

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 leefstadien Maslow (1954)

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

Figuur 1 Leefstadien volgens Maslow

Tabel 2 Leefstadiumsfasen en zelfredzaamheid

Leefstadiumsfasen 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 coördinerende rol. In sommige situaties is deze kinderverpleegkundige een klankbord en vertrouwenspersoon voor ouders.

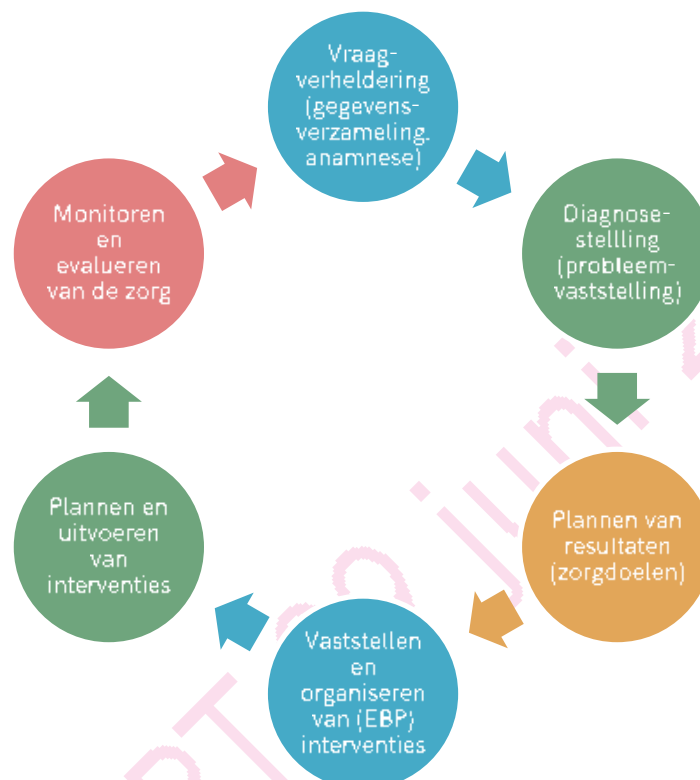
Dilemma

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 kinderteelddomeinen 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 hulpbehoefte-scan (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