleek dat norm 5 en 6 in elkaars verlengde liggen en is ervoor gekozen om deze samen te voegen. Om die reden is nu uitgegaan van vijf normen voor het indicatieproces.

Het verpleegkundig indicatieproces omvat

- verpleegkundige indicatiestelling: een dynamisch proces van het vaststellen van welke zorg een zorgvrager in de eigen omgeving nodig heeft, op basis van klinisch redeneren, gegeven de zorgvraag, persoonlijke factoren binnen de omgeving en het systeem waarin de zorgvrager functioneert
- organiseren van zorg: het, middels gezamenlijke besluitvorming, bepalen wie of wat de zorg uitvoert, uitgaande van de principes van Evidence Based Practise, best practices, de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek door de juiste zorgverlener. Tevens wordt hierbij uitgegaan van continue risicosignalering en preventie van gezondheidsproblemen van de zorgvrager binnen zijn eigen context (woon- en leefomgeving).

Doel en context van het normenkader

Het doel van het normenkader is te beschrijven op basis van welke vijf normen de verpleegkundige het verpleegkundig indicatieproces voor extramurale zorg voor de Zvw uitvoert. De vijf normen maken duidelijk wat verwacht mag worden en dragen bij aan eenduidigheid en uniformiteit. Dit is belangrijk voor zorgvragers en hun steunsysteem, verpleegkundigen en verzorgenden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, samenwerkingspartners zoals huisartsen, paramedici en hulpverleners uit andere domeinen.

De volgende normen zijn beschreven:

1. Het indicatieproces vindt plaats op basis van professionele autonomie;
2. Het indicatieproces wordt gedaan door een verpleegkundige die aantoonbaar vakbekwaam is;
3. Het indicatieproces is gericht op versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van de zorgvrager en zijn steunsysteem;
4. Besluitvorming rond het indicatieproces vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces;
5. De verslaglegging en verpleegkundige overdracht voldoen aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging en de standaard voor overdracht van zorg.

De normen voor het indicatieproces van extramurale zorg zijn onderdeel van de professionele standaard. Dit houdt in vakinhoudelijke normen (vakinhoudelijke en technische regels, (zorg)standaarden, richtlijnen en protocollen, beroepscode, gedragsregels en beroepsprofielen), juridische normen (wet- en regelgeving, uitspraken van de (tucht)rechter en mengvormen (richtlijnen van de inspectie opgelegd aan instellingen). Ondersteunende (meet)instrumenten voor het indicatieproces zijn opgenomen in de – ook in 2024 – geactualiseerde ‘Toolbox Indicatieproces’, te vinden op het [kennisplatform](#) van het Kennisinstituut V&VN. Daar waar nodig wordt in dit normenkader naar specifieke normen of standaarden verwezen. Daarnaast is er een aantal handreikingen beschikbaar op de themapagina en themapagina [normenkader](#).

Belangrijke begrippen

Voor de leesbaarheid van dit document verhelderen we onderstaande centrale begrippen. Overige relevante begrippen staan beschreven in bijlage 1.

In dit document:

- omvat het begrip ‘*indicatieproces*’: het indiceren en organiseren van zorg zoals beschreven in de inleiding;
- wordt met het begrip ‘*norm*’ een richtinggevende beschrijving bedoeld waaraan de beroepsgroep zich houdt;
- hanteren we de term ‘*verpleegkundige*’. Hiermee bedoelen we wijk-, dementie-, technische thuiszorg- en kinderverpleegkundigen die zorg indiceren en organiseren in de eigen omgeving binnen de Zvw en aantoonbaar vakbekwaam zijn. Zie norm 2, p.17.
- gebruiken we de term ‘*gezamenlijke besluitvorming*’. Hiermee bedoelen we ook ‘*samen beslissen*’: een proces waarin zorgprofessional en zorgvrager samen bespreken welke behandeling of zorg het beste bij de zorgvrager past;
- gebruiken we de term ‘*zorgvrager*’ in plaats van cliënt, zoals in het normenkader van 2014. Daarbij kan zorgvrager ook gelezen worden als ‘*mensen met een zorgvraag*’. Zorgvrager is taalkundig mannelijk waardoor gekozen is voor ‘zijn’ steunsysteem;
- is bij de verpleegkundige waar nodig gekozen voor ‘zij/haar’. Uiteraard kan hiervoor ook ‘hij/hem’ gelezen worden.

Verantwoording

Bij de herijking van het normenkader is uitgegaan van de meest recente ontwikkelingen en literatuur in het vakgebied van verpleging en verzorging waaronder de resultaten en aanbevelingen van het onderzoek Praktijkvariatie Indicatiestelling (Zwakhalen, et al., 2023) en het V&VN statement vakbekwaam indiceren (V&VN, 2024a).

Projectgroep

Voor de herijking van het normenkader is een projectgroep samengesteld met zeven experts van vier expertisegebieden (wijk-, technische thuiszorg-, dementie- en kinderverpleegkundigen). Hierbij is met name gelet op de ervaring en deskundigheid met betrekking tot het indicatieproces. Twee onafhankelijke projectleiders hebben het proces van het herijken van het normenkader begeleid. De projectgroep heeft vanuit zijn brede expertise en ervaring een conceptversie opgesteld.

Achterbanraadpleging

Om te komen tot een breed gedragen normenkader is de conceptversie voorgelegd aan de achterban voor toetsing en verdere aanscherping. De uitgebreide en inclusieve achterbanraadpleging heeft plaatsgevonden bij zowel leden van V&VN als niet-leden via een online vragenlijst met 39 open en gesloten vragen. In totaal hebben 1098 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Er is een uitgebreide analyse van de open antwoorden uitgevoerd waarmee veel kwalitatieve informatie is opgehaald. Hierbij is uitdrukkelijk ook aandacht besteed aan de kritische opmerkingen. Op basis van de feedback uit de raadpleging heeft de projectgroep een nieuwe conceptversie geschreven die in een webinar aan de achterban is voorgelegd voor een laatste reactie. In totaal hebben 93 mensen deelgenomen aan het webinar en zijn er veel vragen gesteld die tijdens het webinar zijn beantwoord door leden van de projectgroep. Naar aanleiding van het webinar zijn nog een aantal wijzigingen in de normteksten aangebracht.

Stakeholders

Bij deze herijking is een grote groep stakeholders betrokken om te zorgen dat na de publicatie voldoende draagvlak is voor de implementatie. Zie bijlage 2 voor het overzicht van betrokken stakeholders.

Eigenaarschap en herziening

Dit document is eigendom van V&VN, de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden. Uit dit document mag geciteerd worden met bronvermelding. De vijf normen die zijn beschreven vormen samen het normenkader indicatieproces. Onze samenleving en daarmee ook de wereld van de zorg is dynamisch en continue in verandering. Ook de ontwikkelingen in onderwijs en opleiden van de beroepsgroepen in het verpleegkundig domein bewegen daarin mee. Als de komende jaren blijkt dat ontwikkelingen in de zorg en het zorgonderwijs vragen om een actualisatie van het normenkader zal V&VN hiertoe het initiatief nemen. Tot die tijd geldt een stilzwijgende verlenging. Voor vragen of anderszins kan contact opgenomen worden met V&VN via indicatiestelling@venvn.nl.

Achtergrond

In dit hoofdstuk zijn de onderwerpen toegelicht die de achtergrond vormen van de vijf normen. Kennis van deze achtergrond is belangrijk voor een goed begrip van de normen.

Wet- en regelgeving

Het integrale pakket aan extramurale verpleging en verzorging wordt in de Zvw samengevat onder de ‘aanspraak wijkverpleging’ oftewel artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv):

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg¹, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Voor de volledige inhoud van deze aanspraak verwijzen we naar artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Rijksoverheid, z.j.).

Binnen de Zvw ligt de verantwoordelijkheid voor het indicatieproces bij de verpleegkundige. In samenspraak met de zorgvrager beschrijft de verpleegkundige de aard, de omvang, de duur en het doel van de zorg. De verpleegkundige voert de regie over het gehele verpleegkundig proces en voert samen met het sociale steunsysteem en het wijkteam de zorg uit². Elke BIG geregistreerde verpleegkundige is tuchtrechtelijk aansprakelijk als zij zich niet aan wet-, regelgeving en beroepsnormen houdt.

Verpleegkundigen leveren een bijdrage door bijvoorbeeld informatie (onder strikte voorwaarden, zie hieronder) ter beschikking te stellen aan samenwerkingspartners, vanzelfsprekend in overleg met de zorgvrager. Daarnaast is afstemming met de zorgvrager en zijn steunsysteem noodzakelijk om te komen tot de meest passende zorg (ZINL & NZa, 2022). Het is belangrijk om te benadrukken dat voor informatie-uitwisseling tussen verpleegkundigen en andere hulpverleners wettelijke bepalingen gelden zoals de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (Wgbo) en de Algemene Verordening Persoonsgegevens (AVG). De ‘*handreiking verantwoordelijkheidsdeling bij samenwerking in de zorg*’ biedt daarnaast een richtlijn met 13 aandachtspunten om samenwerking met professionals uit het sociale domein vorm te geven (KNMG, 2022).

Beroepscode

¹ Zie uitleg begrip geneeskundige zorg in het Begrippenkader Indicatieproces (V&VN, 2019)

² De enige uitzondering hierop is wanneer er sprake is van een indicatiestelling met een financiering vanuit een persoonsgebonden budget (pgb) vanuit de Zvw; hierbij wordt de stap ‘uitvoeren van interventies’ uitgevoerd door anderen, niet persé professionals. Zie voor meer informatie de meest recente Bestuurlijke Afspraken Zvw-pgb (Rijksoverheid, 2023a).

Verpleegkundigen handelen daarnaast altijd conform de geldende Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&V) (V&VN, 2015). De beroepscode kan tevens handvatten bieden bij het omgaan met tegenstrijdige belangen of andere ethische kwesties. Ook bij het indicatieproces kan de verpleegkundige in situaties terecht komen waaruit morele vragen of twijfels voortkomen.

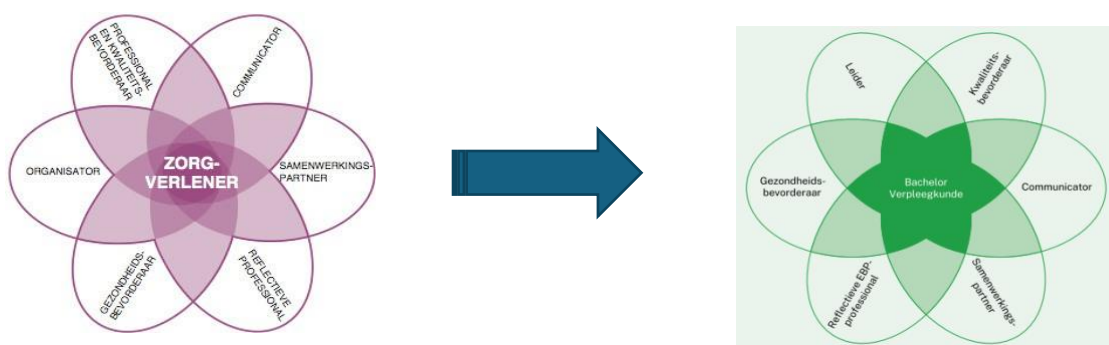
De vier O's

Het is belangrijk dat een verpleegkundige *objectief, onbevooroordeeld, onafhankelijk* en *onderbouwd* haar indicatie en zorgplan opstelt (zie norm 1 p. 15/16). Dit maakt dat de indicatiestelling alleen door een verpleegkundige uitgevoerd kan worden die geen persoonlijke of familiale (1^e of 2^e graad) relatie heeft met de zorgvrager voor wie de indicatie bestemd is.

Competenties van de verpleegkundige

Verpleegkundigen verlenen zorg aan zorgvragers thuis met gezondheidsproblemen of een hoog risico op het ontstaan van gezondheidsproblemen. Zij doen dit methodisch, doelgericht en op basis van overleg en overeenstemming met de zorgvrager en zijn steunsysteem. Verpleegkundigen werken met andere (zorg)professionals en informele zorg samen ten behoeve van afstemming en maatwerk.

De verpleegkundige werkt hierbij volgens de meest actuele evidence. De zorg omvat naast (vormen van individuele) preventie, zorgverlening en organisatie van zorg ook de inhoudelijke coaching van collega's. In onderstaande modellen (figuur 1) worden de rollen van de verpleegkundige weergegeven. In het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2030 (BN2030) wordt gebruik gemaakt van een vernieuwde variant van de verschillende rollen van de verpleegkundige waarbij een aantal rollen is aangepast ten opzichte van de vorige versie.



Figuur 1 De rollen van de bachelor opgeleide verpleegkundige volgens het CanMEDS-model (BN2020 en BN2030)

In de verschillende expertisegebieden van verpleegkundigen, die verpleging en verzorging indiceren voor de aanspraak wijkverpleging van de Zvw, zijn de verschillende rollen van de verpleegkundige verder gedefinieerd:

- Expertisegebied Wijkverpleegkundige
- Expertisegebied Dementieverpleegkundige
- Expertisegebied Kinderverpleegkundige

- Expertisegebied Technisch Thuiszorgverpleegkundige

Bekijk [hier](#) een overzicht van de expertisegebieden.

Competenties in relatie tot aantoonbaar vakbekwaam indiceren

Het indicatieproces vereist een drietal competenties die de verpleegkundige moet kunnen aantonen door middel van een formeel certificaat. De drie competenties zijn *overstijgend denken*, *klinisch redeneren* en *reflecterend vermogen*.

In norm 2 staat beschreven aan welke vier voorwaarden een verpleegkundige moet voldoen om te mogen indiceren. Werkervaring maakt geen onderdeel uit van de voorwaarden om te mogen indiceren. De redenen hiervoor zijn:

- Werkervaring (zonder hbo-v opleiding) kan een hbo-v opleiding niet vervangen en
- Ook een hbo-v opgeleide heeft een aanvullende training nodig
- Iedereen die indiceert moet aantoonbaar zijn/haar deskundigheid 'in indiceren' op peil houden en zich toetsbaar opstellen.

Intercollegiale toetsing

Eén van de voorwaarden van norm 2 gaat over intercollegiale toetsing (zie p. 17). Onder intercollegiale toetsing verstaan we:

“Een vorm van deskundigheidsbevordering waarbij verpleegkundigen als beroepsgenoten volgens een afgesproken systematiek reflecteren op het professioneel handelen van de casusinbrenger. Bij intercollegiale toetsing wordt het professioneel handelen achteraf kritisch beschouwd vanuit ervaringen (eigen en andermans) en theoretische inzichten uit de professionele standaard (zoals beroepsnormen, kwaliteitsstandaarden, richtlijnen, protocollen, meetinstrumenten, theorieën en onderzoeksbevindingen). Hierbij gaat het nadrukkelijk niet alleen om de competenties van zorgverlener, maar kunnen alle CanMEDS-rollen aan bod komen”.

(V&VN, 2024b)

In de praktijk worden intercollegiale toetsing en intervisie door elkaar gebruikt. Het zijn echter twee verschillende begrippen:

- Intercollegiale toetsing richt zich op het vakinhoudelijk en professioneel handelen (hoe doe jij je werk, wat kan beter, wat kan je leren van je resultaten, wat kan anders).
- Intervisie is gericht op zelfreflectie, op het individuele persoonlijke gedrag van een professional: het eigen denken en handelen (wat kun je van jouw ervaring en gedrag leren in een bepaalde situatie om het een volgende keer anders te doen?).

Bij beide vormen van reflecteren maken deelnemers gebruik van een afgesproken methodiek.

Het belang van klinisch redeneren bij het indicatieproces

Klinisch redeneren is de methode die verpleegkundigen toepassen binnen het verpleegkundig proces

om besluiten over de best passende zorg te nemen. Klinisch redeneren kan gezien worden als het hart van het verpleegkundig handelen. Klinisch redeneren wordt gedefinieerd als “het binnen het verpleegkundig proces continu procesmatig verzamelen en analyseren van gegevens gericht op het vaststellen van vragen, problemen en mogelijkheden van de zorgvrager of doelgroepen, en het kiezen van daarbij passende zorgresultaten en interventies”. (LOOV, 2023)

Door klinisch redeneren geven verpleegkundigen vorm aan de holistische visie op de gezondheidssituatie van de zorgvrager, waarbij verpleegkundigen het verpleegkundig beroepsdomein overstijgen en met andere professionals kunnen afstemmen over het redeneerproces en de besluitvorming.

Een professioneel niveau van klinisch redeneren is essentieel om doeltreffende besluiten over zorginzet te nemen, maar ook voor de noodzakelijke transparantie naar derden. Om dit niveau van redeneren te bereiken zijn kennis, cognitieve- en metacognitieve vaardigheden noodzakelijk. Daarnaast is ervaring in kenmerkende beroepssituaties van voldoende complexiteit noodzakelijk. Klinisch redeneren is een onmisbare vaardigheid voor het doorlopen van het verpleegkundig proces (Mohammadi-Shahboulaghi, et al., 2021). Bij het indicatieproces doorloopt de verpleegkundige de stappen van het verpleegkundig proces. Voor verdere uitwerking zie norm 4.

Classificatiesystemen

In de zorg is het gebruik van uniforme terminologie van belang om misverstanden te voorkomen en om efficiënt samen te kunnen werken. Door het gebruik van wetenschappelijk gevalideerde verpleegkundige classificatiesystemen hanteren verpleegkundigen dezelfde taal en kan het klinisch redeneren worden vereenvoudigd (Wilkinson, 2020). De bekendste en meest gebruikte gevalideerde verpleegkundige classificatiesystemen zijn de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), het Omaha System, de NANDA-International, de Nursing Outcome Classification (NOC) en de Nursing Intervention Classification (NIC).

Het elektronisch cliëntendossier (ECD) en het door de zorgorganisatie gebruikte classificatiesysteem zijn voor de verpleegkundige leidend. Hierdoor is de verpleegkundige gebonden aan een vaststaand systeem en is een combinatie van verschillende classificatiesystemen niet mogelijk (Groot de, 2022). Er is vrije tekstruimte beschikbaar in het ECD waarin de verpleegkundige andere terminologie kan gebruiken. Ook in de vrije tekstruimte is het gebruik van uniforme terminologie essentieel voor de samenwerking binnen de zorg en om misverstanden te voorkomen.

Onafhankelijk van het gebruikte classificatiesysteem dient gebruik te worden gemaakt van de PES-structuur. De PES bestaat uit het verpleegkundig probleem (P), de etiologie/oorzaak (E) en de signalen en symptomen (S). In sommige classificatiesystemen is geen vaststaande terminologie beschreven voor een onderdeel van de PES. De PES-structuur is bij alle gangbare wetenschappelijk gevalideerde verpleegkundige classificatiesystemen te gebruiken. In sommige classificatiesystemen vraagt het echter meer kennis en kunde van de verpleegkundige om de PES goed te beschrijven (Reijngoudt & van Dorst,

2024).

Visie op gezondheid en ziekte in relatie tot zelfmanagement

De definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO); “gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek” (WHO, 1948), voldoet niet meer. In Nederland wordt daarom steeds meer gewerkt met een breed begrip van (positieve) gezondheid: “het vermogen tot aanpassing en zelfmanagement in relatie tot sociale, fysieke en emotionele uitdagingen” (Huber, et al., 2016).

Verpleegkundigen herkennen zich in die definitie omdat deze aansluit bij het doel van verpleging en verzorging zoals zij dagelijks in de praktijk uitvoeren. Ondersteuning van zelfmanagement vergt een samenwerkingsrelatie met zorgvragers en het steunsysteem (zowel preventief als curatief) vanuit een coachende rol. Het doel van ondersteuning van zelfmanagement is het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren en kwaliteit van leven. Verpleegkundigen zijn niet alleen gericht op wat cliënten niet (meer) kunnen, maar vooral op wat er wél mogelijk is. Zij onderzoeken wat de mogelijkheden van cliënten zelf zijn, wat met extra therapie of training is te verbeteren, wat hun omgeving hierbij kan betekenen en of inzet van technologie mogelijk is. Pas als hierin niets (meer) mogelijk is, is het (tijdelijk) overnemen van activiteiten een optie. Deze denk- en werkwijze is geïnspireerd op het ‘reablement’ gedachtengoed zoals dat op meerdere plekken in de wereld al wordt toegepast (Buma, et al., 2022).

Normen

Norm 1: Het indicatieproces vindt plaats op basis van professionele autonomie

Professionele autonomie verwijst naar het vermogen van verpleegkundigen om zelfstandig beslissingen te nemen en verantwoordelijkheid te dragen voor hun handelen. Binnen professionele autonomie kan onderscheid worden gemaakt tussen 'klinische autonomie' en 'beroepsautonomie'.

Klinische autonomie houdt in dat de verpleegkundige de regie neemt over de zorg, wat bijdraagt aan een hogere kwaliteit en veiligheid voor de zorgvrager (Bakker, 2022). Klinische autonomie stelt zorgverleners in staat om zelfstandig te oordelen en te handelen (Pursio, 2021). Bijvoorbeeld, een verpleegkundige bepaalt zelf de zorgbehoefte van een zorgvrager met diabetes. Zij beslist over de frequentie van huisbezoeken en de benodigde verpleging, gebaseerd op haar expertise.

Beroepsautonomie leidt tot verpleegkundig leiderschap waarbij verpleegkundigen invloed hebben op de zorg, het beleid en veranderingen binnen de organisatie. Een voorbeeld: een verpleegkundige merkt dat de huidige werkwijze niet optimaal is voor de zorg die aan de zorgvrager wordt gegeven. Zij gebruikt haar autonomie om een nieuw beleid voor te stellen dat de zorg verbetert. Beroepsautonomie kan op deze wijze leiden tot betere zorg en tevredenheid van zorgvragers en de professionele groei van zorgverleners (Cingel van der, et al., 2021).

Per 1 juli 2023 is zeggenschap van zorgverleners in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) vastgelegd. Met deze wijziging moet de zorgverlener, die zorg verleent aan zijn zorgvragers, in de gelegenheid zijn gesteld om invloed uit te oefenen op het beleid, voor zover dat beleid direct van belang is voor hun bijdrage aan het verlenen van goede zorg (Rijksoverheid, 2023b). In essentie vullen klinische en beroepsautonomie elkaar aan.

De verpleegkundige laat zich bij het indicatieproces leiden door haar professionele inzichten in relatie tot het belang van de zorgvrager. Zij werkt volgens de laatste stand van de wetenschap en houdt haar zorginhoudelijke verpleegkundige kennis 'up-to-date'. Zij is bevoegd en bekwaam, werkt volgens beroepsnormen, kwaliteitsrichtlijnen en kwaliteitsstandaarden, wet- en regelgeving en gebruikt een wetenschappelijk gevalideerd verpleegkundig classificatiesysteem. Ze werkt regionaal en is onderdeel van het lokale netwerk of regionale professionele eerstelijns netwerk, werkt samen met andere disciplines en zal advies vragen wanneer zij dat nodig acht.

Bij het indicatieproces is het vanuit de professionele autonomie gezien belangrijk dat een verpleegkundige *objectief, onbevooroordeeld, onafhankelijk, en onderbouwd* haar indicatie en zorgplan opstelt. Tijdens een fysieke ontmoeting bij de zorgvrager in de eigen omgeving observeert de verpleegkundige de zorgvrager met als doel een beter zicht te krijgen op de zorgvrager. Deze inzichten maakt zij navolgbaar op basis van feiten (*objectief*) en vrij van vooroordelen (*onbevooroordeeld*). De autonomie brengt met zich mee dat zorgverleners voor hun handelen verantwoordelijk zijn en hier ook op kunnen worden aangesproken (*onafhankelijk*). Zelfstandig handelen op basis van de verworven kennis impliceert dat de verpleegkundige niet alleen weet wat ze doet, maar dat ze haar handelen kan

beredeneren en beargumenteren, uiteraard binnen de grenzen van haar mogelijkheden en wettelijke bevoegdheden (*onderbouwd*). Autonomie is ook weten wat buiten de grenzen van de eigen professie ligt en weten wanneer, op basis van argumenten, af te wijken van richtlijnen. Het woord autonomie geeft aan dat zorgorganisaties, samenwerkingspartners en zorgverzekeraars vertrouwen hebben in het zelfstandig handelen van zorgverleners, hier positief tegenover staan en – sterker nog – dit van hen verwachten (*onafhankelijk*) (Kieft, 2019).

Bij het indicatieproces komt een hoge mate van professioneel eigenaarschap kijken. V&VN bedoelt met eigenaarschap dat verpleegkundigen staan voor hun vakinhoud en zich als eigenaar hiervan opstellen (Kieft, 2019). Ethische bepalingen in de beroepscode zijn leidend voor al het verpleegkundig handelen dus ook hier: respect, vertrouwelijkheid, eerlijkheid, weldoen, geen schade toebrengen, autonomie en rechtvaardigheid (Kieft, 2019).

Norm 2: Het indicatieproces wordt gedaan door een verpleegkundige die aantoonbaar vakbekwaam is

Van de verpleegkundige mag verwacht worden dat zij aantoonbaar vakbekwaam is om het indicatieproces op een professionele en passende manier uit te voeren en/of in te schatten wanneer zij expertise van derden nodig heeft. Naast zorginhoudelijke kennis is ook een grondige kennis van de sociale kaart en de vigerende wet- en regelgeving noodzakelijk.

Een verpleegkundige is aantoonbaar vakbekwaam in het indicatieproces voor de Zorgverzekeringswet (artikel 2.10 BZv), binnen het eigen deskundigheidsgebied waarvoor opgeleid, wanneer ze voldoet aan de volgende vier voorwaarden:

1. De verpleegkundige is BIG geregistreerd én voldoet aan één of meer van de volgende punten:
 - Verpleegkundigen met een hbo-V-getuigschrift (Bachelor) en/of verpleegkundigen met een-getuigschrift Verplegingswetenschappen/ Gezondheidswetenschappen (Master);
 - Verpleegkundigen met een A-diploma met de wijkantekening (MGZ)³
 - Verpleegkundigen die voor 2018 zijn opgenomen in het deskundigheidsgebied wijkverpleegkundige in het Kwaliteitsregister V&V⁴;
 - Verpleegkundigen met een erkende relevante verpleegkundige NLQF6-vervolgopleiding die past binnen de vier eerdergenoemde expertisegebieden;
 - Verpleegkundigen met een kinderaantekening en een afgeronde HIK training.
2. De verpleegkundige heeft aantoonbaar een aanvullende geaccrediteerde training vakbekwaam indiceren gevolgd (minimaal 24 uur)⁵.
3. De verpleegkundige maakt relevante deskundigheidsbevordering in het eigen vakgebied aantoonbaar via een portfolio, bijvoorbeeld het Kwaliteitsregister V&V⁴ of een Learning Management System (LMS) via de werkgever.
4. De verpleegkundige neemt minimaal driemaal per jaar aantoonbaar deel aan intercollegiale toetsing⁶ met als onderwerp indicatiestelling Zvw. De verpleegkundige brengt minimaal eenmaal per jaar een eigen indicatie in voor intercollegiale toetsing.

Norm 3: Het indicatieproces is gericht op het versterken van eigen regie en

³ De hbo opleiding tot verpleegkundige in de MGZ = Maatschappelijke Gezondheidszorg

⁴ Geen lidmaatschap V&VN vereist

⁵ Alle verpleegkundigen die op 1-1-2025 starten met indiceren voor de Zvw dienen aan deze vier voorwaarden te voldoen. Voor alle verpleegkundigen die reeds indiceren voor de Zvw, geldt dat zij vanaf 1-1-2025 aan voorwaarde 1, 3 en 4 dienen te voldoen. Het is wenselijk dat ook deze groep de training vakbekwaam indiceren volgt.

⁶ Intercollegiale toetsing is een vorm van deskundigheidsbevordering waarbij het professioneel handelen kritisch wordt beschouwd vanuit ervaringen en theoretische inzichten uit de professionele standaard.

zelfredzaamheid van de zorgvrager en zijn steunsysteem

Versterking van eigen regie en zelfredzaamheid is een voorwaarde voor kwaliteit van leven van de zorgvrager. Om eigen regie en zelfredzaamheid te versterken is kennis van en overleg en afstemming met de zorgvrager en zijn steunsysteem noodzakelijk (gezamenlijke besluitvorming).

De nadruk van de verpleging en verzorging in de eigen omgeving komt steeds meer te liggen op de mogelijkheden die burgers met gezondheidsproblemen hebben. Voor (kwetsbare) mensen op zoek naar gezondheid en participatie in de maatschappij is daarbij ondersteuning van een zorgprofessional wenselijk en soms noodzakelijk. Er is sprake van een verschuiving van de traditionele verzorgingsstaat naar de 'participatiesamenleving'. Voor besluiten rondom het indicatieproces betekent dit meer aandacht voor zelfmanagement en preventie, maar ook een duidelijke gerichtheid op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid als belangrijke voorwaarden voor kwaliteit van leven. Samenwerking en afstemming met andere professionals maar ook met vrijwilligers en mantelzorgers is hierbij essentieel. Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij professioneel opereren in dit spanningsveld. Het gaat om maatwerk en cliëntgerichte zorg.

Binnen het indicatieproces staat eigen regie van de zorgvrager centraal waarbij ook het versterken van die eigen regie een belangrijke rol heeft. De verpleegkundige kijkt naar de zorgvrager in zijn eigen context, houdt onder andere rekening met de (in)stabiliteit van de situatie, de leerbaarheid van de zorgvrager en zijn steunsysteem, het ziekte-inzicht en de complexiteit van zowel de zorginhoud als van de omgeving rondom de zorgvrager.

De verpleegkundige gaat hierbij uit van de volgende vragen:

- Wat vindt de zorgvrager belangrijk? Wat zijn de wensen en behoeften?
- Wat kan de zorgvrager zelf (leren)?
- Waarin kunnen (technologische) hulpmiddelen ondersteunend of oplossend zijn?
- Wat kan het (sociale) steunsysteem (onder andere naasten, mantelzorgers en vrijwilligers) voor de zorgvrager doen? En hoe kunnen we het steunsysteem uitbreiden?
- Waarin kan de professionele zorgverlener ondersteunen?
- Wat kan niet door de verpleegkundige georganiseerd worden?

Hierbij wordt een beroep gedaan op de zelfredzaamheid van de zorgvrager binnen de eigen sociale context. Daarnaast wordt rekening gehouden met (technologische) hulpmiddelen om de zorgvrager en zijn steunsysteem (onder andere naasten, mantelzorgers en vrijwilligers) te ondersteunen. Waar nodig kan ook een andere professionele zorgverlener hieraan een bijdrage leveren. Dit wil niet zeggen dat het hier altijd de verpleegkundige betreft, het kan ook een andere professional zijn uit het zorg- en welzijnsdomein. Het zal nodig zijn om ook de onmogelijkheden van de zorgverlening te bespreken, aangezien niet alles kan zoals de zorgvrager wil of dit gewend was. Er wordt door de verpleegkundige een afweging gemaakt tussen de kosten en de baten om zo tot de best passende zorg te komen. Onderstaand figuur (figuur 2) geeft de stapsgewijze verkenning van de zelfredzaamheid van de zorgvrager en zijn steunsysteem weer in relatie tot een besluit over de inzet van professionele zorg. De

piramide dient van boven naar beneden gelezen te worden en dient bij iedere evaluatie opnieuw doorlopen te worden.



Figuur 2 Stappen in de verkenning van zelfredzaamheid van zorgvrager en steunsysteem (Reijngoudt & van Dorst, 2024)

Norm 4: Besluitvorming rond het indicatieproces vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces

Indiceren en organiseren van zorg is niet los te zien van de zorguitvoering. Het verpleegkundig proces bestaat uit gegevensverzameling (anamnese), het vaststellen van verpleegkundige diagnoses, gewenste zorguitkomsten, interventies, uitvoering en evaluatie. De verpleegkundige doorloopt voortdurend alle stappen van het verpleegkundig proces (zie figuur 3). De methodiek die verpleegkundigen hanteren om het verpleegkundig proces te doorlopen, is klinisch redeneren. Het verpleegkundig proces is dynamisch van karakter waarbij de integratie van indicatie en organisatie van zorg onmisbaar is. Enerzijds omdat de situatie van de zorgvrager soms per dag kan veranderen, anderzijds omdat het leren kennen van de zorgvrager en zijn steunsysteem tijd vergt. Een verpleegkundige kan niet indiceren zonder de zorgvrager en zijn systeem te kennen en betrokken te zijn bij de uitvoering van de zorg.

1. Anamnese

Op basis van de vraag/signaal van de zorgvrager en/of zijn steunsysteem vindt de anamnese plaats. De anamnese is een geordende gegevensverzameling⁷ betreffende de gezondheid van de zorgvrager in de eigen context (woon- en leefomgeving). Via vraagverheldering wordt duidelijk welke vragen er spelen en hoe vragen onderling met elkaar samenhangen. De verpleegkundige verzamelt alle gegevens die nodig zijn om de gezondheid, de huidige situatie en context in beeld te krijgen. De verpleegkundige werkt samen met andere (zorg)disciplines en het (in)formele steunsysteem van de zorgvrager. Indien nodig wordt vervolgonderzoek gedaan. Bijvoorbeeld door observatie, het uitvoeren van zorgactiviteiten, gesprekken met de zorgvrager en zijn steunsysteem of door het gebruik van specifieke meetinstrumenten.

2. Verpleegkundige diagnose

Een verpleegkundige diagnose is een klinische uitspraak over de reacties van een persoon, gezin of groep op feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen en/of levensprocessen. De verpleegkundige diagnose is de grondslag voor de keuze van verpleegkundige interventies en voor de resultaten waarvoor de verpleegkundige aansprakelijk is (Gordon, 2004). De verpleegkundige diagnose wordt in de dagelijkse praktijk ook wel zorgproblemen of patiëntproblemen genoemd.

De verpleegkundige diagnose wordt besproken met de zorgvrager en/of zijn naasten en geplaatst in het perspectief van de centrale vragen zoals beschreven bij norm 3. De verpleegkundige besluit, in samenspraak met de zorgvrager en/of zijn naasten, of en wat er met de diagnose gedaan zal worden en of er zorguitkomsten gekoppeld kunnen worden aan de diagnose (zie de volgende stap van het verpleegkundig proces).

Verpleegkundige diagnoses worden genoteerd volgens de PES-structuur: probleem, etiologie, symptomen. De PES-structuur is helpend om tot een heldere verpleegkundige diagnose te komen. Met

⁷ Bijvoorbeeld de gezondheidspatronen van Gordon

de PES-structuur kunnen verbanden tussen het probleem, de oorzaak van het probleem en hoe het probleem tot uiting komt bij de zorgvrager, worden beschreven. De PES-structuur is bij alle gangbare wetenschappelijk gevalideerde verpleegkundige classificatiesystemen te gebruiken. Het gebruik van de PES-structuur stimuleert klinisch redeneren bij verpleegkundigen. Het dwingt hen om na te denken over de onderliggende oorzaken (etiologie) van een probleem en hoe dit zich vertaalt naar de symptomen die de zorgvrager ervaart. Dit helpt verpleegkundigen bij het identificeren van de juiste interventies en het evalueren van de effectiviteit daarvan.

3. Bepalen van (zorg)uitkomsten

Zorguitkomsten worden door de verpleegkundige samen met de zorgvrager en zijn steunsysteem opgesteld in termen van kwaliteit van leven, het voorkomen van verlies, het behoud of het verbeteren van aspecten van het dagelijks functioneren. De zorguitkomsten, bijbehorende doelen en beoogde resultaten worden binnen het indicatieproces duidelijk, gespecificeerd, meetbaar, haalbaar, relevant en tijdgebonden beschreven (Ogbeiw, 2017). Deze beschrijving wordt op passende wijze ingezet op basis van het classificatiesysteem dat wordt gebruikt.

4. Kiezen van interventies

Op basis van gezamenlijke besluitvorming met de zorgvrager en/of zijn steunsysteem wordt door de verpleegkundige vastgesteld welke interventies worden ingezet om tot de gewenste (zorg)uitkomsten te komen. Hierbij is het versterken van zelfredzaamheid en behoud van eigen regie leidend (zie norm 3). De interventies worden gekozen op basis van Evidence Based Practice (EBP) of best practice. De verpleegkundige maakt hierbij gebruik van de laatste wetenschappelijke inzichten, eigen klinische kennis en de voorkeuren van de zorgvrager. De verpleegkundige heeft hierbij de verantwoordelijkheid om up-to-date kennis te hebben en werkt volgens beroepsnormen, kwaliteitsrichtlijnen en -standaarden en wet- en regelgeving. Daarnaast heeft de verpleegkundige de verantwoordelijkheid om de principes van juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener toe te passen. De verpleegkundige bepaalt wie de zorg op welk moment en op welke plek uitvoert.

5. Uitvoeren van de interventies

Afhankelijk van de situatie leert de verpleegkundige de zorgvrager of zijn steunsysteem de juiste interventies aan, voert de verpleegkundige zelf interventies uit of doet de verpleegkundige dit in samenwerking met collega's (taakdelegatie). Op basis van de complexiteit en de stabiliteit van de situatie wordt bepaald hoe, door wie en op welke manier⁸ de interventie wordt uitgevoerd. De reden hiervan is dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor het behalen van de gekozen zorguitkomsten.

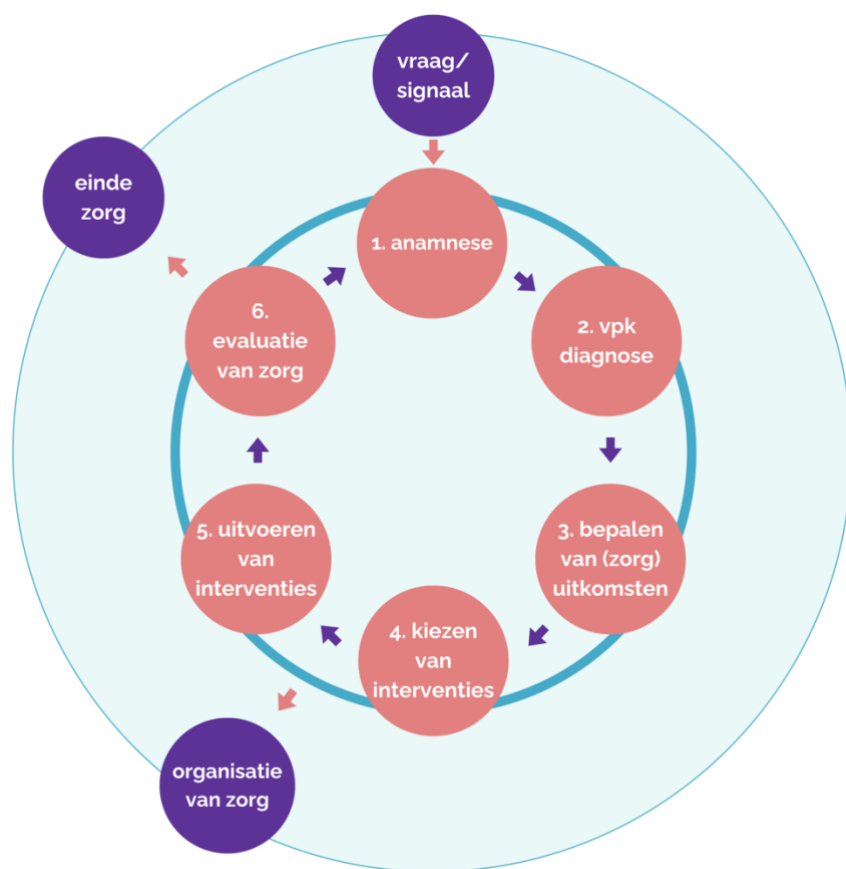
De verpleegkundige beschrijft in de indicatie minimaal wie de zorg uitvoert en hoe dit wordt uitgevoerd (aard van de zorg), voor welke termijn de indicatie wordt afgegeven (duur van de indicatie) en de tijd die nodig is om de interventies uit te voeren (omvang van de indicatie). De interventies worden kort en bondig beschreven. De verpleegkundige monitort de situatie en weegt af of opschaling nodig is of dat

⁸ Hulpmiddelen, e-Health en domotica

de zorg afgeschaald kan worden.

6. Evaluatie van zorg

Interventies en (zorg)uitkomsten worden, samen met de zorgvrager en/of zijn steunsysteem, regelmatig geëvalueerd. De verpleegkundige bepaalt met welke frequentie dit gebeurt. Soms is aanpassing van uitvoering op dagelijks niveau noodzakelijk, soms kan de evaluatie over een langere termijn plaatsvinden. De evaluatie wordt vastgelegd in het dossier en waar nodig wordt het zorgplan aangepast. Hierbij worden de stappen van het verpleegkundig proces opnieuw doorlopen.



Figuur 3 Cirkeldiagram verpleegkundig proces (aangepast)

Legenda

	Het verpleegkundig proces
	Onderdeel van het cyclisch proces/systematisch proces
	Verwijzing naar of samenwerking met andere disciplines
	Het (individueel) zorgplan

Norm 5: De verslaglegging en verpleegkundige overdracht voldoen aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging en de standaard voor overdracht van zorg

Er is gekozen om norm 5 en 6 uit het vorige normenkader samen te voegen in de herijkte versie omdat norm 6 een gevolg is van norm 5. Wanneer men zich aan norm 5 houdt, is ook de overdracht compleet. De verpleegkundige kan zelf de meest adequate vorm van overdracht kiezen.

Verslaglegging

Bij deze norm wordt de meest recente V&VN-richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende verslaglegging gevolgd (zie [Kennisplatform V&VN](#)). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van een wetenschappelijk gevalideerd verpleegkundig classificatiesysteem.

Goede verslaglegging is van belang voor het vaststellen, verlenen, voortzetten, evalueren, overdragen en monitoren van de zorg. In het zorgdossier zijn alle fasen van het verpleegkundig proces meegenomen. Een individueel zorgplan bevat minimaal informatie over aard, omvang, duur en doelen van de zorg (gewenste zorguitkomsten).

De richtlijn stelt dat de volgende punten in het zorgplan dienen te zijn opgenomen:

- Actuele en potentiële verpleegkundige diagnoses (inclusief onderbouwing via subjectieve, objectieve of contextgegevens);
- Beoogde resultaten/doelen zijn duidelijk gespecificeerd, meetbaar, haalbaar, relevant en tijdgebonden beschreven;
- Verpleegkundige en verzorgende interventies;
- Evaluatie van bereikte zorguitkomsten.

(V&VN, 2022).

Overdracht

Een goede overdracht is van groot belang voor continuïteit van zorg tussen alle zorgdomeinen. Het is aan zorgprofessionals om de meest adequate manier van overdragen te kiezen. Vaak zal een zogenaamde 'warme overdracht' aan de hand van de items uit de standaard noodzakelijk zijn. Ook voor gegevensoverdracht geldt de eis van 'informed consent' zoals beschreven in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Literatuurlijst

Bakker, M. (2022). *Time-out voor klinisch redeneren*. Amsterdam: Boom, 3^e geheel herziene druk.

Buma, L. E., Vluggen, S., Zwakhalen, S., Kempen, G. I. J. M., & Metzelthin, S. F. (2022). Effects on clients' daily functioning and common features of reablement interventions: a systematic literature review. *European Journal Of Ageing*, 19(4), 903–929, <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00693-3>.

Cingel, M. van der, van der Wal, H., van den Pol, A., Hernández C. & Bierlaagh D. (2021). Verpleegkundig leiderschap in de praktijk. *TVZ Verpleegkunde in praktijk en wetenschap* 131, 32–35, <https://doi.org/10.1007/s41184-021-1054-0>.

Gordon, M. (2004) *Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing*. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg.

Groot, K. de. (2022). *Notes on nursing documentation: Quality criteria and views of nurses and patients* Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. Alblasterdam: Ridderpint, [Notes on Nursing Documentation: Quality criteria and views of nurses and patients — Vrije Universiteit Amsterdam \(vu.nl\)](https://doi.org/10.1007/s10433-022-00693-3).

Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open*, 6(1), e010091, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>.

Kieft, A. M. M. (2019). *Creating a clear picture of nursing care: Het inzichtelijk maken van verpleegkundige zorg*. Proefschrift Universiteit Tilburg. Alblasterdam: Ridderprint. [Kieft Creating 18 12 2019.pdf \(uvt.nl\)](https://doi.org/10.1007/s10433-022-00693-3).

KNMG (2022). *Herzien: Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht: eigen beheer, geraadpleegd 25-04-2024, [Herzien: Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg | KNMG](https://doi.org/10.1007/s10433-022-00693-3).

Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. van (2012). *Leren van de toekomst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

LOOV (2023). *Opleidingsprofiel Bachelor Nursing*, Amsterdam: eigen beheer, geraadpleegd 25-04-2024, [Opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2030 \(loov-hbov.nl\)](https://doi.org/10.1007/s10433-022-00693-3).

Mohammadi-Shahboulaghi F, Khankeh H, HosseinZadeh T. (2021). Clinical reasoning in nursing student: A concept analysis. *Nursing Forum* 2021 Oct;56(4):1008-1014, <https://doi.org/10.1111/nuf.12628>.

Ogbeiwi, O. (2017). Why written objectives need to be really SMART. *British Journal of Healthcare*

Management. 23. 324-336, <https://doi.org/10.12968/bjhc.2017.23.7.324>.

Pursio K, Kankkunen P, Sanner-Stiehr E, Kvist T. (2021). Professional autonomy in nursing: An integrative review. *Journal Nursing Management*. 2021; 29: 1565–1577, <https://doi.org/10.1111/jonm.13282>.

Reijngoudt, J & van Dorst, J. (2024). *Het verpleegkundig proces*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Rijksoverheid (2023a). *Bestuurlijke Afspraken Zvw-pgb*. Geraadpleegd 25-04-2024, [Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb - 1 januari 2024 t/m 31 december 2026 | Rapport | Rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/07/31/bestuurlijke-afspraken-zvw-pgb)
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/07/31/bestuurlijke-afspraken-zvw-pgb>.

Rijksoverheid (2023b). *Zeggenschap van zorgmedewerkers wettelijk vastgelegd*. Geraadpleegd 27-05-2024 <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2023/06/26/zeggenschap-van-zorgmedewerkers-wettelijk-vastgelegd>.

Rijksoverheid (z.j.). *Besluit zorgverzekering artikel 2.10*. Gebruikte datum 'geldig op 01-01-2024', geraadpleegd 30-07-2024, [Artikel 2.10 Besluit zorgverzekering](#).

V&VN (2015). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Utrecht: eigen beheer, geraadpleegd 27-05-2024. [de-nationale-beroepscode-voor-verpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf \(venvn.nl\)](https://www.venvn.nl/media/lwdls4jg/begroepscodetext.pdf).

V&VN (2019). *Begrippenkader Indicatieproces*. Utrecht: eigen beheer, geraadpleegd 25-04-2024, <https://www.venvn.nl/media/lwdls4jg/begrippenkader-indicatieproces-def.pdf>.

V&VN (2022). *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Utrecht: eigen beheer, geraadpleegd 30-07-2024, <https://kennisplatform.venvn.nl/onderwerp/verslaglegging/>.

V&VN (2024a). *Statement Vakbekwaam Indiceren*. Expertkring Indiceren en Intercollegiale Toetsing. Utrecht: eigen beheer, geraadpleegd 30-07-2024, [statement-wijkverpleegkundigen-vbi-mei-2024.pdf](https://www.venvn.nl/media/lcod1bvh/afspraken-werkwijze-en-verslaglegging-intercollegiale-toetsing.pdf).

V&VN (2024b). *Afspraken werkwijze en advies verslaglegging Intercollegiale Toetsing Indicatieproces*. Utrecht: eigen beheer, geraadpleegd 30-09-2024, <https://www.venvn.nl/media/lcod1bvh/afspraken-werkwijze-en-verslaglegging-intercollegiale-toetsing.pdf>.

Wilkinson, J.M. (2020). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces*. Amsterdam: Pearson, 6^e editie.

World Health Organization (WHO) (1948). *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, 49th edition*, Geneva: World Health Organization, geraadpleegd 25-04-2024, [WHO | Basic documents](https://www.who.int/publications/i/item/9789240025676)

Zorginstituut Nederland (2019). *Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding*. Diemen: eigen beheer, geraadpleegd 25-04-2024, [Verpleegkundige indicatiestelling - een nadere duiding | Standpunt |](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapporten/2019/04/01/verpleegkundige-indicatiestelling-een-nadere-duiding)

Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland & Nederlandse Zorgautoriteit (2022), *Kader Passende Zorg*. Diemen/Utrecht: eigen beheer, geraadpleegd 29-07-2024, <https://www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg>.

Zwakhallen S., Dorst J. van, Bulck A. van den, Bleijenberg N., Schwenke M., Jong J. de & Brabers A. (2023), *Eindrapportage Onderzoek Praktijkvariatie*. Utrecht: eigen beheer, geraadpleegd 30-07-2024 [eindverantwoording_2023_praktijkvariatie_29032024_final.pdf](#).

Bijlagen

Bijlage 1: Uitleg begrippen

Begrip	Omschrijving
Casemanagement	<ul style="list-style-type: none"> Het systematisch aanbieden van gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning als deel van de behandeling door een vaste professional. Deze professional maakt deel uit van een (multidisciplinair) samenwerkingsverband gericht op thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorgers. De casemanagement professional is betrokken vanaf de start van het diagnostisch traject, zo snel mogelijk als de persoon met dementie wil, zonder onnodige wachttijden of wachtlijsten. Het streven is om casemanagement in te schakelen op geleide van de individuele behoefte van de mens met dementie en mantelzorg(er)s. Deze behoefte kan in tijd variëren. Casemanagement dementie eindigt na opname in een woonvorm voor mensen met dementie (zoals een verpleeghuis) door middel van warme overdracht. De casemanagement professional biedt desgewenst nazorg aan de mantelzorg(er)s na overlijden van de persoon met dementie. <p>Bron: Zorgstandaard Dementie (2020) https://www.zorgstandaarddementie.nl/zorgstandaard. Geraadpleegd op 8-8-2024</p>
Eigen regie / zelfregie	<p>Regie over alle domeinen van het eigen leven én alles wat naar eigen inzicht nodig is om een goed leven te leiden.</p> <p>Bron: https://www.movisie.nl/artikel/eigen-regie-wat-weten-we-waar-staan-we</p>
Indicatieproces	<p>Het indicatieproces omvat de verpleegkundige indicatiestelling en de organisatie van zorg.</p> <p>Bron: https://www.venvn.nl/media/lwds4jg/begrippenkader-indicatieproces-def.pdf</p>
Klinisch redeneren	<p>Het binnen het verpleegkundig proces continu procesmatig verzamelen en analyseren van gegevens gericht op het vaststellen van vragen, problemen en mogelijkheden van de zorgvrager of doelgroepen en het kiezen van daarbij passende zorgresultaten en interventies.</p> <p>Bron: https://www.loov-hbov.nl/wp-content/uploads/2023/11/2023-10-30-BN2030.pdf</p>
Mantelzorg	<p>Mantelzorg is alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving. Ook minder intensieve hulp, de hulp aan huisgenoten en de hulp aan instellingsbewoners zijn meegenomen. Mantelzorg is hulp die verder gaat dan de zogenoemde 'gebruikelijke hulp'.</p> <p>Bron: https://www.mantelzorg.nl/pro/onderwerpen/wat-is-mantelzorg/definitie-van-mantelzorg/</p>
Monitoring	<p>Toezicht en controle uitoefenen.</p>

	<p>Bron: www.vandale.nl Geraadpleegd op: 15-5-2014</p>
Organisatie van zorg	<p>Het, middels gezamenlijke besluitvorming, bepalen wie of wat de zorg uitvoert, uitgaande van de principes van EBP, best practices, de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek door de juiste formele of informele zorgverlener.</p> <p>Bron: https://www.venvn.nl/media/lwds4jg/begrippenkader-indicatieproces-def.pdf</p>
PES	<p>Format voor het beschrijven van verpleegkundige diagnose en ondersteunend aan het klinisch redeneren, bestaande uit:</p> <p>P: het gezondheidsprobleem</p> <p>E: de oorzakelijke of samenhangende factoren (etiologie)</p> <p>S: de bepalende kenmerken of het complex van bijbehorende klachten en verschijnselen (signalen en symptomen).</p> <p>Bron: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2010.03573.x</p>
Sociale kaart	<p>In een Sociale Kaart vinden burgers en zorgverleners informatie over organisaties en hun aanbod van diensten, producten en activiteiten in het sociale domein. Ook kan de Sociale Kaart worden ingericht voor een specifieke doelgroep.</p> <p>Bron: https://www.socialekaart.nl/</p>
Sociaal steunsysteem	<p>Een sociaal/maatschappelijk steunsysteem is een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen waarvan kwetsbare mensen zelf deel uitmaken en dat hen en eventueel aanwezige mantelzorgers op vele manieren ondersteunt om in de samenleving te participeren. Het betreft diensten op het gebied van zorg, welzijn en arbeid, en het gaat om zowel formele als informele ondersteuning.</p> <p>Bron: Movisie & Trimbos-instituut (2010). <i>Handreiking maatschappelijke steunsystemen</i>. https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Handreiking%20Maatschappelijke%20Steunsystemen%20%5BMOV-326691-0.3%5D.pdf</p>
Verpleegkundige anamnese	<p>De verpleegkundige anamnese is het verzamelen en interpreteren van gegevens over iemands gezondheidstoestand.</p> <p>Bron: Gordon, M. (2004). <i>Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing</i>. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.</p>
Verpleegkundige diagnose	<p>Een verpleegkundige diagnose is een klinische uitspraak over de reacties van een persoon, gezin of groep op feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen en/of levensprocessen. De verpleegkundige diagnose is de grondslag voor de keuze van verpleegkundige interventies, voor de resultaten waarvoor de verpleegkundige aansprakelijk is.</p> <p>Bron: Gordon, M. (2004). <i>Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing</i>. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.</p>
Verpleegkundige interventie	<p>Eén of meer verrichtingen, al dan niet in samenhang met een of meer andere patiënt/cliëntgebonden handelingen, die allemaal een gemeenschappelijk doel hebben en op basis van verpleegkundige besluitvorming gekozen zijn.</p> <p>Bron: McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (2020). <i>Verpleegkundige interventies</i>. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 5^e druk</p>

<p>Verpleegkundige indicatiestelling</p>	<p>Een dynamisch proces van het vaststellen van welke zorg een zorgvrager in de eigen omgeving nodig heeft, op basis van klinisch redeneren, gegeven de zorgvraag, persoonlijke factoren binnen de omgeving en het systeem waarin de zorgvrager functioneert.</p> <p><i>Bron:</i> https://www.venvn.nl/media/lwds4jg/begrippenkader-indicatieproces-def.pdf</p>
<p>Zelfmanagement</p>	<p>Zelfmanagement is het beslissen en handelen van een individu op basis van persoonlijke keuzes om de gevolgen van een aandoening op het leven te reguleren. Het omvat zelfzorg, zelfhulp en zelfregie. Waar wenselijk gebeurt dit in samenwerking met naasten en met ondersteuning van professionals.</p> <p><i>Bron:</i> https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/samenvatting-ggz-generieke-module-zelfmanagement.pdf</p>
<p>Zelfredzaamheid</p>	<p>Het vermogen om het (fysieke, psychische en sociale) welbevinden op peil te houden – met of zonder (in) formele zorg en ondersteuning – en de regie over het eigen leven te blijven voeren, in een levensfase waarin veranderingen en verliezen onvermijdelijk zijn.</p> <p><i>Bron:</i> https://www.gezondheidsraad.nl/binaries/gezondheidsraad/documenten/adviezen/2018/06/13/zelfredzaamheid-van-ouderen/Zelfredzaamheid+van+ouderen+pro.pdf</p>

Bijlage 2: Deelnemerslijst Herijking Normenkader 2024

Projectgroep 2024

Broek, van den	Esther	V&VN Wijkverpleegkundigen Expertkring Indiceren & Intercollegiale Toetsing
Cornelis	Ingrid	V&VN Technische Thuiszorgverpleegkundigen
Jansen	Gerben	V&VN Dementieverpleegkundigen
Koopman	Milanda	V&VN Wijkverpleegkundigen Expertkring Indiceren & Intercollegiale Toetsing
Meijer-Bemmel	Nicoline	V&VN Wijkverpleegkundigen Expertkring Indiceren & Intercollegiale Toetsing
Reijngoudt	Jelle	V&VN Wijkverpleegkundigen
Scholte	Roos	V&VN Vrouw & Kind

Stakeholders 2024

Bogerd	Jantina	Ministerie van VWS
Dennesen	Lisanne	Zorginstituut Nederland
Egeter	Julia	ActiZ
Erp, van	Loe	Solopartners
Florisson	Annemiek	ActiZ
Groot	Maarten	Ministerie van VWS
Heering	Jenny	Landelijke Huisartsen Vereniging
Hemert, van	Danielle	Zorgverzekeraars Nederland
Iradukunda	Jeannette	ActiZ
Jong, de	Sander	Nederlandse Zorgautoriteit
Lange, de	Aster	Zorginstituut Nederland
Reidsma	Andrea	SPOT
Roubos	Ilse	Nederlandse Zorgautoriteit
Verkerk	Lalè	Zorgthuisnl
Zijderveld	Corine	Patiëntenfederatie Nederland

Bijlage 3: Deelnemerslijst Normenkader 2014

Werkgroep 2014

Dinther, van	Wilma
Hulsink	Martine
Kieft	Renate
Kloek	Yvonne
Lagemaat, van de	Hedy
Sande, van der	Rob
Sprong	Lilian
Sennef	Tine
Wesseling	Berber
Vegt, van der	Hetty

Klankbordgroep 2014

Bont, de	Mariska	V&VN
Boogaard	Petra	BTN
Eyck	Nico	LHV
Lier, van	Riny	ActiZ
Mastenbroek	Carel	CVZ
Meer, van der	Freerkje	CVZ
Mul	Frits	VGN
Schuinder	Gert-Jan	ZN
Wallinga	Gia	V&VN
Zijderveld	Corine	NPCF
Zweerts	Bert	ZN

Stuurgroep 2014

Beumer	Hillie	ActiZ
Bosma	Marcel	ZN
Dijk, van	Diana	VNG
Maasdam	Mirjam	ZN
Langerak, van	Diana	BTN
Leistra	Ellen	VWS
Zijlstra	Helma	V&VN

Meeleesgroep 2014

Adrichem, van	Jos	Kraaij, van	Thea
Aken-Richards	Marleen	Kamperman	Marlies
Bakens	Judy	Kleijs	Jeanet
Bakens	Peter	Kloosterman	Dorien
Bolluijt	Aart	Koops-Oosterhuis	Aletta
Bos	Anne	Leeuwerk, de	Marja
Bouter	Gera	Leijnse	Suzanne
Brink, van den	Yolande	Mossel	Roeli
Broek, van den	Hermion	Nouwen	Mijke
Dalen, van	Sandra	Pistorius	Menno
de la Fuente	Edith	Rijsdijk	John
Dorst, van	Jose	Rippen	Hester
Engels	Diana	Roekel, van	Emma
Engelsman	Lisette	Saers	Aline
Graaf, van de	Ada	Scholten	Julia
Groenenberg	Annette	Schuurmans	Marieke
Groenewegen	Patrick	Slegt-Maatman, van der	Hedwig
Habes	Vera	Tijdhof	Anne
Hamers	Karin	Velde, van der	Cilleke
Hazelaar	Kars	Verberk	Geneviève
Heijnen-kaales	Yvonne	Visser	Remco
Hendriks	Jacqueline	Vlugt, van der	Els
Hoeijmakers	Marjan	Voordouw	Ineke
Jansen Schuiling	Monique	Vreeke	Erna
Jaspers	Joop	Vriendjes	Laura
Jong, de	Rita	Wagemaker	Jacobien
Jong, de	Rolien	Willemsen	Ellen
Jonge-Bonefaas, de	Elly	Zilverentant	Marjolein