

HANDREIKING

Kindzorg

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



KINDER
VERPLEEGKUNDE
NL

v&vn



KINDER
VERPLEEGKUNDE
NL

Colofon

Handreiking Kindzorg

Toelichting voor kinderverpleegkundigen voor het inventariseren en organiseren van de zorg in de eigen leefomgeving voor kinderen van 0 tot 18 jaar

Utrecht, juni 2020

Redactie
Volgt

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

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

Voorwoord

Sinds 2015 is voor de extramurale kindzorg het indiceren en organiseren van de zorg en hulp voorbehouden aan de kinderverpleegkundige. De kinderverpleegkundige onderzoekt, vraagt, verheldert, stelt vast en organiseert, samen met het kind én ouders/gezin, wat de zorgvragen en hulpbehoeften zijn en welke zorginzet nodig is.

Niet alleen de rol van de kinderverpleegkundige is anders geworden, ook de visie op wat goede zorg is, en wat zorgverleners daaraan kunnen bijdragen, is veranderd. Veel meer dan voorheen staan eigen regie en zelfredzaamheid van kind en ouders/gezin centraal. Het is de welbekende omslag van zorgen voor naar zorgen dat. Wat voor een individu realistische doelen zijn, verschilt van kind tot kind. Hier is maatwerk van de kinderverpleegkundige vereist om tot een goede indicatie te komen.

Deze handreiking is bedoeld om alle betrokkenen – kinderverpleegkundigen, ouders, collega's in de kindzorg, zorgorganisaties/zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers – inzicht te geven in het indicatieproces voor de kinderverpleegkundige zorg in de eigen leefomgeving van het kind. Daarnaast inzicht in de begrippen die daarbij worden gebruikt. Want het is belangrijk dat we discussies kunnen voeren op basis van dezelfde verpleegkundige taal.

Wanneer is er bijvoorbeeld sprake van ouderlijke zorg en wanneer van kinderverpleegkundige zorg? Hoe stel je vast onder welk wettelijk kader de benodigde zorg valt? En hoe bepaal je aan de hand van de hele context van het gezin of ouders in staat zijn zelf bepaalde verpleegkundige interventies uit te voeren? In welk geval is er sprake van kinderverpleegkundig toezicht en wanneer niet?

Mijn dank is groot aan de leden van de schrijfgroep die, met ondersteuning van het Zorginstituut, gedurende vele uren schrijven en overleggen alle begrippen hebben 'uitgeplozen en ontrafeld'. Zeer veel dank ook aan de tientallen indicierend kinderverpleegkundigen die tijdens dit schrijfproces hebben meegelezen en feedback hebben gegeven.

We leggen zo een stevig fundament om het gesprek over goede en gepaste kindzorg aan te gaan. Ieder vanuit zijn of haar rol, met respect voor elkaars ervaring, deskundigheid en professionaliteit.

Conny van Velden
Bestuurder a.i. V&VN

Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
Leeswijzer.....	8
1. Inventariseren en organiseren van zorg en hulp.....	10
1.1 Rol kinderverpleegkundige	10
1.2 Rol kinderarts of medisch specialist	11
1.3 Belangrijke begrippen in de inventarisatiefase	12
1.3.1 Begrip 1 - Geneeskundige zorg	12
1.3.2 Begrip 2 - Medische specialistische zorg buiten het ziekenhuis.....	13
1.3.3 Begrip 3 - Kinderverpleegkundige zorg	13
1.3.4 Begrip 4 - Verpleegkundig redeneren.....	15
1.3.5 Begrip 5 - Zelfredzaamheid en eigen regie.....	17
2. Het verpleegkundig proces.....	23
2.1 Fase 1 - Vraagverheldering (gegevensverzameling: anamnese).....	24
2.1.1 Begrip 1 - Hulpbehoeftecan	24
2.1.2 Begrip 2 - Inventarisatiegesprek	24
2.1.3 Begrip 3 - Warme overdracht.....	26
2.1.4 Begrip 4 - Digitale overdracht	27
2.1.5 Begrip 5 - Multidisciplinair overleg (MDO).....	27
2.1.6 Welke tools kan ik toepassen?	27
2.2. Fase 2 - Diagnosestelling/probleemstelling.....	27
2.2.1 Begrip 1 - Geneeskundige zorg	28
2.2.2 Begrip 2 - Voorbehouden en risicovolle handelingen.....	28
2.2.3 Begrip 3 - Ouderlijke zorg.....	30
2.2.4 Begrip 4 - Kinderverpleegkundig toezicht	33
2.2.5 Begrip 5 - Medicatietoediening (bij kinderen).....	34
2.2.6 Begrip 6 - Voeding (bij kinderen)	35
2.2.7 Welke tools kan ik toepassen?	36
2.3 Fase 3 - Plannen van gewenste resultaten (zorgdoelen).....	37
2.3.1 Begrip 1 - Zorgplan	37
2.3.2 Begrip 2 - Integraal zorgplan	37
2.3.3 Begrip 3 - Kinderverpleegkundige zorg stopt.....	38

2.3.4 Welke tools kan ik toepassen?	38
2.4 Fase 4 – Vaststellen en organiseren van (EBP) interventies	38
2.4.1 Begrip 1 – Inzet van eigen sociaal netwerk	38
2.4.2 Begrip 2 – Inzet van mantelzorgers	39
2.4.3 Begrip 3 – Vergroten van kennis en inzicht bij kind en ouders	39
2.4.4 Begrip 4 – Inzet van complementaire zorg	39
2.4.5 Begrip 5 – Inzet van kinderverpleegkundige zorg (uitvoerend)	40
2.4.6 Begrip 6 – Inzet van kinderverpleegkundige zorg (expertise)	40
2.4.7 Begrip 7 – Kinderverpleegkundige zorg palliatieve fase	41
2.4.8 Begrip 8 – Kinderverpleegkundige zorg terminale fase	41
2.4.9 Begrip 9 – Nazorg	41
2.4.10 Begrip 10 – Blokzorg	41
2.4.11 Begrip 11 – Routezorg	42
2.4.12 Begrip 12 – Oproepbare zorg	42
2.4.13 Begrip 13 – Zorg op kinderdagverblijf, kinderopvang, basisschool of voortgezet onderwijs ..	42
2.4.14 Begrip 14 – Verpleegkundig kinderdagverblijf en kindorzorghuis	43
2.4.15 Welke tools kan ik toepassen?	43
2.5. Fase 5 – Plannen en uitvoeren van interventies	44
2.6. Fase 6 – Monitoren en evalueren van de zorg	44
3. Verzekerde zorg	46
3.1 Begrip 1 – De verzekerde	46
3.2 Begrip 2 – De zorgverzekeraar	46
3.3 Begrip 3 – 'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'	47
3.4 Begrip 4 – Geneeskundige context	48
3.5 Begrip 5 – Indicatiestelling	48
3.6 Begrip 6 – Rechtmatigheid	49
3.7 Begrip 7 – Doelmatigheid	49
3.8 Begrip 8 – Second opinion en herbeoordeling	49
3.9 Welke tools kan ik inzetten?	50
Literatuur- en bronnenlijst	51

Inleiding

In 2015 hebben de hervormingen langdurige zorg geleid tot een zorgstelselwijziging. 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 extramurale zorg wordt sinds 2015 niet langer gedaan door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), maar door de verpleegkundige in de eigen leefomgeving. Een belangrijke wijziging vanaf 2015 is dat de toegang tot *'verpleging en verzorging in de eigen omgeving'* aan te vragen is zonder tussenkomst van een arts. Er is geen verwijzing meer nodig. De verpleegkundige is rechtstreeks te benaderen en komt achter de voordeur van de verzekerde om de zorg te indiceren en te organiseren. De verpleegkundige stelt tevens vast onder welk wettelijk kader de zorg valt.

Rollen en verantwoordelijkheden

De wijzigingen in de wetgeving vragen om een aanpassing in de werkwijze van verpleegkundigen en verzorgenden. Het stimuleren, bevorderen en behouden van eigen regie en zelfredzaamheid vragen om een andere attitude. Het *'zorgen voor'* heeft plaatsgemaakt voor het *'zorgen dat'* waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid de belangrijkste pijlers zijn van het Nederlandse gezondheidssysteem (triple aim). Van de verpleegkundige wordt verwacht dat zij verpleegkundig leiderschap toont als het gaat om *'indiceren en organiseren van zorg'*. Leiderschap heeft niets te maken met hiërarchisch leiding geven of nemen, maar houdt in *'staan voor het vak/beroep'*, initiatieven nemen en professionele autonomie. Niet wat anderen vinden wat je moet doen als verpleegkundige, maar zelf iets vinden, beslissen, keuzes onderbouwen en in actie komen.

Kindzorg is een specialisme

In Nederland hebben de kindergeneeskunde en kinderverpleegkunde een geheel eigen plek binnen de gezondheidszorg, zowel intramuraal als extramuraal. Alleen als de zorgprofessional een specifieke opleiding heeft gevolgd, is deze bevoegd om zieke kinderen te behandelen en/of te verplegen. De kinderverpleegkundige heeft tijdens de opleiding competenties ontwikkeld die eraan bijdragen dat zij kan acteren op het feit dat een (ziek) kind altijd in meer of mindere mate afhankelijk is van zijn/haar omgeving. Door het werken als kinderverpleegkundige ontwikkelt de professional deze competenties verder en wordt zo expert in het vakgebied kinderverpleegkunde. Zie ook het Expertisegebied Kinderverpleegkunde (V&VN, 2016).

De kinderverpleegkundige maakt onderdeel uit van het Medische Kindzorg Systeem (MKS) waarin alle betrokken professionals streven naar integrale kindzorg voor de vier kinderleefdomeinen¹ waarbij het kind centraal staat en het gezin de regie heeft. De kinderverpleegkundige is voor alle vier kinderleefdomeinen een belangrijke samenwerkingspartner.

Normenkader indicatiestelling

Kinderverpleegkundigen werken bij de inventarisatie van zorgvragen en hulpbehoeften voor extramurale zorg vanuit het normenkader indicatiestelling dat is opgesteld door V&VN (2014). In dat kader worden de zes normen beschreven waaraan een Hbo- of masteropgeleide verpleegkundige moet voldoen om te mogen indiceren en organiseren voor de Zvw. Deze handreiking gaat niet specifiek in op het normenkader zelf. Het is de wens van kinderverpleegkundigen om een handreiking normenkader voor kindzorg te maken. Deze wordt in 2020 verwacht.

Wat maakt de indicatiestelling en de zorg rondom kinderen zo bijzonder?

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

Wanneer een kind gezond is, zal het opgroeien tot volwassene normaliter geen probleem zijn. Wanneer een kind ziek is en afhankelijk is van zorg zal dit meer van het kind en gezin vragen. Als het kind langdurig, ernstig of chronisch ziek is, heeft dit impact op het hele gezin. Kinderverpleegkundigen houden 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/gezin.

Kinderen zijn anders in hun zorgvragen en hulpbehoeften dan volwassenen. De verschillen uiten zich op zowel lichamelijk, psychosociaal als op emotioneel niveau. Het stadium van ontwikkeling waarin het kind zich bevindt, is medebepalend voor zijn zorgvragen en hulpbehoeften en dus voor de inhoud van de kinderverpleegkundige zorgverlening (V&VN, 2016). Dit alles maakt dat de indicatiestelling en zorginzet rondom een kind er anders uit ziet en om specifieke kennis en expertise vraagt. Daarnaast komen tijdens de inventarisatie van de zorgvragen en hulpbehoeften bij kinderen begrippen aan de orde die in de zorg voor volwassenen geen rol spelen, bijvoorbeeld de term '*ouderlijke zorg c.q. verantwoordelijkheid*'.

¹ De vier kinderleefdomeinen zijn 1. Medisch, 2. Sociaal, 3. Ontwikkeling en 4. Veiligheid

Verwachtingsmanagement

In toenemende mate blijkt dat het kind en de ouders al toezeggingen krijgen van zorgprofessionals in andere zorgsettingen over de hoeveelheid zorg en ondersteuning die zij kunnen verwachten in de eigen leefomgeving. Deze zorgprofessionals zijn meestal niet betrokken bij de inventarisatie van de zorg aan kind en gezin in de eigen leefomgeving. Ze zijn tevens niet bevoegd of verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Dit leidt tot verwachtingen bij kind en ouders die in de praktijk niet altijd haalbaar zijn. En belemmerend werken voor de kinderverpleegkundige die de inventarisatie van de zorgvragen en hulpbehoeften uitvoert bij het kind en ouders in de eigen leefomgeving. Daarom een dringende oproep aan zorgprofessionals om geen toezeggingen meer te doen.

Visie op gezondheid

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 en Zorg 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, zij).

Voor kinderen is van het Handvest een kindgerichte versie geschreven.

Vanuit deze visies is het belangrijk dat de kinderverpleegkundige het kind en de ouders ondersteunt en begeleidt in het leren omgaan met de uitdagingen van het leven. Waarbij het uitgangspunt van de kinderverpleegkundige is: het voeren van de eigen regie door het kind en de ouders. Dit alles in relatie tot draagkracht en draaglast van het gezin. Het is de taak van de kinderverpleegkundige om te kijken welke professionele en niet-professionele ondersteuning noodzakelijk is om dit mogelijk te maken en op welke wijze het kind de gelegenheid krijgt om zijn eigen weg hierin te vinden.

Zorgvraag en hulpbehoefte

Op basis van verpleegkundig redeneren (zie § 1.3.4) stelt de kinderverpleegkundige vast wat de zorgvragen zijn in het medisch kinderleefdomein. De kinderverpleegkundige maakt hierbij onderscheid tussen zorgvraag en hulpbehoefte. Een zorgvraag betreft altijd de behoefte aan zorg en ondersteuning voor het kind: wat is de zorgvraag? Wat kan het kind zelf? En waar heeft het hulp en ondersteuning nodig? Een hulpbe-

hoefte is de mate aan hulp en ondersteuning voor ouders om de verantwoordelijkheid voor de zorg voor het zieke kind op zich te nemen, te organiseren, te begeleiden en uit te voeren of uit te kunnen blijven voeren (continuïteit blijven bieden).

Hulpmiddelen

Om de zorgvragen en hulpbehoeften te inventariseren maakt de kinderverpleegkundige gebruik van instrumenten en hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld de hulpbehoeftescan. Het is de wens van de beroepsgroep om alle hulpmiddelen te verzamelen in één toolbox die toegankelijk is voor alle kinderverpleegkundigen. De verwachting is dat deze in 2020 beschikbaar komt.

Leeswijzer

De handreiking is bedoeld om tot een eenduidige manier van inventarisatie, indicatie en organisatie van kinderverpleegkundige zorg te komen. De handreiking beschrijft de gewenste situatie zoals kinderverpleegkundigen hun vak zien en willen werken. Het heeft tijd nodig om tot deze situatie te komen. Deze handreiking gaat nadrukkelijk niet in op 'HOE' de kinderverpleegkundige dient te werken, maar geeft de kaders aan waar binnen de kinderverpleegkundige maatwerk kan indiceren en organiseren voor de zorgvragen en hulpbehoeften van het kind en ouders. Voor het praktisch uitvoerbaar maken van de handreiking is de toolbox onmisbaar.

Deze handreiking bestaat uit verschillende onderdelen waarbij er uitleg wordt gegeven over begrippen:

- De betrokkenen in het zorgproces van het zieke kind en diens gezin in de eigen leef- en woonomgeving en welke rol zij hebben;
- De context waarbinnen de zorg aan het zieke kind en diens gezin kan plaatsvinden;
- Het verpleegkundig proces, het verpleegkundig redeneren en de geneeskundige context waaruit deze zorg kan worden verantwoord;
- De begrippen die een rol spelen bij 'verzekerde zorg' rondom het zieke kind en diens gezin in de eigen leefomgeving.

De begrippen zijn niet alleen van toepassing op de inventarisatie van de zorgvragen en hulpbehoeften voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar, maar ook op het organiseren, invullen en verlenen van zorg aan kind en gezin in de eigen woon- en leefomgeving, ongeacht de leveringsvorm zorg in natura (zin) of persoonsgebonden budget (pgb) van de Zvw.

Als het gaat om kindzorg in de eigen leefomgeving voor kind en de ouders, is alle geldende wet- en regelgeving in de Nederlandse gezondheidszorg, zoals onder andere de WGBO, van toepassing.

Bij het maken van deze handreiking is besloten geen begrippen meer te gebruiken uit de AWBZ. De termen die in deze handreiking worden gebruikt sluiten aan bij de huidige praktijk (en tijd) en geven duidelijkheid aan alle betrokkenen en/of belanghebbers in het indicatieproces.

Voor de leesbaarheid is in de tekst de kinderverpleegkundige aangeduid als 'zij' en het 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. Tevens degene waar zorg voor noodzakelijk is. Waar ouders staat is dit uiteraard ook te vervangen door 'wettelijk vertegenwoordiger(s)' of 'vaste verzorger(s)'.

1. Inventariseren en organiseren van zorg en hulp

Het inventariseren van de zorgvragen en hulpbehoeften die het kind en het gezin hebben, is de start van het organiseren van de zorg- en hulpverlening. Hierbij speelt het verpleegkundig proces een belangrijke rol (zie hoofdstuk 2). Er zijn meerdere professionals betrokken bij de inventarisatie die elk hun eigen rol hebben.

1.1 Rol kinderverpleegkundige

Een kinderverpleegkundige heeft een specialistische vervolgopleiding gevolgd. Hiermee heeft zij kennis en expertise over gezonde en zieke kinderen tussen de 0 en 18 jaar. In het Expertisegebied Kinderverpleegkundige zijn de vereiste kennis, vaardigheden en attitude, aan de hand van de zeven CanMedsrollen uitgewerkt (V&VN, 2016).

Kinderverpleegkundigen in de extramurale zorgsetting bekijken een kind te allen tijde vanuit de vier kinderleefdomeinen: medisch, sociaal, ontwikkeling en veiligheid, zoals die beschreven staan in het MKS. Op die manier wordt er niet alleen geacteerd vanuit het medisch kinderleefdomein maar wordt er ook rekening gehouden met de invloeden van de andere drie kinderleefdomeinen en kunnen problemen en oplossingen in samenhang worden gezien.

De kinderverpleegkundige houdt niet alleen rekening met het kind, maar ook met de rest van het gezin en de keuzes die zij als gezin willen maken in hun sociaal maatschappelijk leven. De samenwerking met het kind, de ouders en alle direct betrokkenen is van groot belang om hen te stimuleren en te begeleiden naar de best mogelijke situatie van zelfstandigheid. Hierbij streeft de kinderverpleegkundige naar het inzetten, opbouwen en/of behouden van de eigen kracht van het kind, de ouders en het gezin om de regie te kunnen blijven voeren.

Het kind en ouders mogen van de kinderverpleegkundige verwachten dat zij:

- afgestemde zorg biedt vanuit de samenwerking met iedere noodzakelijke discipline;
- voldoende kennis heeft over het ziektebeeld of de aandoening van het kind;
- goed in staat is om te beoordelen hoeveel zorg en hulp er nodig is;
- de regie en coördinatie van de zorg deelt met de ouders;
- in overleg met kind en ouders beoordeelt wie de zorg het beste kan uitvoeren;
- in overleg met kind en ouders beoordeelt welke ondersteuning vanuit het eigen sociaal netwerk wordt ingezet;
- de zorg structureel en regelmatig evalueert op basis van professioneel inzicht;

- kind en ouders altijd informeert over de inzet van preventieve maatregelen en afspraken;
- niet alleen de verpleegkundige interventies uitvoert maar daarnaast een signalerende, coachende en coördinerende rol heeft;
- voldoende gespreksvaardigheid bezit, waarbij zij het kind en de ouders als samenwerkingspartners ziet, waardoor er gezamenlijke besluitvorming tot stand komt;
- voor een advance care planning (ACP) zorgt (= voorbereiden op wat er nog gaat komen);
- alle in samenspraak gemaakte afspraken vastlegt in het zorgplan;
- te allen tijde een warme overdracht (zie § 2.1.3) organiseert bij ontslag uit het ziekenhuis of een andere instelling ongeacht de duur van de opname, de reden van de opname en/of de zorgvraag die daaraan ten grondslag ligt.

1.2 Rol kinderarts of medisch specialist

De kinderarts neemt een belangrijke plaats in tijdens het inventarisatieproces, maar ook in het gehele proces van zorg in de eigen leefomgeving van het kind. De kinderarts of medisch specialist waar het kind onder behandeling is, blijft ook in de eigen leefomgeving eindverantwoordelijk voor de medische zorg. De kinderarts is hierbij verantwoordelijk voor het 'wat': wat moet er in de eigen leefomgeving medisch gezien gebeuren? De extramuraal werkende kinderverpleegkundige is daarin een belangrijke samenwerkingspartner voor de kinderarts of medisch specialist. Waarbij de wijze waarop of hoe dit gebeurt wordt vormgegeven door de kinderverpleegkundige. Een goede samenwerking tussen beide specialismen is een vereiste om de zorg in de eigen leefomgeving veilig en verantwoord te kunnen organiseren. De kinderarts of medisch specialist heeft hierbij het professionele inzicht, de (meet)gegevens en de informatie van de kinderverpleegkundige nodig. De samenwerking tussen de kinderarts en de kinderverpleegkundige buiten het ziekenhuis verschilt daarin niet ten opzichte van de samenwerkingsrelatie als de zorg in het ziekenhuis plaatsvindt. Deze samenwerkingsrelatie in de extramurale setting is juist intensiever, omdat de kinderarts zich niet dagelijks op de hoogte stelt van de medische situatie van het kind thuis.

Indien er in de eigen leefomgeving sprake is van het uitvoeren van voorbehouden handelingen conform de Wet BIG, is een schriftelijke opdracht van de kinderarts of medisch specialist vereist indien een BIG-zorgprofessional deze handeling gaat uitvoeren (zie ook § 2.2.2).

Vanuit de samenwerking tussen kinderarts en kinderverpleegkundige mogen het kind en ouders verwachten dat:

- na de inventarisatie van zorgvragen en hulpbehoeften de kinderverpleegkundige verifieert bij de kinderarts/medisch specialist en deze informeert over:
 - o bevindingen en verpleegkundige diagnoses (probleemstellingen);
 - o geformuleerde doelstellingen en bijpassende interventies;
 - o voortgang van de zorg en hulp in de eigen leefomgeving.
- bij een ziekenhuisopname de kinderverpleegkundige vanuit de eerste lijn:
 - o zorgdraagt voor een duidelijke en 'warme' overdracht waarbij zij de zorgprofessionals in het ziekenhuis op de hoogte brengt van de doelen en hen stimuleert om deze doelen zo mogelijk te continueren;
 - o een regelmatig 'warm' contact heeft met de kinderarts/medisch specialist en het kind en de ouders tijdens de opname van het kind in het ziekenhuis;
 - o voorafgaand aan het contact met de kinderarts of de medisch specialist kind en ouders altijd informeert over de reden van dit contact;
 - o na dit contact altijd aan het kind en de ouders terugkoppelt, wat er besproken is en welke (nieuwe) afspraken er zijn gemaakt.
- de kinderverpleegkundige het zorgplan bijstelt op geleide van veranderingen in het medisch beleid van de kinderarts/medisch specialist.

(MKS, zj)

Vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is aangegeven dat er meer afstemming nodig is tussen de kinderarts en de kinderverpleegkundige. Er is een goede samenwerking tussen professionals nodig om te komen tot zorg die voldoet aan de kwaliteitsstandaard kindzorg. Om deze goede samenwerking tot stand te brengen en te behouden is het noodzakelijk dat ouders (in overleg) toestemming geven aan de kinderverpleegkundige om contact met hen en andere betrokken professionals op te kunnen nemen, wanneer dit ten goede komt aan de zorg voor het kind. De kinderverpleegkundige funktioneert als een autonome professional. Hierbij is de samenwerking met de kinderarts en/of de medisch specialist onontbeerlijk voor kwalitatief goede kinderverpleegkundige zorg (IGJ, 2019)

1.3 Belangrijke begrippen in de inventarisatiefase

1.3.1 Begrip 1 – Geneeskundige zorg

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 of een palliatief traject start. De kinderverpleegkundige inventariseert de zorgvragen en

hulpbehoeften voor de aanspraak *'verpleging en verzorging in de eigen omgeving'* in de Zorgverzekeringswet. Deze zorg omvat *'zorg zoals kinderverpleegkundigen plegen te bieden en houdt verband met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'*.

De zorgvragen en hulpbehoeften vanuit de vier kinderleefdomeinen kunnen door elkaar heen lopen. Het is de taak van de kinderverpleegkundige om de totale zorg te inventariseren. De kinderverpleegkundige coördineert de medische en verpleegkundige zorg. Zij houdt *'de vinger aan de pols'* als de zorg die tot de andere kinderleefdomeinen behoort en door zorgprofessionals wordt uitgevoerd. Hierin zoekt de kinderverpleegkundige de samenwerking met de andere professionals. Het is hierbij belangrijk om duidelijk te maken in hoeverre taken, werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de kinderverpleegkundige reiken. De kinderverpleegkundige bepaalt wat buiten haar domein valt en welke andere zorgverleners aanvullende zorg en hulp kunnen verlenen (MKS, zj-h).

1.3.2 Begrip 2 – Medische specialistische zorg buiten het ziekenhuis

Medische specialistische zorg buiten het ziekenhuis is zorg waarbij de kinderarts of medisch specialist verantwoordelijk blijft voor de medische behandeling thuis. Het betreft hier de zorg die noodzakelijk is in het medische kinderleefdomein en niet de zorg en hulp in de andere drie kinderleefdomeinen. De kinderverpleegkundige zorg in de extramurale setting voor kinderen tussen de 0 en 18 jaar valt onder de aanspraak *'verpleging en verzorging in de eigen omgeving'* in de Zvw (Rijksoverheid, 2005).

De kinderverpleegkundige is verantwoordelijk voor de kinderverpleegkundige zorg om de voorgeschreven (be)handeling uit te voeren en te monitoren en haar observaties te delen met kind, ouders en de behandelend arts (MKS, zj-j).

1.3.3 Begrip 3 – Kinderverpleegkundige zorg

Kinderverpleegkundige zorg is verpleging en verzorging oftewel *'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'* (zie § 3.3). Dit omvat het totale *'arsenaal'* van de verpleegkundige. De kinderverpleegkundige richt zich op de totale zorgvraag en hulpbehoefte van het kind en het gezin, waarbij niet alleen de nadruk ligt op het medische en verpleegkundige deel, maar ook de coördinerende en signalerende rol belangrijk is tussen alle vier de kinderleefdomeinen. De regie en coördinatie over de uitvoering van de kinderverpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis valt onder de verantwoordelijkheid van de kinderverpleegkundige.

De kinderverpleegkundige heeft tijdens haar werkzaamheden een begeleidende en coachende rol. Kinderverpleegkundige begeleiding is de noodzakelijke begeleiding die het kind nodig heeft en die samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg

of het risico daarop, zoals in het Besluit Zorgverzekering staat beschreven². Met begeleiding tijdens kinderverpleegkundige zorg wordt bedoeld, het:

- instrueren van het kind en de ouders bij het aanleren van (verpleegkundige) vaardigheden, het ondersteunen;
- adviseren bij in te zetten interventies;
- inzetten van gezondheidsbevorderende activiteiten en preventieve maatregelen;
- geven van advies en voorlichting;
- coachen van het kind, de ouders en informele zorgverleners met als doel het stimuleren van eigen regie van kind en ouders.

De kinderverpleegkundige beredeneert en stemt met kind en ouders af wie wat doet. Dit is altijd maatwerk. Waar noodzakelijk voert de kinderverpleegkundige de kinderverpleegkundige zorg uit. Waar mogelijk start zij aanleertrajecten van de verpleegkundige interventies, zoals bijvoorbeeld bij voorbehouden en risicovolle handelingen, aan kind en ouders of andere betrokkenen. Het onderscheid tussen 'noodzakelijk' en 'mogelijk' is maatwerk en komt tot stand door verpleegkundig redeneren en het professioneel inzicht van de kinderverpleegkundige.

Kinderverpleegkundigen spelen tevens een grote rol in de preventie zodat dreigende gezondheidsrisico's en instabiele gezondheidssituaties bij het kind en overbelasting bij ouders kunnen worden voorkomen.

Zolang er sprake is van een instabiele gezondheidssituatie of achteruitgang, blijft de kinderverpleegkundige in beeld. Maar ook wanneer er sprake is van een stabiele situatie bij een kind met een chronische aandoening of lichamelijke beperking kan het noodzakelijk zijn dat de kinderverpleegkundige in beeld blijft. Het kinderverpleegkundige domein strekt zich uit van het bevorderen van de kwaliteit van het leven van het kind tot en met het stimuleren en ondersteunen van de eigen regie, zelfredzaamheid en zelfmanagement.

² 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).

Kinderverpleegkundige begeleiding

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

1.3.4 Begrip 4 – Verpleegkundig redeneren

Verpleegkundig redeneren is klinisch redeneren.

"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 een belangrijke professionele basisvaardigheid van artsen, fysiotherapeuten en ook van verpleegkundigen. Een basisvaardigheid waarin kritisch denken, reflecteren, afwegen en besluiten nemen centraal staan. Verpleegkundigen leggen de focus hierbij op de gevolgen van ziekte voor de kwaliteit van leven en op preventie. Het heet klinisch redeneren omdat het gericht is op de individuele patiënt in de praktijk. Goed klinisch redeneren leren verpleegkundigen door theoretische kennis én hun praktijkleerervaringen toe te passen in een patiëntsituatie. Alleen theoretische kennis toepassen is nog geen klinisch redeneren. Zowel theoretische kennis als de context én complexiteit van de patiëntsituatie én de competenties van de verpleegkundige zijn van invloed op de mate van het verpleegkundig redeneren en daarmee op de kwaliteit van zorg die een patiënt krijgt (Van Straalen & Schuurmans, 2016).

Wat betekent dit voor de kinderverpleegkundige?

Het werken met zieke kinderen en hun gezinnen vereist een sterk ontwikkeld observatievermogen, een continue scherp nadenkende geest, een goed organiserend en handelend vermogen en een kritische houding ten aanzien van het eigen handelen. Een kinderverpleegkundige reageert adequaat en efficiënt op zorgvragen en hulpbehoeften die worden vastgesteld. Op methodische wijze (verpleegkundig proces) inventariseert, analyseert en concludeert zij wat de inzet van zorg en hulp moet zijn.

Ook tijdens de uitvoering van de zorg (uitoefening van het beroep) is sprake van continu verpleegkundig redeneren.

De zes fasen van het verpleegkundig proces (klinisch redeneren) zijn uitgewerkt in 11 kleine overzichtelijke stappen, als verdieping van het verpleegkundig proces, ondersteund door methodieken en structuren (zie tabel 1). Kinderverpleegkundigen streven naar eenduidigheid in het kinderverpleegkundig denken en handelen. Op deze manier is het redeneren navolgbaar. De elf stappen zijn gebaseerd op de methodiek van Bakker en van Heycop ten Ham (2014). De - nog te ontwikkelen - toolbox bevat de uitgebreide versie van het verpleegkundig redeneren voor kinderverpleegkundigen.

Tabel 1 Stappenplan verpleegkundig redeneren

Verpleegkundig proces	Stappen	Wat betekent dit?
Fase 1 - Vraagverheldering (gegevensverzameling)	1. Informatiebronnen selecteren	Wie zijn er allemaal betrokken bij het kind en het gezin binnen alle vier kinderleefdomeinen?
	2. Inventariseren	Wie, Wat, Waar, Wanneer, Waarom (5 W's) en Hoe en Hoe vaak (2 H's) Is de informatiebron een serieuze bron? Klinkt het logisch? Is er een belang? Klopt het met het professionele inzicht?
	3. Concretiseren	Is de verkregen informatie objectief of subjectief? Subjectieve informatie objectief maken
	4. Afstemmen	Is er informatie tussen de kinderleefdomeinen die verband met elkaar heeft?
Fase 2 - Diagnosestelling	5. Concluderen	Formuleer op basis van argumenten en inzichten - die begrijpelijk en uitlegbaar zijn - conclusies
	6. Formuleren van problemen	Formuleer de (zorg)problemen volgens de PES structuur (P = probleem, E = etiologie, S = symptomen/signalen)
Fase 3 - Plannen van gewenste resultaten (zorgdoelen)	7. Formuleren van doelstellingen	Formuleer doelstellingen volgens de SMART methode (S = specifiek, M = meetbaar, A = acceptabel, R = realistisch, T = tijdgebonden)
Fase 4 - Vaststellen en organiseren van (EBP) interventies	8. Vaststellen van interventies	Stel op basis van de (zorg)problemen volgens de HAPP methode passende interventies vast die nodig zijn om de doelstellingen te behalen

Verpleegkundig proces	Stappen	Wat betekent dit?
		(H = haalbaar, A = aanvaardbaar, P = professioneel, P = precies)
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	Reflecteer op en beoordeel je eigen handelen. Wat ging er goed en wat kan er volgende keer beter?

1.3.5 Begrip 5 – Zelfredzaamheid en eigen regie

Het versterken van de eigen kracht van het kind, ouders en het netwerk om hen heen leidt tot meer zelfredzaamheid en eigen regie van het eigen kunnen en handelen. De zorginzet resulteert in duurzame oplossingen omdat deze beter aansluit bij de eigen leefwereld, eigen kennis, eigen inzichten, eigen mogelijkheden en oplossingen. Ziekte van een kind kan het aanspreken van de eigen kracht compliceren. In dat geval speelt de kinderverpleegkundige een belangrijke rol door het inzetten van passende interventies die de eigen kracht van het kind en ouders versterken.

Vier leeffasen Maslow (1954)

1. Onbewust onbekwaam
2. Bewust onbekwaam
3. Bewust bekwaam
4. Onbewust bekwaam

Figuur 1 Leeffasen volgens Maslow

Tabel 2 Leeftijdswijzen en zelfredzaamheid

Leef-tijds-fasen kind	Te verwachten zelfredzaamheid	Als er kinderverpleegkundige zorg nodig is
< 4 jaar	- Overname van zorg is noodzakelijk - Streven naar zelfredzaamheid van ouders	- De zorg kan afgesloten worden wanneer ouders alle leefstadien van Maslow (zie figuur 1) hebben doorlopen en eindverantwoordelijk kunnen zijn voor zorg van hun kind. - Ouders zijn zelfredzaam en hebben zelf regie. - Het kind < 4 jaar doorloopt op zijn ontwikkelingsniveau de leefstadien van Maslow en gaat van onbewust onbekwaam (fase 1) naar bewust onbekwaam (fase 2). Er wordt bij het kind alleen toegewerkt naar zelfbewustzijn van de handeling. - Overname van zorg voor het kind door ouders blijft noodzakelijk.

Leef- tijds- fasen kind	Te verwachten zelfredzaamheid	Als er kinderverpleegkundige zorg nodig is
Tussen 4 en 8 jaar (basis- school- onder- wijs on- der- bouw)	- Stapsgewijs toewerken naar zelfredzaamheid - Nog altijd onder toezicht van een persoon die eindverantwoordelijk is	- Bij kinderen tussen de 4-8 jaar is de leerfase gericht op ontwikkeling van de zelfregie en wordt stapsgewijs toegewerkt naar zelfredzaamheid. - Het kind doorloopt op zijn ontwikkelingsniveau van bewust onbekwaam (fase 2) naar bewust bekwaam (fase 3) door handelingen aan te leren en kennis op te doen. - Ouders of informele zorgverlener blijven eindverantwoordelijk. - Op school geldt dat een voorbehouden en/of risicovolle handeling altijd onder toezicht van een (in)formele zorgverlener uitgevoerd wordt.
Tussen 8 en 12 jaar (basis- school- onder- wijs bo- ven- bouw)	- Stapsgewijs toewerken naar zelfstandig verantwoordelijkheid kunnen dragen - Onder eindverantwoordelijkheid van ouders of gedelegeerde verantwoordelijkheid	- Van deze kinderen mag verwacht worden dat zij zelfredzaam leren te zijn in het handelen en dat zij zelfregie ontwikkelen - Deze groep kinderen leert de volledige verantwoordelijkheid te nemen tegen de tijd dat zij 12 jaar zijn, waarbij de eindverantwoordelijkheid in deze fase nog ligt bij ouders/informele zorgverleners/netwerk.
> 12 jaar (voort- gezet onder- wijs)	- Kunnen verantwoordelijkheid nemen en kunnen zelf hulp inroepen bij problemen - Onder eindverantwoordelijkheid van ouders of gedelegeerde verantwoordelijkheid	- Van deze groep kinderen op middelbare schoolleeftijd kan de laatste fase in het leermodel van Maslow doorlopen worden (zie kader). - Het maximaal haalbare is dat deze groep kinderen onbewust bekwaam (fase 4) zijn in de voorbehouden of risicovolle handeling en dat deze volledig automatisch in hun leven geïntegreerd is. - Deze groep kinderen leert zelf de verantwoordelijkheid voor de voorbehouden of risicovolle handeling te dragen. Er wordt onder begeleiding toegewerkt naar volledige eindverantwoordelijkheid.

Alhoewel de interventies dikwijls hetzelfde zijn in de verschillende leeftijdsfasen heeft de sociaal emotionele ontwikkeling van het kind en de wisselende context (leefomgeving) invloed op de uitvoering van de interventies. Er wordt steeds op een andere manier een beroep gedaan op de zelfredzaamheid en eigen regie van het kind en de ouders:

1. Zelfredzaamheid bij een kortdurende zorgvraag

Het gaat hier om kinderen waarbij kinderverpleegkundige zorg kortdurend noodzakelijk is, waarbij vaak sprake is van één of meerdere voorbehouden en/of risicovolle handelingen. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om infuustherapie met antibiotica bij kinderen met een infectie of het wisselen van de neus-maagsonde bij zuigelingen zodat ze de tijd krijgen om op gewicht te komen. De inzet van kinderverpleegkundige zorg is voor de periode dat de interventie noodzakelijk is. Oftewel de verwachte termijn van de zorginzet is bekend.

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

2. Zelfredzaamheid bij een langdurige zorgvraag

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

Het is voor deze kinderen belangrijk dat zij leren omgaan met hun ziekte en deze integreren in hun leven met als uitgangspunt eigen regie. Het zorgplan bevat doelen en bijpassende interventies die het kind en ouders in staat stellen om in kleine stappen steeds meer verantwoordelijkheid te kunnen dragen voor de uitvoering van de zorg.

De leeftijd van het kind hoeft niet belemmerend te werken bij het aanspreken van de eigen kracht, maar is wel leidend voor de mate van inzet van zorg. Het kind moet mentaal en fysiek in staat zijn om de handeling te begrijpen en te kunnen uitvoeren. Als het kind hiertoe (nog) niet in staat is, wordt er gestreefd naar zelfredzaamheid van de ouders tot het moment dat het kind de leeftijdsfase heeft bereikt waarin het vaardigheden hiertoe ontwikkelt.

De kinderverpleegkundige neemt ouders mee in wat een 'normale' ontwikkeling is voor een kind van een bepaalde leeftijd en de vaardigheden die het kan ontwikkelen op weg naar zelfzorg. Hierbij is aandacht voor de draaglast en draagkracht van de ouders. En tevens wordt rekening gehouden met de impact van de ziekte van het kind op het ouderschap en of de uit te voeren interventie(s) makkelijk

zonder al te veel extra tijd meegenomen kan (kunnen) worden in het dagelijkse ritme van het gezin.

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

Zolang het kind en de ouders nog niet volledig zelfredzaam zijn in de uitvoering van de interventies (bijvoorbeeld bij voorbehouden/risicovolle handelingen) kunnen deze (gedeeltelijk) worden overgenomen door een zorgprofessional, de ouders, mantelzorger of bijvoorbeeld een leerkracht.

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. *Zelfredzaamheid bij een levenslange zorgvraag waarbij (nog) 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 noodzakelijk zijn, omdat deze interventies voorkomen dat er dreigende gezondheidssituaties ontstaan waarvoor verpleegkundige interventies noodzakelijk zijn. Vaak is het kind nog niet in staat om zelf te kunnen aangeven dat er zich een dreigende gezondheidssituatie kan gaan voordoen of kan nog niet verantwoordelijk zijn voor de handelingen die nodig zijn om deze situatie te voorkomen. Het is nog niet altijd duidelijk of er levenslang toezicht noodzakelijk blijft of dat het kind in de toekomst (gedeeltelijk) zelfredzaam kan zijn.

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

Er wordt toegewerkt naar een zo optimaal mogelijke situatie van de zelfredzaamheid voor het kind en inzet van interventies die de hele gezinssituatie versterken, rekening houdend met draagkracht en draaglast van en impact voor ouders en het gezin. Waar noodzakelijk wordt er kinderverpleegkundige zorg ingezet. De kinderverpleegkundige monitort en evalueert continue de voortgang en stemt af met het kind en de ouders. De kinderverpleegkundige gebruikt haar expertise om de zorg en hulp op elkaar af te stemmen.

4. Zelfredzaamheid bij een levenslange zorgvraag waarbij de verwachting is dat er een levenslange afhankelijkheid blijft van zorg en hulp

Het gaat hier om kinderverpleegkundige zorg waarbij preventieve verpleegkundige observaties en/of één of meer voorbehouden en/of risicovolle handelingen noodzakelijk zijn en waarbij voortdurend verpleegkundige interventies noodzakelijk zijn die voorkomen dat er levensbedreigende gezondheidssituaties ontstaan.

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

Het opvoeden van deze kinderen vraagt van de meeste ouders een meer dan gemiddelde inspanning omdat zij voortdurend zorgen hebben over de gezondheid van hun kind. Ouders hebben veel vragen waar vaak (nog) geen antwoorden op zijn. Er is onduidelijkheid over het toekomstperspectief. De verzorging, verpleging en begeleiding nemen veel tijd in beslag. Naast het gebrek aan nachtrust moeten deze ouders zich een weg zien te vinden door alle wet- en regelgeving in zorg en welzijn.

De kinderverpleegkundige legt in kleine stappen in het zorgplan vast welke zorg en hulp er nodig is om de draaglast en draagkracht van ouders duurzaam in balans te houden. De kinderverpleegkundige kijkt niet alleen naar het praktisch oplossen van problemen maar ook naar wat het leven voor het kind en ouders betekenisvol maakt. De kinderverpleegkundige gebruikt haar expertise om de zorg en hulp op elkaar af te stemmen. Hierbij valt te denken aan begeleiding naar Jeugdwet en/of passende zorg, zoals een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindergorghuis.

Het inventariseren van de zorgvragen en hulpbehoeften is het begin van een lang traject waarbij vooral de ouders continu worden ondersteund in de regie en coördinatie van de zorg en hulpverlening met als uiteindelijk doel dat zij de verant-

woordelijkheid voor de zorg van hun kind levenslang kunnen volhouden. De kinderverpleegkundige stemt af, monitort en evalueert de voortgang continue met de ouders.

In het beginstadium kan er behoefte en noodzaak zijn aan inzet van kinderverpleegkundige zorg die op termijn kan worden vervangen door andere formele of informele zorgverleners. Veel kinderen en hun gezinnen hebben behoefte aan zorgverleners die een constante factor zijn in hun leven zodat ze niet steeds opnieuw hoeven uit te leggen hoe zorg en aanverwante zaken in het gezin geregeld zijn.

Soms kiest de kinderverpleegkundige er voor om niet volledig in de zorg te participeren om 'blinde vlekken' te voorkomen maar ook om objectiviteit en een helicopterview te kunnen waarborgen. De kinderverpleegkundige beperkt zich dan tot het voeren van de regie en coördinatierol. In sommige situaties is deze kinderverpleegkundige een klankbord en vertrouwenspersoon voor ouders.

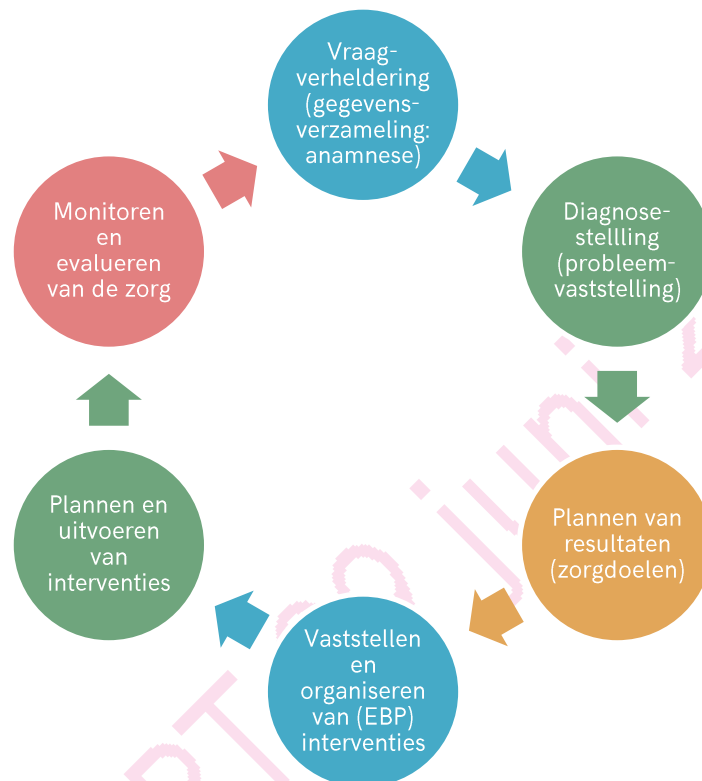
Dilemma

In de praktijk constateren kinderverpleegkundigen dat er ouders zijn die door de situatie stoppen met werken. Dit omdat de intensieve zorg (zie 3 en 4 - levenslange zorgvragen) volgens ouders voor hun kind niet te combineren valt met het werk. Ook zijn er ouders die stoppen met werken omdat zij de zorg voor hun kind liever zelf in handen hebben. Ouders gaan hierbij op zoek naar financiële compensatie van het gemiste inkomen. Vaak in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb).

Uitgangspunt bij het vaststellen van de zorginzet is: het belang van het kind in alle vier kinderleefdomeinen staat voorop. Ouders zijn geïnformeerd over alle mogelijkheden van zorginzet. Kinderverpleegkundigen ervaren het als een dilemma dat de verwachtingen van ouders niet overeenkomen met de uitkomsten van de inventarisatie en evaluatie welke leidend zijn voor de indicatiestelling.

2. Het verpleegkundig proces

Kinderverpleegkundigen werken net zoals alle verpleegkundigen volgens een vaste cyclische methodiek: het verpleegkundig proces. Dit proces bestaat uit zes verschillende fases zoals vermeld in figuur 2 (V&VN, 2019).



Figuur 2 Cirkeldiagram Verpleegkundig Proces

Bij het inventariseren en organiseren zijn vooral fase 1 tot en met fase 4 essentieel. Voor het opstellen van het zorgplan gaat het om fase 2 tot en met 4. Voor de uitvoering en monitoring zijn juist fase 3, 4 en 5 weer van belang. Voor het evalueren van de zorg- en hulpinzet zijn alle fasen van belang.

In alle fasen van het verpleegkundig proces worden meerdere hulpmiddelen genoemd die ondersteunen in het verzamelen van gegevens en wijze waarop de kinderverpleegkundige de zorgvragen kan verhelderen en de zorginzet kan organiseren. Het gebruik van deze hulpmiddelen draagt eraan bij dat gegevens op een eenduidige wijze worden verzameld en uitgelegd. Deze hulpmiddelen zullen worden toegevoegd in de toolbox.

"Zieke kinderen hebben het fundamentele recht op kindgerichte zorg, wat zoveel betekent als gezinsgerichte zorg en ontwikkelingsgerichte zorg"
(Handvest Kind & Zorg).

Deze rechten zijn vastgelegd in meerdere handvesten (Kind en ziekenhuis, 1995; MKS, zj-b). De zorg en hulp wordt daarom altijd geïnventariseerd en georganiseerd vanuit de vier kinderleefdomeinen; medisch, ontwikkeling, sociaal en veiligheid (MKS, zj-f).

2.1 Fase 1 – Vraagverheldering (gegevensverzameling: anamnese)

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

2.1.1 Begrip 1 – Hulpbehoeftescan

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

De hulpbehoeftescan is opgebouwd op basis van de vier kinderleefdomeinen. De vragen geven duidelijkheid hoe kind en ouders de zorg beleven en een indicatie hoe het met hen gaat. Het doel van de hulpbehoeftescan is een integrale signalering van problemen op de vier kinderleefdomeinen bij het kind en het gezin om hier doelen (gewenste resultaten) voor te formuleren en interventie(s) in te zetten om deze doelen te behalen.

2.1.2 Begrip 2 – Inventarisatiegesprek

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

De kinderverpleegkundige bereidt zich goed voor op het gesprek en gaat onbevooroordeeld in gesprek met het kind en de ouders. De kinderverpleegkundige ziet altijd het kind. Het inventarisatiegesprek vindt plaats in de eigen leefomgeving en in aanwezigheid van het kind (indien mogelijk) en de ouders. Dit is contextafhankelijk en

betreft maatwerk. De invloed en de impact van de context (woon- en leefomgeving) hebben effect op de gewenste resultaten van de zorginzet.

De warme overdracht (zie § 2.1.3) en de uitkomsten van de hulpbehoefte-scan (zie § 2.1.1) gebruikt de kinderverpleegkundige als informatiebron en uitgangspunt wanneer zij het inventarisatiegesprek voert met het kind en de ouders. Tijdens het inventarisatiegesprek, stelt de kinderverpleegkundige aan het kind, de ouders en andere betrokkenen aanvullende en verduidelijkingsvragen vanuit alle vier kinderleefdomeinen aan de hand van een vragenlijst (komt in de – nog te ontwikkelen – toolbox). Deze vragenlijst dient als leidraad voor het gesprek. De kinderverpleegkundige bepaalt zelf welke vragen wel, of juist niet, van toepassing zijn op de zorgvraag van het kind en het gezin. Zij is zich er te allen tijde van bewust om welke reden bepaalde vragen wel of niet worden gesteld, zodat zij altijd kan onderbouwen aan derden waarom vragen wel of niet gesteld zijn.

Tabel 3 Inventarisatie naar aanleiding van uitkomsten hulpbehoeftescan (zie Toolbox)

Stappen	Wat te doen?
Stap 1	Inventariseer wat de verwachtingen zijn van het kind en de ouders ten aanzien van het gesprek en of er door een derde toezeggingen zijn gedaan ten aanzien van de in te zetten zorg.
Stap 2	Inventariseer in het medische domein de ziektegeschiedenis, het verloop van de ziektegeschiedenis, de knelpunten die er zijn (geweest), hoe een ieder daarmee om is gegaan, wat de prognose is en welke invloed dit heeft op het kind en de ouders, wie is zelfredzaam in de handeling(-en) of gaat het aanleren.
Stap 3	Inventariseer in het ontwikkeldomein of daar knelpunten of mogelijke knelpunten zijn; heeft het kind zich altijd naar verwachting ontwikkeld en is hier ondersteuning in geweest, hoe is het dagelijkse gedrag van het kind, heeft het kind kenmerkende karaktereigenschappen, heeft de ziekte invloed op de ontwikkeling van het kind en is hier ondersteuning voor nodig, hoe ervaren de ouders de opvoeding van het kind, kunnen ze het kind voldoende steunen op weg naar zelfredzaamheid, kunnen ouders de grenzen goed bewaken, hoe reageren de broers en zussen op de ziekte van het kind, is er behoefte aan ondersteuning hierin, welke ondersteuning is eerder ingezet en wat zijn de ervaringen hiermee?
Stap 4	Inventariseer in het sociale domein welke impact de ziekte heeft op het kind en het gezinsleven, hoe ziet het sociale netwerk rondom het kind en het gezin eruit, kunnen zij derden bij de zorg betrekken, heeft het kind steun van vrienden en vriendinnen, hoe wordt er door de omgeving gereageerd op de ziekte, kunnen ouders de zorg combineren met het werk, hoe zien zij dit komende jaren voor zich, voorzien ouders belemmeringen in de maatschappelijke participatie, kan het kind naar school of andere opvang, ervaren ouders vervelende consequenties als gevolg van de ziekte van het kind, (steun, financiële consequenties, maatschappelijke consequenties, emotionele consequenties, praktische consequenties etc.) hebben kind en/of ouders een hulpbehoefte hierin.
Stap 5	Inventariseer in het veiligheidsdomein: hoe gaan het kind en ouders om met de therapietrouwheid, is het lastig om aan leefregels te houden, lukt het om de handelingen die noodzakelijk zijn uit te voeren, is iedereen bekwaam, hoe gaan kind en ouders om met de middelen en materialen, hoe veilig is het in huis, hoe veilig voelt het kind zich, wie zijn er nog meer betrokken, hoe ervaren ouders draagkracht-draaglast, wat doen zij om in balans te blijven en hebben ze hierbij ondersteuning nodig?

Het is de eindverantwoordelijkheid van de kinderverpleegkundige om een juiste en nauwkeurige inventarisatie te doen, waarbij zij te allen tijde kan onderbouwen welke keuzes zij heeft gemaakt op basis van het verpleegkundig redeneren.

2.1.3 Begrip 3 – Warme overdracht

Om de overgang van ziekenhuis of andere instelling naar de eigen woon- en leefomgeving (en vice versa) van het kind zo soepel mogelijk te laten verlopen is het zeer wenselijk een warme overdracht te organiseren. Het kind en de ouders mogen altijd aanwezig zijn tijdens de warme overdracht en worden betrokken in dit proces.

Een warme overdracht betekent dat er persoonlijk contact is tussen de kinderverpleegkundige in het ziekenhuis/polikliniek of andere instelling waar het kind verblijft, de kinderverpleegkundige van de kinderthuiszorg, het kindzorghuis of verpleegkundig kinderdagverblijf, het kind en de ouders en andere zorgprofessionals en/of betrokkenen. Persoonlijk houdt in dat je elkaar spreekt, hetzij face-to-face, hetzij via (beeld)bellen, zodat je elkaar direct verduidelijkingsvragen kunt stellen. Tijdens de warme overdracht wordt in kaart gebracht wat het kind en de ouders nodig hebben om de zorg en hulp thuis tijdig te organiseren en welke belemmeringen hierin nog worden ervaren.

Hierna blijft de kinderverpleegkundige een sleutelrol vervullen, waarbij steeds met de in het ziekenhuis werkende zorgprofessionals afstemming plaatsvindt.

2.1.4 Begrip 4 – Digitale overdracht

Om ervoor te zorgen dat alle noodzakelijke informatie volledig en op eenduidige wijze wordt overgedragen wordt deze vastgelegd in een (digitaal) overdrachtsformulier dat inzichtelijk is voor het kind en de ouders, collega's en andere betrokken zorgprofessionals. Een landelijk overdrachtsformulier is in ontwikkeling en komt in de – nog te ontwikkelen – toolbox.

2.1.5 Begrip 5 – Multidisciplinair overleg (MDO)

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

2.1.6 Welke tools kan ik toepassen?

- Hulpbehoftescan
- Vragenlijst
- Uniform overdrachtsformulier
- Vier kinderleefdomeinen

2.2. Fase 2 – Diagnosestelling/probleemstelling

In fase 2 van het verpleegkundig proces worden de verpleegkundige diagnoses gesteld na analyse van de anamnese (gegevensverzameling). Deze verpleegkundige diagnoses betreffen de zorgvragen en hulpbehoeften behorende bij de (dreigende) gezondheidsproblemen van het kind. De verpleegkundige diagnoses worden gesteld aan de hand van de informatie uit de hulpbehoftescan, het inventarisatiegesprek, de

overdrachten en het eventuele MDO en in relatie tot de vier kinderleefdomeinen. Er zijn meerdere begrippen die ondersteunend kunnen zijn bij het stellen van de verpleegkundige diagnoses.

2.2.1 Begrip 1 – Geneeskundige zorg

Het begrip geneeskundige zorg is van toepassing in deze fase en staat beschreven in § 1.3.1.

2.2.2 Begrip 2 – Voorbehouden en risicovolle handelingen

Onderdeel van verpleegkundige interventies zijn 'verpleegtechnische' handelingen. Sommige risicovolle handelingen – 14 stuks – zijn zó risicovol voor de gezondheid van mensen dat ze alleen door bevoegde personen uitgevoerd mogen worden. Deze 14 worden in de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) voorbehouden handelingen genoemd. De wet BIG maakt onderscheid welke van de 14 voorbehouden handelingen door welke professional van welk deskundigheidsgebied zelfstandig uitgevoerd mogen worden.

De wetgever heeft in de Wet BIG bepaalt dat het beroepsmatig uitvoeren van voorbehouden handelingen door onbevoegden niet is toegestaan. Dat houdt in dat in beginsel iedereen dergelijke risicovolle handelingen mag uitvoeren. Maar als je het doet uit hoofde van je beroep je dit alleen mag uitvoeren als je daarvoor specifiek opgeleid bent (Vilans, 2016a). De handeling mag alleen een voorbehouden handeling genoemd worden als een BIG-professional ze uitvoert.

Daarnaast dient de zorgprofessional bekwaam te zijn in de uitvoering van de handeling, want onbekwaam is per definitie onbevoegd. Bekwaam houdt in dat de zorgprofessional de handeling regelmatig uitvoert en zich bekwaam voelt in deze situatie.

Een (kinder)verpleegkundige heeft een functioneel zelfstandige bevoegdheid om in opdracht van een (kinder)arts of medisch specialist, drie voorbehouden handelingen³ te verrichten bij kinderen, zonder aanwezigheid van deze arts (Rijksoverheid, zj-b). Voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen door verpleegkundigen is een schriftelijk uitvoeringsverzoek van de arts vereist (Zorgverbeter, 2019). Alle andere handelingen worden risicovolle handelingen genoemd.

Het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen bij kinderen vraagt om specifieke kennis en deskundigheid van de lichamelijke, psychische, cognitieve en emotionele ontwikkeling van het kind. Voorbehouden en risicovolle handelingen worden volgens de meest recente protocollen en richtlijnen uitgevoerd.

³ Deze drie zijn: het verrichten van katheterisaties (waaronder sonde en infuus inbrengen valt), het geven van injecties en het verrichten van puncties (te weten: bloedafname en hielprik)

Een voorbehouden of risicovolle handeling staat nooit op zichzelf. De nadruk ligt niet alleen op de handeling, maar ook op de context van het kind en diens ouders waar de handeling wordt uitgevoerd. De kinderverpleegkundige inventariseert de zorgvraag en hulpbehoefte van het kind en het gezin voor deze handeling binnen alle vier kinderleefdomeinen. Dit betekent bijvoorbeeld dat ook de termijn die nodig is om bijvoorbeeld met het kind aan angstreductie te werken voor de handeling, vermeld staat in het zorgplan inclusief activiteiten om dit doel te behalen.

Indien de situatie het mogelijk of noodzakelijk maakt dat een niet-professional⁴ de voorbehouden of risicovolle handeling uitvoert, vergewist de kinderverpleegkundige zich er altijd van – door middel van toetsing en/of observatie – dat deze persoon bekwaam is om de handeling uit te voeren. Indien de persoon niet bekwaam blijkt, start er 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 het kind of de ouders, maar ook de theoretische kennis rondom de handeling zoals anatomie en fysiologie, mogelijke risico's en complicaties en hoe daarop te handelen. Het doel van dit alles is toewerken naar een zo optimaal mogelijke situatie van eigen regie en zelfredzaamheid van kind en ouders.

Wanneer de persoon, die de handeling heeft aangeleerd, bekwaam is, legt de kinderverpleegkundige die getoetst heeft, dit vast in het EPD/ECD/zorgdossier, bijvoorbeeld door middel van een bekwaamheidsverklaring. Vervolgens maakt de kinderverpleegkundige afspraken over regelmatige hertoetsing en evaluatie van de handeling(en) omdat de groei en ontwikkeling van het kind, maar ook de veranderende omstandigheden kunnen vragen om aanpassingen in de uitvoering van de voorbehouden of risicovolle handeling.

De kinderverpleegkundige werkt toe naar zelfredzaamheid van de handeling. Indien er niemand beschikbaar is om de handeling te leren en/of uit te voeren, zal de kinderverpleegkundige de uitvoering van de handeling op zich nemen zolang het nodig is. De kinderverpleegkundige blijft het gesprek aan gaan met ouders en de omgeving van het kind om de best passende oplossing te vinden naar zelfredzaamheid van kind en ouders.

De verantwoordelijkheid van de kinderverpleegkundige bij het organiseren van de zorg voor het uitvoeren van interventies, gaat tot en met het '*vergewissen*' of de persoon/personen die de interventies gaat uitvoeren bekwaam is/zijn. De kinderverpleegkundige is niet verantwoordelijk en aansprakelijk voor de daadwerkelijke uitvoering van de interventie. Deze liggen bij de '*uitvoerder*' zelf, ongeacht of dit wel of

⁴ Bijvoorbeeld het kind, de ouder, iemand van het informele netwerk, de leerkracht

geen zorgprofessional is. De kinderverpleegkundige monitort en evalueert wel of de interventies bijdragen aan de gewenste resultaten/zorgdoelen (zie § 2.6).

2.2.3 Begrip 3 – Ouderlijke zorg

Wat is 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 en Ziekenhuis, 1995).

De essentie van het ouderschap is dat ouders hun kind begeleiden naar volwassenheid. Wat de ouderlijke zorg en begeleiding omvat, verschilt per levensfase, maar ook de fysieke, psychische en emotionele ontwikkeling van het kind speelt hierin mee. Dit is contextafhankelijk en betreft altijd maatwerk. Het werken met lijstjes 'wat wel-wat niet', biedt onvoldoende ruimte voor maatwerk voor het individuele kind en gezin.

Als een kind tijdelijk ziek is, zal een ouder, afhankelijk van wat er aan de hand is en de mate van zelfredzaamheid en de leeftijdsfase van het kind, een en ander in de zorg van het kind overnemen. Hierbij stimuleren zij het kind zoveel mogelijk te doen wat het nog zelfstandig kan, ondanks het ziek zijn.

Indien er sprake is van een langdurige ziekte, (levenslange) beperking of aandoening zal de ouderlijke zorg vooral gericht zijn op dat wat het kind wel, gedeeltelijk en niet (meer) zelfstandig kan. Ouders stimuleren en werken toe naar zoveel mogelijk eigen regie en zelfredzaamheid van het kind op geleide van de leeftijdsfase, diens ontwikkeling én de beperking of aandoening. Daarnaast kunnen inzet van (zorg)professionals/experts⁵, het eigen sociaal netwerk, vrijwilligers, slimme technologie en/of hulpmiddelen noodzakelijk zijn, om de beoogde zorgresultaten, te behalen.

Wat betekent dit voor de kinderverpleegkundige?

De kinderverpleegkundige inventariseert de gehele zorg: wat zijn de zorgvragen van het kind en wat zijn de hulpbehoeften van het kind en de hulpbehoeften in het gezin. Zij beschrijft wat de meest gewenste situatie is en welke personen nodig zijn voor deze inzet van zorg om de gewenste zorgdoelen te behalen.

De kinderverpleegkundige schat samen met kind en ouders in waar de zorgvraag voor een ziek kind de ouderlijke verantwoordelijkheid overstijgt en waar hulp en/of ondersteuning van derden nodig is om draagkracht en draaglast in balans te houden. Een kind met een zorgvraag in het ziekenhuis kan pas naar huis of kindverzorgingshuis of

⁵ Bijvoorbeeld kenniscentrum kinderpalliatieve zorg

verpleegkundig kinderdagverblijf als de ouders in staat zijn de verantwoordelijkheid van de zorg voor het kind te waarborgen en of op zich te nemen (MKS, zj-f).

Kinderverpleegkundigen zien ouders nadrukkelijk niet als zorgverleners noch als mantelzorgers, maar als ouders van het kind dat zorgvragen en hulpbehoeften heeft. Ouders hebben de ouderlijke verantwoordelijkheid van hun kind. Ouderlijke zorg stopt nooit. Ouderlijke zorg is de zorg die ouders hun kinderen bieden. Ongeacht welke zorg. Hierin wordt altijd gekeken of er een hulpbehoefte is om de zorg voor het zieke kind te kunnen blijven bieden en volhouden, zodat draagkracht en draaglast in balans blijft. Indien dat niet zo is, dan overstijgt de zorg voor het kind de ouderlijke verantwoordelijkheid.

Afwegingen

Om vast te stellen wat verwacht mag worden van ouders, beredeneert de kinderverpleegkundige de mate van zelfredzaamheid, de balans van draagkracht en draaglast en de hulpbehoefte van ouders (zie ook § 1.3.5). Tevens weegt de kinderverpleegkundige hier in mee:

- In welke mate zijn ouders bekwaam in voorbehouden en risicovolle handelingen (zie ook § 2.2.2) en in staat om de interventies voor de benodigde verpleging, verzorging en begeleiding te bieden?;
- Wat heeft de ouder, of wat hebben de ouders nodig, om de verantwoordelijkheid voor de zorg van hun kind te kunnen dragen en duurzaam te kunnen (blijven) volhouden?;
- Welke invloeden die niet voortkomen uit de ziekte, aandoening of beperking van het kind maar uit de andere drie kinderleefdomeinen spelen eveneens een rol?;
- Op welke manier is de lichamelijke, psychische en sociale veiligheid van het kind gewaarborgd?;
- Hoe is er een bij de leeftijdsfase van het kind passend ontwikkelingsgericht en pedagogisch verantwoord klimaat gewaarborgd?

Toewerken naar zelfredzaamheid

In overleg met kind en ouders worden de beoogde zorgresultaten en interventies om de gewenste zorgresultaten te bereiken vastgesteld waarbij het uitgangspunt is: toewerken naar zelfredzaamheid van het kind en ouders. Vervolgens stemt de kinderverpleegkundige met kind en ouders af wie welke (evidence based practice - EBP) interventies het beste uit kan voeren. Leidend hierbij is: wat is professioneel verantwoord in deze context, wat is het beste voor dít kind, voor diens gezondheid, veiligheid en ontwikkeling en wat is het beste voor deze ouders? Dit is altijd maatwerk, omdat ook invloeden voortkomend uit de leefomgeving en andere kinderleefdomeinen een rol spelen.

De kinderverpleegkundige gebruikt hierbij tools, zoals de hulpbehoeftescan (zie § 2.1.1), voor zowel het kind als de ouders. De uitkomsten worden met kind en met ouders besproken. Als blijkt uit de scan dat de draagkracht en draaglast in disbalans is of dat ouders de noodzakelijke zorg (tijdelijk) niet zelfstandig kunnen bieden, dan betekent dit dat de zorg en hulp de ouderlijke zorg overstijgt. De zorg en hulp die voor het kind en ouders op dat moment noodzakelijk is, wordt vanuit het kinderleefdomein waarin het probleem wordt geconstateerd georganiseerd.

Interventies zelfstandig uitvoeren of overnemen

Interventies als voorbehouden/risicovolle handelingen zijn – in het kader van (toewerken naar) zelfredzaamheid – ook uit te voeren door het kind en/of de ouders (zie § 1.3.5). Als het kind en/of de ouders interventie(s) zelfstandig kunnen uitvoeren en hierin geen hulpbehoefte meer hebben, wordt deze verantwoordelijkheid aan hen overgedragen (zie § 2.2.2). Dit kan anders zijn als er sprake is van kinderverpleegkundig toezicht (zie § 2.2.4). De kinderverpleegkundige maakt zorgvuldige afwegingen (op basis van verpleegkundig redeneren) en stelt zichzelf onder andere de volgende vragen:

1. Waarom kan een kind/ouder bijvoorbeeld de handeling nog niet zelf uitvoeren of waarom hebben ouders behoefte aan overname van zorg?

- De kinderverpleegkundige:
 - o beredeneert het 'waarom' van een situatie;
 - o onderbouwt welke keuzes zij maakt in het belang van de gezondheid, veiligheid en ontwikkeling van het kind bij het bepalen wie de interventies uitvoert gegeven deze gezinssituatie;
 - o stelt vast onder welk wettelijk kader de interventie valt.
- De kinderverpleegkundige geeft (preventief) advies, instructie en voorlichting over de interventies en hulpmiddelen. Ook adviezen over gezondheidsbevorderende en -beïnvloedende factoren in de leefomgeving van het kind maken hier onderdeel van uit.

2. Wanneer neemt de kinderverpleegkundige de verantwoordelijkheid (tijdelijk) over?

- Als er sprake is van of behoefte aan maatschappelijke participatie die positief bijdraagt aan een betere draaglast/draagkracht verhouding van de ouders, zoals bijvoorbeeld: werk of ontspanning.
- De zorgvraag en de algehele context bepalen of er noodzaak is dat de kinderverpleegkundige de interventies uitvoert. Of dat de zorgvraag op een andere manier veilig en verantwoord georganiseerd dient te worden.

- Als er sprake is van kind en/of een ouders welke om lichamelijke en/of cognitieve redenen niet in staat zijn om de verantwoordelijkheid voor de interventies op zich te nemen, zoals die tijdens de inventarisatie van de zorgvragen en hulpbehoeften zijn afgesproken en vastgelegd in het zorgplan, of als ouders tijdelijk om een lichamelijke of psychische reden niet in staat zijn verantwoordelijk te zijn voor het uitvoeren van de interventies.

Leveringsvorm

Voor de kinderverpleegkundige staat het in kaart brengen van de zorgvragen en hulpbehoeften van kind en ouders centraal en voorop. Op basis hiervan beoordeelt de kinderverpleegkundige onder welk wettelijk kader de zorg valt. Pas daarna komt de vraag aan bod op basis van welke leveringsvorm de zorgvragen en hulpbehoeften het beste gefinancierd kunnen worden: zorg in natura (zin) of persoonsgebonden budget (pgb).

In het huidige zorgsysteem voor '*verpleging in de wijk*' bepaalt de verpleegkundige op welke zorg de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Zij bepaalt niet welke leveringsvorm geschikt is in deze situatie. Kinderverpleegkundigen ervaren het als een groot moreel dilemma als er sprake is van zelfredzaamheid, de interventies goed zijn in te passen in het dagelijks levensritme van het kind en gezin, de draagkracht en draaglast in balans is en er geen hulpbehoefte van ouders meer bestaat, verwacht wordt door ouders dat zij toch zorginzet indiceren omdat dit een inkomen is voor ouders die er voor kiezen thuis te blijven voor de zorg voor hun kind. Kinderverpleegkundigen vinden dat er andere structurele oplossingen hiervoor gezocht moeten worden.

2.2.4 Begrip 4 – Kinderverpleegkundig toezicht

Kinderverpleegkundig toezicht is directe zorg in nabijheid, waarbij de aanwezigheid van een kinderverpleegkundige noodzakelijk is omdat zij anticipeert op onvoorspelbare en acute en/of dreigende gezondheidsrisico's ongeacht waar het kind zich bevindt. De interventies zijn meestal gericht op levensreddend ingrijpen, maar kan ook gericht zijn op het creëren van een veilige situatie waarin het kind niet nog meer gezondheidsrisico's loopt (adem weg vrijhouden door bijvoorbeeld stabiele zijligging). Wat er gedaan moet worden is afgestemd met de kinderarts of medisch specialist en op basis van kwaliteitsstandaarden en richtlijnen.

Het indiceren van 24/7 kinderverpleegkundig toezicht

De noodzaak van kinderverpleegkundig toezicht is onderbouwd in het zorgplan. Hierbij wordt beschreven wat de interventies zijn die het kind nodig heeft, en/of kan hebben, tijdens dit toezicht. In het zorgplan is beschreven wie deze zorg uitvoert en wat hierin voor het kind en gezin (vanuit de verschillende leefdomeinen) de meest wenselijke situatie is.

De kinderverpleegkundige inventariseert het kinderverpleegkundig toezicht voor het kind en de hierbij behorende hulpbehoefte van ouders. Indien er sprake is van kinderverpleegkundig toezicht is dit leidend voor de indicatie. De overige zorgvragen en bijpassende interventies worden geïnventariseerd en beschreven in het zorgplan, maar hier wordt niet apart tijd voor geïndiceerd omdat ze verricht worden tijdens het kinderverpleegkundig toezicht. Het is niet een optelsom van interventies inclusief tijd voor het uitvoeren en wat overblijft is dan kinderverpleegkundig toezicht. Het is kinderverpleegkundig toezicht en daarbinnen verricht je de afgesproken interventies en treedt handelend op bij acute levensbedreigende situaties conform afspraken in het zorgplan.

Kinderverpleegkundig toezicht en de daaraan gekoppelde zorg kan worden overgenomen en overgedragen aan ouders(s) of eventuele mantelzorgers, als zij in staat zijn te handelen in onvoorspelbare, acute en/of dreigende situaties. Daarnaast is het belangrijk dat de kinderarts of medisch specialist hiervoor toestemming heeft gegeven. De kinderverpleegkundige stelt vast wat de hulpbehoefte van ouders of eventuele mantelzorgers hierin is. Het betreft altijd maatwerk en kan waar noodzakelijk elk moment worden bijgesteld. Zij start indien nodig een traject waarin informatie, kennisoverdracht en instructie plaats vindt. De kinderverpleegkundige toetst/observeert de bekwaamheid van de ouders en/of mantelzorgers voor de handelingen. De kinderverpleegkundige evalueert deze inzet met regelmaat en zorgt voor een achterwacht, waar ouders en/of mantelzorgers te allen tijde op terug kunnen vallen (zie ook § 2.2.2).

Als tijdens de inventarisatie blijkt dat kinderverpleegkundig toezicht nodig is, bespreekt de kinderverpleegkundige welke mogelijkheden er allemaal zijn om kinderverpleegkundig toezicht te organiseren. zoals bijvoorbeeld ouders, eigen sociaal netwerk, verpleegkundig kinderdagverblijf, kinderzorghuis enz. Indien de kinderverpleegkundige participeert in het kinderverpleegkundig toezicht kan zij tijdens dit toezicht, vanuit kwaliteit en continuïteit van zorg en doelmatigheid (ter voorkoming van dubbele inzet zorgverleners op hetzelfde moment), interventies uitvoeren zoals vastgelegd in het zorgplan. Als kinderverpleegkundig toezicht niet meer noodzakelijk is, wordt de zorgvraag en hulpbehoefte opnieuw geïnventariseerd.

2.2.5 Begrip 5 – Medicatietoediening (bij kinderen)

De kinderverpleegkundige beredeneert de mate van zelfredzaamheid bij kind en ouders bij toediening en inname van medicatie door het kind en in welk kinderleefdomein de ondersteuning nodig is.

Ouders zijn belangrijk bij het therapietrouw zijn en bij de inname en toediening van medicatie bij het kind. De rol van de kinderverpleegkundige is om het kind en de ouders goed te informeren en te instrueren over de medicatie: toediening, werking en (bij)werkingen en gevolgen voor ontwikkeling en dit regelmatig te evalueren.

De kinderverpleegkundige kijkt hierbij niet alleen handelingsgericht en op welke wijze de medicatie moet worden toegediend, maar signaleert en beredeneert eventuele problemen rondom de medicatie. Afhankelijk van de hulpbehoefte rondom medicatietoediening kan worden bepaald of dit in een van de vier kinderleefdomeinen valt of dat deze kinderverpleegkundige zorg onder de aanspraak van de Zvw valt.

2.2.6 Begrip 6 – Voeding (bij kinderen)

De kinderverpleegkundige beredeneert de mate van zelfredzaamheid van kind en ouders rondom de voedingsinname van en -toediening aan het kind en in welk kinderleefdomein de ondersteuning nodig is.

Het bieden van hulp en ondersteuning bij het toedienen van voeding kan vanuit verschillende wettelijke kaders worden georganiseerd, namelijk de Wlz, de Wmo, Jeugdwet en Zvw. Er is door de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK) een richtlijn uitgebracht die gebruikt kan worden bij het inzetten van zorg aan kinderen met eet- en voedingsproblemen (NVK, 2012). Het stroomdiagram in de richtlijn geeft een duidelijk overzicht hoe de kinderverpleegkundige kan handelen bij een kind met afwijkend voedingsgedrag.

Voor adviezen over voeding en eetgedrag maakt de kinderverpleegkundige ook gebruik van de richtlijnen zoals die bijvoorbeeld door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) zijn opgesteld (NCJ, zij).

Het bereiden van voeding

Het bereiden van orale en enterale voeding is een activiteit die hoort bij de ouderlijke zorg. De kinderverpleegkundige geeft advies en instructie over het bereiden van voeding en de wijze van toediening en geeft leefstijladviezen aan het kind en de ouders over de waarde van goede voeding.

Aansporen en/of helpen herinneren te eten, ondersteunen/helpen bij het eten, toezien op het eten

Kinderen kunnen problemen ondervinden bij het eten. Ook bij gezonde kinderen kan dit een probleem zijn. De kinderverpleegkundige observeert, analyseert en beredeneert welke problemen er zijn rondom de voeding bij het kind, onderbouwt welke interventies nodig zijn, onder welk wettelijk kader dit hoort, vanuit welke kinderleefdomein(en) deze ondersteuning nodig is en of er een multidisciplinaire aanpak nodig is.

Het aansporen, herinneren, ondersteunen, helpen bij en toezien op het eten zijn activiteiten die onder ouderlijke zorg vallen. De kinderverpleegkundige vervult hierin een actieve, preventieve en adviserende rol om het kind en de ouders op weg te helpen naar een zo normaal mogelijk eetpatroon.

De kinderverpleegkundige beoordeelt de mate van zelfredzaamheid (zie § 1.3.5), de voedingstoestand, de groei en gezondheidsrisico's van het kind door het probleem te beredeneren vanuit de samenhang van de vier kinderleefdomeinen.

De kinderverpleegkundige zet haar expertise in – als onderdeel van het multidisciplinaire team – als de interventies plaatsvinden in de eigen leefomgeving van het kind. De kinderverpleegkundige bespreekt en evalueert de voortgang met het kind en ouders en het multidisciplinaire team.

Inzet kinderverpleegkundige expertise bij voedingsproblemen en preventie

Er is een toenemend aantal kinderen waarbij sprake is van ondervoeding. Ondervoeding heeft een grote impact op de groei en de ontwikkeling van het kind. Bij kinderen kunnen ook niet medische oorzaken, zoals afwijkend voedingsgedrag, een oorzaak zijn van ondervoeding. Als er geen medische grondslag wordt gevonden bij het kind, kiest een kinderarts of medisch specialist soms voor het toedienen van kunstmatige voeding (sondevoeding) in de eigen leefomgeving.

Bij zieke kinderen is het niet altijd duidelijk of voedingsproblemen te maken hebben met de ziekte, ervaringen in hun leven of dat er een gedragsprobleem aan ten grondslag ligt. De kinderverpleegkundige heeft een belangrijke rol in het (preventief) signaleren van voedingsproblemen van kinderen in de eigen leefomgeving, om voedingsproblemen te voorkomen en te verhelpen.

De inzet van deze kinderverpleegkundige expertise is verzekerde zorg omdat het hier gaat om 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop' (zie voetnoot p. 14) (Zorginstituut, 2019).

2.2.7 Welke tools kan ik toepassen?

- De vier kinderleefdomeinen
- Verpleegkundig redeneren
- Vragenlijst
- Zelfredzaamheidsmodellen
- [Verpleegkundige classificatiesystemen](#) (Omaha, Nanda, ICF, RAI)
- Nationale kernsets verpleegproblemen
- Kwaliteitstandaard [Zorg aan het zieke kind](#) in de eigen omgeving

- Overige kwaliteitsstandaarden en richtlijnen

2.3 Fase 3 – Plannen van gewenste resultaten (zorgdoelen)

De uitkomsten van de inventarisatie schetsen een beeld van de totale context waarin het kind en het gezin verkeren. Aan de hand van deze uitkomsten stelt de kinderverpleegkundige met het kind en het gezin doelen op passend bij de zorgvragen en hulpbehoeften van het kind en het gezin. Deze doelen dienen SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, reëel, tijdsgebonden) te zijn. Vervolgens stelt de kinderverpleegkundige samen met het kind en het gezin vast welke interventies ingezet dienen te worden om de doelen te bereiken. Het evalueren van de doelen is onderdeel van het verpleegkundig proces, fase 6 (V&VN, 2020b).

De verhouding tussen draagkracht en draaglast van ouders is bepalend bij het stellen van doelen, deze zal in balans moeten zijn (en blijven). Wanneer de kinderverpleegkundige een verstoring in de draagkracht-draaglast waarneemt, kijkt zij samen met ouders naar wat nodig is om de disbalans op te heffen, bijvoorbeeld door het uitbreiden van de inzet van het informele netwerk of de professionele zorg rondom het kind.

2.3.1 Begrip 1 – Zorgplan

Een zorgplan is een schriftelijke weergave van problemen (diagnoses), doelen en interventies die vastgelegd zijn op basis van afgestemde informatie uit de vier kinderleefdomeinen, de beschikbare overdracht en verzameld tijdens het inventarisatiegesprek van de zorgvragen en hulpbehoeften van het kind en het gezin (MKS, zj-j).

Het uiteindelijke doel wordt in kleinere doelen verdeeld (zelfredzaamheidsmodel; bijvoorbeeld een stappenplan) en omschreven zodat het kind en de ouders in overzichtelijke stappen worden meegenomen naar het einddoel. Aan elk subdoel wordt een termijn gekoppeld die nodig is om het uiteindelijke doel te bereiken. De kinderverpleegkundige bewaakt dit proces door continu te evalueren en bij te stellen waar nodig.

2.3.2 Begrip 2 – Integraal zorgplan

Het streven is om een integraal zorgplan met op elkaar afgestemde doelen tussen alle kinderleefdomeinen op te stellen zodat inzichtelijk is voor het kind, ouders en betrokken (formele en informele) zorgverleners waar gezamenlijk naartoe wordt gewerkt.

Hierbij verwijst de kinderverpleegkundige door naar de professionals en organisaties die de expertise in huis hebben, zodat zij hier vanuit hun expertise zelf doelen en interventies aan kunnen koppelen. Afstemming hierover is gebruikelijk. De kinderverpleegkundige stelt tevens vast onder welk wettelijk kader de in te zetten zorg valt.

2.3.3 Begrip 3 – Kinderverpleegkundige zorg stopt

De zorg stopt als de zorgdoelen zijn behaald en er geen medische en/of kinderverpleegkundige zorg/betrokkenheid meer noodzakelijk is. De zorg stopt ook als ouders zelfredzaam zijn en er hierdoor geen hulpbehoefte meer is. Uiteraard is het altijd mogelijk om bij wijzigingen of veranderingen in de situatie, waardoor er mogelijk nieuwe zorgvragen of hulpbehoeften zijn ontstaan, de kinderverpleegkundige te vragen voor een nieuw inventarisatiegesprek.

Als de inzet van kinderverpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen naar professionals/organisaties uit een ander kinderleefdomein. Hierbij is een warme overdracht (zie § 2.1.3) van groot belang en zeer wenselijk (V&VN, 2019; Zorginstituut Nederland, 2019).

2.3.4 Welke tools kan ik toepassen?

- Zelfredzaamheidsmodel
- De vier kinderleefdomeinen
- Opstellen zorgplan
- Classificatiesysteem NOC (passend bij Nanda en NIC)
- Kwaliteitsstandaarden en richtlijnen

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

Interventies zijn divers en altijd maatwerk. Meerdere interventies kunnen worden ingezet om (sub)doelen te bereiken. Voorbeelden van in te zetten interventies zijn voorbehouden en risicovolle handelingen maar ook de onderstaande interventies kunnen bijdragen aan het behalen van doelen.

2.4.1 Begrip 1 – Inzet van eigen sociaal netwerk

Het sociaal netwerk is een verzamelnaam voor personen uit de huiselijke kring of andere personen met wie het kind en de ouders een sociale relatie onderhouden (Vilans, 2016a). Bartelink en Verheijden (2015) zijn van mening dat dat veel kinderen en gezinnen, naarmate de ziekte of de aandoening langer duurt, het sociaal netwerk om hen heen zien afnemen. De inzet van het eigen sociaal netwerk bij de zorg aan het kind is niet altijd mogelijk, omdat het overnemen van de verpleegkundige zorg, (vaak) bij een kind met complexe medische aandoeningen en/of verpleegkundige interventies, lastig kan zijn om over te dragen. Dat heeft te maken met de complexiteit

van de zorgvraag en de uitvoering van de verpleegkundige interventies bij een kind en de daarbij behorende verantwoordelijkheid die mensen niet op zich durven te nemen.

De kinderverpleegkundige kijkt samen met kind en ouders naar wat de gewenste situatie is van de maatschappelijke participatie in relatie tot de zorgvragen en behulpbehoeften. Het doel is een evenwicht bereiken in de draaglast en draagkracht van ouders en tegemoet te komen aan de belangen van het kind ten aanzien van gezondheid, groei en ontwikkeling. Het inzetten van het eigen sociaal netwerk is hierbij van belang zodat de ouders de verantwoordelijkheid voor de zorg van hun kind duurzaam kunnen blijven volhouden.

2.4.2 Begrip 2 – Inzet van mantelzorgers

Mantelzorg is ondersteuning en zorg die mensen vrijwillig en onbetaald verlenen aan mensen met fysieke, verstandelijke of (sociaal) psychiatrische beperkingen in hun familie, huishouden of bredere sociale netwerk. Naar mate de behoefte aan zorg en ondersteuning langer duurt, breiden activiteiten van mantelzorgers stapsgewijs meer uit. Mantelzorg overstijgt de gebruikelijke 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 een kwestie van maatwerk. De kinderverpleegkundige brengt dit samen met het kind, de ouders en de betrokken mantelzorgers in kaart door middel van de hulpmiddelen uit de toolbox (verwacht in de loop van 2020), bijvoorbeeld:

- werken volgens het Medische Kindzorg Systeem (MKS);
- de hulpbehoeftescan;
- inventarisatie van zorg door middel van vragenlijst.

2.4.3 Begrip 3 – Vergroten van kennis en inzicht bij kind en ouders

Aan de hand van advies, instructie en voorlichting start de kinderverpleegkundige met het vergroten van kennis en inzicht bij het kind en de ouders. Meer kennis en inzicht over gezondheid, gezond gedrag, ziekte, aandoening, handelingen en werkwijzen dragen bij aan het beter benutten van de eigen kracht dat leidt naar meer zelfstandigheid en versterken van de eigen regie. Hierbij houdt de kinderverpleegkundige rekening met de achtergrond, wensen, behoeften en verwachtingen van het kind en de ouders.

2.4.4 Begrip 4 – Inzet van complementaire zorg

Complementaire zorg is een aanvulling op de reguliere verpleegkundige zorg en is bedoeld om het zelfhelend vermogen te ondersteunen, te stimuleren of te activeren. Het gaat uit van een holistische benadering waarbij de zorg de lichamelijke, emotio-

nele, mentale, spirituele en sociale behoeften omvat. Complementaire zorg kan vermindering geven van klachten zoals pijn, misselijkheid, braken, angst, vermoeidheid en slaapproblemen. Daarnaast richt complementaire zorg zich vooral op het bevorderen van ontspanning en comfort. De zorg is niet klachtgericht maar gezondheid gericht (V&VN, zij)⁶.

2.4.5 Begrip 5 – Inzet van kinderverpleegkundige zorg (uitvoerend)

Er wordt alleen een kinderverpleegkundige ingezet voor zorg die om kinderverpleegkundige expertise en/of kinderverpleegkundige zorg vraagt: "Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden" (zie ook artikel 2 Handvest Kind en Zorg). Voor kinderverpleegkundigen geldt daarbij dat naast het uitvoeren van interventies, de 'oorzaken van problemen achterhalen' en het 'resultaatgericht werken' van essentieel belang zijn (V&VN, 2019).

Het kind staat centraal in de zorgverlening waarbij rekening wordt gehouden met de wensen, noden en behoeften van het gezin. De invloed van ouders, broertjes/zusjes, overige familie, school en de leefomgeving, zorgt ervoor dat het werken in een extramurale setting andere competenties van een kinderverpleegkundige vraagt, dan de kinderverpleegkundige die alleen in het ziekenhuis werkzaam is.

Tot de kinderverpleegkundige beroepsuitoefening behoren niet: het vervoer van het kind en 'oppassen' op het zieke kind tenzij kinderverpleegkundig toezicht noodzakelijk is (zie § 2.2.4). De kinderverpleegkundige onderzoekt of er mogelijkheden zijn bij mantelzorgers, het eigen sociaal netwerk of bij professionals uit één van de andere kinderleefdomeinen, om het gezin te ondersteunen bij huishoudelijk werk en overnemen van ouderlijke activiteiten en verantwoordelijkheden.

2.4.6 Begrip 6 – Inzet van kinderverpleegkundige zorg (expertise)

In de dagelijkse praktijk blijkt dat een medische aandoening vaak de aanleiding is voor de kinderverpleegkundige, om zorg in te zetten bij het kind in de eigen leefomgeving. Het hoeft echter niet altijd zo te zijn dat een medische aandoening ten grondslag ligt aan de inzet van de kinderverpleegkundige.

De expertise van de kinderverpleegkundige wordt ingezet als er sprake is van

- preventie of vroegsignalering om gezondheidsproblemen te voorkomen en/of een signaal bij een niet-pluis-gevoel;
- bij naderend ontslag uit het ziekenhuis om de eigen leefomgeving alvast te verkennen waardoor zorg op maat, 'Pediatric Advance Care Planning' (PACP), kan plaatsvinden;

⁶ Een eventuele vergoeding van complementaire zorg is terug te vinden in het polisblad van de aanvullende zorgverzekering van de verzekerde. Dit kan per zorgverzekeraar verschillen.

- het uitvoeren van coördinerende werkzaamheden die zorgen voor een betere samenwerking en afstemming tussen betrokken partijen in het MKS;
- advies, voorlichting, instructie en toetsing bij aanleertrajecten van interventies; met als doel de zorg duurzaam efficiënt, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden.

2.4.7 Begrip 7 – Kinderverpleegkundige zorg palliatieve fase

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 van het kind 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 en draagt zorg voor een PACP. Hierbij wordt de medische richtlijn 'Palliatieve zorg voor kinderen' gebruikt (NVK, 2013) en is er indien mogelijk een samenwerking met het kindercomfort-team van het ziekenhuis of het Netwerk Integrale Kindzorg (NIK).

2.4.8 Begrip 8 – Kinderverpleegkundige zorg terminale fase

Comfort en kwaliteit van leven staan centraal. Individuele behoeften en mogelijkheden van kind en gezin bepalen wat haalbaar is. De kinderverpleegkundige stemt met kind en ouders af welke zorginzet nodig is op basis van de zorgvragen en hulpbehoeften. Waarbij zij rekening houdt met wat kind en ouders in deze laatste levensfase nog zelf kunnen en willen doen. Het kan voor ouders erg waardevol zijn om in deze fase nog zoveel mogelijk alleen te zijn met hun kind en gezin. De kinderverpleegkundige respecteert en stimuleert dit.

2.4.9 Begrip 9 – Nazorg

Nazorg betreft de professionele ondersteuning aan naasten bij overlijden van het kind. Bij een eindevaluatie wordt de nazorg geïnventariseerd. Nazorg is wenselijk en nuttig om gezondheidsproblemen te voorkomen. De nazorg wordt aangeboden om het gezin op verantwoorde wijze achter te laten en hen handvatten te kunnen geven voor het verwerken van het verlies en eventueel door te verwijzen naar professionele rouwbegeleiding.

2.4.10 Begrip 10 – Blokzorg

Blokzorg is zorg die voor meerdere uren achtereen bij één kind wordt ingezet. Vaak betreft dit overname van zorg van ouders en een combinatie van continu kinderverpleegkundig toezicht en risicovolle en/of voorbehouden handelingen. Om te bepalen of er ook werkelijk sprake kan zijn van 'blokzorg' zal de kinderverpleegkundige door middel van verpleegkundig redeneren de langdurige inzet van kinderverpleegkundige zorg verantwoorden en dit opnemen bij de doelen en interventies in het zorgplan.

Blokszorg is van toepassing bij kinderverpleegkundig toezicht, zorg in palliatieve fase en zorg in terminale fase, maar ook bij overbelasting van ouders. In dat laatste geval is blokszorg tijdelijk totdat er een andere passende vorm van zorgvoorziening gevonden is (zie ook § 2.2.3).

2.4.11 Begrip 11 – Routezorg

Routezorg is kinderverpleegkundige zorg die wordt ingezet voor preventie, het uitvoeren, overnemen en aanleren van voorbehouden en risicovolle handelingen en monitoren. Routezorg omvat korte zorgmomenten in de eigen leefomgeving van het kind. Dit draagt bij aan het waarborgen van de ontwikkeling van het kind en sociale en maatschappelijke participatie van het kind en het gezin.

2.4.12 Begrip 12 – 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 mee als interventie in het zorgplan. Kinderen waarbij kinderverpleegkundige zorg noodzakelijk is hebben altijd het recht om 24/7 een beroep te doen op een kinderverpleegkundige die hen kan voorzien van advies en (praktische) hulp.

Het 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 noodzakelijke zorg biedt.

De kinderverpleegkundige stemt af met ouders wat een redelijke termijn is, waarbij rekening wordt gehouden met hoeveel urgentie/spoed de handeling moet worden uitgevoerd en welke mogelijke risico's van toepassing zijn. Omdat het werkgebied van kinderverpleegkundige teams geografisch gezien groot kan zijn, kan de kinderverpleegkundige gemiddeld een langere aanrijdtijd hebben. Bij de oproep maakt de kinderverpleegkundige met ouders een risicoanalyse of de aanrijdtijd aanvaardbaar is of dat er samen met ouders een andere oplossing voor dat moment wordt gekozen.

2.4.13 Begrip 13 – Zorg op kinderdagverblijf, kinderopvang, basisschool of voortgezet onderwijs

Met de invoering van de Wet passend onderwijs dienen scholen er voor te zorgen dat een kind dat extra begeleiding en ondersteuning nodig heeft altijd een passende plek krijgt. De aanvullende ondersteuning en begeleiding kan ook door andere professionals gegeven worden. De Wet passend onderwijs is niet van toepassing op het kinderdagverblijf en de kinderopvang (Rijksoverheid, zj-a).

Als het de ouders niet lukt om de noodzakelijke zorg te regelen op kinderdagverblijf of school, zal de kinderverpleegkundige in eerste instantie vooral haar kinderverpleegkundige expertise inzetten, in plaats van direct de kinderverpleegkundige zorg over te nemen. Dit kan bijvoorbeeld door als kinderverpleegkundige gezamenlijk met het kind, de ouders en de school in gesprek te gaan, waarbij wordt gekeken welke belemmerende factoren er zijn die het uitvoeren van de zorg op kinderdagverblijf of school onmogelijk lijken te maken. Het opstellen van een stappenplan, met interventies om het kinderdagverblijf of de school te betrekken bij de zorg voor het kind, kan bijdragen aan het doel dat kinderverpleegkundige zorg ook daar mogelijk is.

Leerkrachten en/of management van scholen worstelen soms met hun rol en aansprakelijkheid voor de zorg die een kind nodig heeft. Meer informatie hierover is te vinden op <https://www.zorgeloosmetdiabetesnaarschool.nl/scholen/wat-mag-en-kan-juridisch-kader>.

2.4.14 Begrip 14 – Verpleegkundig kinderdagverblijf en kindierzorghuis

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 conform de beroepsnormen geven. De zorg die geboden wordt, is aanvullend dan wel ter tijdelijke ontlasting van het gezin.

Een verpleegkundig kindierzorghuis biedt 24/7 kinderverpleegkundige zorg in een huiselijke omgeving waar zieke kinderen/jongeren van 0 tot en met 18 jaar, vaak met complexe zorgvragen (tijdelijk) kunnen verblijven of logeren en waarin het gewone leven zo goed mogelijk kan doorgaan. De kinderverpleegkundige zorg staat helemaal in het teken van dat wat een kind/jongere nodig heeft om ondanks de ziekte of aandoening zich prettig te voelen. Daarnaast kan het hele gezin begeleid worden bij het ziekteproces.

De zorg op het verpleegkundig kinderdagverblijf en in het kindierzorghuis omvat kinderverpleegkundige zorg, permanent kinderverpleegkundig toezicht en zorg in nabijheid van kind en gezin. De ondersteunende begeleiding aan de ouders, gezin en andere mantelzorgers is erop gericht dat zij zelf de regie over de zorg aan het kind kunnen houden en op elk moment de zorg weer kunnen overnemen. Het betreft vaak 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 kindierzorghuis kan in combinatie gegeven worden met andere zorgverleners, disciplines en hulporganisaties.

2.4.15 Welke tools kan ik toepassen?

- Hulpbehoeftescan

- Vragenlijst
- De vier kinderleefdomeinen
- Zelfredzaamheidsmodel
- Verpleegkundig redeneren
- Standaard (PACP) zorgplannen
- Classificatiesysteem NIC (passend bij Nanda en NOC)
- Nationale kernsets verpleegproblemen
- Kwaliteitstandaard [Zorg aan het zieke kind](#) in de eigen omgeving
- Overige kwaliteitsstandaarden en richtlijnen

2.5. Fase 5 – Plannen en uitvoeren van interventies

In deze fase worden de interventies uitgevoerd zoals is vastgelegd in het zorgplan (wie doet wanneer wat). De betrokken professionals leggen, conform de richtlijn verslaglegging V&VN (2011)⁷, de voortgang van de zorg, vroegsignalering, afwijkingen en bijzonderheden vast in de rapportage. Hiermee toont de professional de rechtmatigheid van de ingezette zorg aan (V&VN, 2020b).

2.6. Fase 6 – Monitoren en evalueren van de zorg

Deze fase is het continue volgen van de resultaten van de interventies in relatie tot de gewenste zorgdoelen. Op basis hiervan besluiten tot doorgaan, bijstellen of beëindigen. De cyclus van het verpleegkundig proces start opnieuw.

De kinderverpleegkundige:

- monitort de zorgverlening of de zorgdoelen behaald worden (o.a. via observatie, overdracht, aangeven door collega's van het team, MDO en/of via de voortgangsrapportage). Indien nodig plant zij een kindbespreking in;
- evalueert met kind en ouders per zorgdoel of het gewenste resultaat behaald is en maakt hierbij gebruik van bevindingen van alle betrokkenen;
- stelt zelf vast of het nodig is om te evalueren als de situatie verandert;
- past het zorgplan aan of laat het zorgplan aanpassen als de evaluatie daarom vraagt;
- doet een herindicatie als de evaluatie daarom vraagt.

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);

⁷ Een herziene richtlijn verslaglegging is in ontwikkeling, publicatie wordt eerste kwartaal 2021 verwacht.

- vast legt of contact met andere zorgprofessionals/disciplines/domeinen nodig is;
- het zorgplan, indien nodig, gewijzigd heeft en/of een herindicatie is gedaan.
(V&VN, 2020b)

3. Verzekerde zorg

Dit hoofdstuk gaat in op veel gebruikte begrippen als het gaat om 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.

3.1 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 medisch noodzakelijke zorg en is verankerd in artikel 11 van de Zvw (Zorginstituut, zij).

De verzekerde is de persoon die zich bij de zorgverzekeraar heeft verzekerd voor het basispakket en/of aanvullende zorgverzekering. Op het polisblad staat vermeld wie er verzekerd is en waarvoor.

Ook kinderen dienen een zorgverzekering te hebben. Het kind is een verzekerde en heeft een eigen polisblad. 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. Ouders mogen dit zelf bepalen (Zorginstituut, zij).

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

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

3.2 Begrip 2 – De zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars bieden het basispakket aan en aanvullende zorgverzekeringen. Zij dienen iedereen toe te laten die een zorgverzekering voor het basispakket wil afsluiten. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke taak in het Nederlandse zorgstelsel vanwege de zorgplicht voor het basispakket voor hun verzekerden. Dit verplicht hen

dat iedere verzekerde op tijd en op redelijke afstand de zorg krijgt die nodig is, maar ook om voldoende kwalitatief goede en toegankelijke zorg in te kopen bij zorgaanbieders/zorgverleners.

De Zvw regelt niet hoe zorgverzekeraars dit moeten doen en hoe zij aan hun zorgplicht moeten voldoen. De zorgplicht uit de Zvw is grotendeels een open norm waarbij zorgverzekeraars zelf de verantwoordelijkheid hebben om hieraan invulling te geven, bijvoorbeeld over prijs, volume en kwaliteit. Zij vertalen de 'zorgplicht' naar de polissen die zij aanbieden aan verzekerden (NZa, 2017).

De zorgverzekeraar volgt de indicatie van de zorgvragen en hulpbehoeften die door de kinderverpleegkundige is opgesteld, omdat zij hiervoor verantwoordelijk is volgens de Zvw. Als een zorgverzekeraar vragen heeft over de geïndiceerde zorg, in het kader van rechtmatigheid en doelmatigheid (zie § 3.6 en § 3.7), kan de zorgverzekeraar aan de kinderverpleegkundige vragen hoe zij tot deze indicatie is gekomen. De zorgverzekeraar verwacht van de kinderverpleegkundige dat zij tijdens het inventariseren van de zorgvragen en hulpbehoeften de normen, kaders, standaarden en richtlijnen zoals opgesteld door de beroepsgroep hanteert en in de indicatie de gemaakte keuzes onderbouwt. En dat zij daarnaast rekening houdt met de doelmatigheid van zorg zodat zorgdoelen bereikt kunnen worden (Zorginstituut, zij).

3.3 Begrip 3 – 'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'

Vanaf 1 januari 2015 wordt '*verpleging in de wijk*' vergoed uit het basispakket van de Zvw. Verpleging in de wijk omvat '*zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden*' en deze zorg wordt geleverd '*in de eigen omgeving*' van de verzekerde. Voorwaarde is dat er sprake is van '*een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop*'. Samen met de huisartsenzorg is de '*verpleging in de wijk*' erop gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, ongeacht leeftijd, ziekte of beperking (Zorginstituut, 2019).

'*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, 2019).

Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar is '*zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden*', 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.

3.4 Begrip 4 – Geneeskundige context

Het begrip *'geneeskundige context'* omvat *'de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'* (artikel 2.10 Bzv, zie voetnoot p. 14). Als de passende interventie in een geneeskundige context plaatsvindt, dan valt deze onder de Zvw (Zorginstituut, 2019).

Het bepalen of sprake is van een geneeskundige context is dus van belang bij de afbakening tussen Zvw, Wmo en Jeugdwet, bijvoorbeeld in verband met 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 valt de verzorging onder de Wmo of Jeugdwet (Zorginstituut, 2019).

Geneeskundige context wil dus 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, 2019).

3.5 Begrip 5 – Indicatiestelling

Letterlijk betekent een indicatie een aanwijzing, teken of bewijsmiddel van de gegeven feiten. Een reden of argument om iets te doen, of om een bepaalde conclusie te trekken. Een indicatiestelling is *'bepalen wat de verzekerde nodig heeft aan zorg gegeven zijn situatie'*. Een indicatie maakt dus duidelijk wat de zorgbehoefte is. Een indicatie voor *'verpleging en verzorging in de eigen omgeving'* voor de Zvw is altijd maatwerk, afgestemd met het kind en ouders, op basis van diens zorgvragen én diens context. Essentieel is dat een indicatie niet een inventarisatie is van één moment, maar dat het een continue proces is (V&VN, 2019).

De onafhankelijkheid van een indicatie wordt ontleend aan het beroep (autonome beroepsprofessional) en de beroepsnormen. Dit houdt in een inhoudelijke (professionele) onafhankelijkheid, waarbij de kinderverpleegkundige zich niet laat leiden door (budget)verwachtingen van het kind en ouders, 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).

3.6 Begrip 6 – Rechtmatigheid

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

Om vast te stellen of zorg rechtmatig is voeren zorgverzekeraars formele controles uit bij zorgaanbieders. Indien het een pgb of niet-gecontracteerde zorgaanbieder betreft, vooraf op basis van het machtigingenbeleid. In alle andere gevallen achteraf door een materiële controle. Hierbij wordt onder andere getoetst of de geleverde zorg ook verzekerde zorg is conform artikel 2.10 Bzv (zie voetnoot p. 14) en of de zorgaanbieder ook bevoegd is om de gedeclareerde zorg te leveren. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars (Zorginstituut, 2019; NZa 2017).

3.7 Begrip 7 – Doelmatigheid

De kinderverpleegkundige beoordeelt 'doelmatigheid' vanuit meerdere perspectieven:

- voor het kind en ouders;
- de leefomgeving van het kind;
- vanuit de beroepsnormen en kwaliteitsstandaarden van de kinderverpleegkundige;
- dat de zorg efficiënt en effectief moet zijn.

Bovenstaande perspectieven beredeneren kinderverpleegkundigen zowel zorginhoudelijk als organisatorisch. 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)? Wegen de kosten op tegen de baten?

3.8 Begrip 8 – Second opinion en herbeoordeling

Het kan voorkomen dat het kind en de ouders het niet eens zijn met de indicatie en met de inhoud van het zorgplan. 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.

Bij een 'second opinion' verzamelt een tweede kinderverpleegkundige de reeds beschikbare informatie en gaat in gesprek met kind en ouders. Na het gesprek gaat zij in overleg met de collega die de indicatie heeft gesteld. Zij toetst of de indicatie van haar collega, die de eerste inventarisatie heeft uitgevoerd, voldoet aan de beroepsnormen, zoals het verpleegkundig proces. Vervolgens stelt zij de indicatie en zorgplan vast voor de verzekerde.

Het kan ook voorkomen dat een zorgverzekeraar het niet eens is met de gestelde indicatie.

De zorgverzekeraar kan alleen vanuit rechtmatigheid hier een uitspraak over doen. Een juist en goed onderbouwde indicatie van de verpleegkundige is daarom van groot belang (zie handreiking verpleegkundig proces). De zorgverzekeraar kan op basis van toetsingscriteria voor pgb en niet-gecontracteerde zorgaanbieders, om een herbeoordeling vragen. De toetsingscriteria hiervoor zijn opgesteld door V&VN, NWG en ZN in opdracht van de partijen van het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2018-2022 (publicatie volgt in juli 2020). Een herbeoordeling is altijd op verzoek van de zorgverzekeraar. Ook bij een herbeoordeling volgt de tweede kinderverpleegkundige de stappen als benoemd bij 'second opinion'.

3.9 Welke tools kan ik inzetten?

- [bestuurlijke afspraken pgb](#)
- zelfredzaamheidsmodel
- verpleegkundig redeneren
- toetsingscriteria herbeoordeling

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://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Wat-werkt_Sociaalnetwerkversterken.pdf
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), 2019. *Specialistische verpleging en zorg voor kinderen thuis*. Geraadpleegd op <https://www.igj.nl/documenten/publicaties/2019/06/20/specialistische-verpleging-en-zorg-voor-kinderen-thuis>
- Kind en Ziekenhuis, zj. *Handvest Kind en Zorg*. Geraadpleegd op 11-5-2020 <https://kindenziekenhuis.nl/handvest-kind-zorg/>
- Kinderrechtencollectief, zj. Geraadpleegd op 11-5-2020 www.kinderrechten.nl
- Lambregts, J. & Grotendorst, A. (redactie), 2012. *Leren van de toekomst: Verpleegkundigen & verzorgenden 2020*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Medische Kindzorg Systeem, zj-a. *De rol van de coördinator in de kindzorg*. Geraadpleegd op 11-5-2020 <https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58002609/de-rol-van-de-coördinator-in-de-kindzorg-2016pdf>
- Medische Kindzorg Systeem, zj-b *Handvest Kind en zorg*. Geraadpleegd op 11-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58001143/KIND_MKS_HAND_Leaflet_181116.pdf
- Medische kindzorg Systeem, zj-c. *Rapport Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg*. Geraadpleegd op 11-5-2020 <https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58002489/ernstig-zieke-kinderen-hebben-recht-op-gezonde-zorg-definitief.pdf>
- Medische Kindzorg Systeem, zj-d *Rapport Patiënt Journeys*. Geraadpleegd op 11-5-2020 <https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58002601/Rapport%20Patient%20Journeys.pdf>
- Medische Kindzorg Systeem, zj-e. *Rapport Samen op weg naar gezonde zorg*. Geraadpleegd op 11-5-2020 <https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/57999961/Rapport%20Samen%20op%20weg%20naar%20gezonde%20zorg-2015.pdf>
- Medische Kindzorg Systeem, zj-f. *Routemap naar integrale kindzorg 2018*. Geraadpleegd op 11-5-2020 <https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/57999973/routemap-naar-integrale-kindzorg-2018pdf>
- Medische Kindzorg Systeem, zj-g. *Routeplan plan van aanpak 2020*. Geraadpleegd op 11-5-2020 https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58002599/MKS%20implementatieplan_PvA_2019-11-01.pdf
- Medische Kindzorg Systeem, zj-h. *Verwijsboom*. Geraadpleegd op 18-5-2020 <https://integralekindzorgmetmks.nl/cms/view/58000851/verwijsboom>
- Medische Kindzorg Systeem, zj-i. *Vooruitblik meerjarenagenda kindzorg dichtbij*. Geraadpleegd op 11-5-2020 <https://integralekindzorgmetmks.nl/file/download/58002602/Vooruitblik%20meerjarenagenda%20kindzorg%20dichtbij.pdf>
- Medische Kindzorg systeem, zj-j. *Zorgplan*. Geraadpleegd op 18-5-2020 <https://integralekindzorgmetmks.nl/cms/view/58000853/zorgplan>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, zj. *Richtlijn Voeding en eetgedrag 2013 (aanpassing 2017)*. Geraadpleegd 11-5-2020 <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/voeding-en-eetgedrag>
- Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2013. *Richtlijn Palliatieve zorg voor kinderen*. Geraadpleegd op 24-4-2020 <https://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnen-overzicht/Details/article-Type/ArticleView/articleId/894/Palliatieve-zorg-voor-kinderen>

- Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2012. *Richtlijn Voedingsgedrag*. <https://www.nvk.nl/Portals/0/richtlijnen/voedingsgedrag/voedingsgedragd.pdf>
- Nederlandse Zorgautoriteit, 2017. *Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw*. Geraadpleegd op 18-5-2020 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit, 2020. *Beleidsregel Verpleging en Verzorging BR/REG-20109*. Geraadpleegd op 8-6-2020 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_267033_22/1/
- Patiëntenfederatie Nederland, 2009. *Kinderen, hun ouders en patiëntenrechten*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 11-5-2020 https://www.patiëntenfederatie.nl/Documenten/producten/informatiekaart/kinderen_hun_ouders_en_patiëntenrechten_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.informatielangdurige-zorg.nl/documenten/publicaties/2020/01/10/factsheets-kinderen-met-intensieve-zorgvraag>
- Rijksoverheid, zj-a. *Passend onderwijs en zorgplicht*. Geraadpleegd op 14-5-2020 <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/zorgplicht-en-samenwerken-scholen-passend-onderwijsverantwoordelijkheid-van-de-scholen>
- Rijksoverheid, zj-b. *Voorbehouden medische handelingen*. Geraadpleegd 14-5-2020 <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/vraag-en-antwoord/voorbehouden-medische-handelingen>
- Rijksoverheid, 2018. *Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2019-2022*. Den Haag: eigen beheer. Verkregen 24-4-2020 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/12/bestuurlijke-afspraken-zvw-pgb-2019-tot-2022>
- Rijksoverheid, 2005. *Besluit zorgverzekering*. Geraadpleegd op 24-4-2020 <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2020-01-01>
- Straalen, L. van & Schuurmans M.J. (redactie), 2016. *Klinisch redeneren voor verpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- V&VN, 2011. *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 3-6-2020 <https://www.venvn.nl/media/qoqg3ncd/richtlijn-verpleegkundige-en-verzorgende-verslaglegging.pdf>
- V&VN, 2014. *Normenkader, voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 24-4-2020 <https://www.venvn.nl/media/a4jhj5yt/normenkader-v-vn.pdf>
- V&VN, 2016. *Expertisegebied Kinderverpleegkundige*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 3-6-2020 <https://www.venvn.nl/media/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
- V&VN, 2019. *Begrippenkader Indicatieproces*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 24-4-2020 <https://www.venvn.nl/media/lwdls4jg/begrippenkader-indicatieproces-def.pdf>
- V&VN, 2020a. *Handreiking Normenkader*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 11-5-2020 <https://www.venvn.nl/media/l0icj20k/handreiking-normenkader-jan2020-def.pdf>
- V&VN, 2020b. *Handreiking Verpleegkundig Proces*. Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd op 11-5-2020 <https://www.venvn.nl/media/x3enwye5/handreiking-verpleegkundig-proces-jan-2020-def.pdf>
- V&VN, zj. *Wat is complementaire zorg?* Utrecht: eigen beheer. Geraadpleegd 8-6-2020 <https://www.venvn.nl/media/gvtnprzf/wat-is-complementaire-zorg.pdf>
- Vilans, 2016a. *Grenzen verkennen informele zorg thuis*. Utrecht, eigen beheer. Geraadpleegd op 14-5-2020 <https://www.vilans.nl/producten/grenzen-verkennen-informele-formele-zorg>
- Vilans, 2016b. *Kwaliteitsstandaard 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, 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, zj. *Hoe werkt de zorgverzekeringswet?* Geraadpleegd op 24-4-2020 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorg-verzekeringswet>

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*. Verkregen 24-4-2020 <https://www.zorgverbeter.nl/zelfredzaamheid>