

## **ProActive Nursing: klinisch redeneren met het Time-out-Praktijkmodel**

# ProActive Nursing: klinisch redeneren met het Time-out- Praktijkmodel

MARC BAKKER EN DONNA DÖPP

3<sup>e</sup> editie

**Boom**



Met onderstaande unieke activeringscode krijg je via **boomstudent.nl** toegang tot het online materiaal. Deze code is persoonsgebonden en gekoppeld aan de 3e editie. Na activering van de code is de website twee jaar toegankelijk. De code kan tot zes maanden na het verschijnen van een volgende editie geactiveerd worden. De code is eenmalig te gebruiken. Ben je docent? Dan heb je jouw activeringscode per e-mail ontvangen. Deze code activeer je op **boomdocent.nl**.

Omslagontwerp: Haagsblauw, Den Haag  
Beeld omslag: sturti (iStock)

© 2026 VUmc Academie, M. Bakker en D. Döpp | Boom

*Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-uvo.nl](http://www.stichting-uvo.nl).*

*No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of Boom Uitgevers.*

ISBN 9789024464036  
NUR 183

[www.boomstudent.nl](http://www.boomstudent.nl)  
[www.boom.nl/hogeronderwijs](http://www.boom.nl/hogeronderwijs)

# INHOUD

<b>Woord vooraf</b>	<b>9</b>
<b>Inleiding: doe een Time-out!</b>	<b>13</b>
<b>Deel 1 Het verpleegkundig beroep</b>	<b>15</b>
<b>1 Wij verpleegkundigen</b>	<b>17</b>
1.1 Welke trends zien we in de gezondheidszorg?	17
1.2 Wat is onze kerntaak als verpleegkundige?	18
1.3 Welke drijfveer heb je als verpleegkundige?	19
1.4 Wie waakt er over de kwaliteit van de zorg die wij aan onze patiënten geven?	20
1.5 Wat biedt interprofessioneel samenwerken ons als verpleegkundigen?	21
1.6 Tot slot	21
1.7 Literatuur	21
<b>2 Onze patiënt(en)</b>	<b>23</b>
2.1 Wie is jouw patiënt?	23
2.2 Wat betekent persoonsgerichte zorg?	24
2.3 Is patiëntgerichte zorg hetzelfde als persoonsgerichte zorg?	24
2.4 Is persoonsgerichte zorg in een acute situatie belangrijk?	25
2.5 Welke plaats nemen protocollen en zorgstandaarden in?	25
2.6 Hoe houd ik rekening met de wensen van de patiënt?	26
2.7 Wat is proactieve zorgplanning?	26
2.8 Welke behandelwensen en grenzen heeft je patiënt?	27
2.9 Wanneer is er sprake van 'zinloos handelen'?	29
2.10 Hoe komen we tot goede afstemming met onze patiënten?	29
2.11 Wat is shared decision making?	30
2.12 Zijn er ook kritische kanttekeningen te maken over het concept 'samen beslissen'?	31
2.13 Tot slot	32
2.14 Literatuur	32
<b>3 Onze focus</b>	<b>35</b>
3.1 Welke rol hebben verpleegkundigen bij interprofessionele samenwerking?	35
3.2 Wat betekent dit voor ons, als verpleegkundigen?	35
3.3 Waarom is teamwork zo belangrijk?	36
3.4 Onze focus als verpleegkundigen	36
3.5 Wat is de focus van de verpleegkundige in het klinisch overleg?	36
3.6 Welke overeenkomst(en) kent het diagnostisch proces voor de arts en verpleegkundige?	37
3.7 Wat is de meerwaarde van het ICF-model?	39
3.8 Welke vormen van 'klinisch overleg' zijn er?	39
3.9 Tot slot	40
3.10 Literatuur	40

## **Deel 2 Klinisch Redeneren met het Time-out-Praktijkmodel** **41**

<b>4</b>	<b>Wat is klinisch redeneren?</b>	<b>43</b>
4.1	Klinisch redeneren in de praktijk	43
4.2	Wat is het verschil tussen intuïtief denken, geautomatiseerd handelen en redeneren?	44
4.3	Wat is nu klinisch redeneren?	45
4.4	Hoe kunnen we leren van onze patiënten?	46
4.5	Tot slot	47
4.6	Literatuur	47
<b>5</b>	<b>Time-out-Praktijkmodel</b>	<b>49</b>
5.1	Hoe gaat het met je?	49
5.2	Toestand-diagnostiek	50
5.3	Time-out-Praktijkmodel	51
5.4	Tot slot	55
5.5	Literatuur	55

## **Deel 3 Stapsgewijs door het Time-out-Praktijkmodel** **57**

<b>6</b>	<b>Observeren</b>	<b>59</b>
6.1	Doel: de klinische blik	60
6.2	Verwachtingen bij het observeren	60
6.3	Het proces van diagnosticeren	60
6.4	Onderbouw je bevindingen	62
6.5	Klinische observaties op vijf niveaus	62
6.6	Tot slot	67
6.7	Literatuur	67
<b>7</b>	<b>Analyseren</b>	<b>69</b>
7.1	Doel: probleeminzicht	69
7.2	Verwachtingen bij het analyseren	70
7.3	Het ICF-dashboard met het probleemoverzicht	70
7.4	Andere classificaties	75
7.5	Tot slot	75
7.6	Literatuur	76
<b>8</b>	<b>Communiceren</b>	<b>77</b>
8.1	Doel: interprofessionele samenwerking	77
8.2	Verwachtingen bij het communiceren	77
8.3	Elkaar informeren en inspireren	78
8.4	Persoonsgericht communiceren met je patiënt	80
8.5	Proactief meedenken en tonen van klinisch leiderschap	80
8.7	Tot slot	81
8.8	Literatuur	81
<b>9</b>	<b>Realiseren</b>	<b>83</b>
9.1	Doel: persoonsgerichte zorg	83
9.2	Verwachtingen bij het realiseren	84
9.3	Vijf categorieën voor het realiseren van de zorg bij je patiënt	84
9.4	Tot slot	90
9.5	Literatuur	90

<b>10</b>	<b>Evaluëren</b>	<b>91</b>
10.1	Doel: effectiviteit van de verleende zorg beoordelen met een kritische blik	91
10.2	Verwachtingen bij het evalueren	92
10.3	Monitoren en zorg bijstellen	92
10.4	Evaluatievragen bij de drie pijlers van de zorgfocus in trias	93
10.5	Tot slot	94
10.6	Literatuur	95
<b>11</b>	<b>Reflecteren</b>	<b>97</b>
11.1	Doel: leren van onze patiënten	97
11.2	Verwachtingen bij het reflecteren	98
11.3	Reflecteren in de praktijk	98
11.4	Reflectiemodellen	98
11.5	Tot slot	102
11.6	Literatuur	102
<b>12</b>	<b>Overzicht van de basisberoepsvaardigheden</b>	<b>105</b>

## **Deel 4 Drie patiëntbesprekingen en vijf Time-out-momenten** **109**

<b>13</b>	<b>Casuïstiek</b>	<b>113</b>
13.1	Mevrouw Rijn: van het verzorgingshuis naar de afdeling Cardiologie	114
13.2	Meneer De Boer: na een val thuis	125
13.3	Mevrouw Yilmaz en haar bezorgde dochter: op de Spoedeisende hulp	139
13.4	Meneer Jansen: van huis via de Spoedeisende hulp naar de afdeling Urologie	151
13.5	Robbie op de kinderafdeling	161
13.6	Meneer Sari: een oncologische patiënt op de poli	167
13.7	Meneer Ligthart: een aanmelding bij Buurtzorg	172
13.8	Mevrouw Zeldenrust: de revalidatieperiode	177
	<b>Trefwoordenregister</b>	<b>185</b>
	<b>Dankwoord</b>	<b>189</b>

# INLEIDING: DOE EEN TIME-OUT!

Deze titel klinkt alsof je even een moment voor jezelf neemt. Of je associeert hem met een Time-out-procedure om de veiligheid van de patiënt<sup>3</sup> te waarborgen. Beide gedachten passen bij dit nieuwe boek, waarin het Time-out-Praktijkmodel een hulpmiddel is om je klinisch redeneren toe te passen in de zorg voor jouw patiënt. Het begint heel simpel met de vraag: 'Hoe gaat het?' Hoe vaak heb je dit niet aan een patiënt gevraagd aan het begin van je dienst? Je kunt een hele lijst met antwoorden bedenken: van korte en krachtige antwoorden als 'goed, hoor' of 'slecht' tot zeer lange antwoorden, waarin de patiënt diens huidige toestand probeert te verwoorden. Je neemt daarbij waar of de antwoorden van de patiënt overeenkomen met diens fysieke en/of mentale toestand. Door deze simpele vraag ben je al direct gestart met klinisch redeneren.

Je hebt misschien weleens van de 'zes-stappenmethodiek van Marc Bakker' gehoord. Dit is een landelijk bekende methodiek waarmee veel verpleegkundigen in Nederland zijn opgeleid. Het Time-out-Praktijkmodel is ontwikkeld om deze methodiek toegankelijker te maken voor gebruik tijdens het werk en in de dagelijkse zorg voor patiënten. De eerste versie van het Time-out-Praktijkmodel bestond uit drie stappen: observeren, analyseren en communiceren.



**Figuur 1** De drie stappen van het oude Time-out-Praktijkmodel.

Bij klinisch redeneren gaat het om het systematisch verzamelen van informatie om daarmee de toestand van een patiënt te begrijpen door deze te interpreteren. Het doel daarvan is om tot een klinisch oordeel dan wel besluit te komen, in goed overleg met de patiënt. Aan het Time-out-Praktijkmodel zijn nog twee stappen toegevoegd, te weten 'realiseren' en 'evalueren'. Op deze manier staat het model dicht bij de praktijk en het werkterrein van de verpleegkundige. Bovendien herken je de stappen van het verpleegkundig proces in het Time-out-Praktijkmodel, zoals

<sup>3</sup> Voor 'patiënt' kan ook 'cliënt' of 'zorgvrager' gelezen worden in dit boek.

het verzamelen van informatie bij de anamnese, het formuleren van de diagnose en de resultaten, het maken van een planning en het uitvoeren daarvan, om vervolgens het gehele proces te evalueren. Je gebruikt de denkvaardigheden 'observeren' en 'analyseren' om goed klinisch te (leren) redeneren.

Het model is zowel een vakinhoudelijk als een didactisch model. De praktijk is een krachtige leeromgeving en ervaren verpleegkundigen kunnen dan ook veel patiëntverhalen vertellen. Door deze verhalen met elkaar te delen en erop te reflecteren zijn deze verpleegkundigen ervaren experts geworden in het klinisch redeneren. Het is dus vooral een kwestie van doen!

## Hoe doe je een Time-out?

Een 'time-out' is een term die bij teamsporten gebruikt wordt voor het onderbreken van de wedstrijd ten behoeve van tactisch overleg. In de verpleegkundige beroepspraktijk is er helaas vaak weinig tijd voor *bedside* onderwijs en leren in het algemeen. In dit boek gebruiken we de term 'Time-out' om aan te geven dat we juist voor onderwijs en leren de tijd even stil moeten zetten. Een Time-out nemen om na te denken over de patiënt kan heel leerzaam en verstandig zijn.

## De opbouw van dit boek

Dit boek bestaat uit vier delen.

In deel 1 kijken we naar onszelf als beroepsgroep en wie wij als verpleegkundigen zijn. Welke ontwikkelingen zijn er in de zorg van nu en hoe verhoudt zich dat tot onze deskundigheid en ons taakgebied? Onze patiënten zijn uniek, complex en heel verschillend. Hoe kunnen we hen zo persoonsgericht mogelijk blijven benaderen als verpleegkundigen? Dat kunnen we niet alleen, maar dat doen we in nauwe samenwerking met andere zorgprofessionals. We hebben een duidelijk verpleegkundige focus en spelen een grote rol in de behandeling van onze patiënten.

Deel 2 behandelt wat klinisch redeneren nu precies is en wat het verschil is tussen denken en redeneren. We introduceren het Time-out-Praktijkmodel, waarbij we het begrip 'zorgfocus in trias' uitleggen. Dit model helpt je om je observaties te verzamelen en te ordenen en daarmee de toestand van je patiënt beter te interpreteren.

De zes basisberoepsvaardigheden van het Time-out-Praktijkmodel worden in deel 3, in losse hoofdstukken, besproken, en toegelicht met tips en voorbeelden.

In deel 4 zijn tot slot drie uitgewerkte patiëntbesprekingen opgenomen en vijf Time-out-momenten voorzien van vragen zodat studenten de casus zelf uit kunnen werken met de zes denkvaardigheden van het Time-out-Praktijkmodel. Daarbij is gezocht naar voorbeelden die niet alleen uit de ziekenhuissetting komen, maar uit verschillende werkvelden waarin verpleegkundigen werkzaam zijn.



Op [www.boomstudent.nl](http://www.boomstudent.nl) zijn invulbare pdf's beschikbaar (een versie voor een volwassen patiënt en een voor een kind) die je als leidraad kunt gebruiken om het klinisch redeneren te leren en te oefenen. De primaire vraag die in de pdf gesteld wordt is: 'hoe gaat het?'. Hierop volgen verdere redeneervragen. Ook zijn hier de antwoorden op de vragen bij de vijf Time-out-momenten te vinden.

## ProActive Nursing is blijven leren van casuïstiek en je patiënt

Met dit boek en met het Time-out-Praktijkmodel beogen we:

- klinische redenering te begrijpen en te verbeteren;
- reflectie en continu leren in de verpleegkunde te bevorderen;
- de kwaliteit van patiëntenzorg te verhogen door gestructureerde besluitvorming.

Kortom, ga het doen! Pak regelmatig een Time-out-moment en blijf proactief!

# DEEL I

# HET VERPLEEGKUNDIG BEROEP

## Inleiding

In dit deel besteden we aandacht aan ons beroep van verpleegkundige, hoe we onze patiënten benaderen en wat onze focus is in de zorg die we geven. In hoofdstuk 1 staan wij als verpleegkundigen centraal. Welke trend(s) zien we in de gezondheidszorg? Welke kerntaak hebben verpleegkundigen? We leggen uit wat de Wet BIG betekent in ons dagelijks werk en hoe we een goede gesprekspartner kunnen zijn voor de patiënt. Als verpleegkundige werk je in een team en werk je nauw samen met andere zorgprofessionals. Dat team kan heel klein zijn, als je denkt aan een arts, een verpleegkundige en de patiënt. Een huisartsenpraktijk is een voorbeeld van een klein team, en een specialistisch team in een ziekenhuis kan heel groot zijn.



**Wij leveren persoonsgerichte zorg door te kijken naar welbevinden, vitale functies en zelfredzaamheid!**

Onze patiënten zijn al net zo divers als de setting waarin we werkzaam zijn als verpleegkundigen. We besteden hier een apart hoofdstuk aan, waarin de persoonsgerichte benadering vooropstaat. We leggen het belang van proactieve zorgplanning en *shared decision making* uit, waardoor we onze patiënt echt centraal kunnen stellen.

Als laatste staan we stil bij onze focus in de zorg. Daar introduceren we voor het Time-out-Praktijkmodel het aangepaste International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model, waarmee we onze patiënt kunnen bespreken en de samenwerking kunnen versterken.

# 1 WIJ VERPLEEGKUNDIGEN

## 1.1 Welke trends zien we in de gezondheidszorg?

We worden als verpleegkundige dagelijks uitgedaagd bij de uitoefening van ons beroep, omdat de zorg steeds diverser en complexer wordt. Als verpleegkundige kun je werkzaam zijn in heel verschillende settings, waarbij je in de eerstelijnszorg dichterbij de patiënt en zijn leefomgeving staat, of waarbij je in de tweedelijnszorg werkt, die zich kenmerkt door toenemende specialisatie van de zorg. In de ene setting werk je meer solistisch en in de andere vaker in teamverband. Toch is samenwerken iets wat we dagelijks doen om de kwaliteit en continuïteit van onze zorg te waarborgen.

We zien een aantal trends in de samenleving en daarmee ook in de gezondheidszorg. Er is sprake van vergrijzing. De mensen die we verplegen zijn veelal oud, waarbij de ziektes die ze hebben zich op latere leeftijd openbaren. Er is meer aandacht voor leven met een chronische aandoening/ziekte; de behandelmogelijkheden worden beter en dragen bij aan het behoud van de kwaliteit van leven. Daarnaast willen oudere mensen langer thuis wonen en het beleid van de overheid is hierop afgestemd. We zien dat de **multimorbiditeit** (meerdere aandoeningen tegelijkertijd) toeneemt, waardoor de gezondheidsproblemen complexer worden. Deze mensen zijn vaak zieker en instabieler. Binnen de ziekenhuizen gebruiken we nog de term patiënt, maar vaker bevindt deze patiënt zich op andere plekken door verplaatsing van de zorg. Het verpleeghuis, de revalidatie-instelling, speciale poli's, en de thuiszorg zijn plekken waar intensieve zorg gegeven wordt en de benaming cliënt of zorgvrager gebruikt wordt.

Wanneer het om de zorg aan kinderen gaat, zien we dat een groot deel van de kinderen gezond en gelukkig is. Een kleine groep heeft een ernstige, soms fatale, chronische ziekte die wordt behandeld in het ziekenhuis (RIVM, 2010). De zorg is daar **family integrated**.

Als verpleegkundigen waken we over en verzorgen we de mens in al deze levensfasen.



**Als verpleegkundige kom je mensen tegen in alle leeftijdsfasen.**

Je blijft je als verpleegkundige ontwikkelen – je moet jezelf opleiden – omdat de zorgvragen complex zijn en er technologische ontwikkelingen zijn die vragen om extra scholing. Veel verpleegkundigen zullen na hun basisopleiding kiezen voor een specialisatie en zullen gaan werken als gespecialiseerd verpleegkundige dan wel doorgroeien naar een verpleegkundig specialist.

## 1.2 Wat is onze kerntaak als verpleegkundige?

Verpleegkundigen komen bij kinderen, volwassenen en ouderen gezondheidsproblemen tegen, die heel divers en complex zijn. Je moet vaker zelfstandig beslissingen nemen, wat je meer autonomie geeft, maar wat ook een grotere verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Onze speelruimte is juridisch gekaderd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De kern van het vak van de verpleegkundige is zorg en ondersteuning bieden aan mensen die gezondheidsproblemen hebben of die herstellen van ziekte en/of bij letsel. Het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige wordt in artikel 33 van de Wet BIG als volgt weergegeven:

'Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

1. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
2. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.'

Het eerste punt geeft aan dat verpleegkundigen een zelfstandige functie hebben (autonomie) om mensen te verplegen. Als verpleegkundige doe je observaties, waaruit begeleidende en verzorgende taken voortvloeien. Je kijkt mensgericht en richt je op de context van het leven. Je richt je niet alleen op de ziekte, maar ook op de mens erachter; je bent niet alleen gericht op genezing, maar ook op dragen, steunen, doorgaan, aanspreken (zo nodig), en bent vooral gericht op veerkracht en het aanpassen aan omstandigheden (V&VN et al., 2015).

In de onderstaande casus komen beide punten van de Wet BIG samen.

### **Casus 1.1 De deskundigheid van de verpleegkundige vertaald naar de praktijk**

Je werkt op een afdeling interne geneeskunde en je patiënt, mevrouw Konings, is met een longontsteking opgenomen.

- Je observeert de vitale functies van mevrouw Konings regelmatig, door haar hartslag, bloeddruk, ademhaling, saturatie en temperatuur te meten, en je observeert eventuele ademhalingsmoeilijkheden en of ze effectief kan (op)hoesten.
- Je rapporteert en meldt eventuele afwijkingen aan de arts.
- Je biedt emotionele en praktische ondersteuning aan mevrouw en haar familie, door uit te leggen wat de diagnose betekent en wat zij kan verwachten tijdens het herstel. Je beantwoordt eventuele vragen en helpt haar omgaan met mogelijke angst en zorgen over haar gezondheid.
- Je voert volgens medisch voorschrift verpleegtechnische handelingen uit, zoals toediening van zuurstof (O<sub>2</sub>) en antibiotica (AB). Daarbij houd je de reacties op de toediening van O<sub>2</sub> en AB in de gaten en meldt eventuele bijwerkingen.
- Je helpt mevrouw Konings met de persoonlijke verzorging en de dagelijkse activiteiten, door haar te assisteren bij het wassen en aankleden. Je zorgt bovendien dat zij zich comfortabel voelt, wat bijdraagt aan haar welzijn en herstel.
- Je draagt je zorg over aan een collega.

### 1.3 Welke drijfveer heb je als verpleegkundige?

In het eerste contact met jouw patiënt vraag je vaak: 'Hoe gaat het (met u)?' Uit de reactie van je patiënt signaleer en inventariseer je de huidige toestand van diens welbevinden en wat de klachten betekenen voor het dagelijks functioneren en de zelfredzaamheid. Je bent als verpleegkundige in staat dit te koppelen aan (mogelijke) mentale dan wel lichamelijke functies die leiden tot verstoringen dan wel beperkingen. We waken over 'onze' patiënt en kunnen onze kritische denkvaardigheden inzetten om te bepalen:

- welke zorg een patiënt nodig heeft en waarom;
- wat het beste gedaan kan worden en waarom;
- hoe dit het beste gedaan kan worden en waarom;
- of het goed is wat we gedaan hebben en waarom.

(Van Straalen & Schuurmans, 2020)



**Verplegen doe je met je hoofd, je handen en je hart.**

Jouw mensbeeld of kijk op het menselijk functioneren is een belangrijk uitgangspunt. Binnen het **biopsychosociaal model** is er aandacht voor de biomedische, psychologische en sociale factoren die medebepalend zijn voor de ziekte en het genezingsproces. Het gedrag en de omgeving van de mens zijn van invloed op het ontstaan, het verloop en de beleving van de ziekte. De ziekte of het ziek-zijn beïnvloedt ook het psychologische welzijn en de sociale relaties. De mens achter het gezondheidsprobleem is het uitgangspunt. Dit vraagt van jou als verpleegkundige een persoons-/patiëntgerichte benadering waarbij je mee- en nadenkt over de gezondheidstoestand van je patiënt.

In de volgende casus zie je dat je niet alleen let op de gezondheidstoestand van de patiënt, maar ook signaleert welke samenhang er mogelijk aanwezig is tussen de problemen.

### **Casus 1.2 Biopsychosociaal uitgangspunt**

Meneer Vos, 69 jaar, heeft diabetes type 2, waarvoor hij dagelijks insuline-injecties gebruikt. Daarnaast heeft hij last van hoge bloeddruk en obesitas. Hij ervaart vaak vermoeidheid en heeft wonden aan zijn voeten die slecht genezen. Meneer Vos controleert regelmatig zijn glucosewaarden en moet zijn dieet strikt volgen. Hij maakt zich zorgen over de complicaties van zijn diabetes en voelt zich vaak gestrest. Hij heeft moeite om zich aan zijn dieet te houden en voelt zich soms ontmoedigd. Zijn motivatie om gezond te leven fluctueert, vooral omdat hij zich vaak moe voelt. Meneer Vos woont alleen sinds zijn vrouw is overleden, wat zijn sociale steun beperkt. Hij heeft weinig sociale contacten en voelt zich vaak eenzaam. Zijn pensioeninkomen is beperkt, wat het voor hem moeilijk maakt om gezonde voeding te kopen en medische kosten te dekken.

## **1.4 Wie waakt er over de kwaliteit van de zorg die wij aan onze patiënten geven?**

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) waakt over de kwaliteit van de zorg en zegt in haar beleidsregels dat 'verpleging' gedefinieerd wordt als het uitvoeren van zorg aan patiënten/cliënten, zowel kinderen als volwassenen, met als doel het bevorderen van gezondheidsherstel of het voorkomen van verergering van een ziekte of aandoening (NZa, 2024-2025). Deze zorg is gerelateerd aan de behoefte aan medische behandeling of het hoge risico daarop. Als verpleegkundigen voeren we deze zorg uit in nauwe samenwerking met artsen en andere zorgprofessionals zoals een fysio- of ergotherapeut. We voeren in opdracht handelingen uit, voortvloeiend uit diagnostische en therapeutische interventies (het tweede punt van de Wet BIG).



**We doen het samen!**