

Kwaliteitshandboek Consultatie

Voor de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener

De eerste versie van het kwaliteitshandboek (2019-2020) is tot stand gekomen in samenwerking met een klankbordgroep. Deze klankbordgroep bestond uit een landelijke afvaardiging van consulenten palliatieve zorg: medici, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen. Zie voor deelnemers van de klankbordgroep Bijlage 9.

Opdrachtgever (2020): Fibula
Huidige eigenaar: PZNL

Versie 1.3, april 2023

Auteur: Herlin Woldberg, senior projectadviseur PZNL

In samenwerking met:

Debby Visser, senior projectadviseur | product owner bedrijfsvoering consultatiedienst
Afdeling communicatie PZNL
De Projectgroep inzet specialist;
Ilse Brummelhuis, projectleider | Jeroen Joosten, regioadviseur
Hetty Kazimier, senior adviseur | Herlin Woldberg, senior projectadviseur

Revisie- en goedkeuringshistorie

Versie	Datum	Beschrijving aanpassingen/opmerkingen	Revisie/ akkoord door
1.2	Mei 2021	Inhoudelijke aanpassingen	H.W.
1.3	Maart 2023	Inhoudelijke en lay-out aanpassingen	H.W.

Dit kwaliteitshandboek is bedoeld als naslagwerk voor consulenten Palliatieve Zorg, de in de palliatie gespecialiseerde zorgverlener, coördinatoren van het consultatieteam en netwerkcoördinatoren. In het kwaliteitshandboek staan kwaliteitseisen zoals deze samen met het veld zijn opgesteld, herijkt en geaccordeerd (2020). Naar aanleiding van de implementatie van de kwaliteitseisen is de afgelopen jaren een aantal onderwerpen aangepast en daarmee vervangt het kwaliteitshandboek 2023 het voorgaande. Het kwaliteitshandboek is geen statisch document en wordt op basis van jaarlijkse evaluatie bijgesteld.



Inhoudsopgave

Inleiding	4
Overzicht belangrijkste wijzigingen ten opzichte van voorgaande uitgave (2021)	5
Uitgangspunten (telefonische) consultatie	7
1 Wat is (telefonische) consultatie?	8
2 Proces en procedure van het telefonisch consult	9
3 Criteria opleiding en ervaring consulenten	12
4 Deskundigheidsbevordering	13
4.1 Deskundigheidsbevordering voor consulenten	13
4.2 Deskundigheidsbevordering door consulenten (ambassadeursfunctie)	14
5 Teamcoördinator, voorzitter en notulist	15
6 De registratie en verslaglegging in PRADO	17
7 Kwaliteitszorg en toetsingsmethodiek	18
8 Tarifiering	19
9 De organisatie van het consultatieteam	21
10 Secretariële ondersteuning van het PZNL-consultatieteam	22
Bronnen	23
Bijlagen	
B1 Criteria en competenties consulenten	24
B2 Inwerkplan nieuwe consulenten	26
B3 Consultbesprekingen (transmurale) consultatieteams	27
B4 Besluitvorming in de palliatieve fase	29
B5 Kaders inzet PZNL-consulenten bij mdo in ziekenhuizen	31
B6 Kaders inzet PZNL-consulenten bij PaTz-groepen	32
B7 Evaluatiegesprek	33
B8 Begrippenkader en werkdefinitie	35
B9 Deelnemers klankbordgroep (2019-2020)	37



Inleiding

Voor u ligt de herziene versie (2023) van het Kwaliteitshandboek Consultatie voor de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener.

In dit handboek staat:

- met welke visie de telefonische consultatie is opgezet
- welke opleidings- en ervaringseisen aan de PZNL-consulent worden gesteld
- met welke methodieken en werkwijzen wordt gewerkt
- hoe de consultatie wordt geregistreerd
- de tarifiering de diensten consultatie

In deze herziene versie, zijn sommige onderwerpen, in het kader van de transitie consultatie en het [Nationaal Programma Palliatieve Zorg II](#) (NPPZ II) nog in ontwikkeling en nog niet (volledig) vastgesteld.

Belangrijkste wijzigingen en tekstuele verduidelijking (2022-2023) ten opzichte van voorgaande uitgave

Naast veranderingen in leesbaarheid, indeling, lay-out en het toevoegen van diverse links, staan hieronder de belangrijkste wijzigingen en tekstuele verduidelijkingen (2022- 2023) ten opzichte van de voorgaande uitgave (2021).

Om duidelijkheid te geven bij welke teams de PZNL consulenten werken wordt in deze versie (2023) gesproken over een eerstelijns consultatieteam, een transmurale werkend consultatieteam en een ziekenhuis consultatieteam palliatieve zorg.

Hierbij is destijds uitgegaan van transmurale teams zoals we die vanaf de oprichting (2016) kennen; een samenvoeging van een eerstelijns team met een tweede lijns ziekenhuisteam die op basis van regionale samenwerkingsafspraken intensief samenwerken.

Wijzigingen

Blz. 14

Inzet tweede schiller:

De tweede schiller (2^e schil) krijgt, in overleg met de PZNL-regioadviseur, vergoeding:

- Als de 2^e schiller vast betrokken is bij het team en aan de consultbesprekingen van het team deelneemt
- De plaats van de achterwacht volledig overneemt en de voorwacht de naam van de 2^e schiller in Prado vermeld als achterwacht
- Afspraken over de 2^e schiller als vast betrokkene bij het team schriftelijk zijn gemaakt en bevestigd.

Blz. 15

Rol coördinator consultatieteams:

De coördinator van het consultatieteam is namens het consultatieteam de aanspreekpersoon voor de PZNL-regioadviseur.

Blz. 20

Aanpassing tarieven en vergoedingen:

De genoemde tarieven en vergoedingen kunnen door Stichting PZNL jaarlijks met ingang van ieder nieuw kalenderjaar eenzijdig worden aangepast op basis van de richtlijnen van Stichting PZNL.

Indien er een tariefwijziging zal plaatsvinden, informeert Stichting PZNL de instelling en/of consulent daarover schriftelijk uiterlijk op 30 november van het kalenderjaar voorafgaand aan die waarop de wijziging zal ingaan.

Blz. 21

Contract:

Bij het vertrek van een consulent wordt de regio-adviseur door de teamcoördinator op de hoogte gesteld om de beëindiging van het contract in gang te zetten. In overleg wordt besloten of, in het kader van de transitie, een nieuwe consulent wordt aangetrokken.

Blz. 24

Criteria en competenties consulenten:

Sinds 2022 geldt een nieuwe opleidingseis voor verpleegkundig specialisten die als consulent (gaan) werken. Hiervoor is een [8 daagse-leergang](#) voor v.s./pa ontwikkeld. Vanaf 2024 organiseert en start de V&VN verpleegkundig specialisten palliatieve zorg visitatie door en voor de eigen beroepsgroep.

Tekstuele verduidelijking

Blz. 10

Set minimale eisen:

Het format van een consultverslag is volgens het model 'Besluitvorming in de palliatieve fase' opgesteld. Het consultverslag bevat een set minimale eisen: duidelijke uitgangsvraag, opstellen van werkhypothese(s) en een beargumenteerd advies waar mogelijk anticiperend en proactief. Het consultverslag wordt binnen 24 uur per beveiligde e-mail via PRADO naar de consultvrager gestuurd.

Blz. 12

Opleidingseis:

De opleidingseis is een harde eis voor nieuwe consulenten vanaf 2020. Voor huidige consulenten die niet aan de opleidingseisen voldoen, geldt een overgangsregeling tot 2025 om alsnog aan deze eisen te voldoen.

Blz. 13

Deskundigheidsbevordering:

PZNL blijft gedurende de transitie consultatie de consultbesprekingen faciliteren. Aan de beginnende consulent biedt PZNL de basistraining consultatievaardigheid aan. Daarnaast wordt de verdiepende consultatievaardigheidstraining aan consulenten aangeboden en wordt een scholing tezamen met de Expertise Centra Palliatieve Zorg (EPZ) en consortia georganiseerd. PZNL zal in samenspraak met de EPZ-en, Palliatief en het zorgveld, onderzoeken hoe en waar (regionaal/consortium basis) deskundigheidsbevordering belegd kan worden en een plaats kan krijgen.

Blz. 14

Profilering consultatieteam:

PZNL stelt jaarlijks een budget van circa €1000,- per Netwerk Palliatieve Zorg beschikbaar, waarmee consulenten hun deskundigheid in het Netwerk onder de aandacht brengen. Deze inzet wordt door de coördinator van het consultatieteam in overleg met de PZNL-regioadviseur én netwerkcoördinator vastgesteld.

Blz. 16

Accreditatie:

De coördinator van het consultatieteam dient vóór het begin van elk jaar alle data voor consultbesprekingen voor het nieuwe jaar door te geven aan de secretaresse van PZNL zodat tijdig accreditatie aangevraagd kan worden.

Blz. 20 en bijlage B5

Deelname aan het MDO van ziekenhuisteam palliatieve zorg, niet transmuraal werkend (eerder genoemd; MDO stimuleringsregeling):

Als een consulent uit een eerstelijns team deelneemt aan een MDO van een ziekenhuisteam palliatieve zorg niet transmuraal werkend geldt de regeling; max 50 uur per ziekenhuis per jaar door één consulent.

Blz. 20

Declaratie consultbesprekingen:

Consulenten uit de eerste lijn, werkend in een transmuraal team, declareren hun deelname aan een consultbespreking **niet** als een (PAT) MDO, maar als een consultbespreking om onduidelijkheid en dubbele declaraties met bovenstaande MDO regeling van ziekenhuisteam palliatieve zorg te voorkomen.

Uitgangspunten (telefonische) consultatie

Een consult kent verschillende vormen, bijvoorbeeld:

- telefonische consultatie
- één-op-één consultgesprekken
- bedside consultatie
- e-consultatie
- multidisciplinaire zorgplanbespreking
- multidisciplinair overleg (MDO)

Dit document gaat specifiek over de kwaliteit en opzet van de telefonische consultatie. Waar dat passend is, worden andere consultatievormen benoemd.

De telefonische consultatie is, net als andere consultatievormen, gebaseerd op onderstaande uitgangspunten:

De patiënt moet erbij gebaat zijn

Het [kwaliteitskader palliatieve zorg](#) levert hiervoor drie essenties die de basis vormen voor het consultatieproces:

1. De patiënt (en zijn mantelzorger) krijgt de best mogelijke palliatieve zorg. Vanuit patiënten perspectief betekent dit: eigen regie, gezamenlijke besluitvorming, aandacht voor persoonlijke wensen, deskundige zorgverleners en bestrijding van symptoomlast.¹
2. Om te komen tot passende ondersteuning bij specifieke klachten op lichamelijk, emotioneel, sociaal en geestelijk gebied is aandacht en deskundigheid ten aanzien van symptoombestrijding op de vier dimensies van zorg vereist.
3. De patiënt heeft recht op een evenwichtige zorgverlener. Om goede zorg te kunnen blijven leveren, dienen zorgverleners en vrijwilligers zich bewust te zijn van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg op hen zelf kan hebben. Zij reflecteren op hun eigen handelen en hebben oog voor hun persoonlijke balans. Zij dragen zorg voor zichzelf en voor hun collega's.

Deze belangrijke onderwerpen voor de patiënt sluiten aan bij de in het kwaliteitskader palliatieve zorg genoemde elementen zoals vroegtijdige markering, gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning, goede symptoombestrijding en coördinatie en continuïteit van zorg.

De consultvrager moet erbij gebaat zijn

De consultvrager moet kunnen rekenen op een collega die specialistische kennis, kunde en attitude kan bieden en hem bejegent vanuit professionele gelijkwaardigheid. De dienstverlening is transparant en kan worden getoetst aan kwaliteitscriteria zoals: bekendheid, bereikbaarheid, laagdrempeligheid, snelheid, deskundigheid en professionaliteit.

De consulent moet erbij gebaat zijn

De consulent levert een bijdrage aan de kwaliteit van de palliatieve zorg. Hij/zij houdt zijn/haar expertise als specialist in palliatieve zorg op peil door voldoende ervaring op te doen in een multidisciplinair team en door zich te scholen. PZNL biedt een passende vergoeding aan de consulenten voor de geleverde diensten. Het is mogelijk dat dit in de toekomst verandert: in het kader van het [Nationaal Programma Palliatieve Zorg II](#) beraadt PZNL zich, samen met het palliatieve zorgveld, over hoe de consulent het beste gepositioneerd kan worden in de zorgpraktijk, met passende financiering en gefaciliteerd kan worden op het gebied van deskundigheidsbevordering.

De organisatie moet erbij gebaat zijn

PZNL en werkgevers van consulenten maken nu gebruik van gemeenschapsgelden. Zij willen daarom maatschappelijk toegevoegde waarde combineren met kwaliteitseisen als: transparantie, doelmatigheid, rechtvaardigheid en toekomstbestendigheid. Consultatie in de palliatieve zorg is een vorm van kwaliteitsbevordering.

¹ Van der Velden A, Engels Y, Nanninga M, et al. What matters most for the Dutch public in palliative care

1. Wat is (telefonische) consultatie?

Consultatie betekent letterlijk raadpleging, het vragen van advies. Consultatie kent verschillende doelstellingen: ondersteuning, toetsing en overdracht van deskundigheid. De behandeling of zorgverlening wordt niet overgenomen. Een advies komt bij voorkeur multidisciplinair tot stand, met gebruikmaking van de multidisciplinaire, en waar mogelijk evidence based, opgestelde [richtlijnen palliatieve zorg](#).^{2,3}

De definitie van 'consultatie' en de doelstelling ervan wordt in de actuele overeenkomst van Opdracht Palliatieve Zorg met de consultant als volgt omschreven:

Doelomschrijving

Via de consultatievoorziening wordt actuele en gespecialiseerde kennis over alle aspecten van palliatieve zorg aan professionele hulpverleners verspreid. Hierdoor kunnen patiënten in de palliatieve fase optimaal worden behandeld en begeleid, ongeacht de plaats waar zij verblijven.

Definitie consultatie palliatieve zorg

Consultatie wordt beschreven als een methodisch overleg tussen zorgprofessionals in de rol van consultgever(-s) en consultvrager(-s). De consultgever ondersteunt de consultvrager bij het verhelderen van de (actuele en te verwachten) problematiek. Hij draagt gespecialiseerde kennis en inzichten over van fysieke, psychologische, sociale en spirituele aspecten. Ook kan hij adviseren over regionale mogelijkheden van behandeling, begeleiding, opvang en verzorging voor patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Een consult heeft betrekking op zorginhoudelijke en/of organisatorische problemen en ook op communicatie-processen in de zorgverlening. Goede palliatieve consultatie vraagt, gezien de brede inhoudelijke scope, om samenwerking in een multidisciplinair team en vereist goede consultatievaardigheden.

2 Overeenkomst van opdracht consultantendiensten palliatieve zorg | PZNL (2022)

3 Saskia Teunissen, Siebe Swart | Artikel Consultatie in de palliatieve zorg: vangnet of instrument voor kwaliteitsbewaking?

2. Proces en procedure van het telefonisch consult

De telefonische consultatie kent twee vormen: **multidisciplinair en monodisciplinair**. Bij beide vormen van consultatie wordt gebruikgemaakt van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' met de principiële uitgangspunten van palliatieve zorg: multidimensioneel, individueel, anticiperend en proactief⁴. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de [richtlijnen palliatieve zorg](#).

Multidisciplinaire (telefonische) consultatie met enkel- of meervoudige vragen wordt uitgevoerd door een arts en een verpleegkundige/verpleegkundig specialist, beiden zijn verantwoordelijk voor het gevoerde consult. De multidisciplinaire werkwijze heeft sterk de voorkeur, maar wijst monodisciplinaire afhandeling uit praktische overwegingen niet geheel af (zoals tijdens de avond-weekend-nachtdiensten (ANW)).

De achterwacht komt in aanmerking voor declaratie, indien daadwerkelijk een bespreking tussen voor- en achterwacht heeft plaatsgevonden, de achterwacht mogelijke aanvullingen heeft op het advies of het verslag, zelf verslaglegt dan wel zelf terugbelt naar de consultvrager.

Monodisciplinaire (telefonische) consultatie met enkel- of meervoudige inhoudelijke vragen wordt uitgevoerd door een arts of een verpleegkundig specialist, die verantwoordelijk is voor het gevoerde consult. Ook kan een monodisciplinair consult uitgevoerd worden door een verpleegkundig consulent (alleen wanneer het enkel- of meervoudige verpleegkundige vragen betreft).

Procedure

1. Probleemverheldering

De consulent bevrage de consultvrager, luistert actief, vraagt door, vat samen en reflecteert als onderdeel van de probleemverheldering. Beoordeelt wanneer een eendimensionale ingangsvraag een meerdimensionaal antwoord behoeft en besteedt aandacht aan de vier dimensies van zorg (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel), zodat een helder beeld verkregen wordt van de situatie van en rondom de patiënt, zijn prioriteiten en wensen.

2. Analyse van de verkregen informatie en het opstellen van een werkhypothese

- De consulent maakt een analyse van de genoemde symptomen (inclusief oorzakelijke en beïnvloedende factoren, beloop in tijd, beoordeling van het symptoomlijden en het effect van eerdere behandeling) en stelt één of meerdere werkhypothese(s) op en bespreekt deze met de consultvrager.
- Bij **multidisciplinaire** telefonische consultatie neemt de voorwacht contact op met de achterwacht, informeert deze aan de hand van de verkregen informatie en analyse van symptomen en legt de werkhypothese(s) ter bespreking voor. De voor- en achterwacht maken samen beleidsafwegingen: welke behandeladviezen zinvol, haalbaar en gewenst zijn en stellen samen het doel van het beleid op (waarbij ook gekozen kan worden om het symptoom te accepteren en af te zien van behandeling).
- Bij **monodisciplinaire** telefonische consultatie voert de consulent een anamnese uit zoals beschreven bij de probleemverheldering, stelt werkhypothese(s) op en bespreekt deze met de consultvrager en komt op basis van eigen beleidsafweging(en) tot een advies.
- Consulents uit het team (1ste schil) kunnen deskundigen op specifieke deelgebieden en betrokken bij het consultatieteam (2e schil⁵) benaderen voor intercollegiale raadpleging over vragen die specifiek hun vakgebied betreffen voor de optimalisering van het te geven advies.

⁴ Handleiding Besluitvorming in de palliatieve fase | PZNL, UMC Utrecht 2014

⁵ Beschrijvingen en inzet 2e schil blz. 12

3. Formuleren advies

- Bij **multidisciplinaire** consultatie komt het advies in samenspraak met de achterwacht tot stand en/of wordt aangevuld met een interdisciplinair advies van deskundigen. Het beargumenteerde advies is zoveel mogelijk proactief en anticiperend. Het advies wordt schriftelijk bevestigd aan de consultvrager en er wordt een follow-up uitgevoerd.
- Bij een **monodisciplinair** uitgevoerd consult geeft de consulent advies. Het beargumenteerde advies is zoveel mogelijk proactief en anticiperend. Ook hier wordt het advies schriftelijk bevestigd aan de consultvrager. De consulent voert zelf de follow-up uit.
- Het advies volgt, op basis van de kernwaarden en principes van het [kwaliteitskader](#), de methodiek '[Besluitvorming in de palliatieve fase](#)', en de [landelijke richtlijnen palliatieve zorg](#). Het advies is bovendien zoveel mogelijk evidence based en geïndividualiseerd.
- Bij voorkeur komt het advies multidisciplinair tot stand.
- Het advies is zowel medicamenteus/als niet-medicamenteus opgesteld, waar nodig wordt de inzet van meetinstrumenten geadviseerd.

4. Terugkoppeling naar consultvrager

- Bij een **multidisciplinair** consult wordt samen besloten wie contact opneemt met de consultvrager en wie het advies terugkoppelt. Beiden zijn verantwoordelijk voor de juistheid van het te geven advies zowel mondeling als schriftelijk:
 - Het schriftelijk advies wordt binnen **24 uur** gestuurd naar de consultvrager.
 - Tijdens de mondelinge terugkoppeling wordt de follow-up actief aangeboden en afspraken (datum en tijd en snel bereikbaar telefoonnummer) gemaakt met de consultvrager. Wanneer het consult is besproken in een consultbespreking of MDO van een ziekenhuisteam palliatieve zorg dan worden aanvullingen aan de consultvrager teruggekoppeld.
- Bij een **monodisciplinair** uitgevoerd consult is de consulent verantwoordelijk voor het gegeven advies en wordt het advies binnen 24 uur schriftelijk bevestigd. De consulent maakt een afspraak voor een follow-up.
- Is het consult besproken in een consultbespreking of MDO van een ziekenhuisteam palliatieve zorg dan worden aanvullingen teruggekoppeld aan de consultvrager.

5. Verslaglegging van het consult

De consultverlening is van aanmelding tot en met evaluatie transparant en toetsbaar. Adequate verslaglegging is essentieel voor goede heldere communicatie, afstemming en overdracht naar de consultvrager, voor het bespreken van consulten en voor het verkrijgen en analyseren van spiegelinformatie. Hiervoor is registratie en verslaglegging in het landelijk web-based registratieprogramma PRADO een vereiste. PRADO is te zien als een dossier waarin consultverslagen inzichtelijk zijn voor de betrokken consulenten. De verslagen worden in PRADO opgeslagen en gemonitord. PRADO voldoet aan de meest recente eisen rond veiligheid en bescherming van de privacy en wordt beheerd door PZNL.

De consulent(en) is/zijn verantwoordelijk voor het maken van een consultverslag en als het advies multidisciplinair tot stand is gekomen i.s.m. de achterwacht (bijv. voorwacht maakt verslag en achterwacht verstuurt het, eventueel aangevuld, naar de consultvrager). Het format van een consultverslag is volgens het methodiek '[Besluitvorming in de palliatieve fase](#)' (palliatief redeneren). Het consultverslag bevat een **set minimale eisen**: duidelijke uitgangsvraag, opstellen van werkhypothese(s) en een beargumenteerd advies waar mogelijk anticiperend en proactief. Het consultverslag wordt binnen 24 uur per beveiligde e-mail via PRADO naar de consultvrager gestuurd. Het versturen wordt automatisch geregistreerd in PRADO. In de ANW kan het voorkomen dat het e-mailadres van de eigen huisarts niet bekend of niet gegeven kan worden. Dit kan kort geregistreerd worden als 'niet gewenst' (NG). Het consultverslag is de onderlegger voor intercollegiale toetsing ter verbetering van de kwaliteit van de consultatie tijdens een consultbespreking.

6. Follow-up

Een follow-up wordt gezien als een vorm van kwaliteitstoetsing én als leermoment voor de consulent en het team. Samen met de consultvrager wordt besproken in hoeverre de gestelde adviezen (met bijbehorende interventies) effectief en efficiënt zijn geweest. Daarnaast wordt gevraagd of de ondersteuning en bejegening als waardevol zijn ervaren en wordt nagegaan op welke punten het consult verbeterd kan worden.

- Het actief aanbieden van een follow-up gesprek is vereist bij consulten waarbij meervoudige adviezen (meer dan één advies per consult) gegeven worden met daarbij de uitleg dat dit van belang is voor het leereffect van de consultgever.
- De snelheid waarop een follow-up moet plaatsvinden wordt mede ingegeven door:
 - De situatie van de patiënt die vraagt om snelle evaluatie;
 - De ondersteuningsbehoefte van de consultvrager.
- Het concreet maken van een afspraak kan zowel mondeling tijdens het consult (datum en tijd en snel bereikbaar telefoonnummer) als schriftelijk in het verslag.
- De follow-up wordt (afhankelijk van de situatie en mogelijkheden) bij voorkeur door de consulent zelf gedaan of overgedragen aan een collega-consulent.
- Het verslag van de follow-up en aanvullende informatie uit de consultbespreking wordt in PRADO geregistreerd door de betrokken consulent.
- Belangrijke aanvullende adviezen of informatie, bijvoorbeeld voortkomend uit de consultbespreking, worden teruggekoppeld aan de consultvrager.
- In PRADO bestaat de registratiemogelijkheid bij de follow-up om te kiezen voor niet gewenst (NG) of de consultvrager niet aanwezig/bereikbaar bij follow-up afspraak (NA).
- Bij een nieuwe vraag over dezelfde patiënt wordt een nieuw consult aangemaakt.

3. Criteria opleiding en ervaring consulenten

De consulenten zijn in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. Zij beschikken als arts, verpleegkundig specialist⁶ of verpleegkundige over specifieke deskundigheid op het terrein van de palliatieve zorg. Zij zijn in staat vanuit deze deskundigheid en vanuit multidisciplinair teamverband hulpverleners uit alle sectoren van de gezondheidszorg te adviseren en te ondersteunen bij de zorg aan patiënten in de palliatieve fase van hun leven⁷.

Een beschrijving van de vereiste opleiding en competenties voor consulenten met een PZNL/Fibula contract is te lezen in [bijlage 1](#). De opleidingseis is een harde eis voor nieuwe consulenten vanaf 2020 en kan niet gecompenseerd worden door praktijkervaring. Voor huidige consulenten die niet aan de opleidingseisen voldoen, geldt een overgangsregeling tot 2025 om alsnog aan deze eisen te voldoen. Alleen consulenten met >10 jaar ervaring in de palliatieve zorg in 2020 vallen buiten deze overgangsregeling.

6 Daar waar verpleegkundig specialist staat kan ook physician assistant gelezen worden

7 Overeenkomst van opdracht inzake consulentdiensten palliatieve zorg | PZNL

4. Deskundigheidsbevordering

De consulent palliatieve zorg investeert in de ontwikkeling van zijn professionele deskundigheid zodat de kwaliteit van consultatie in overeenstemming blijft met de vraag en aansluit bij actuele ontwikkelingen in het werkveld.

4.1 Deskundigheidsbevordering voor consulenten

Uit oogpunt van kwaliteit faciliteert PZNL (voorlopig, o.b.v. de ontwikkelingen transitie consultatie) de regionale consultbesprekingen en deskundigheidsbevordering voor de beginnende consulent. In het kader van deze transitie en het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II, met daarbij de inzet van de in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener in de regio, zal PZNL in samenspraak met de expertisecentra palliatieve zorg (EPZ), Palliactief en het zorgveld afstemmen hoe en waar deskundigheidsbevordering belegd kan worden en een plaats kan krijgen.

Doelen deskundigheidsbevordering

- Verdiepen van kennis;
- Uitbreiden en ondersteunen van consultatievaardigheden;
- Uniform informeren over actualiteit en ontwikkeling op het gebied van richtlijnen en onderzoek;
- Bevorderen van kennismaking, netwerkvorming en samenwerking.

Iedere beginnende PZNL-consulent volgt de basistraining consultatievaardigheid, zodat elke consulent over dezelfde kennis en consultatievaardigheden als uitgangspunt beschikt. Daarnaast wordt een verdiepende consultvaardigheidstraining aangeboden en een scholing in samenspraak met de EPZ-en op consortiumniveau georganiseerd. De methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' wordt als incompany scholing aangeboden en is terug te vinden op [Palliaweb](#).

Consultbesprekingen eerstelijns- en transmuraal werkende consultatieteams

Eerstelijns- en transmurale consultatieteams houden regelmatig consultbesprekingen en bespreken gevoerde (complexe) consulten en/of actuele consulten. Het consultverslag is hierbij de onderlegger. Bij het bespreken van de consulten kunnen de consultvragers, net als de tweede schillers (deskundigen op specifieke deelgebieden, vast betrokken bij het team) aanwezig zijn of worden uitgenodigd.

Doelen consultbespreking

Het doel van de consultbespreking is om de samenwerking binnen het team te optimaliseren. Daarnaast worden, door het uitwisselen en kennisdelen met collega-specialisten palliatieve zorg, de processen en inhoud van het consult verbeterd. Hiermee wordt bereikt dat:

- de deskundigheid in het team toeneemt door het uitwisselen van kennis en ervaringen en door het bespreken van en reflecteren op consulten;
- de eigen kennis gerelateerd aan de thematiek van de consultbespreking wordt vergroot en past bij de huidige inzichten en richtlijnen;
- follow-up informatie wordt gedeeld, waar nodig aangevuld en teruggekoppeld aan de consultvrager;
- processen in het team worden geoptimaliseerd door het signaleren en bespreken van problemen of knelpunten en het aandragen van oplossingen;
- de samenwerking binnen het team wordt bevorderd en versterkt;
- betrokkenheid en participatie bij ontwikkelingen en onderwijs palliatieve zorg in de eigen regio wordt bevorderd.
- de samenwerking in de regio toeneemt doordat aandachtspunten of terugkerende knelpunten (de regio aangaande) worden besproken met de netwerkcoördinator.

De consultbespreking vereist veiligheid en onderling vertrouwen binnen het team om zich toetsbaar op te kunnen stellen. Aandacht voor elkaar, een open en heldere communicatie en het creëren van een lerende situatie zijn hierbij helpend.

Werkwijze consultbespreking

De consulten worden besproken volgens de methodiek van '[Besluitvorming in de palliatieve fase](#)' en op basis van een leervraag (zie [bijlage 3](#)). Relevante aanvullingen op het gegeven advies worden teruggekoppeld aan de consultvrager.

- De consulent woont jaarlijks **minimaal 10 en maximaal 12 keer** maandelijkse consultbesprekingen à 2 uur bij, waarvan **minimaal 6 keer** met het eigen team in het kader van teamvorming;
- Tijdens de bijeenkomst wordt **minimaal 1 uur** aan consultbespreking besteed, gemaakte afspraken worden vastgelegd:
- Consulenten die ook een bijdrage leveren aan een PaTz-groep en/of een MDO van een ziekenhuisteam palliatieve zorg kunnen deze bijdragen meetellen in het behalen van het quotum van 12 consultbesprekingen per jaar. (minimale quotumeis vastgesteld door de klankbordgroep in 2020)
- Naast de consultvrager en 2e schiller kan een expert worden uitgenodigd voor extra inhoudelijke diepgang.

Inzet tweede (2^e) schil

De consulenten uit het team (1ste schil) werken samen met deskundigen (2e schil). De tweede schillers kunnen geraadpleegd worden op hun expertisegebied. Zij doen geen consultdiensten. Deze deskundigen (bij voorkeur met een opleiding palliatieve zorg) maken vaak al deel uit van een consultatieteam in het ziekenhuis en kunnen laagdrempelig benaderd worden voor intercollegiale raadpleging met vragen die specifiek hun vakgebied betreffen. Een vergoeding is dan niet van toepassing. Naast de consultvrager en 2e schiller kan een expert worden uitgenodigd voor extra inhoudelijke diepgang.

De tweede schiller (2^e schil) krijgt, in overleg met de PZNL-regioadviseur, vergoeding:

- Als de 2^e schiller vast betrokken is bij het team en aan de consultbesprekingen van het team deelneemt
- De plaats van de achterwacht volledig overneemt en de voorwacht de naam van de 2^e schiller in Prado vermeldt als achterwacht
- Afspraken over de 2^e schiller als vast betrokkene bij het team schriftelijk zijn gemaakt en bevestigd.

4.2 Deskundigheidsbevordering door consulenten (ambassadeursfunctie)

De volgende middelen zijn belangrijk om de consultatiefunctie en de inzet van de in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener bekendheid te geven en in te bedden in de lokale Netwerken:

- Scholingen
- Casuïstiekbesprekingen
- Refereeravonden
- Bijdragen aan PaTz-groepen
- Bijdragen aan consultbesprekingen
- Bijdragen aan MDO's van ziekenhuisteam palliatieve zorg
- Bijdragen aan symposia en dergelijke

PZNL stelt jaarlijks een budget van circa €1000,- per Netwerk Palliatieve Zorg beschikbaar voor profilering, waarmee consulenten hun deskundigheid in het Netwerk onder de aandacht brengen. Deze inzet wordt door de coördinator van het consultatieteam in overleg met de PZNL-regioadviseur én netwerkcoördinator vastgesteld.

De tarifiering van de inzet van de consulent is te vinden in Hoofdstuk 8 Tarifiering.

5. Teamcoördinator, voorzitter en notulist

De rol van teamcoördinator wordt bij voorkeur ingevuld door een teamlid. Daarnaast is er in het team zowel een (roulerend) voorzitter als een notulist. De coördinator wordt door het team, in samenspraak met de PZNL-regioadviseur, aangesteld en is aanspreekpersoon namens het team voor de PZNL-regioadviseur.

Rollen en verantwoordelijkheden

De teamcoördinator:

- heeft brede kennis over de palliatieve zorg en recente landelijke ontwikkelingen;
- beschikt over goede communicatieve vaardigheden;
- is besluitvaardig en houdt rekening met de belangen van de teamleden;
- is aanspreekpunt voor consultants binnen het team en professionals in de regio;
- is aanspreekpunt voor het registratiesysteem PRADO en draagt zorg voor het werken hiermee;
- is het aanspreekpunt voor roosters/slimroosteren;
- is contactpersoon tussen het team, het Netwerk Palliatieve Zorg, PZNL en zo nodig overige organisaties en partijen.

Deze rollen en verantwoordelijkheden kunnen ook gedelegeerd worden naar andere collega's binnen het team.

Werkzaamheden coördinator

De coördinator verzorgt en regelt de logistiek rondom alle bijeenkomsten van het team (waarbij deelaspecten gedelegeerd kunnen worden binnen het team). De coördinator heeft hierbij de volgende taken:

- In afstemming met de voorzitter en notulist worden de agenda en notulen opgemaakt;
- Het toesturen van de te bespreken consulten door de nummering van PRADO-dossiers mee te sturen met de agenda;
- Nodigt zo nodig gasten uit voor de consultbespreking;
- Regelt vergaderlocaties en eventueel catering. Voor de vergaderlocaties wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van kosteloos beschikbare VTT/ziekenhuisruimtes.
- Verzamelt en levert, samen met het team, input voor deskundigheidsbevordering in de regio aan de netwerkcoördinator;
- Verzorgt het inwerkprogramma voor nieuwe consultants;
- Houdt voeling bij de gemaakte afspraken tijdens de consultbesprekingen en toetst samen met het team de uitvoering daarvan;
- Bespreekt periodiek de tevredenheid over de samenwerking in het team en de kwaliteit van de dienstverlening;
- Heeft maximaal 2 uur per week (max. 26 uur per kwartaal) de tijd voor coördinatiewerkzaamheden. Deze werkzaamheden worden (voorlopig, o.b.v. de ontwikkelingen transitie consultatie) door PZNL vergoed.

Werkzaamheden (roulerend) voorzitter consultbesprekingen

De taken van de voorzitter zijn:

- Zorgen dat tijdens consult- en teambesprekingen zowel de inhoud, alsook het consultatieproces en persoonlijke leer- en belevingsaspecten van consultants voldoende worden belicht en eenieder aan het woord komt.
- Samen met het team input voor deskundigheidsbevordering in de regio verzamelen en regelen.
- Samen met de coördinator van het team de agenda voorbereiden.
- Per keer de consultbespreking evalueren.

Werkzaamheden (roulerend) notulist

De taken van de notulist zijn:

- Zorgen voor duidelijke verslaglegging van gemaakte afspraken die voortvloeien uit de consultbespreking en deze doorsturen naar de teamcoördinator of rechtstreeks naar de teamleden.

Zie checklist voorbeeld consultbespreking ([bijlage 3](#)).

Accreditatie

De coördinator van het consultatieteam dient **vóór het begin van elk jaar** alle data van de consultbesprekingen van het nieuwe jaar door te geven aan de betrokken PZNL-secretaresse of -regioadviseur. De secretaresse houdt bij welke onderwerpen aan de orde komen en wie en in welke functie daarbij aanwezig is geweest. Deze informatie is een voorwaarde voor de accreditatietoekenning en is nodig voor het maken van het jaarverslag door PZNL.

Accreditatie wordt aangevraagd bij het ABAN (voor de medisch specialisten), VSR (verpleegkundig specialisten), Kwaliteitsregister (verpleegkundigen V&VN) en de SKGV (geestelijk verzorgers). Een toegekende accreditatie is één jaar geldig.⁸ Alleen in overleg met de PZNL-regioadviseurs kunnen sp-pz zonder contract met PZNL, die aanwezig zijn bij de consultbespreking, gebruik maken van accreditatie op basis van de volgende aandachtspunten.

- Het consultatieteam is het eens met de aanwezigheid van deze vaste groep 'gasten'.
- De aanwezigheid van de sp-pz zonder contract wordt niet vergoed.
- De consultbespreking voldoet aan de gestelde leerdoelen van accreditatie.
- Deze afspraak kan onderhevig zijn aan ontwikkelingen in de transitie consultatie.

Na elke consultbespreking dient er een **getekende presentielijst** met naam, functie en BIG-nummer van de aanwezige consultants en vast betrokken 2e schillers van het team **binnen 1 week na de gehouden vergadering** aangeleverd te worden aan de secretaresse van PZNL. De secretaresse zorgt ervoor dat alle benodigde informatie ingevoerd wordt in PE-online en stuurt, als voorwaarde voor de accreditatie, elk half jaar een evaluatieformulier aan de betrokken deelnemers.

⁸ Overeenkomst van opdracht inzake consultantendiensten palliatieve zorg | PZNL (2021)

6. De registratie en verslaglegging in PRADO

De consultverlening is van aanmelding tot en met de evaluatie transparant en toetsbaar. Hiervoor is registratie en verslaglegging in het landelijk systeem PRADO een vereiste. Verslaglegging van het consult en het versturen ervan is een eis voor uitbetaling aan consulenten. (Zie beschrijving en registratie van een consult blz. 7)

Bedside consultatie

Bedside consulten in het ziekenhuis waar een palliatief team in het ziekenhuis aanwezig is, worden níet vergoed door PZNL. Bedside consulten buiten het ziekenhuis worden geregistreerd in PRADO als een extramuraal consult.

Registratie polibezoek in PRADO

PZNL vergoedt de palliatieve polibezoeken in ziekenhuizen níet. Wel bestaat de mogelijkheid om in PRADO bij verblijfplaats 'polibezoek' aan te vinken zodat, in het kader van monitoring en continuïteit, het consult geregistreerd kan worden.

7. Kwaliteitszorg en toetsingsmethodiek

Kwaliteitszorg

Beschreven is welke opleidings- en ervaringseisen aan de PZNL-consulent worden gesteld, met welke methodieken en werkwijzen wordt gewerkt en hoe de consultatie wordt geregistreerd.

De PZNL-regioadviseurs delen en bespreken elk kwartaal met de coördinator van het consultatieteam de kwartaalrapportages tezamen met PRADO- en andere jaarberichten. Daarnaast zijn er meerdere momenten waarop de regioadviseur samen met de coördinator de (door)ontwikkelingen binnen het team evalueert en waar nodig ondersteuning biedt. Zaken die geëvalueerd kunnen worden zijn:

- 1. De kwaliteit van de geboden consulten:** hieronder wordt o.a. de deskundigheid van de consulent en zijn telefonische consultatievaardigheden verstaan. Het naleven van gemaakte afspraken en het handelen volgens de kwaliteitscriteria.
- 2. Mensen en middelen:** Er wordt besproken of er voldoende consulenten zijn en of het inwerken van nieuwe consulenten goed verloopt. Daarnaast worden de ontwikkelingen binnen het team gemonitord.
- 3. Processen & procedures:** Wordt de feitelijke uitvoering van de consultatie, het bespreken van consulten volgens de gemaakte afspraken en criteria gedaan? Worden de consulten in PRADO geregistreerd en hoe verloopt de declaratie, vergoeding en roostering?

De kwaliteit van de geboden consulten

De consultvrager, als vertegenwoordiger van de patiënt, is eigenlijk de enige die de kwaliteit van de geboden consulten kan beoordelen. De consultvrager kan aangeven of het consult toegevoegde waarde heeft gehad uit oogpunt van advisering, morele ondersteuning of om andere redenen.

Kwaliteitszorg is een taak van diverse medewerkers van PZNL die bij de consultatievoorziening zijn betrokken: PZNL-regioadviseurs, secretaresses en overige medewerkers van PZNL. Daarnaast is het de taak van de consulenten zelf om te reflecteren op de geboden zorg. Dit kan individueel en samen met mede-consulenten en tweede schillers en kan tijdens consultbesprekingen, MDO's van ziekenhuis-teams palliatieve zorg en deskundigheidsbevordering.

8. Tarifiering

1. Consulten voor- en achterwacht

De tarifiering is in 2020 zoveel mogelijk landelijk gelijkgetrokken en bijgesteld. De tarieven zijn opgesteld inclusief BTW én inclusief eventuele gemaakte reiskosten.

1	Consulten voor-en achterwacht voor eerstelijns- en transmuraal werkende teams	Tarief in €	Eenheid
	Multidisciplinair consult voorwacht door arts/verpleegkundig specialist	152	Per consult
	Multidisciplinair consult voorwacht door verpleegkundige	126	Per consult
	Multidisciplinair consult achterwacht door arts/verpleegkundig specialist	72	Per consult
	Multidisciplinair consult achterwacht door verpleegkundige	50	Per consult
	Monodisciplinair consult door arts	121	Per consult
	Monodisciplinair consult door verpleegkundig specialist	102	Per consult
	Monodisciplinair consult door verpleegkundige	84	Per consult
	Intramuraal consult (ziekenhuis)	0	Per consult

Klinische en poliklinische consulten kunnen via de DOT Palliatieve zorg gedeclareerd worden. PZNL vergoedt enkel patiëntgebonden extramurale consulten die geregistreerd zijn in PRADO en voldoen aan de PZNL-definitie voor een consult. Tevens vergoedt PZNL de intramurale consulten buiten kantooruren zoals tijdens de ANW-diensten. Alleen definitieve consulten, waarin de verblijfplaats van de patiënt geregistreerd is, komen voor vergoeding in aanmerking. Bij een nieuwe vraag over dezelfde patiënt kan een nieuw consult aangemaakt worden.

2. Bereikbaarheid ANW en overige activiteiten

Consulten tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten worden per consult vergoed (zie onderstaande tabel). Daarnaast krijgt een consultant een bereikbaarheidsvergoeding voor de ANW-uren. Naast de telefonische consulten staan er in onderstaande tabel andere activiteiten die vergoed worden.

2	Bereikbaarheid ANW en overige activiteiten	Tarief in €	Eenheid
	Dienst doordeweekse avond (A)	20	Per dienst
	Dienst weekenddag/feestdag (W)	75	Per dienst
	Nachtdienst (N)	60	Per dienst
	Consultbespreking voor eerstelijnssteams en consultants uit de 1 ^{ste} lijn van transmurale teams (max. 2 uur per maand)	140	Per bespreking
	Coördinatie telefonische consultatieteams (max. 2 uur per week/ 26u per kwartaal)	70	Per uur
	Profilering van eerstelijns- en transmuraal werkende teams (altijd in overleg met de teamcoördinator)	80	Per uur

3. Deelname aan PaTz en MDO van ziekenhuisteam palliatieve zorg

Indien consulenten vanuit hun rol deelnemen aan PaTz-besprekingen en/of MDO's van ziekenhuisteam palliatieve zorg die (nog) géén transmuraal team zijn, dan krijgt de consulent hiervoor een vergoeding. Een consulent heeft recht op deze vergoedingen als hierover contact is geweest met de teamcoördinator, in afstemming met de PZNL-regioadviseur. (Zie bijlagen B5 en B6)

3	Deelname aan PaTz en MDO	Tarief in €	Eenheid
	Advisering in PaTz-groep (max 2 uur)	80	Per uur
	Advisering bij een MDO van een ziekenhuisteam palliatieve zorg niet transmuraal werkend max. 50 uur per ziekenhuis per jaar door één consulent per MDO.	80	Per uur

4. Deelname 2e schillers aan consultbesprekingen

4	Deelname 2 ^e schil en experts aan consultbesprekingen tel. consultatie	Tarief in €	Eenheid
	Deelname deskundigen (vast betrokken) bij team (max. 1 per discipline).	140	Per consultbespreking
	Uitnodigen van expert op thema (gasttarief PZNL). Reiskosten zijn verdisconteerd in het tarief	80	Per uur

5. Bijzonderheden

- Zogenaamde 'bedside consulten' in de eerste lijn worden vergoed als een extramuraal consult. (zie voorwaarden bedside consultatie hieronder)
- Klinische en poliklinische consulten worden via de DOT Palliatieve zorg gedeclareerd. PZNL vergoedt alleen patiëntgebonden extramurale consulten die geregistreerd zijn in PRADO.

Bedside consultatie

- Bedside consulten in het ziekenhuis met een palliatief team worden niet vergoed door PZNL, deze worden betaald uit de reguliere bekostiging.
- Bedside consulten buiten het ziekenhuis worden vergoed als een extramuraal consult. Een bedside consult buiten het ziekenhuis is geïndiceerd als er sprake is van een complexe situatie, waarbij de behandelaar denkt vast te lopen, de zorg onder druk staat en/of dreigt te stagneren en waar een interventie van een consulent ter plaatse een meerwaarde lijkt te hebben.

6. Aanpassing tarieven en vergoedingen

De genoemde tarieven en vergoedingen kunnen door Stichting PZNL jaarlijks met ingang van ieder nieuw kalenderjaar eenzijdig worden aangepast op basis van de richtlijnen van Stichting PZNL. Indien er een tariefwijziging zal plaatsvinden, informeert Stichting PZNL de instelling en/of consulent daarover schriftelijk uiterlijk op 30 november van het kalenderjaar voorafgaand aan die waarop de wijziging zal ingaan.

9. De organisatie van het consultatieteam

- De consulent maakt deel uit van een aan PZNL verbonden consultatievoorziening palliatieve zorg.
- De consulent verricht bereikbaarheidsdiensten volgens een, in overleg, vastgesteld dienstrooster.
- Vervanging bij kortdurende ziekte of verzuim wordt binnen het team opgevangen.
- Het team is samengesteld uit meerdere disciplines en de consulent heeft structureel overleg met de andere leden van het team over organisatorische en inhoudelijke zaken die voortvloeien uit zijn werkzaamheden als consulent.
- De consulent registreert de consulten in een door PZNL beschikbaar gesteld registratiesysteem (PRADO).
- De consulent houdt zijn deskundigheid bij door het volgen van deskundigheidsbevordering.

Dienstrooster

- Het dienstrooster wordt op basis van aanvragen, die voor een afgesproken datum aangeleverd zijn, gemaakt. Dienstruilingen vallen onder de verantwoordelijkheid van de consulent zelf.

Beëindiging contract

Zowel PZNL als de consulent heeft een opzegtermijn van **3 maanden** om de overeenkomst te beëindigen. Dit wordt schriftelijk kenbaar gemaakt via de teamcoördinator aan de PZNL-regioadviseur, bijvoorbeeld per e-mail of per aangetekend schrijven.

- Consulents (arts/verpleegkundigen) met minder dan 5 jaar ervaring met telefonische consultatie kunnen tot maximaal 1 jaar doorgaan na beëindiging van de werkzaamheden.
- Consulents met meer dan 5 jaar ervaring kunnen doorgaan met hun consulentschap tot maximaal 5 jaar na beëindiging van de werkzaamheden (totdat de BIG-registratie verloopt).

Voor beide situaties geldt dat zij:

- palliatieve patiëntenzorg van minstens 8 uur per week verlenen óf,
- actief participeren aan consultbesprekingen/MDO's van ziekenhuisteam palliatieve zorg óf,
- actief participeren aan een PaTz-groep en/of scholingen.

Bij het vertrek van een consulent wordt de PZNL-regioadviseur door de teamcoördinator op de hoogte gesteld om de beëindiging van het contract in gang te zetten. In overleg wordt besproken of en zo ja, hoe de vrijgekomen plaats moet worden opgevuld, passend bij de transitie consultatie. De coördinator van het team maakt kennis met een nieuw aan te stellen consulent en zorgt dat de overeenkomst met PZNL wordt opgesteld.

Wijze van vergoeding

PZNL keert na afloop van ieder kwartaal de vergoeding uit voor de geleverde diensten en vraagt de contractpartij om een factuur te sturen naar crediteuren@pzn.nl (of per post naar: Stichting PZNL, t.a.v. de crediteurenadministratie, Postbus 19079, 3501 DB Utrecht) onder vermelding van een kostenplaatsnummer.

Voor contractpartijen waarvoor het sturen van een factuur niet mogelijk is, biedt PZNL een digitale declaratie omgeving (Outsite) aan. Het kan zijn dat de consulent of de werkgever vrijgesteld is van btw, in dat geval factureert de consulent de vermelde tarieven zonder btw. De tarieven in de tabellen zijn inclusief BTW.

10. Secretariële ondersteuning van het PZNL-consultatieteam

Het secretariaat van PZNL ondersteunt de (telefonische) consultatie door:

- het administratief opstellen, wijzigingen en beëindigen van contracten met consulenten, als ook de verwerking hiervan in de administratieve systemen (PRADO en roostering).
- het verwerken van de jaarplanning van consultatieteams voor het aanvragen van accreditatie.
- het verwerken van de getekende presentatielijsten binnen 1 week na de gehouden consultbesprekingen o.a. via PE online.
- bijhouden van ANW-gegevens en de roostering van de avond-, nacht-, en weekenddiensten.
- het (mede) organiseren van deskundigheidsbevordering tijdens de transitie consultatie.
- het (mede) voorbereiden en afhandelen van de kwartaalafrekening van consulenten.

Bronnen

1. Integraal Kankercentrum Nederland (2013) | Handboek consulentdiensten 2013:
2. Integraal Kankercentrum Nederland (2016) | consultatie palliatieve zorg, handreiking voor de praktijk:
3. Integraal Kankercentrum Nederland (2019) | Overeenkomst consulent in loondienst (met alle addenda):
4. Integraal Kankercentrum Nederland/Palliatief (2017) | Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland:
5. Integraal Kankercentrum/ UMCU (2012) | Besluitvorming in de palliatieve fase:
6. Integraal Kankercentrum Nederland (2018) Projectopdracht harmonisatie consultatie palliatieve zorg
7. Integraal Kankercentrum Nederland consultatie palliatieve zorg (2019) | jaarverslag 2018
8. Integraal Kankercentrum Nederland (2019) Kaders inzet consulenten bij PaTz-groepen
9. Palliatieve Zorg Nederland (2019) Kerncijfers palliatieve zorg
10. Artikel: Consultatie in de palliatieve zorg: vangnet of instrument voor kwaliteitsbewaking? Saskia Teunissen, Siebe Swart (2008):
11. Abstract: Barriers to ideal palliative care in multiple care settings: the nurses' point of view. Saxion Hogeschool, UMC Utrecht en Universiteit Utrecht
12. Kwaliteitshandboek Transmuraal PAT (2016) | regio 's-Hertogenbosch-Bommelerwaard:
13. V&VN Palliatieve Zorg (V&VNPZ 2008) kwaliteitskader, competentieprofiel:
14. Klankbordgroep "harmonisatie en actualisatie telefonische consultatie" | oktober 2019
15. Van der Velden A, Engels Y, Nanninga M, et al | What matters most for Dutch public in palliative care: a survey. J Pain Symptom Management. 2018; 56(6): e107
16. Gedeeld begrippenkader: (2019) Transmurale palliatieve zorg met passende bekostiging (Tapa\$)
17. Gedeelde werkdefinities: (2019) Transmurale palliatieve zorg met passende bekostiging (Tapa\$) Transmurale somatische zorg. Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer/ Utrecht: NRV/CvZ, 1995. 2 Prof. dr. C. Spreeuwenberg.
18. D.M.M. Elfahmi. Transmurale zorg: redesign van het zorgproces. Achtergrondstudie. Zoetermeer, 1998.
19. Kamerbrief (juli 2022) minister C Helder, NPPZ II.

Bijlagen

B1 Criteria en competenties consulenten

Criteria opleiding en ervaring consulenten

BIG-geregistreerde artsen komen in aanmerking voor het consulentschap als zij werkzaam zijn binnen een functie/specialisme die raakt aan de palliatieve zorg en één van de volgende opleidingen hebben gevolgd:

- Kaderopleiding palliatieve zorg
- Cardiff Palliative Medicine (post graduate)
- Cursus palliatieve zorg voor medisch specialisten

BIG-geregistreerde verpleegkundigen (HBO-werk- en -denkniveau) komen in aanmerking voor het consulentschap als zij werkzaam zijn binnen een functie/specialisme die raakt aan de palliatieve zorg en voldoen aan het Profiel Palliatieve Zorg Verpleegkundige (V&VN PZ | 2022). Dit profiel biedt een expliciete beschrijving van de specifieke kennis en vaardigheden van de palliatieve zorg verpleegkundige. Een erkende opleiding is noodzakelijk om als in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener (Kwaliteitskader palliatieve zorg NL, 2017) gekwalificeerd te kunnen worden. Beide zijn een voorwaarde voor de positionering van de verpleegkundige werkzaam in de meer complexe palliatieve zorg. Tot die tijd geldt het volgen van een (post) HBO-opleiding.

BIG-geregistreerde verpleegkundig specialisten (MSc) komen in aanmerking voor het consulentschap als zij werkzaam zijn binnen een functie/specialisme die raakt aan de palliatieve zorg en:

- de opleiding (MSc) in een palliatieve zorgsetting hebben gedaan of daar nu werkzaam in zijn
- als zij verpleegkundig specialist of physician assistant zijn die in een consultatieteam werken en de [8-daagse leergang voor v.s./pa](#) in de palliatieve zorg hebben gevolgd. Vanaf 2024 organiseert de V&VN v.s. palliatieve zorg visitatie door de eigen beroepsgroep.

Algemene criteria voor consulenten

De consulent:

1. heeft tenminste twee jaar ervaring in de zorg voor patiënten in de palliatieve fase.
2. heeft ruime ervaring in een consulterende functie met een coachende houding.
3. werkt tenminste één dag per week in de directe patiëntenzorg.
4. kent en kan de methode van de besluitvorming in de palliatieve fase toepassen. Dit wordt gezien als een basisvaardigheid voor consulenten.
5. is op de hoogte van actuele ontwikkelingen in de palliatieve zorg m.b.t. zorg, behandeling, begeleiding, onderzoek en richtlijnen.
6. is in staat te participeren in richtlijn- en protocolontwikkeling.
7. houdt ontwikkelingen bij op het gebied van de palliatieve zorg in het algemeen en in Nederland in het bijzonder, zowel wetenschappelijk, maatschappelijk als zorginhoudelijk.

Vereiste competenties voor consulenten

De consulent:

1. past communicatieve vaardigheden adequaat toe, zoals: exploreren, vragen verhelderen, reflecteren, samenvatten, advies formuleren, kennis overdragen, feedback geven en het geven van een gevoelsreflectie.
2. sluit zijn/haar advies inhoudelijk aan bij de vraag of het probleem van de consultvrager.
3. kan anticiperen op basis van de door de consultvrager ingebrachte situatie/gegevens.
4. identificeert de specifieke wensen van de patiënt en diens naasten.
5. beoordeelt wanneer een eendimensionale ingangsvraag een meerdimensionaal antwoord behoeft.
6. signaleert de invloed van de ziekte op het fysieke, psychische en sociale niveau en heeft aandacht voor zingevingsvragen.
7. betreft levensbeschouwelijke en culturele opvattingen van de patiënt en diens naasten in het formuleren van het advies.
8. heeft kennis op het gebied van problematiek van familie/naasten/mantelzorgers en signaleert problemen in de interactie en neemt dit mee in het advies.
9. adviseert op basis van de landelijke richtlijnen palliatieve zorg (beschikbaar op www.palliaweb.nl, Pallialine of palliArts).
10. past kennis op het gebied van integraal symptoommanagement toe.
11. vraagt advies aan deskundigen bij twijfel of onvoldoende kennis.
12. geeft een onderbouwing van het gegeven advies.
13. heeft een reflecterend vermogen.
14. kan feedback geven en ontvangen.
15. kan denken buiten eigen kaders en eigen organisatie.
16. heeft rapportagevaardigheden.
17. is sensitief voor signalen die wijzen op knelpunten in de zorg en is in staat deze op de juiste wijze en op het juiste niveau te agenderen (op regionaal en netwerkniveau)
18. is in staat zich toetsbaar op te stellen.

B2 Inwerkplan nieuwe consulenten

De nieuwe consulent wordt, afhankelijk van zijn/haar ervaring, de eerste drie maanden (indien gewenst langer) gekoppeld aan een ervaren consulent, de mentor. De mentor is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het inwerkplan en kan delen hiervan delegeren naar een collega teamlid.

Inwerkprogramma

De nieuwe consulent ontvangt informatie over:

- Rol en verantwoordelijkheid als collega binnen het team;
- Organisatie en procedures binnen het consultatieteam zoals samenstelling team, vergaderingen, proces van consultbesprekingen en het bijwonen ervan, bijdrage aan casuïstiek(thema)-besprekingen in de regio, bijdrage in de rol van consulent bij PaTz-bijeenkomsten;
- Dienstlijsten en diensttijden, bereikbaarheid, rooster en roosteraanvragen;
- Procedure van een consult inclusief verslaglegging aan de hand van 'Besluitvorming in de palliatieve fase', registratie en follow-up;
- Uitleg gebruik PRADO;
- Het volgen van de basistraining consultatievaardigheid (nu nog) georganiseerd door PZNL.
- Kennis en vaardigheden op het gebied van consultatie en palliatieve zorg;
- Benodigde communicatiemiddelen en kennis- en informatiebronnen.

Evaluatie na drie maanden

De evaluatie vindt plaats aan de hand van het inwerkprogramma. Aanwezig zijn de voorzitter of coördinator van het consultatieteam, de mentor en de nieuwe consulent. De verantwoordelijke PZNL-regioadviseur wordt hierover door de teamcoördinator geïnformeerd.

B3 Consultbesprekingen bij eerstelijns- en transmuraal werkende consultatieteams

Eerstelijns- en transmurale consultatieteams houden consultbesprekingen en bespreken reflectief gevoerde (complexe) consulten en/of actuele consulten, om zo te komen tot een optimaal advies dat past bij de situatie, afgestemd op de wensen en behoefte van de patiënt. Kenmerkend binnen de consultbespreking is het multidisciplinaire karakter. Het verruimt het denken doordat eenieder vanuit zijn eigen referentiekader kennis en kunde inbrengt. Bij de consultbesprekingen kunnen de consultvragers, net als de deskundigen op specifieke deelgebieden betrokken bij het team, aanwezig zijn of worden uitgenodigd. Het consultverslag is hierbij de onderlegger.

Methode

De consultbesprekingen van het consultatieteam hebben, het karakter van een intervisie met als doel 'leren van consulten en van elkaar'.

Accreditatie

De consultbesprekingen worden geaccrediteerd. De accreditatie moet vóór het volgende nieuwe jaar aangevraagd worden o.b.v. een jaarplanning consultbesprekingen (zie werkzaamheden coördinator consultatieteam).

Voorbeeld checklist consultbespreking Eerstelijns- en transmuraal werkende teams

Onderwerp	Stappen	Verantwoordelijkheid
Vorbereiding	Jaarplanning maken data en tijden vaststellen en vastleggen	Coördinator (co)
	Ruimte reserveren	Co
	Consulten worden met leervraag minimaal 1 week voor de bespreking aangeboden aan de voorzitter en/of Twee collega's bereiden consulten voor met inhoudelijke en vragen op procesniveau	Consulenten team
	Uitgenodigd kunnen worden: de consultvrager, een specifiek inhoudsdeskundige en/of een gastspreker.	Co
	Agenda wordt 1 week van tevoren verstuurd	voorzitter (vz)/notulist/ co vgl. afspraak
	Commitment van aanwezigheid bespreking (zie blz. 11)	Consulententeam
	Commitment voorbereiding consulten en leervragen	Consulententeam
	Gasten kunnen in overleg met de voorzitter de bespreking bijwonen. Bijvoorbeeld assistenten en studenten in opleiding.	vz
	Piepers, telefoons en/of versturende elementen worden tot een minimum beperkt.	Allen
	Rollen en taken zijn beschreven in Hoofdstuk 6	co/ vz / notulist

Tijdens de bespreking	Vz leidt de bespreking, bewaakt de tijd, zorgt voor evenredige inbreng van eenieder. <ul style="list-style-type: none"> • Presentatie (beknopt) van de casus met probleemstelling, gemaakte werkhypothesen, adviezen en leervraag • Bevraging door consulenten (iedereen aan bod) • Samenvatting door vz (evt. aan de hand van bespreken literatuur/richtlijn) • Vastleggen van leerpunten of andere afspraken • Vastleggen van te nemen acties • Korte evaluatie ronde 	vz consulententeam
	Voorbeeld evaluatiepunten: <ul style="list-style-type: none"> • Is de advisering conform de geldende richtlijn? • Is het beargumenteerd advies volledig? • Zijn er aanvullingen/achtergrondinformatie? • Komen de dimensies waar nodig aan bod? • Hoe verliep het proces en de communicatie met de consultvrager en tussen de consulenten onderling? • Is het verslag waar nodig proactief en anticiperend opgesteld? 	
	Afspraken voor de volgende bijeenkomst	
Na de bespreking	De bij het consult betrokken consulent informeert de consultvrager waar nodig over de aanvullingen op het advies	Betrokken consulent
	Geïdentificeerde knelpunten worden, afhankelijk van het onderwerp, gemeld bij de PZNL-regioadviseur/netwerkcoördinator	vz

B4 Besluitvorming in de palliatieve fase

De methodiek '[Besluitvorming in de palliatieve fase](#)' (het palliatief redeneren) is ontwikkeld voor zorgverleners in de palliatieve zorg en is zowel individueel als tijdens besprekingen in het multidisciplinair behandelteam te gebruiken. Bij 'Besluitvorming in de palliatieve fase' wordt de methode van klinisch redeneren gecombineerd met de uitgangspunten van palliatieve zorg. Het gebruik van de methodiek zorgt ervoor dat zorgverleners doelgericht gaan analyseren, dat er oog is voor alle dimensies en er tijdig wordt geanticipeerd op veranderingen bij de patiënt in de palliatieve fase. Er wordt daarbij nadrukkelijk rekening gehouden met de wensen van de patiënt en zijn levensverwachting.

Er wordt uitgegaan van een multidimensionale benadering en bij de keuze voor diagnostiek en behandeling wordt expliciet rekening gehouden met prioriteiten en wensen van de patiënt en de (vaak beperkte) levensverwachting. De nadruk ligt op:

- Systematiek: herkenbaar voor professionals, patiënt en naasten;
- Multidimensionaliteit: aandacht voor de somatische, psychische (emotionele en cognitieve), sociale en spirituele c.q. existentiële dimensies;
- Betekenisgeving voor de patiënt;
- Anticipatie op veranderingen in de toekomst;
- Concretisering van afspraken, uitkomsten en momenten van evaluatie;
- Snelle en toetsbare besluitvorming.

De methodiek bestaat uit vier fasen:

Fase 1: Breng situatie in kaart

Fase 2: Vat problematiek samen en maak proactief beleid

Fase 3: Maak afspraken over evaluatie van beleid

Fase 4: Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren

Fase 1: Breng situatie in kaart

De volgende zaken komen aan bod:

- Fysiek: welke symptomen spelen er en wat is de functionele status.
- Psychische status (aanwezigheid van angst en/of depressie, cognitieve functies).
- Sociale status: draagkracht van de aanwezige mantelzorgers, is er (voldoende) professionele ondersteuning?
- Spirituele c.q. existentiële status, levensbeschouwing, zingeving, religie, spiritualiteit.
- Heeft de patiënt steun en houvast aan een levensbeschouwing of geloof? Heeft de patiënt eigen bronnen van hoop of kracht?
- Ingeschatte levensverwachting.
- Huidige medicatie.
- Analyse van symptomen (inclusief oorzaken en beïnvloedende factoren, beloop in de tijd, beoordeling van het symptoomlijden en van het effect van eerdere behandeling) door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek en de betekenis hiervan.
- Prioriteiten van de patiënt: welke symptomen hebben aandacht nodig, is er wel of geen verwijzing naar de tweede lijn, wensen van diagnostiek en behandeling (kansen op effect en bijwerkingen).

Fase 2: Vat problematiek samen en maak proactief beleid

- Benoem problemen en stel werkhypothesen op waarin de aard van het symptoom, de context en de oorzakelijke en/of beïnvloedende factoren worden aangegeven.
- Beleidsafwegingen: welke behandelingen zijn zinvol, haalbaar en gewenst? Wat zijn de prioriteiten, wensen en levensverwachting van de patiënt?
- Omschrijven van het doel van het beleid (waarbij er ook voor gekozen kan worden om het symptoom te accepteren en af te zien van behandeling).

In het beleid is in ieder geval een beschrijving opgenomen van:

- Behandeling van de oorzaak
- Symptomatische behandeling (niet-medicamenteus en medicamenteus)
- Ondersteunende zorg

Fase 3: Maak afspraken over evaluatie van beleid

- Meet het effect (hoe, door wie en wanneer).
- Maak gebruik van meetinstrumenten waar het zinvol en mogelijk is.
- Meet het effect aan de hand van klachten en problemen, de beleving ervan, functioneren en welbevinden.

Fase 4: Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren

Als het effect goed is, blijf dan periodiek evalueren. Als het beleid onvoldoende of geen effect sorteert en/of er sprake is van een te grote belasting, wordt in overleg met de patiënt gekozen voor één van de volgende mogelijkheden:

- Er wordt opnieuw een analyse gemaakt en de werkhypothese wordt bijgesteld (terug naar fase 1).
- Het beleid wordt bijgesteld (terug naar fase 2).
- De situatie is acceptabel en het beleid wordt gecontinueerd.

B5 Inzet consulent bij een MDO van een ziekenhuisteam palliatieve zorg

(nog niet transmuraal werkend)

In het belang van transmurale zorgontwikkeling in de palliatieve zorg werd en wordt in sommige gevallen een PZNL-consulent of kaderarts palliatieve zorg uit de eerstelijns als expert verbonden aan het MDO van een (nog niet transmuraal werkend) ziekenhuisteam palliatieve zorg. Deze consulent zal regelmatig bij de bespreking aanwezig zijn en heeft de rol van inhoudelijk expert en vertegenwoordigt mede de eerste lijn.

Wat wordt er van de consulent/kaderarts gevraagd?

De consulent/kaderarts:

- Is een ervaren kaderopgeleide arts (huisarts of specialist ouderengeneeskunde) of verpleegkundig specialist uit de 1^{ste} lijn.
- Adviseert volgens de methodiek van besluitvorming in de palliatieve fase.
- Is gericht op goede afstemming met alle betrokken partners.
- Maakt wanneer de continuïteit van de advisering hierom vraagt een registratie en overdracht in PRADO.
- Meldt knelpunten of andere zaken die voor de regio van belang zijn aan de regioadviseur en netwerkcoördinator voor verder analyse en aanpak.
- Krijgt in overleg met de PZNL-regioadviseur een overeenkomst met PZNL.

Wat wordt er van het ziekenhuis gevraagd?

Het ziekenhuis:

- Heeft een beleidsplan (ambitie, visie en beleid) palliatieve zorg dat door de Raad van Bestuur is geaccordeerd.
- Heeft een intern palliatief team en een wekelijks palliatief MDO voorwaarden om vlg. de Socos normering DBC PZ te kunnen declareren.
- Heeft nog geen externe arts palliatieve zorg in dienst of ingehuurd.
- Streeft naar reguliere financiering van de externe arts aan het MDO.

Met het ziekenhuis wordt een overeenkomst opgesteld tussen PZNL en de consulent (drie partijen).

Financiën

- Per ziekenhuis wordt maximaal **50 uur** per jaar ondersteuning gegeven door aansluiting van één consulent bij het palliatieve MDO van een ziekenhuisteam palliatieve zorg.
- PZNL betaalt de vergoeding aan de (werkgever van de) consulent⁹.
- De vergoeding is maximaal 2 uur per bespreking a €80 euro per uur. Men kan ervoor kiezen iedere week het MDO bij te wonen voor €80,- per keer of om de week voor €160,- per keer. Of deze met een collega te delen en om en om aanwezig te zijn. Deze mogelijkheden moeten door de teamcoördinator en de PZNL-regioadviseur vooraf geaccordeerd worden.
- Reistijd/kosten worden niet vergoed.

In het kader van de transitie consultatie zal deze (oude stimulerings)regeling in 2023 geëvalueerd worden.

9 Consulenten met een overeenkomst met PZNL

B6 Kaders inzet in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener bij PaTz-groepen

De in **palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener** wordt als expert verbonden aan één of meer PaTz-groepen. Dit kan zijn, in volgorde van voorkeur:

1. Een kaderopgeleide huisarts.
2. Een andere in pz gespecialiseerde zorgverlener (waarbij geen voorkeur voor a of b of c):
 - a. Een kaderopgeleide specialist ouderengeneeskunde met voldoende kennis van de eerste lijn
 - b. Een wijkverpleegkundige
 - c. Een verpleegkundig specialist

Deze in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener is bij iedere bespreking (6 keer per jaar) aanwezig, heeft de rol van inhoudelijk expert en is niet degene die de bijeenkomst leidt of organiseert. Deze in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener brengt expertise in op het gebied van o.a. markeren, proactieve zorg en zorgplanning en ondersteunt de voorzitter bij het werken volgens de PaTz-methodiek.

Omvang van de regeling:

- De in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener krijgt per PaTz-groep voor maximaal 6 bijeenkomsten per jaar, à 2 uur per PaTz-groep, een vergoeding voor de ondersteuning.
- PZNL betaalt de vergoeding aan de (werkgever van de) in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener.
- De vergoeding is standaard 2 uur per bespreking à € 80,- euro per uur, bruto. Reiskosten worden niet vergoed.
- Alleen activiteiten die in PRADO zijn geregistreerd, worden vergoed.
- Verstekte adviezen tijdens een PaTz-bijeenkomst worden niet apart als consult vergoed, ook niet als zij in PRADO worden geregistreerd.
- Het begeleiden van een informatiebijeenkomst of startbijeenkomst voor groepen huisartsen vanuit de rol van PaTz-ambassadeur wordt, na fiatting vooraf door de PZNL-regioadviseur, vergoed als ware het een PaTz-bijeenkomst.

B7 Evaluatiegesprek

Iedere consulent heeft iedere twee jaar een evaluatiegesprek met de voorzitter en/of coördinator van het consultatieteam. De verantwoordelijke PZNL-regioadviseur wordt hierover geïnformeerd. De consulent maakt hiervan een verslag, dat na eventuele aanpassingen geaccordeerd wordt en waarmee vertrouwelijk wordt omgegaan. De mogelijkheid bestaat ook om niet individueel, maar in teamverband te evalueren.

Doel van het gesprek: wederzijds evalueren van de ervaringen en kwaliteit van de consultwerkzaamheden op basis van geldende criteria. Onderstaande bespreekpunten kunnen een leidraad vormen voor een gesprek.

Vorbereiding gesprek

Ter voorbereiding op het gesprek wordt gevraagd dit formulier in te vullen en van tevoren te mailen naar de betrokken personen.

Voorbeeld format evaluatiegesprek

	Opmerkingen
Naam: Consulent: Functie: Werkgever: Omvang aanstelling: Consulent sinds: Datum gesprek:	
Reflectie op De werkomstandigheden: <ul style="list-style-type: none">• Werklast, werkdruk en inpasbaarheid• Motivatie en enthousiasme (haal je energie, kost het energie)• Onderlinge samenwerking• Wensen m.b.t. ondersteuning en ontwikkeling, coaching	
Consultatie Hoe verlopen de consultatiegesprekken? Hoe beoordeel je: <ul style="list-style-type: none">• De kwaliteit van de advisering, verslaglegging, follow-up?• De kwaliteit van samenwerking met collega's in- en extern? Heb je suggesties voor het verbeteren van de consultatievoorziening in het algemeen?• De kwaliteit van de consultbesprekingen/ MDO-bijeenkomsten (invulling en aanwezigheid)? Hoe ervaar je de consultbesprekingen?• Team gebonden ambities?	
Samenwerking binnen het team <ul style="list-style-type: none">• Hoe ervaar je de grootte van het team?• De samenstelling?• De onderlinge samenwerking en sfeer?• De samenwerking binnen de dienst?• Kan je dingen die spelen onderling met elkaar bespreken?	

<p>Activiteiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aantal consulten de afgelopen 2 jaar? • Aantal consultbesprekingen afgelopen 2 jaar? 	
<p>Hoe beoordeel je:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De kwaliteit van de vergaderingen? • De kwaliteit van teambuildings/beleidsdagen? • De kwaliteit van gevolgde scholing/cursussen/congressen PZ • De kwaliteit van de gegeven scholingsactiviteiten? • Heb je zelf wensen met betrekking tot ambities en scholingswensen? • Suggesties voor verbeteringen/innovatie/onderzoek? • Waarin zou je nascholing willen hebben? 	
<p>Werkzaamheden naast het consulentchap</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel uren per week besteed je aan directe patiëntenzorg? • Hoeveel uren aan behandeling/verzorging van palliatieve patiënten? • Hoe ervaar je de belasting van het consulentchap in relatie tot je reguliere werk? • Voel je je nog steeds gemotiveerd? • Heb je zelf iets nodig om beter te functioneren? 	
<p>PZNL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat verwacht je van de PZNL-regioadviseur? • Wordt er (op een andere manier) aan je verwachtingen voldaan? • Andere bespreekpunten? 	

B8 Begrippenkader

Bron: Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief (2017)

Generalist palliatieve zorg

Elke zorgverlener heeft als generalist basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg¹⁰. Vanuit zijn functie integreert hij de kernwaarden, principes, methodes en procedures van palliatieve zorg in de zorg voor een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Het gaat daarbij niet alleen om niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies voor symptoombestrijding, maar ook om effectieve communicatie met de patiënt, diens naasten en andere betrokken zorgverleners, in de context van markering van de palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. De generalist palliatieve zorg kent daarin zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een specialist palliatieve zorg.

Specialist palliatieve zorg

De specialist palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in palliatieve zorg gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg¹¹. Veelal is de specialist palliatieve zorg, vanuit zijn functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uit maakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is. De specialist palliatieve zorg is bij voorkeur ingebed in een gespecialiseerd team palliatieve zorg. De specialist palliatieve zorg kent zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een expert palliatieve zorg.

Voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde geldt de kaderopleiding palliatieve zorg als erkende opleiding, waarmee zij als kaderarts palliatieve zorg geregistreerd kunnen worden.

Voor medisch specialisten en verpleegkundigen zijn de criteria voor erkenning als in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener in ontwikkeling.

Complexe palliatieve zorgvraag

In palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners worden zo nodig, in overleg met de hoofdbehandelaar, betrokken als generalistische zorgverleners in de palliatieve zorg niet aan de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten kunnen voldoen.

Verantwoordelijkheden en rollen hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar is de arts die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de zorgverlening aan de patiënt.

Het consultatieteam, de consulent en tweede schil

Het consultatieteam (eerste schil genoemd) bestaat uit professionals met specifieke kennis en opleiding op het gebied van de palliatieve zorg. De consulent is degene die de consulten uitvoert. De tweede schil, bestaande uit experts op specifieke deelgebieden, vaak deel uitmakend van een consultatieteam in het ziekenhuis en bij voorkeur met een palliatieve opleiding, kan geraadpleegd worden.

Consultbesprekingen

Consultatieteams en transmurale teams houden regelmatig respectievelijk consultbesprekingen en maandelijkse MDO's en bespreken gevoerde (complexe) consulten en/of actuele consulten ter reflectie en optimalisering van de kwaliteit van de te geven adviezen.

Casuïstiekbesprekingen

In de regio worden met regelmaat casuïstiekbesprekingen palliatieve zorg gehouden en georganiseerd door de Netwerken Palliatieve Zorg, met als algemene doel deskundigheidsbevordering en het optimaliseren van multidisciplinaire samenwerking. Consulenten zijn hierbij als inhoudelijke experts betrokken. (ambassadeursfunctie)

¹⁰ zie: Criteria voor zorgverleners bij Standaard deskundigheid in Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

¹¹ zie: Criteria voor zorgverleners met specifieke palliatieve deskundigheid bij Standaard deskundigheid in Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

Standaard interdisciplinaire zorg

De multidimensionale benadering van de patiënt en zijn zorgvragen in de palliatieve fase vraagt om kennis en betrokkenheid van meerdere disciplines die in een interdisciplinair werkend team verenigd zijn. Dit team wordt gevormd door zorgverleners en vrijwilligers in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten.

Multidisciplinair overleg (MDO)

Het team van betrokken zorgverleners overlegt, met input van de patiënt en diens naasten, op vaste momenten en zo nodig ad hoc om het welzijn van de patiënt en de zorg te evalueren. De afspraken in het individuele zorgplan worden zo nodig herzien. In de eerste lijn vindt dit overleg bij voorkeur plaats in een PaTz-groep of een ander vergelijkbaar multidisciplinair overleg. In palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners worden zo nodig, in overleg met de hoofdbehandelaar, betrokken als generalistische zorgverleners in de palliatieve zorg niet aan de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten kunnen voldoen

PaTz-overleg

PaTz staat voor Palliatieve ThuisZorg. In PaTz-groepen werken huisartsen en wijkverpleegkundigen, soms aangevuld met andere zorgverleners, samen om palliatieve thuiszorg op kwalitatief hoog niveau te leveren. Een PaTz-groep voldoet aan de volgende voorwaarden¹²:

- De PaTz-groep komt minimaal 6 maal per jaar bij elkaar.
- De groep wordt begeleid door een consulent op het gebied van palliatieve zorg.
- Er wordt gebruik gemaakt van de PaTz-methodiek: vroegtijdig signaleren en pro-actief plannen van zorg met behulp van het palliatieve zorg register.
- De PaTz-groep neemt deel aan monitoring voor evaluatie door het Expertisecentrum Palliatieve Zorg VUmc.

Een PaTz-MDO is niet alleen gericht op het directe leveren van goede patiëntenzorg maar ook op een blijvende toename in deskundigheid en op persoonlijke ondersteuning en groei.

Bedside consult

Een bedside consult is geïndiceerd als er sprake is van een complexe situatie, waarbij de behandelaar denkt vast te lopen, de zorg onder druk staat en/of dreigt te stagneren en waar een interventie van een consulent ter plaatse een meerwaarde lijkt te hebben. Patiënt en behandelend arts geven beiden toestemming hiervoor.

Werkdefinitie transmurale zorg

Vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over lijn overstijgende samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en/of specialistische zorgverleners in de palliatieve zorg. Hierbij is sprake van gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden. Dit laat zien dat twee belangrijke aspecten deel uit maken van transmurale zorg. Enerzijds heeft transmurale zorg betrekking op zorginhoudelijke zaken zoals gezamenlijke protocollering en een multidisciplinaire gestructureerde zorgverlening. Anderzijds kent transmurale zorg een organisatorisch aspect, waarbij het gaat om deskundigheidsbevordering en structurele samenwerking tussen hulpverleners uit beide echelons.

Deze werkdefinitie is opgesteld o.b.v. van de definitie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en een achtergrondstudie van Prof. dr. C. Spreeuwenberg en drs. D.M.M. Elfahmi.

12 Bron: www.patz.nu

B9 Deelnemers klankbordgroep (2019-2020)

In de klankbordgroep zaten de volgende deelnemers:

1. Bernie Aalbers, verpleegkundige, Twente
2. Sarie Schneider, verpleegkundig specialist, Rotterdam
3. Marieke van den Beuken, medisch specialist, Maastricht
4. Dick Elzenga, specialist ouderengeneeskunde, Friesland
5. Christel Jacobs-Hubens, verpleegkundige, Venlo
6. Adri Jobse, huisarts, Utrecht
7. Gabrielle Faber, huisarts, Vallei & Veluwe
8. Johanna Kleingeld, netwerk- en teamcoördinator, Waardenland
9. Francis Mensink, verpleegkundige, coördinator, Nijmegen
10. Jeanet van Noord, verpleegkundig specialist, teamcoördinator, Leiden
11. Ann Reyners, medisch specialist, Groningen
12. Laetitia Schillemans, gespecialiseerd verpleegkundige oncologie & palliatieve zorg, Utrecht
13. Pieter Schimmel, specialist ouderengeneeskunde, Vallei & Veluwe
14. Tineke Smilde, medisch specialist, Den-Bosch
15. Rhea Stroess, verpleegkundige, Harderwijk/Zwolle
16. Carel Veldhoven, huisarts, Nijmegen
17. Sylvia Verhage, verpleegkundig specialist, Den Bosch
18. Jacques Voskuilen, verpleegkundig specialist, Arnhem
19. Margriet Wieles, verpleegkundig specialist, hospice, Amsterdam
20. Lia van Zuylen, medisch specialist, Rotterdam
21. Trudy van Wijnen, verpleegkundig specialist, Tiel
22. Rogier van Deijck, specialist ouderengeneeskunde, Venlo
23. Anke Marlet-Poelmans, huisarts, Coevorden



Godebaldkwartier 419
3511 DT Utrecht
info@pzn.nl
pzn.nl

PZNL