

BEGRIPPENKADER

Begrippenkader Indicatieproces

Een toelichting op het Normenkader ter ondersteuning van het indiceren en organiseren van zorg door de wijkverpleegkundige

Versie: 27 maart 2019



Colofon

Begrippenkader Indicatieproces

Toelichting op het Normenkader (Normen voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, 2014)

Utrecht, maart 2019

Redactie

Corien Harder

Marjolein Zilverentant

Martine Oonk

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

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

©V&VN 2019

Voorwoord

Sinds 2015 stellen wijkverpleegkundigen, na een pauze van bijna twintig jaar, de indicatie voor 'verpleging en verzorging in de eigen omgeving' in het kader van de aanspraak wijkverpleging binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarmee zitten wijkverpleegkundigen weer waar ze horen: in de *driver's seat* van de zorgverlening in de wijk.

Dat is een goede zaak nu er steeds meer van wijkverpleging wordt gevraagd. Op het gebied van preventie. Om zorg aan of dichtbij huis te organiseren. Zodat mensen in de eigen vertrouwde omgeving geholpen kunnen worden. Wijkverpleegkundigen kunnen, juist omdat ze zo vaak achter de voordeur komen, als geen ander de juiste zorg op de juiste plek organiseren, waarbij de focus ligt op preventie en positieve gezondheid, op het realiseren van goede patiëntuitkomsten.

De zwaardere rol van wijkverpleegkundigen brengt een grotere verantwoordelijkheid met zich mee. Als beroepsvereniging hebben we de handschoen van verdere professionalisering dan ook op een breed front opgepakt. Met het project intercollegiale toetsing leiden we gespreksleiders op die in hun regio en in hun organisatie gesprekken tussen wijkverpleegkundigen kunnen begeleiden over indicatiestelling. We hebben samen met de Hogeschool Utrecht en ons eigen Wetenschappelijk College Verpleegkunde de kennisagenda wijkverpleging gelanceerd: voor onderzoek naar preventie, de inzet van technologie en naar verpleegkundige indicatiestelling. We zijn bezig met de actualisering van het expertisegebied. En eerder leverden we al de Toolbox indicatieproces op. Stuk voor stuk activiteiten en hulpmiddelen die het indiceren in het bijzonder en de wijkverpleging in het algemeen naar een hoger plan moeten tillen. Dit begrippenkader past naadloos in de puzzel die we langzaam maar zeker aan het leggen zijn.

Goede zorg en ondersteuning bieden begint namelijk met goed indiceren: de zorgbehoefte helder krijgen. Met als doel om vast te stellen hoe iemand, met of zonder beperkingen, zo lang mogelijk het leven kan leiden hoe hij of zij dat belangrijk vindt. Door methodisch alle gegevens te verzamelen. Door het probleem vast te stellen en met de client in gesprek te gaan over wat hij of zij wil. Zijn de doelen haalbaar? En wat kun je doen om dat samen te bereiken? Samen met de zorgvrager, en met zijn of haar netwerk, met huisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, apothekers, met WMO-consulenten. Maar ook met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Soms blijkt een beroep op formele zorg bij nadere beschouwing niet, of veel minder, nodig. Vele informele handen maken lichter werk. We doen het dus samen met anderen, maar wel in de regierol. Wij houden het overzicht en bewaken de voortgang en stellen in overleg met de zorgvrager de doelen bij.

Als beroepsgroep hebben we in het Normenkader vastgesteld aan welke eisen je moet voldoen om te mogen indiceren en om verpleging en verzorging in de eigen omgeving te organiseren. Dit begrippenkader is een toelichting op het Normenkader. Dat blijkt in de praktijk hard nodig. Want vier jaar na dato zien we dat er nog discussie is over de begrippen die we bij het indiceren gebruiken. Juist omdat het indiceren zo'n belangrijk onderdeel is van onze professionele beroepsuitoefening, is het verduidelijken van die begrippen zo belangrijk. We hebben gelukkig afscheid genomen van indicaties gericht op handelingen en een gestandaardiseerde 'one size fits all' aanpak. Maar de nieuwe manier van werken is soms nog even wennen. Voor de beroepsgroep zelf, en voor onze partners in de wijk.

Met dit begrippenkader willen we meer duidelijkheid scheppen. We leggen begrippen uit waarbij het indiceren veel discussie over is. We benoemen knelpunten waar iedereen, die betrokken is bij de zorg achter de voordeur, tegen aan loopt. Wanneer is de verpleegkundige aan zet bij medicatie toediening en maaltijdondersteuning? Wat is geneeskundige zorg precies? Wanneer valt iemand met een grote zorgvraag onder de Wlz dan wel onder Zvw? En natuurlijk staan we stil bij de het verpleegkundig proces. Niet met de illusie dat er nooit meer discussie zal zijn, wel in de overtuiging dat het gesprek beter en vruchtbaarder wordt als we het over de betekenis van begrippen eens zijn.

Veel dank gaat uit naar de leden van de werkgroep die, met ondersteuning van het Zorginstituut, de begrippen hebben 'uitgeplozen en ontrafeld'. En naar de leesgroep van meer dan 40 wijkverpleegkundigen die de tekst hebben gelezen en voorzien van waardevol commentaar. Het hielp begrippen scherp te krijgen. Van het uitwisselen van ervaringen en visies op de wijkzorg tot goede inhoudelijke discussies over de toekomst van ons vak.

Dit begrippenkader is nadrukkelijk voor een breder publiek relevant dan wijkverpleegkundigen alleen. Het helpt ook de rest van het team, en andere partijen, zoals werkgevers/zorgaanbieders en zorgverzekeraars, om inzicht te krijgen in wat er allemaal komt kijken bij het indicatieproces. Daarmee is het een stevig fundament om het gesprek over goede en gepaste zorg aan te gaan. Ieder vanuit zijn of haar rol, met respect voor elkaars professionaliteit.

Sonja Kersten,
directeur V&VN

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	5
Inleiding.....	6
Begrip 1 Indiceren volgens verpleegkundig proces.....	9
1.1 Indiceren: onafhankelijk, onbevooroordeeld en onderbouwd.....	9
1.2 Verpleegkundig proces.....	10
1.3 Klinisch redeneren.....	13
1.4 Ervaren knelpunten.....	15
Begrip 2 Geneeskundige zorg.....	17
2.1 Relatie tussen geneeskundige en verpleegkundige zorg.....	17
2.2 Wanneer is wijkverpleging niet meer aan de orde?.....	18
2.3 Maaltijdondersteuning.....	19
2.4 Medicatietoediening.....	20
Begrip 3 Méér zorg thuis (voorheen grote zorgvraag).....	22
3.1 Méér zorg thuis.....	22
3.2 Inzet en toezicht.....	23
3.3 Ervaren knelpunten.....	24
Begrip 4 Zorg in de palliatieve terminale fase.....	26
4.1 Inzet en toezicht.....	26
4.2 Ervaren knelpunten.....	27
Begrip 5 Zorg door netwerk (voorheen gebruikelijke zorg).....	28
5.1 Uitgangspunt.....	28
5.2 Afwegingen.....	29
5.3 Ervaren knelpunten.....	29
Begrip 6 Leveringsvorm persoonsgebonden budget (pgb).....	31
6.1 Uitgangspunt.....	31
6.2 Afwegingen.....	31
6.3 Ervaren knelpunten.....	32
Literatuurlijst.....	34
Bijlage 1.....	35

Inleiding

Sinds 2015 stellen wijkverpleegkundigen de indicatie voor 'verpleging en verzorging in de eigen omgeving' in het kader van de aanspraak wijkverpleging binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het bepalen van de zorgbehoefte (het indiceren) is de start van de zorgverlening. Het verpleegkundig proces is van groot belang bij het indiceren. Om de uitgangspunten van het indicatieproces te borgen, heeft de beroepsgroep 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' vastgesteld (V&VN, 2014). Het Normenkader is de beroepsnorm en beschrijft zes normen waaraan de wijkverpleegkundige moet voldoen om te mogen indiceren. De normen zijn ondersteunend voor een *objectief, onbevooroordeeld en onafhankelijk* indicatieproces. Het indiceren is hét instrument voor de beroepsgroep om de zorgvraag op basis van zorgbehoeften, zoals door de zorgvrager geduïd vanwege diens beperking, belemmering of aandoening, op methodische wijze vast te stellen.

Vier jaar na de transitie van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, Participatiewet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Zvw constateren zowel wijkverpleegkundigen als zorgvragers¹, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten diverse vraagstukken bij de indicatie voor de aanspraak wijkverpleging. De begrippen in de wet- en regelgeving leiden in praktijksituaties tot discussies tussen alle 'partijen'. De verpleging, verzorging en begeleiding voor de zorgvrager thuis komt hiermee in het geding. Betrokkenen ervaren dit laatste als ongewenst. Het is daarom van belang dat de beroepsgroep uitsprekt wat behoort tot haar domein: het bepalen van de zorgbehoefte, ook wel 'het indiceren' genoemd. Het doel van het begrippenkader is dat de beroepsgroep duidt wat de gebruikte begrippen in het indicatieproces inhouden. De uitwerking van de begrippen vormt daarmee een toelichting op het Normenkader uit 2014. Het begrippenkader maakt onderdeel uit van een groter geheel, ook wel 'masterplan indicatiestelling' genoemd. Met dit plan beoogt V&VN de wijkverpleegkundigen en hun organisaties te ondersteunen om de deskundigheid van de wijkverpleegkundige in het indicatieproces verder te ontwikkelen en daarmee de kwaliteit van het indicatieproces te verhogen. In dat kader is onder andere de [Toolbox indicatieproces](#) ontwikkeld.

Werkwijze

Tussen oktober 2018 en maart 2019 heeft een groep wijkverpleegkundigen onder leiding van V&VN, in samenwerking met het Nederlands Wijkverpleegkundigen Genootschap (NWG) en met ondersteuning van het Zorginstituut Nederland (ZIN) gewerkt aan dit begrippenkader. Tijdens meerdere sessies zijn de begrippen uit de dagelijkse praktijk, die voor discussie en verschillende interpretaties zorgen, kritisch beschouwd

¹ Zorgvrager inclusief diens netwerk/mantelzorg.

en expliciet geduid. Het doel van het duiden is dat betrokken partijen elkaar verstaan als het gaat om begrippengebruik en inhoud. Ook komen ervaren knelpunten in de uitvoering ter sprake. V&VN is voornemens om de beroepsgroep en betrokken partijen uit te nodigen om hierover in gesprek te gaan om gezamenlijk oplossingen te vinden.

Het ZIN heeft dit begrippenkader vervolgens getoetst aan de geldende wet- en regelgeving. Deze duiding verschijnt in een eigen uitgave tegelijk met dit begrippenkader. Een leesgroep van wijkverpleegkundigen heeft de begrippen gevalideerd. Dit hield in: het herkennen en onderschrijven van de begrippen. Maar ook om te duiden waar inhoud/context scherper geformuleerd diende te worden of aan te vullen dan wel te verwijderen vanwege bijvoorbeeld irrelevantie. Na consultatie van de leesgroep volgde de definitieve vaststelling van het begrippenkader. Vervolgens heeft V&VN het begrippenkader gepubliceerd en gepresenteerd aan haar samenwerkingspartners in de wijkverpleging om het te omarmen en implementeren in de praktijk.

Eigenaarschap

Het begrippenkader is een toelichting op het [Normenkader](#) en daarmee, net als het Normenkader, eigendom van de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland.

Leeswijzer

Dit begrippenkader begint met een uitleg van het begrip verpleegkundig proces en volgt met geneeskundige zorg, méér zorg thuis, zorg in de palliatieve terminale fase, zorg door netwerk en zorg op basis van leveringsvorm persoonsgebonden budget (pgb).

In het begrippenkader wordt met zorgvrager bedoeld: de mens met een zorgbehoefte. Het mag duidelijk zijn dat hiermee elke zorgvrager van jong tot oud bedoeld wordt. Indien de zorgvrager minderjarig of wilsonbekwaam is, is de wettelijk vertegenwoordiger het aanspreekpunt voor 'samen beslissen' (gezamenlijke besluitvorming). Met 'netwerk' wordt bedoeld 'naasten en mantelzorgers' zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden.

Met team wijkverpleging wordt bedoeld: verzorgenden, verpleegkundigen in de wijk en wijkverpleegkundigen. Bij sommige zorgorganisaties maken gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten deel uit van het team wijkverpleging of werken zij team overstijgend.

In de kinderthuiszorg is de term wijkverpleegkundige niet gebruikelijk. Het [indiceren van kinderthuiszorg](#) is de verantwoordelijkheid van de kinderverpleegkundige. Indien

er sprake is van kinderthuiszorg graag 'wijkverpleegkundige' door 'kinderverpleegkundige' vervangen.

Voor de leesbaarheid is in de tekst de (wijk)verpleegkundige aangeduid als 'zij' en de zorgvrager en diens netwerk als 'hij'. Uiteraard is 'zij' inwisselbaar voor 'hij' en omgekeerd.

Begrip 1 Indiceren volgens verpleegkundig proces

Het Normenkader beschrijft aan welke eisen (zie tabel 1) wijkverpleegkundigen moeten voldoen wanneer zij extramurale verpleging en verzorging indiceren en organiseren. De normen geven de werkwijze en uitgangspunten aan waar de wijkverpleegkundige zich aan committeert als ze indiceert.

Tabel 1 De zes normen van het Normenkader (V&VN, 2014)

1. Indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie
2. Indiceren en organiseren van zorg wordt gedaan door een bachelor of master opgeleide verpleegkundige
3. Indiceren en organiseren van zorg is gericht op versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem
4. Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces. De methode die verpleegkundigen daarbij hanteren is het klinisch redeneren
5. De verslaglegging voldoet aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging
6. De verpleegkundige overdracht voldoet aan de V&VN standaard voor overdracht van zorg

In deze paragraaf leggen we indiceren, verpleegkundig proces en klinisch redeneren uit en lichten het toe aan de hand van voorbeelden. Tevens gaan we in op ervaren 'grijze gebieden' en ervaren knelpunten die de begrippen opleveren in de dagelijkse praktijk.

1.1 Indiceren: onafhankelijk, onbevooroordeeld en onderbouwd

De onafhankelijkheid van een indicatie wordt ontleend aan het beroep (autonome beroepsprofessional) en de beroepsnormen. Dit houdt in een inhoudelijke (professionele) onafhankelijkheid waarbij de wijkverpleegkundige zich niet laat leiden door budgetverwachtingen van zorgvrager, werkgever en/of zorgverzekeraar. Onbevooroordeeld komt voort uit de beroepsethiek en is beschreven in de [beroepscode](#). Een onderbouwde indicatie omvat minimaal de stappen 1 tot en met 4 van het verpleegkundig proces.

Een indicatie maakt duidelijk wat de zorgbehoefte is. Een indicatie is altijd maatwerk, afgestemd mét de zorgvrager, 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 waar verpleegkundige diagnoses en gewenste resultaten (zorgdoelen) worden gesteld en bijgesteld, met daarop aansluitende 'evidence based practice' (EBP)² interventies en hoe dit alles is te organiseren. De

² 'Evidence based practice' is gebaseerd op literatuur, ervaring van professionals en voorkeur van de cliënt.

wijkverpleegkundige onderbouwt indien EBP interventies niet passend zijn in deze situatie. Het is de professionaliteit van de wijkverpleegkundige om die interventies in te zetten en uit te (laten) voeren die bijdragen aan het behalen van de gewenste resultaten (zorgdoelen). Interventies die haalbaar zijn gegeven de situatie én bijdragen aan kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van de zorgvrager (ZN et al., 2018). Waarbij de wijkverpleegkundige, in overleg met de zorgvrager en eventueel het netwerk, afstemt wie wat doet en bij welke wettelijke kaders de gekozen interventies horen.

1.2 Verpleegkundig proces

Verpleegkundigen handelen volgens een vaste cyclische methodiek: het verpleegkundig proces. Het verpleegkundig proces is geen nieuw begrip voor de beroepsgroep. Zowel in beleidsdocumenten die de beroepsgroep heeft ontwikkeld, als in de verpleegkundige vakliteratuur, hanteert men dit begrip.

Het bestaat net als het geneeskundig proces uit 'vraagverheldering' ook wel 'gegevens verzamelen' (anamnese), 'diagnosestelling', 'vaststellen van gewenste resultaten (zorgdoelen)', 'vaststellen en plannen van passende interventies', 'uitvoering' en 'evaluatie' (V&VN, 2014).

De vakliteratuur beschrijft diverse indelingen van het verpleegkundig proces. Van alle indelingen die er zijn, is er geen bewijs welke beter of minder geschikt is. In dit begrippenkader houden we de zes-stappen-indeling aan, zoals ook beschreven in het Normenkader (V&VN, 2014).

1.2.1 Wat houden de zes stappen in?

1. Vraagverheldering (anamnese):

De anamnese is een geordende gegevensverzameling betreffende de gezondheid van de zorgvrager(groep) in de eigen context (woon- en leefomgeving).

2. Diagnosestelling³:

Een beoordeling van de gezondheid(risico's) na analyse van de anamnese, ook wel verpleegproblemen (bijvoorbeeld volgens de PES-structuur: P = Probleem, E = Etiologie/oorzaak en S = Symptomen). De verpleegkundige brengt een prioritering aan in de verpleegkundige diagnoses en valideert deze bij de zorgvrager (en diens netwerk).

3. Vaststellen van gewenste resultaten (zorgdoelen):

Een uitspraak over de beoogde resultaten (zorgdoelen) van zorg op basis van prognoses en voorkeuren van zorgvrager, diens netwerk en de wijkverpleegkundige, bij voorkeur SMART geformuleerd. Zonder doelbepaling is het niet mogelijk

³ De verpleegkundige diagnose is niet hetzelfde als de medische diagnose die een arts stelt. De verpleegkundige diagnose betreft de zorgvraag of het (dreigend) gezondheidsprobleem van een zorgvrager dat in principe het gevolg is van een ziekte of aandoening of beperking.

interventies in te zetten ("Als je niet weet waar je naar toe gaat, weet je ook niet hoe je er moet komen").

4. Vaststellen en organiseren van passende (EBP) interventies:
In overleg met zorgvrager (en diens netwerk) vaststellen welke interventies door wie ingezet dienen te worden om de beoogde resultaten (zorgdoelen) te behalen, waarbij het versterken van zelfredzaamheid en behoud van eigen regie leidend is. Uitgangspunt: Wat kan de zorgvrager (en/of diens netwerk) zelf, wat kan door (georganiseerde) informele zorg, wat door beschikbare technologie, wat door professionals (en op basis van welk wettelijk kader).
5. Plannen en uitvoeren van (EBP) interventies:
In overleg met de zorgvrager (en diens netwerk) plannen wanneer welke interventies uit te voeren, vervolgens deze volgens planning uitvoeren.
6. Monitoren en evalueren van zorg:
Continue volgen van de resultaten van de interventies in relatie tot de zorgdoelen, op basis hiervan doorgaan, bijstellen of beëindigen. De cyclus start opnieuw. Er is geen vaste frequentie voor evalueren, dit verschilt per zorgdoel.

Tabel 2 Vragen bij zes stappen verpleegkundig proces

1.	Vraagverheldering (gegevensverzameling)	Wat weet je al? Wat wordt verteld? Wat observeer je? Wat zoek je op? Wat vraag je na?
2.	Diagnosestelling (probleemvaststelling)	Wat is er aan de hand? Wat zegt dit? Wat betekent dit?
3.	Plannen van gewenste resultaten (zorgdoelen)	Wat willen de zorgvrager en jij bereiken? Wat kan je van de zorgvrager verwachten (leervermogen)? Wat is realistisch gezien de situatie?
4.	Vaststellen en organiseren van (EBP) interventies	Wat te doen om de zorgdoelen te behalen? Hoeveel tijd vragen interventies in deze situatie?
5.	Planning en uitvoering van (EBP) interventies	Wie gaat wat wanneer doen? Hoe te organiseren? Wat zijn de bevindingen (observaties in relatie tot de gewenste resultaten)? NB. Deze vastleggen in rapportage voor continuïteit van zorg
6.	Monitoring en evaluatie	Hoe is het gegaan en ervaren? Wat is bereikt? Wat moet doorgaan? Wat moet anders?

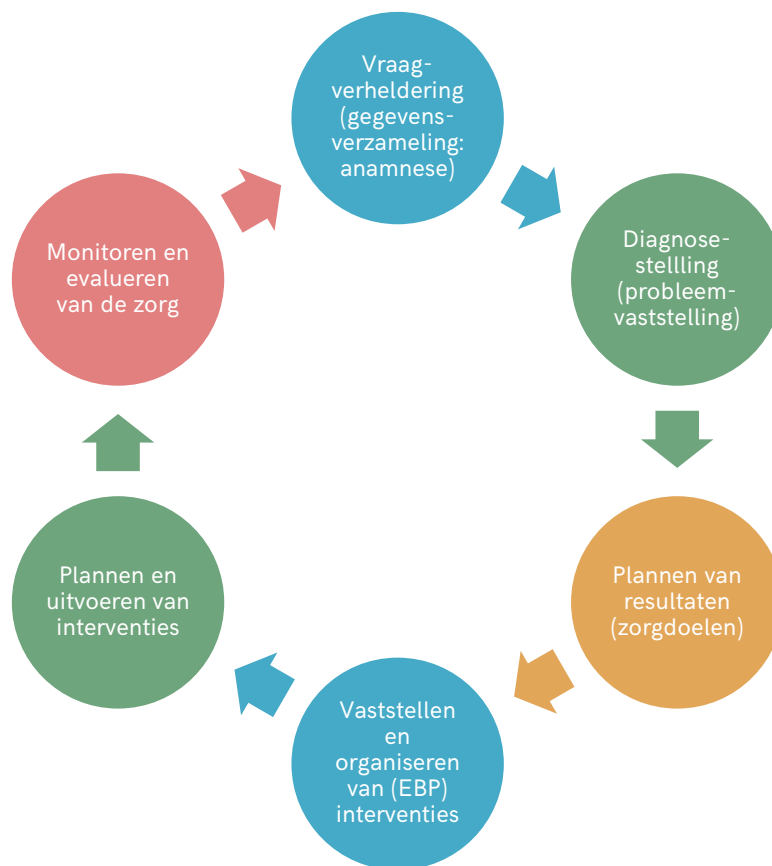
1.2.2 Belang verpleegkundig proces

In de wijkverpleging is het 'doorlopen' van het verpleegkundig proces van belang om tot een goede indicatie van zorg te komen, het zorgplan op te stellen en goede zorg te verlenen. De stappen zijn wel te onderscheiden maar niet te schéiden van elkaar. Bij het indiceren van zorg zijn vooral stap 1 tot en met 4 essentieel. Voor het opstellen van het zorgplan gaat het om stap 2 tot en met 4. Voor de uitvoering en monitoring van de zorgverlening zijn stap 3 tot met 6 weer van belang. Voor de evaluatie zijn alle stappen belangrijk. Kortom: het dynamische en cyclische karakter van het

verpleegkundig proces in de wijkverpleging is een integratie van indiceren én organiseren én uitvoeren van zorg (ZN et al., 2018).

1.2.3 Een cyclisch proces

Het verpleegkundig proces is cyclisch omdat op basis van uitvoering, monitoring en evaluatie continue samen met de zorgvrager en diens netwerk gekeken wordt of doelen behaald zijn dan wel of de interventies bijdragen aan het te behalen doel. Het doorlopen van de cyclus leidt zo tot voortzetting of aanpassing of beëindiging van de interventie (V&VN, 2014; de Graaf & Speksnijder, 2014; Rosendal & van Dorst, 2015).



Figuur 1 Cirkeldiagram Verpleegkundig Proces

1.2.4 Verpleegkundige anamnese

Het verzamelen van gegevens gebeurt op verschillende manieren. De wijkverpleegkundige gaat altijd het gesprek aan met de zorgvrager en eventueel diens netwerk. Het doel van het gesprek is om een volledig beeld te krijgen van de totale gezondheid (krachten en problemen) en helder te hebben hoe iemand zijn gezondheid ervaart. Om tot een goede diagnoses te komen is het van belang om oorzaken en gevolgen te scheiden en de zorgvragen helder te krijgen (de waarom-vraag telkens opnieuw stellen). Ook via andere manieren komt informatie bij de wijkverpleegkundige terecht, denk aan een (e)overdracht vanuit het ziekenhuis, de polikliniek, andere zorgaanbieder of een vraag via de huisartsenpraktijk of door het sociaal wijkteam

van de gemeente. De wijkverpleegkundige kan ook proactief informatie opvragen bij deze professionals of instanties, indien de zorgvrager hier toestemming voor heeft gegeven. Alle informatie naast elkaar leggen helpt om 'het plaatje compleet' te maken en ondersteunt de vraagverheldering.

De wijkverpleegkundige reflecteert op wat (mogelijke) oorzaken zijn en beoordeelt of oorzaken behandelbaar zijn. Met als doel om zo vooruit te kijken naar het meest optimaal haalbare voor wat de zorgvrager wil bereiken en wat daarin mogelijk is gezien diens persoonlijke situatie. Ze houdt hierbij rekening met situaties die kunnen veranderen. Vervolgens brengt de wijkverpleegkundige een ordening en prioritering aan in de zorgvragen om zo tot een goede diagnoses te komen.

Het kan mogelijk zijn dat op basis van alle verzamelde gegevens geen verpleegkundige diagnoses te maken zijn en er geen sprake is van een verpleegkundige zorgvraag. In dat geval verwijst de wijkverpleegkundige door naar andere domeinen (instanties).

Het anamnesegebesprek vindt plaats in de omgeving⁴ waar de zorg verleend gaat worden, bij de zorgvrager in de thuissituatie, omdat de invloed en impact van de context (woon- en leefomgeving) effect heeft op de gewenste resultaten van de zorgverlening.

1.3 Klinisch redeneren

Voordat de wijkverpleegkundige na vaststelling van de zorgvraag (zorgvragen) tot handelen komt, is er een zorgvuldig proces van overweging, oordeelsvorming en besluitvorming aan vooraf gegaan. Dit wordt door de beroepsgroep het 'klinisch redeneren' genoemd (de Graaf & Speksnijder, 2014). Klinisch redeneren is de basis van het denken en doen van verpleegkundigen:

“Het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid”

- Lambregts, Grotendorst & van Merwijk 2012: van Straalen & Schuurmans 2016

Klinisch redeneren is het maken van afwegingen en het concluderen welke zorg noodzakelijk is, op basis van verpleegkundige kennis, expertise en observaties van de

⁴ Steeds vaker komt de wijkverpleegkundige al eerder in beeld, bijvoorbeeld op de huisartsenpost (HAP), spoedeisende hulp (SEH) of voor ontslag ziekenhuisopname. Met als doel om de zorgverlening thuis zo snel, zo effectief en zo efficiënt mogelijk te organiseren.

(wijk)verpleegkundige. Het omvat risicoschatting, vroegsignalering, probleemherkenning en interventie (V&VN, 2014). Het toepassen van bijvoorbeeld de PES structuur helpt de (wijk)verpleegkundige van probleemvaststelling tot diagnosestelling te komen.

Het begrip klinisch redeneren komt uit de Engelstalige literatuur ('clinical judgement'). Het heeft niets met 'kliniek' te maken, maar is een proces om te komen tot een diagnose van een gezondheidsprobleem. Het is een dynamisch en actief proces. De wijkverpleegkundige stelt vast wat er aan de hand is en wat er op basis van mogelijkheden aan gedaan kan worden om de beste 'patiëntuitkomsten' te bereiken (Kuiper & de Jong, 2012). Dit alles gebeurt op basis van gezamenlijke besluitvorming ([shared decision making](#)) samen met de zorgvrager en diens netwerk. De wijkverpleegkundige betreft hierbij morele, professionele en zorgvrager specifieke afwegingen. Ze onderbouwt gemaakte keuzes en communiceert met zorgvragers, naasten en mantelzorgers, collega's en andere zorgprofessionals (Lambregts et al., 2012).

1.3.1 Hulpmiddelen

Bij het klinisch redeneren maakt de wijkverpleegkundige gebruik van haar eigen kennis en expertise, van kennis van collega's en van (vak)literatuur. Daarnaast gebruikt de wijkverpleegkundige ook andere hulpmiddelen. Classificatiesystemen zijn hulpmiddelen om de gegevens over de gezondheidstoestand en welbevinden van de zorgvrager te ordenen volgens een bepaalde indeling. Het gebruik van een dergelijk systeem vergroot de overzichtelijkheid van de anamnese. Meetinstrumenten, verzameld in de toolbox indicatieproces, kunnen de gemaakte keuzes van wijkverpleegkundigen verder ondersteunen (V&VN, 2014; V&VN, 2019; Vilans, 2015). Classificatiesystemen en meetinstrumenten zijn beiden hulpmiddelen, niet meer en niet minder. Het gebruik van deze hulpmiddelen zegt niets over de kwaliteit van het 'klinisch redeneren'.

1.3.2 Het zorgdossier

Om het verpleegkundig proces bij de zorgvrager in de wijkverpleging inzichtelijk te maken gebruikt het team wijkverpleging een zorgdossier, veelal een elektronisch cliëntendossier (ECD).

Iedere zorgvrager heeft een eigen persoonlijk zorgdossier. Het individuele zorgdossier omvat alle bronregistraties van het primaire zorgproces. Het draagt bij aan de continuïteit van de zorg en maakt de geleverde zorg 'navolgbaar' (ZN et al., 2018). In het zorgdossier vindt de verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden plaats. De beroepsgroep verstaat onder verslaglegging het vastleggen van gegevens over alle stappen van het verpleegkundig proces namelijk: anamnese, diagnosestelling, plannen van resultaten (zorgdoelen) vaststellen van (EBP) interventies, uitvoering van interventies (rapportages) en evaluatie. Ook de overdracht is onderdeel van

de verpleegkundige verslaglegging. Indien van belang voor de zorgverlening worden aan de verslaglegging nog toegevoegd: medicijnlijsten, protocollen, resultaten meetinstrumenten, uitvoeringsverzoek, overdracht, enzovoorts.

Het zorgplan is onderdeel van het zorgdossier en omvat de diagnoses, gewenste resultaten zorgdoelen, planning en uitvoering van (EBP) interventies en evaluaties.

1.4 Ervaren knelpunten

Vóór 2015 toen het indiceren bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) lag, indiceerde de indicatiesteller van het CIZ op basis van handelingen. De handeling omvatte 'de zorg' die nodig was. De nadruk lag letterlijk op handelingen en niet op het gehele palet aan verpleegkundige interventies zoals beschreven in het [Expertisegebied van de wijkverpleegkundige](#). De vraag waarom de zorg nodig is en wat ermee beoogd wordt, was ondergeschikt gemaakt aan handelingen. De transitie in denken om 'oorzaken van problemen te achterhalen' en 'resultaatgericht te werken' is nog niet overal doorgedrongen. Deels komt dat doordat bepaalde ECD-systemen hier niet op ingericht zijn, zo is er bijvoorbeeld geen ruimte voor de anamnese, diagnoses of doelstellingen. Deels komt dat omdat mensen het moeilijk vinden dat 'oude denken' los te laten. Bovendien is de omgeving van de wijkverpleging vaak nog gericht op het oude denken en handelen (processen in organisaties, financiering en dergelijke).

Vóór 2015 had het CIZ handelingen genormeerd in 'normtijden' en deze vastgelegd in beleidsregels passend bij de AWBZ. In de Zvw gelden deze beleidsregels niet en zijn er geen normtijden geformuleerd. Ook de beleidsregels van de Wlz zijn niet van toepassing voor de Zvw. De normtijden behoren eveneens tot het 'oude denken'. Normtijden gaan voorbij aan wat de uitgangspunten zijn bij indiceren: de aard en de complexiteit van de zorgvragen van de zorgvrager in relatie tot diens context (netwerk, woon- en leefomgeving), de gewenste kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren. De wijkverpleegkundige neemt al deze aspecten mee in de afweging en besluitvorming bij het vaststellen, organiseren, plannen en uitvoeren van de interventies (stap 4 en 5 verpleegkundig proces). Dat maakt dat elke indicatie maatwerk is zodat het ook kan bijdragen aan het gewenste resultaat (zorgdoel).

Het verpleegkundig proces is leidend bij het bepalen van de zorgbehoeften (het indiceren). Een classificatiesysteem is niet gelijk aan het verpleegkundig proces of omgekeerd. Classificatiesystemen en andere hulpmiddelen kunnen helpen bij de ordening of onderbouwing van bepaalde beslissingen. Veel ECD's die in de wijkverpleging worden gebruikt zijn gebaseerd op classificatiesystemen. De woorden en termen vanuit deze classificatiesystemen liggen voor alle gebruikers vast. Echter

de manier waarop de classificatiesystemen zijn ingebouwd in het ECD door ICT-leveranciers zorgt voor verschillen tussen ECD's. Hierdoor is de inrichting van het ECD in de praktijk vaak leidend bij het indiceren. Bepaalde ECD's bieden helaas geen ruimte om alle stappen van het verpleegkundig proces vast te leggen en/of om deze stappen aan elkaar te verbinden. Indien de wijkverpleegkundige hier niet alert op is, zal de verslaglegging incompleet en niet accuraat zijn. Dit doet uiteindelijk afbreuk aan de kwaliteit van het indiceren en de kwaliteit van de zorgverlening. Het zal duidelijk zijn dat de beroepsgroep pleit dat bij het (her)inrichten van het ECD de eindgebruikers (de beroepsgroep) betrokken dienen te zijn.

Indiceren wordt door sommigen ook wel uitgelegd als 'het toewijzen van het aantal uur zorg' waar men 'recht' op zou hebben. De beroepsgroep deelt deze mening niet. Inzet van zorg dient volgens de beroepsgroep beoordeeld te worden in relatie tot beoogde/gewenste resultaten. Om dit te kunnen doen is het noodzakelijk om de zorgverlening doorlopend te monitoren en te evalueren (stap 5 en 6 verpleegkundig proces). Uren zorg worden toegekend voor de planning van de zorgverlening voor de zorgorganisatie of voor de zorgverzekeraar zodat deze dit kan vertalen in een (persoonsgebonden) budget.

Begrip 2 Geneeskundige zorg

In artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) in de Zorgverzekeringswet (Zvw) staat beschreven wat onder wijkverpleging verstaan wordt: "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.'" 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.

2.1 Relatie tussen geneeskundige en verpleegkundige zorg

In de dagelijkse praktijk blijkt dat een medische aandoening vaak de aanleiding is om de wijkverpleegkundige in te zetten in de zorg thuis achter de voordeur. Deze aanleiding betekent niet dat er altijd sprake moet zijn van een gediagnosticeerde medische aandoening en het betekent ook niet dat deze diagnose persé chronologisch voorafgaat aan de inzet van de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige inzet kan ook samenhangen met preventie en vroegsignalering (het voorkomen van gezondheidsproblemen) en/of een signaal rond een niet-pluis-situatie. De wijkverpleegkundige is dan de eerste die achter de voordeur polshoogte neemt. Ze verricht onderzoek: de verpleegkundige anamnese (stap 1 verpleegkundig proces). Dit onderzoek is altijd zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden en valt daarmee onder de Zvw.

Geneeskundige zorg richt zich op een medische aandoening, beperking, belemmering of beperkte dan wel ontbreken van vaardigheden hier mee om te gaan, waarbij de arts een behandeling, preventie of palliatie start. De verpleegkundige zorg richt zich op actuele en/of dreigende gezondheidsproblematiek van een zorgvrager. Zij doet dit vanuit het perspectief van de levensgebieden, waarbij de context van de zorgvrager onderdeel uitmaakt van het indiceren om te komen tot een zorgplan. De levensgebieden zijn lichamelijk functioneren, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren, alle zes gerelateerd aan het concept [positieve gezondheid](#) ontwikkeld door Huber (ZonMw, 2014). De context omvat het netwerk, de woon- en leefomgeving van de zorgvrager.

Zoals bij het begrip verpleegkundig proces beschreven, levert de anamnese één of meerdere diagnoses op. Aan de hand hiervan worden vervolgens de gewenste resultaten (zorgdoelen) en passende interventies bepaald. Bij dit laatste maakt de wijkverpleegkundige een afweging, gegeven de hele context van de zorgvrager, wie deze interventie gaat uitvoeren. De wijkverpleegkundige heeft als uitgangspunt hierbij dat de

zorgvrager indien mogelijk de interventie zelf uitvoert, vervolgens diens netwerk, inzet van vrijwilligers, inzet van zorgtechnologie of een professional (van team wijkverpleging of eventueel een zorgprofessional van een andere discipline).

Wat zijn de factoren die bij deze afweging een rol spelen?

- stabiliteit en voorspelbaarheid situatie.
- inzicht van de zorgvrager in de eigen gezondheid.
- leerbaarheid.
- mogelijkheid tot zelfmanagement: communiceren; sociaal netwerk onderhouden; regie voeren; positief zijn en vertrouwen hebben; coping, initiatieven kunnen nemen tot dag-invulling.
- complexiteit van de omgeving: netwerk en hun draagkracht en -last; aanwezigheid van en betrokkenheid van de verschillende formele en informele hulpverleners.
- inhoudelijke complexiteit: multi morbiditeit; 'geriatrische reuzen' (=geheugenproblemen, immobiliteit, instabiliteit, incontinentie, gestoorde communicatie); aanwezigheid van meerdere problemen in sociale, psychische, zingeving en/of somatische domein; probleemgedrag; polyfarmacie; veiligheid; inzet vrijheidsbeperkende maatregelen.

2.2 Wanneer is wijkverpleging niet meer aan de orde?

Zolang er geen stabiele gezondheidssituatie is en het team wijkverpleging de kwetsbaarheid nog kan beïnvloeden met interventies, blijft zij in beeld. Ook bij het stabiel houden van de situatie of 'gecontroleerde achteruitgang' blijft dit het geval. Het doel van de zorg is in brede termen: bevorderen van kwaliteit van leven, eigen regiemogelijkheden, zelfredzaamheid en zelfmanagement. Wijkverpleging is niet meer aan zet als de wijkverpleegkundige - in goed overleg met de zorgvrager - besluit dat de inzet van het team wijkverpleging niet meer nodig is. Of als zij van mening is dat, ondanks alle zorginzet, de gewenste resultaten niet bereikt zullen worden. Uiteraard speelt de individuele gezondheidssituatie en de leer-en/of trainbaarheid van de zorgvrager hierbij een belangrijke rol. De (eventuele) overgebleven zorgbehoefte kan dan worden overgedragen aan het netwerk of aan een ander domein. Uiteraard kan daarnaast ook de zorgvrager besluiten de wijkverpleegkundige zorg te beëindigen.

2.2.1 Wat betekent dit concreet?

1. De wijkverpleegkundige maakt een inschatting van de behoefte aan zorg van de zorgvrager aan de hand van een 'brede uitvraag' (anamnese), waarbij de zorgvrager gezien wordt binnen de volledige context waarin hij leeft.

Als er een handeling nodig is, betekent het voorgaande dat *niet* op het niveau van de *handeling* vastgesteld kan worden welke competenties nodig zijn voor deze zorg. Het gaat om *de handeling binnen de context van de zorgvrager*. De interventies die het team wijkverpleging kan bieden bestaan niet alleen uit verpleegkundige en

verzorgende handelingen/activiteiten en het aanleren van handelingen/activiteiten aan zorgvrager/netwerk. Tot het takenpakket van de wijkverpleegkundige behoren ook het signaleren, coachen, coördineren, het bieden van preventieve zorg en case-management (zie voor meer uitleg [Expertisegebied Wijkverpleegkundige](#)).

2. Voor de vaststelling van de behoefte aan zorg is leidend wat de zorgvrager zelf wil en nodig heeft. Dus een gelijkwaardigheid; wat de zorgvrager wil en belangrijk vindt en wat de wijkverpleegkundige vanuit haar deskundigheid nodig vindt om gezondheidswinst te behalen.

Het is goed om nogmaals te benadrukken dat de wijkverpleegkundige niet alleen (verpleegtechnische) handelingen verricht. Zij observeert, signaleert, coacht en coördineert en heeft een wakend oog. De wijkverpleegkundige is bij uitstek degene die in de thuissituatie de vinger aan de pols kan houden in instabiele gezondheidssituaties, bij dreigende gezondheidsrisico's die tot het opschalen van verpleegkundige en/of geneeskundige zorg kan leiden: generalistisch als het kan, specialistisch als het moet. Er is dan sprake van een geneeskundige zorg die de inzet van wijkverpleging nodig maakt.

2.3 Maaltijdondersteuning

Het bieden van ondersteuning bij de maaltijd in de thuissituatie kan vanuit verschillende wettelijke kaders worden georganiseerd, namelijk de Wlz, de Wmo en de Zvw. Uitgangspunt is dat mensen de zorg en ondersteuning moeten krijgen die zij nodig hebben. In de praktijk blijkt dat bij maaltijdondersteuning onderscheid gemaakt wordt in verschillende 'handelingen', namelijk

1. Bereiden van de maaltijd; klaarmaken en/of opwarmen;
2. Klaarzetten van de maaltijd; zodat de zorgvrager erbij kan om het eten op te eten;
3. Aansporen en eraan herinneren te eten;
4. Toezien dat de zorgvrager eet;
5. Toedienen van de maaltijd.

Alle handelingen kunnen zowel Wmo als Zvw zijn, afhankelijk van de zorgvraag, zorgdoel én de context. In de dagelijkse praktijk blijkt dat handelingen 1 en 2 bijna altijd geplaatst worden onder het wettelijk kader Wmo. Handeling 3 is regelmatig een discussiepunt, handeling 4 en 5 is vaker Zvw dan Wmo. Echter onder welke wettelijk kader de maaltijdondersteuning in de thuissituatie valt, kan niet worden beantwoord zonder de zorgvrager eerst helemaal in beeld te krijgen. Van belang is dat de wijkverpleegkundige de reden weet waaróm de zorgvrager de maaltijdvoorziening niet zelf kan organiseren en uitvoeren. Nagegaan moet worden of er sprake is van een

geneeskundige zorg (zie begrip 2)⁵. De wijkverpleegkundige onderzoekt dit aan de hand van de anamnese (stap 1 verpleegkundig proces) om te kunnen beoordelen of er sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Dat onderzoek is eveneens 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en daarmee Zvw. Pas als alle gegevens verzameld zijn, is het mogelijk het gewenste resultaat te bepalen en te concluderen wat er nodig is als passende interventie (stap 2 tot en met 4 verpleegkundig proces). De wijkverpleegkundige stelt vervolgens vast wie de interventie(s) kan uitvoeren en onderbouwt dit. Zij bepaalt wat passende zorg is gegeven de situatie van de zorgvrager.

Als het niet direct duidelijk is onder welk wettelijk kader de maaltijdondersteuning valt, zal in eerste instantie de wijkverpleegkundige de zorgvrager ondersteunen bij de maaltijdzorg en zo snel mogelijk verder onderzoek doen om meer gegevens te verzamelen en de context in kaart te brengen. Dat onderzoek is eveneens 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en daarmee Zvw. Op basis van het onderzoek stelt de wijkverpleegkundige vast wat passende zorg is.

Indien er sprake is van een Wlz-indicatie in de thuissituatie, dan is de maaltijdondersteuning voor 'volledig pakket thuis' (VPT) onderdeel hiervan. Bij een 'modulair pakket thuis' (MPT) en pgb is dit afhankelijk van de situatie en de keuzes die gemaakt worden. Veelal heeft de zorgaanbieder een overeenkomst met de gemeente om zorg te dragen voor de maaltijdlevering/bezorging bij een Wlz-indicatie in de thuissituatie.

2.4 Medicatietoediening

Sommige zorgverzekeraars menen dat alleen als er sprake is van injecteren of in de mond stoppen van medicatie, deze zorg onder de Zvw valt. Hier geldt voor de beroepsgroep dezelfde redenering als bij de maaltijdondersteuning. Een dergelijk vraagstuk dient niet handelingsgericht benaderd te worden, maar breder. Nagegaan moet worden of er sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg. De bredere context van het gehele verpleegkundig takenpakket dient erbij betrokken te worden om te kunnen beoordelen of er sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' (zie bij maaltijdondersteuning). Ook de rol van een apotheker en die van team wijkverpleging hoeven elkaar niet te bijten op het gebied van voorlichting. Beiden zijn complementair aan elkaar omdat team wijkverpleging achter de voordeur, in de eigen context van de zorgvrager, maatwerk levert op het gebied van voorlichting,

⁵ Waarom is aansporen nodig? Heeft de zorgvrager geen zin in eten? Of vergeet hij/zij te eten, doordat hij/zij de etensprikkel niet meer goed kan vertalen? Is er sprake van verdriet en gemis van iemand bij het eten? Is er sprake van geen zin in eten, omdat er niet meer wordt gekookt en de zintuigen minder geprikkeld worden om te gaan eten? Weet iemand niet meer hoe hij aan eten komt of moet eten? Is het niet meer eten onderdeel van meerdere problemen met dezelfde oorzaak? Is bijvoorbeeld cognitie een probleem en is de dagstructuur zoek, waarin eten een plaats had, net als opstaan en aankleden, hond uitlaten, boodschappen doen, etc.

toediening en gebruik van medicatie. Bijvoorbeeld de leefstijl en woonomgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op de werking en het effect van de medicatie. Beiden spelen een rol in de medicatieveiligheid en in het voorkomen van duurder zorggebruik. Zie ook '[Veilige principes in medicatieketen](#)'.

Van belang is dat de wijkverpleegkundige de reden weet waaróm de zorgvrager de medicatie niet zelf inneemt. Deze vraag is belangrijker dan de vraag 'wat te doen'. Tenzij het een fysieke aanleiding betreft, dan is het anders. Meestal zit het innameprobleem in cognitieve onmogelijkheden of een progressieve aandoening als dementie. In beide gevallen is er dan meer aan de hand. Het gaat om het totaalbeeld en niet om de handeling 'medicatietoediening' alléén. (Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden ervaren dat zorgvragers vaak niet (meer) weten wát ze aan medicatie innemen of kunnen beoordelen waarvoor, waarom, wanneer en hoe ze de medicijnen moeten innemen. Tevens zijn onbekendheid met wat de bijwerkingen en contra-indicaties zijn, dan wel de combinatie met andere medicijnen, potentiële gezondheidsrisico's en een bedreiging voor de medicatieveiligheid. Het maakt daarnaast ook uit om wélke medicatie het gaat, bijvoorbeeld medicatie die nauwgezet op een bepaald tijdstip ingenomen dient te worden of een nauwgezette therapeutische werking heeft. Afhankelijk van de zorgvragen, zorgdoelen en de context zullen naast toedienen en voorkomen van complicaties, interventies gericht zijn op herstellen van kennistekort. Ook hier geldt dat het aan de wijkverpleegkundige is om te beoordelen tot welk wettelijk kader medicatietoediening in de thuissituatie hoort als het gaat om een zorgvrager die het zelf niet (meer) kan vanwege beperkte gezondheidsvaardigheden die duiden op geneeskundige zorg⁶.

(Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden voeren de handeling uit en weten wat er mogelijk kan gebeuren, welke scenario's (risico's) er allemaal zijn en hoe dan te handelen. Dit kan en mag niet verwacht worden van een niet-zorgprofessional. De zorgvraag en de context bepalen of in deze situatie het nodig is dat een zorgprofessional de medicatietoediening uitvoert of dat het op een andere manier veilig en verantwoord georganiseerd kan worden.

⁶ Bijvoorbeeld bij psychiatrische aandoeningen, waarbij motivatie of inzicht kunnen ontbreken. Of juist achterdocht een rol speelt: iemand die medicatie niet wil innemen want denkt dat hij vergiftigd wordt.

Begrip 3 Méér zorg thuis (voorheen grote zorgvraag)

De levensverwachting neemt in Nederland toe, we worden ouder en zijn langer gezond. Dat is een grote winst voor de Nederlandse samenleving. Mensen wonen daarvoor steeds langer thuis of komen na opname in het ziekenhuis sneller naar huis dan voorheen. Wijkverpleging maakt dat mogelijk. Consequentie van het beleid 'sneller naar huis en langer thuis' is dat zorg thuis intensiever en complexer is geworden. Ongeacht de levensfase waar de zorgvrager in verkeert, dient de zorgvrager die zorg te krijgen die nodig is op basis van de indicatie door de wijkverpleegkundige, rekening houdend met wettelijke kaders. 'Sneller naar huis en langer thuis' houdt in dat er steeds meer situaties zullen komen waar méér zorg thuis nodig is. Voorheen heette dit 7x24 uurs zorg of intensieve zorg. Beide begrippen dekken de lading niet echt. Méér zorg thuis gaat om meerdere zorgmomenten per dag, zeven dagen per week, waarbij sommige zorgmomenten véél uren kunnen omvatten, allemaal afhankelijk van de diagnoses, gewenste resultaten (zorgdoelen) en de daarbij passende interventies.

3.1 Méér zorg thuis

Uitgangspunt bij vaststelling van de zorginzet voor 'méér zorg thuis' is dat de wijkverpleegkundige niet start met aangeven wat niet kan, maar onderzoekt wat de vraag precies is en hoe dit te organiseren is. De wijkverpleegkundige zal net als bij elke andere indicatiestelling in overweging nemen hoe deze zorgverlening met zorgvrager, netwerk en/of vrijwilligers is te organiseren. Kernvraag bij het indiceren voor een grote zorgvraag is 'Tot wanneer is het nog verantwoord om zorg thuis te leveren?'. Het verkennen van de grens van verantwoorde zorg in de thuissituatie is ook van belang bij de bredere discussie over waar de Zvw eindigt en de Wlz begint. De wettelijke kaders van Zvw en Wlz zijn bepalend voor wat uit welk kader gefinancierd wordt.

Zorgvragers en netwerk willen vaak zo lang mogelijk thuis blijven met alle zorg die daarbij nodig is. De praktijk is dat de grens wat haalbaar is thuis, door de zorgvrager en/of diens netwerk regelmatig verlegd wordt om maar thuis te kunnen blijven. Het is aan de wijkverpleegkundige om op basis van alle stappen in het verpleegkundig proces te beoordelen wat 'het goede' is in deze situatie met in achtname van de wettelijke kaders. Diverse afwegingen spelen bij het indiceren een rol als het gaat om de inzet van méér zorg thuis. In de Zvw is geen maximum aan (uren) zorg die geleverd kan worden. Er is impliciet wel een grens en die ligt binnen het professioneel handelen en het welzijn van de cliënt: namelijk het veilig en verantwoord thuis zijn. Wijkverpleegkundigen maken hierbij een onderscheid in langdurige of tijdelijke periode

van méér zorg. Tijdelijk betreft meestal de palliatieve terminale fase (zie volgend hoofdstuk).

3.2 Inzet en toezicht

Bij het indiceren voor méér zorg thuis zal de benodigde zorg niet alleen uit zorghandelingen bestaan maar zal een (groot) deel ook toezicht omvatten. Toezicht is noodzakelijk als een zorgvrager vanwege diens (dreigende) gezondheidsproblemen een verhoogd risico vormt voor zichzelf of voor diens omgeving of als de zorgvrager niet (meer) in staat is zelf actie te ondernemen, zoals alarmeren, als er complicaties optreden. Denk aan een palliatieve terminale situatie maar ook bij een dementieel beeld, zoals dwalen, onrust in de nacht of bij thuisbeademing.

Of de inzet van de zorg door een professional gedaan moet worden in deze situatie, stelt de wijkverpleegkundige vast op basis van het doorlopen van het verpleegkundig proces, zoals beschreven bij begrip 1. De aanwezigheid van een professional is nodig bij instabiele gezondheidssituaties, en/of bij dreigende gezondheidsrisico's die tot het opschalen van verpleegkundige en/of geneeskundige zorg kan leiden en dus tot duurder zorggebruik. Er is dan sprake van geneeskundige zorg die de inzet van wijkverpleging nodig maakt.

3.2.1 Waar liggen grenzen?

De wijkverpleegkundige beoordeelt 'wat verantwoord is' vanuit meerdere perspectieven: voor de zorgvrager, de omgeving, de medewerker (team wijkverpleging) en dat de zorg efficiënt (doelmatig, doelgericht) moet zijn.

Voor de zorgvrager:

- Is de veiligheid gewaarborgd als de zorgvrager alleen is?:
- Kan de zorgvrager adequaat alarmeren?
- Kan de zorgvrager een paar uren alleen zijn - of deels met netwerk - tussen twee zorgmomenten?
- Is de zorgvrager zelf- en/of met netwerk - in staat te zorgen voor voldoende prikkels om voor een zinvolle dag-invulling te zorgen? Of doe je de zorgvrager tekort door 'alleen' zes keer per dag een handeling te verrichten en cliënt zichzelf verder niet (meer) kan uitdagen tot enige activiteit op fysiek, psychisch, sociaal en zingevingsgebied?
- Als je ondanks alle zorginzet de beoogde resultaten (zorgdoelen) niet bereikt of deze niet haalbaar zijn. Als de verhouding tussen de zorginzet en het bereiken van resultaat zoek is;
- Als er vrijheidsbeperkende maatregelen voor langere tijd ingezet moeten worden.

Voor de omgeving (netwerk):

- Als de veiligheidsgrens van de zorgvrager of directe mantelzorger overschreden wordt doordat het netwerk volledig overbelast is;
- Als het informele netwerk volledig ontbreekt of uitvalt.

Voor de medewerker/team wijkverpleging:

- Als de zorgvraag bij niet-planbare zorg, het onvoorspelbare, intermitterende of terugkerende karakter van de zorgbehoefte over de dag, een beslag legt op de inzetbaarheid van het team wijkverpleging voor de andere zorgvragers;
- Als de zorgvraag waarbij twee zorgverleners nodig zijn, een beslag legt op de inzetbaarheid van het team wijkverpleging voor de andere zorgvragers.

3.3 Ervaren knelpunten

3.3.1 Beroepsinhoudelijk

Een dilemma dat wijkverpleegkundigen ervaren bij het indiceren van een grote zorgvraag is: 'Kan ik de zorg en ondersteuning die hier nodig is, nog in de volle omvang op een verantwoorde en kwalitatief goede manier bieden? Of zijn er zulke tekortkomingen in deze zorgverlening die leiden tot de voorlopige conclusie dat het onwenselijk is deze situatie te continueren⁷? De wijkverpleegkundige beoordeelt dit vanzelfsprekend zorginhoudelijk, in ruggenspraak met collega's en andere betrokken zorgprofessionals in deze specifieke situatie. Het 'urenaspect' of 'overschrijden van domeingrenzen' of 'omdat de zorgverzekeraar dit aangeeft' zijn hier niet leidend, maar ondergeschikt.

Bij het naderen van deze grenzen gaat de wijkverpleegkundige het gesprek aan met de zorgvrager en diens netwerk. 'Advance care planning' (ACP) kan hierbij als een gesprekshulpmiddel dienen. Bespreekbaar maken dat je samen met de zorgvrager bepaalde visie en doelstellingen hebt en de vraag durven stellen 'kunnen we dat nog bieden?' 'Is het beter dit te organiseren in een andere setting (met meer prikkels bijvoorbeeld)?' De wijkverpleegkundige kan bijvoorbeeld op basis van haar expertise aangeven dat op een andere plek meer kwaliteit van leven ervaren zou kunnen worden. De wijkverpleegkundige heeft een adviserende rol hierin. De besluitvorming ligt bij de zorgvrager (en diens netwerk).

3.3.2 Organisatorisch

Als het gaat om de inzetbaarheid van het team wijkverpleging, is het voor de wijkverpleegkundige telkens de balans zoeken wat 'het goede' is voor deze zorgvrager en andere (potentiele) zorgvragers in de wijk. Wijkverpleegkundigen zijn zich zeer bewust dat zij de verantwoordelijkheid hebben om de schaarse beschikbaarheid van

⁷ Hierbij zal ook uitmaken wat het vooruitzicht is: is de situatie blijvend dermate intensief of is verbetering denkbaar?

zorg - vanwege de personeelstekorten - daar in te zetten waar het noodzakelijk is én dat zij de verantwoordelijkheid hebben om de zorg betaalbaar te houden. Beide aspecten spelen mee bij het indiceren voor méér zorg thuis als de zorg door een professional uitgevoerd dient te worden.

Wijkverpleegkundigen worstelen, ondanks wettelijke kaders, met het indiceren als de behoefte aan toezicht toe gaat nemen of intensiever wordt. De beschikbaarheid van schaarse middelen (personeel) en tegemoet komen aan de wensen van de zorgvrager en diens netwerk weegt de wijkverpleegkundige af aan wat de beroepsgroep verantwoord vindt, zoals eerder benoemd. Indien het netwerk geen intensief toezicht kan bieden en er geen professionele zorg beschikbaar is, dan is de zorgvrager toegewezen op de voorzieningen in de Wlz.

Wijkverpleegkundigen vinden het zeer gewenst dat er oplossingen komen om de zorgverlening voor niet-planbare zorg (zorg op afroep of ongeplande zorg) slim te organiseren in de avond-, weekend- en nachturen in een regio. Tot op heden ervaren wijkverpleegkundigen dat marktwerking, regelgeving en contractering belemmerend werken om deze zorg geregeld te krijgen.

Begrip 4 Zorg in de palliatieve terminale fase

4.1 Inzet en toezicht

Het indiceren voor zorg in een palliatieve terminale fase gaat niet anders dan bij een 'normale' indicatiestelling. De wijkverpleegkundige doorloopt ook hier het verpleegkundig proces en stelt op basis van de diagnoses en gewenste resultaten (zorgdoelen) vast welke zorg nodig is. Er wordt gekeken naar 'op welke manier geven we in deze fase goede zorg?' De wens van de zorgvrager om thuis te sterven staat hierbij voorop.

In de palliatieve terminale fase zijn er andere zorgdoelen, want de focus gaat van ziektegerichte zorg (gezondheid verbeteren of stabiliseren) naar symptoomlastenbestrijding (comfortabel sterven). Dit vraagt om observeren en het netwerk in de gaten houden. De intensiviteit neemt over het algemeen in deze fase toe, maar de wijkverpleegkundige indiceert niet anders dan in een 'andere' situatie. In deze fase is er - afhankelijk van de situatie - frequenter overleg en multidisciplinaire afstemming met overige betrokken disciplines.

De wijkverpleegkundige gebruikt als hulpmiddelen bij het indiceren de '[zorgmodule palliatieve zorg](#)' en het '[Kwaliteitskader Palliatieve zorg](#)'. Indien nachtzorg noodzakelijk is, bepaalt de wijkverpleegkundige wie deze interventie dient uit te voeren op basis van de situatie van de zorgvrager, richtlijnen en standaarden, de te verwachten complicaties in de stervensfase en het beschikbare netwerk. De organisatie van zorg kan wel anders zijn in deze laatste fase. Familie is vaak betrokken en er kan makkelijker een beroep op vrijwilligers gedaan worden, want voor terminale zorg zijn meer vrijwilligers actief.

In de palliatieve terminale fase is er altijd sprake van geneeskundige zorg. Het is niet zo dat in de palliatieve terminale fase altijd behoefte bestaat aan méér zorg. De geneeskundige zorg betekent niet dat de zorg ook altijd door de wijkverpleegkundige zelf zal worden geleverd, want dit hangt af van hoe de zorg georganiseerd wordt. De wijkverpleegkundige kan in samenspraak met de zorgvrager (of netwerk) besluiten om het benodigde toezicht (waken) of ander deel van de benodigde zorg door vrijwilligers of het netwerk te laten uitvoeren. Dit hangt af van de individuele situatie van de zorgvrager en zijn netwerk. Voor vrijwilligers geldt dat hun aandeel niet afgedwongen kan worden en dat zij niet het team wijkverpleging vervangen, maar een (overbelast) netwerk in de thuissituatie. Indien geen netwerk aanwezig is, is een andere voorziening zoals hospice of bijna-thuis-huis een goede oplossing voor het gewenste 'toezicht'.

4.2 Ervaren knelpunten

- **Om 'méér zorg thuis' mogelijk te maken in de palliatieve terminale fase, wordt vaak een 'terminaliteitsverklaring' van de (behandelend) arts gevraagd, terwijl dit alleen vereist is bij een Wlz-indicatie (VWS, z.d.)**

Voorbeeld: Wijkverpleegkundige vroeg eenmalig nachtzorg voor het weekend aan voor een terminale zorgvrager zonder netwerk, omdat er na het weekend pas plaats was in andere setting. De aanvraag werd afgewezen, omdat terminaliteitsverklaring niet werd afgegeven, want niet vereist.

- **Waken wordt niet als verzekerde zorg ervaren**

Bij waakzorg in de laatste fase (stervensfase) van de palliatieve terminale fase is er sprake van geneeskundige zorg die de inzet van wijkverpleging nodig kan maken. Het gaat er om wat is de problematiek en wat is er nodig daar in die situatie, waarbij vroegsignalering, om erger te voorkomen belangrijk is (denk aan onrust, wanen, hallucinaties, delirant gedrag, dyspneu, cliënten die veel pijn hebben en gedraaid moeten worden, enzovoorts). Dit bepaalt welke deskundigheid ingezet dient te worden. Het is aan de wijkverpleegkundige om dit vast te stellen op basis van het verpleegkundig proces en klinisch redeneren (zie begrip 1 en [brief Minister van VWS](#)).

- **Waken wordt niet gezien als doelmatige zorg**

De zorgvrager heeft in de laatste fase (stervensfase) van de palliatieve terminale fase meestal een verstoord dag-nacht-ritme, wat de zorgbehoefte onvoorspelbaar maakt. Dit veroorzaakt een extra belasting voor het netwerk en maakt dat het netwerk niet aan de noodzakelijke persoonlijke rust toekomt. De inzet van (professionele) waakzorg is in een dergelijke situatie een goede en doelmatige oplossing, omdat het netwerk het overdag vol kan houden, het team wijkverpleging er minder hoeft te zijn, het mogelijk een escalatie en/of opname voorkomt en daarmee duurder zorggebruik. Het is een wisselwerking. Indien nodig komt volgens afspraak een verpleegkundige of verzorgende van het team wijkverpleging 's nachts langs om te monitoren hoe het gaat en zo nodig (verpleegkundige) interventies uit te voeren.

Begrip 5 Zorg door netwerk (voorheen gebruikelijke zorg)

Binnen de AWBZ werd de term 'gebruikelijke zorg' gehanteerd voor de zorg die principieel van het netwerk (in ieder geval van partners, ouders of huisgenoten) verwacht kon worden en die om die reden niet onder de geïndiceerde zorg viel. De term 'gebruikelijke zorg' komt niet voor in de Zvw. De beroepsgroep wil deze term dan ook niet gebruiken bij het indiceren. In plaats daarvan spreken we over 'de inzet van het (eigen) netwerk', 'het kijken naar wat de zorgvrager en zijn naasten zelf kunnen doen' en het 'versterken van de zelfredzaamheid en eigen regie'.

5.1 Uitgangspunt

In de professionele versie van '[Werken met het Kwaliteitskader Wijkverpleging](#)' van V&VN (2018) staat als eerste uitgangspunt genoemd:

Wat mag de cliënt van jou verwachten?

Je zorgt voor zorg die aansluit bij wat de cliënt en zijn naasten zelf kunnen

Wat betekent dat?

Je kijkt zoveel mogelijk naar wat jouw cliënt nog kan ondanks de beperking of ziekte die hij heeft. Je biedt alleen die zorg die jouw cliënt en zijn naasten niet zelf kunnen organiseren

Bovenstaande maakt duidelijk dat het uitgangspunt is dat leden van een netwerk voor elkaar zorgen. Wat dit betekent voor het indiceren en de toe te wijzen zorg is aan de wijkverpleegkundige.

5.1.1 Eigen regie

De zelfredzaamheid en eigen regie versterken zit geworteld in het 'beroeps DNA' van wijkverpleegkundige. Dat wil zeggen dat zij altijd zal kijken hoe ze het hele netwerk om de zorgvrager krachtig kan maken. Het bepalen van de zorgbehoefte (het indiceren) is gericht op het versterken van de zelfredzaamheid en de eigen regie. Dat is niet precies hetzelfde als 'alles zelfstandig doen', maar het stellen van eigen prioriteiten in relatie tot de eigen mogelijkheden en gewenste resultaten.

De wijkverpleegkundige baseert de inzet⁸ van het netwerk (stap 4 en 5 verpleegkundig proces) op alle informatie die zij verzameld heeft tijdens de anamnese (stap 1 verpleegkundig proces). Iedere situatie kent haar eigen mogelijkheden en

⁸ Hierbij wordt ook gekeken wat wenselijk en effectief is voor het behalen van gezondheidsdoelen.

onmogelijkheden, afhankelijk van bijvoorbeeld de samenstelling van het netwerk waarbinnen een zorgvrager leeft en de belastbaarheid van de leden van dat netwerk.

5.2 Afwegingen

Voordat de wijkverpleegkundige besluit dat er professionele inzet noodzakelijk is, kijkt de wijkverpleegkundige of het ook op een andere manier kan, of er andere mogelijkheden zijn (stap 4 verpleegkundig proces). Professionele zorgverlening is het laatste wat de wijkverpleegkundige inzet. Welke afwegingen maakt zij daarbij?

- Eigen vermogen: wat kan en wil de zorgvrager zelf?
- Vermogen van het netwerk: wat kan het netwerk zelf doen en organiseren in relatie tot draagkracht en draaglast?
- Vermogen van het wijknetwerk: wat kunnen vrijwilligers uit de buurt, wijk (gemeente) doen?
- Hulpmiddelen: welke hulpmiddelen zijn er om te ondersteunen in de zorguitvoering?
- ICT: welke interventies zijn er met 'zorgtechnologie' uit te voeren en beschikbaar/buikbaar in deze situatie?
- Professionals: welke professional dient deze interventie uit te voeren in relatie tot het beoogde zorgdoel?

5.3 Ervaren knelpunten

'Gebruikelijke zorg' wordt anno 2019 door sommige zorgverzekeraars als correctiefactor op het aantal geïndiceerde uren gehanteerd, met name bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders en bij pgb.

Er is echter geen standaard voor de berekening van de tijd die samenhangt met de verlening van zorg door het netwerk. Wat dit betekent voor het indiceren en de toe wijzen zorg is aan de wijkverpleegkundige.

Het is aan de indicerende wijkverpleegkundige om bij het indiceren duidelijk te onderbouwen welke inzet wél of niet van het netwerk verwacht kan worden. Zij onderbouwt waarom ze bepaalde interventies inzet en door wie ze die laat uitvoeren (het organiseren van zorg) op basis van verpleegkundige diagnoses en resultaten en hiermee legt ze verantwoording af⁹.

5.3.1 Overwegingen bij pgb

Ook de inhoud en omvang van de verpleegkundige zorg binnen het pgb hangt af van de situatie van de zorgvrager. Het netwerk rondom de zorgvrager speelt een

⁹ Op basis van het zorgplan wordt aangegeven door wie en op welke wijze de interventies om de doelen te bereiken, worden uitgevoerd. In de wijze van het 'organiseren' van de ondersteuning wordt dus standaard meegenomen of er al dan niet inzet is van mantelzorgers, vrijwilligers en andere formele ondersteuners. De inzetbaarheid van het netwerk kan wisselend zijn. Dan wordt de organisatie van de zorg aangepast.

belangrijke rol bij de zorgverlening. Het netwerk en de inzet hiervan is ook een element dat de wijkverpleegkundige meeneemt bij het indiceren voor de verpleegkundige zorg voor een pgb. De overwegingen bij pgb voor 'zorg door netwerk' zijn voor de wijkverpleegkundige hetzelfde als bij 'zorg in natura' (ZIN).

5.3.2 Hulpmiddelen

Een inschatting van wat het netwerk zou kunnen bijdragen, kan gemaakt worden met behulp van bijvoorbeeld meetinstrumenten. Deze instrumenten meten hoe belast het betrokken netwerk zich voelt, zie de [toolbox indicatieproces](#).

Begrip 6 Leveringsvorm persoonsgebonden budget (pgb)

De wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor de verpleegkundige zorg thuis. Zij hanteert daarbij de normen en uitgangspunten die de beroepsgroep heeft vastgesteld hiervoor. Zie ook de uitleg bij begrip 1 (verpleegkundig proces). De verpleegkundige zorg is in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv) omschreven als 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Het begrip 'plegen te bieden' betekent dat bij de uitleg van de inhoud en omvang van de prestatie de opvattingen van de beroepsgroep leidend zijn. Ook het pgb berust op artikel 2.10 Bzv (zie ook de pgb-reglementen van de verschillende zorgverzekeraars). Dit betekent dat de normen en uitgangspunten van de verpleegkundige beroepsgroep gelden, los van de leveringsvorm die de zorgvrager kiest, met andere woorden evenzeer voor het pgb als voor 'zorg in natura'.

6.1 Uitgangspunt

De beroepsgroep stelt dat een indicatiestelling inzicht vergt in de omgeving van de zorgvrager: het gaat erom welke zorg de zorgvrager in de eigen omgeving nodig heeft, gegeven zijn zorgvraag en zijn persoonlijke factoren binnen de omgeving en het systeem waarin hij of zij functioneert. Het indiceren is dynamisch. Dit wil zeggen dat de zorgbehoefte door de tijd heen kan variëren door veranderingen in de fysieke of psychische gesteldheid, de omgeving en/of het netwerk, zoals eerder beschreven.

In sommige situaties biedt een pgb of zorg via een niet-gecontracteerde zorgaanbieder uitkomst, want dan is de grote zorgvraag vaak nog wél te organiseren en kan voorkomen worden dat de zorgvrager van het duurdere zorgaanbod gebruik moet maken of opgenomen moet worden in het ziekenhuis met veel duurdere medisch specialistische zorg (MSZ).

6.2 Afwegingen

Een pgb kan in situaties waar méér zorg nodig is (bijvoorbeeld nachtzorg) doelmatig zijn, omdat dan het netwerk ingeschakeld kan worden en daarmee het mogelijk wordt wat bij 'zorg in natura' soms lastig te organiseren is: zorg. Ook geldt hier dat duurdere zorg door de inzet van méér zorg voorkomen kan worden, zoals opname in ziekenhuis of andere zorginstelling. Dilemma's als 'Houdt het netwerk het vol, draagt het bij aan het welzijn van zorgvrager en wat gebeurt er als netwerk wegvalt?' spelen mee in de afwegingen van de wijkverpleegkundige bij het indiceren voor méér zorg, ongeacht de financieringsvorm pgb of 'zorg in natura'.

Informele hulpverleners worden door de budgethouder ingezet om de zorg te

verlenen. In deze situatie is er geen kwaliteitsbewaking en geen reflectie op het handelen: 'doen we hier het goede?' De kwaliteit en professionaliteit van informele zorgverleners spelen een grote rol in de beoogde resultaten van de zorgverlening (interventies). Het is goed om hierover in gesprek te gaan met de zorgvrager en diens netwerk.

6.3 Ervaren knelpunten

6.3.1 Beroepsinhoudelijk

Het indiceren door de wijkverpleegkundige, waarbij het volledige verpleegkundige proces doorlopen wordt en de professionele blik gedurende het hele zorgtraject aanwezig is, wordt bij een pgb deels te niet gedaan. Er is een 'knip' gemaakt. De wijkverpleegkundige is bij een pgb alleen betrokken bij het begin van het indicatieproces: de brede uitvraag en het opstellen van het zorgplan. Bij een pgb is de vastgestelde inzet van de zorg los gekoppeld van het organiseren en uitvoeren van de zorg. Van een cyclisch proces, waarbij de interventies als dat nodig is, kunnen worden bijgesteld, is geen sprake. De vragen 'doen we de goede dingen?' en 'bereiken we de doelen?' worden niet beantwoord. Wijkverpleegkundigen ervaren dit als dilemma bij het indiceren voor pgb. Aan de andere kant is er ook begrip dat de zorgvrager niet bij alle interventies een professional wil hebben en zelf bepaalt wie de zorg uitvoert. Sinds 1 januari 2019 is het mogelijk om evaluatie toe te voegen aan de indicatiestelling met leveringsvorm pgb. Het is nog niet verplicht. De beroepsgroep stelt voor om de 'knip' te repareren door stap 6 (evaluatie) van het verpleegkundig proces verplicht op te nemen in het pgb dan wel stap 6 op basis van de leveringsvorm 'zorg in natura' toe te wijzen.

Indien de wijkverpleegkundige iemand in zorg krijgt met een pgb moet er regelmatig onderhandeld worden met de budgethouder als er meer tijd nodig blijkt te zijn. Het contract moet dan worden aangepast. De zorgvrager (budgethouder) 'bepaalt' de tijd die de wijkverpleegkundige mag besteden aan het verlenen van de zorg. Sommige wijkverpleegkundigen ervaren dit als een beperking van hun professionaliteit, want kunnen niet handelen volgens beroepsnormen en het verpleegkundig proces. Het is echter aan de wijkverpleegkundige om te bepalen wat noodzakelijke en passende zorg is op basis van klinisch redeneren, professionele standaarden en beroepsnormen.

6.3.2 Overig

Een informele zorgverlener van een zorgvrager met een pgb heeft regelmatig een driedubbele rol: natuurlijke relatie, mantelzorger en een professionele relatie. Het kan lastig zijn om een afweging te maken, bij bijvoorbeeld je moeder, om iets te doen wat pijn doet, wat ze daardoor liever niet wil, maar wel noodzakelijk is om het

beoogde resultaat (zorgdoel) te behalen. Is de informele zorgverlener daar professioneel genoeg voor? Heeft de informele zorgverlener de competenties om de zorg uit te voeren? Er zijn situaties waar de wijkverpleegkundige haar twijfels hierover heeft en dit bespreekbaar dient te maken met zorgvrager en diens informele zorgverlener. Ook hier geldt dat het aan de wijkverpleegkundige is om te bepalen wat noodzakelijke en passende zorg is op basis van klinisch redeneren, de professionele standaarden en beroepsnormen en hoe deze zorg georganiseerd dient te worden.

Bij het indiceren voor pgb vereist de zorgverzekeraar een exacte verdeling in het zorgplan, ten behoeve van het budget, in zoveel minuten 'PV' (persoonlijke verzorging) en zoveel minuten 'VP' (verpleging). Dit ervaren wijkverpleegkundigen als een erfenis vanuit de AWBZ-periode. Het is opnieuw het 'oude denken'. In de Zvw komen deze begrippen niet voor. De Zvw maakt geen onderscheid in verpleging en persoonlijke verzorging. In de Zvw gaat het om 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

Literatuurlijst

- De Graaf-Waar H.I. & Speksnijder H.T., (2014). *Methodiek en systematiek voor de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum
- Kuiper M. de & de Jong A., (2012). *Klinische besluitvorming voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Reed Business
- Lambregts J., Grotendorst A., & van Merwijk C., (2012). *Leren van de toekomst V&V 2020 deel 1*. Utrecht: V&VN, eigen beheer, verkregen 09-02-2019 http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/1_Leren%20van%20de%20toekomst_def.pdf
- Rosendal, H. & van Dorst J. (2015). *Vakbekwaam indiceren*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum
- Straalen L. van, Schuurmans M.J. (red.). (2016). *Klinisch redeneren voor verpleegkundigen*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum
- V&VN, (2014). *Normenkader indiceren en organiseren verpleging en verzorging*. Utrecht: V&VN, eigen beheer, verkregen 16-10-2018 <https://www.venvn.nl/themas/indicatiestelling/normenkader>
- V&VN, (2018). *Werkdocument bij het Kwaliteitskader Wijkverpleging*, Utrecht: V&VN, eigen beheer, verkregen 09-02-2018 <https://www.venvn.nl/Portals/1/Downloads/Werken-met-Kwaliteitskader-Wijkverpleging.pdf>
- V&VN, (2019). *Eindrapport Toolbox Indicatieproces*. Utrecht: V&VN, eigen beheer
- Vilans, (2014). *Zoeken naar de gouden standaard*. Utrecht: Vilans, eigen beheer, verkregen 09-02-2019 <https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/zoeken%20naar%20de%20gouden%20standaard.pdf>
- VWS, (zonder datum). *Q&A's palliatieve zorg voor professionals*, verkregen 25-02-2019 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2017/12/22/qa-palliatieve-zorg>
- Wilkinson J., (2013). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V., 5^e druk 2017
- ZonMw, (2014). *Factsheet positieve gezondheid*, Den Haag: ZonMw, eigen beheer, verkregen 22-02-2019 https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Begip_Gezondheid/Factsheet_Positieve_gezondheid.pdf
- Zorgverzekeraars Nederland, Actiz, Zorgthuisnl & V&VN, (2018). *Handreiking registratiestandaard wijkverpleging*. Onbekend: eigen beheer, verkregen 04-02-2019 <https://www.ordz.nl/documenten/publicaties/2018/12/21/handreiking-registratiestandaard-wijkverpleging>

Bijlage 1

Werkgroep Begrippenkader

Anna Dorenbos, wijkverpleegkundige De Friese Wouden;
Caren Kunst, verpleegkundig indiceerder ZIN en PGB, ondernemer in de zorg (ZZP);
Caroline Smeets, wijkverpleegkundige Careyn, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige;
Helga Koopstra, wijkverpleegkundige De Friese Wouden;
Inge Rensen, wijkverpleegkundige Icare, casemanager dementie;
Marjolein Zilverentant, wijkverpleegkundige ZZP, voorzitter vakgroep Wijkverpleegkundigen, afdeling V&VN Maatschappij & Gezondheid;
Monique Jansen Schuiling, wijkverpleegkundige ZZG Zorggroep, vicevoorzitter NWG;
Saskia Bouma, wijkverpleegkundige Icare, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige;
Vanessa Schroer, wijkverpleegkundige Sensire, NWG, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige;
Wieke Veenstra, wijkverpleegkundige De Friese Wouden.

Leesgroep Begrippenkader

Aletta Oosterhuis, directeur NWG;
Anke Straatsma, wijkverpleegkundige De Friese Wouden, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige;
Anneke de Groot, wijkverpleegkundige Kwadrantgroep;
Christien Merkies, wijkverpleegkundige Patyna thuiszorg; ambassadeur voor de wijkverpleegkundige i.o.;
Colinda Machielsen, wijkverpleegkundige Kinderthuiszorg;
Daniëlle Martens, wijkverpleegkundige Beweging 3.0;
Els Pereboom, wijkverpleegkundige De Friese Wouden;
Elsbeth Rispens, wijkverpleegkundige ZZP, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige;
Hedwig van der Slegt-Maatman, wijkverpleegkundige Sutfene;
Hélène Meurs, zorginhoudelijk adviseur VGZ;
Henk Verreck, wijkverpleegkundig indicatiesteller;
Henrieta van der Veeke, wijkverpleegkundige Thebe, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige;
Ingrid Raatjes, wijkverpleegkundige Kwadrantgroep Oranjewoudzorg;
Jelle Reijngoudt, wijkverpleegkundige RSZK Zorgprofessionals;
Kim de Groot, wijkverpleegkundige Thebe, onderzoeker Nivel;
Lisa Konst, wijkverpleegkundige Zorgwacht;
Lisette Lichtenberg, wijkverpleegkundige Buurtzorg Purmerend;
Maaike Kompagne, wijkverpleegkundige TSN, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige;
Mariska de Bont, projectadviseur wijkzorg Envida, adviseur beroepsontwikkeling V&VN;
Marlies Poiesz, wijkverpleegkundige Thebe;

Leesgroep Begrippenkader

Manuela Oplaat, beleidsmedewerker ontwikkeling Kinderthuiszorg, kinderverpleegkundige;
Marcel Bosma, senior inkoper wijkverpleging Menzis;
Michelle Meertens, wijkverpleegkundige Envida;
Mieke Lahmar, wijkverpleegkundig indicatiesteller ZZP;
Milanda Koopman, wijkverpleegkundige ZZP;
Mirjam Goorhuis, manager wijkverpleging Cordaan, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige;
Nick de Bruijn, wijkverpleegkundige ZZG Zorggroep, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige;
Nikita Taal-van Elleswijk, wijkverpleegkundige ZZP;
Pauline Arts, wijkverpleegkundige ZZG Zorggroep, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige;
Paul-Jeroen Verkade, casemanager dementie, Geriant;
Raymond Kraamer, wijkverpleegkundige Envida;
Rebecca Vellinga, wijkverpleegkundige Paletgroep;
Saskia van Lente, wijkverpleegkundige Hilverzorg;
Saranke Stehouwer, wijkverpleegkundige Paletgroep;
Sylvia Hooiveld, wijkverpleegkundige Magentazorg;
Sylvia Vrouwenvelder, wijkverpleegkundige Paletgroep;
Suzanne Koning, docent verpleegkunde, Hogeschool Arnhem Nijmegen, lid vakgroep Wijkverpleegkundigen, afdeling V&VN Maatschappij & Gezondheid;
Toos Ploegaert, wijkverpleegkundige Vivazorggroep;
Wilma Bakker, wijkverpleegkundige Curadomi;
Wim van der Veen, wijkverpleegkundige De Friese Wouden.

Projectgroep Begrippenkader

Aster de Lange, verpleegkundig adviseur ZIN;
Carel Mastenbroek, adviseur ZIN;
Corien Harder, adviseur beroepsontwikkeling wijkverpleging V&VN;
Freerkje van der Meer, adviseur ZIN;
Martine Oonk, adviseur ZIN.