

## Q&A Informatiesessies Ontwikkelingen consultatie palliatieve zorg

Onderstaande vragen zijn gesteld tijdens de informatiesessies voor de Consulents palliatieve zorg en de informatiesessie voor de Netwerkcoördinatoren palliatieve zorg (op 18 en 27 juni voor de consulents en 1 juli voor de netwerkcoördinatoren) over ontwikkelingen in het afgelopen jaar op het gebied van consultatie palliatieve zorg. Deze vragen zijn gebundeld en voorzien van antwoorden.

### Q&A Algemeen

Beantwoord door Hetty Kazimier (senior-adviseur PZNL)

#### **Is er nog steeds de harde deadline dat met einde NPPZ II, eind 2026, de telefonische consultatie niet meer wordt vergoed door Stichting PZNL?**

Streven is de proactieve inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, waaronder consultatie, in nauwe samenspraak met de daarvoor verantwoordelijke regionale en landelijke partijen, proactief en transmuraal in te bedden in de reguliere zorg en regulier te financieren. Binnen het NPPZ II werken we hier met elkaar aan. Mocht de regionale inbedding meer tijd nodig hebben dan de looptijd van het NPPZ II, dan zal Stichting PZNL haar best doen om vanuit het ministerie van VWS akkoord te krijgen om de consultatie langer te ondersteunen. Het is niet bekend is hoelang het ministerie deze werkwijze blijft vergoeden, subsidie is per definitie niet permanent. Daarbij voldoet de huidige telefonische voorziening onvoldoende aan de ontwikkelingen die we in de dagelijkse praktijk zien en wat nodig is. Dus een meer proactieve beschikbaarheid van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, ingebed in de reguliere zorg en regulier gefinancierd.

#### **Er gebeurt ontzettend veel op het thema Inzet van de in pz gespecialiseerde zorgverlener. Op Palliaweb staat veel informatie, dat is mooi, maar dat is statische informatie. Vanuit de Netwerken Palliatieve Zorg is behoefte aan intensiever contact op dit thema. Een platform waarop informatie gedeeld kan worden, ervaringen uitgewisseld kunnen worden en informatie gericht wordt gegeven.**

#### **Bijv. wat zijn de ervaringen vanuit de transformatieregio's op inzet specialist, wat zijn inhoudelijke ontwikkelingen binnen het specialistische veld, wat zijn ervaringen in passende governance, TAPA\$-prestaties om de bekostiging te realiseren, etc.**

We begrijpen deze vraag heel goed want er gebeurt inderdaad veel op dit thema. Daarnaast raakt de inzet verschillende subthema's, denk aan:

- Inhoud: wat, (welke vormen) passen in jouw regio en waarom (wat levert het op)
- Wie mag wat doen en hoe (Kader Consultatie)
- Passende governance: Welke samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders in de regio zijn nodig voor juiste inzet
- Passende bekostiging: wie betaalt wat, stand van zaken en belang van TAPA\$-prestaties
- Passende capaciteit

De wens voor een interactief platform op het thema Inzet van de in pz gespecialiseerde zorgverlener/*ondersteuning bij complexe casuïstiek* is binnen PZNL besproken.

We houden jullie op de hoogte als we helder hebben welke manier het beste past, meer info daarover volgt z.s.m.

### **Is er een lijst met de Regioadviseurs en bij welke regio zij horen?**

Voor een up-to-date lijst verwijzen wij jullie graag door naar: [Regioadviseurs - Netwerkcoördinatoren \(palliaweb.nl\)](https://palliaweb.nl).

### **Q&A Kader Consultatie**

*Beantwoord door An Reyners (voorzitter werkgroep Kader Consultatie namens Palliactief)*

#### **Is er een websitepagina waar dit Kader Consultatie proces gevolgd of ingezien kan worden?**

Die is er nog niet. Op de website van Palliactief en in de PartnerUpdate van het NPPZ II zullen nieuwsberichten over dit proces verschijnen.

#### **Worden de consultvragers vanuit het PRADO-systeem gevraagd om de knelpuntenanalyse in te vullen?**

Dat is een goede suggestie. Wij zijn in gesprek met de beheerder van PRADO om te kijken of dit mogelijk is.

#### **Welke consultvragers worden gevraagd om de enquête in te vullen? Hoe komen jullie aan deze gegevens?**

De vragenlijst is uitgezet via diverse kanalen, waaronder de wetenschappelijke en beroepsverenigingen met de vraag om het via hun leden te verspreiden. Ook is die verspreid via de werkgroepleden en consultants met de vraag om de enquête door te sturen naar hun collega's.

#### **Waar is de SO/VVT-instelling bij de vertegenwoordiging/ klankbordgroep?**

Verenso is gevraagd om deel te nemen aan de werkgroep voor het Kader Consultatie. Verenso heeft echter tot nu toe besloten om niet actief aan de werkgroep deel te nemen. Wel heeft Verenso toegezegd als agendalid betrokken te willen zijn.

### **Q&A Voorbij de Generalist**

*Beantwoord door Ingrid van Zuilekom (Projectleider Voorbij de Generalist) en Suzanne Metselaar (Principal Investigator & Medical Ethics)*

#### **Wordt het profiel voor specialist PZ gedeeld? Wordt het openbaar?**

Het profiel specialist PZ wordt zeker gedeeld en openbaar gemaakt. De procedure is als volgt: we zijn bezig om de feedback van de respondenten die hebben deelgenomen aan de dialoogtafel van de Delphi-studie te verwerken. Daarna wordt het conceptprofiel besproken binnen de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen om met hen in gesprek te gaan wat het profiel betekent voor de betreffende beroepsgroep.

#### **Ik mis de VS of PA die fulltime opgeleid wordt binnen een Palliatief Adviesteam. Zij zouden dus nog een extra opleiding moeten volgen?**

Met de respondenten die vanuit VS of PA hebben geparticipeerd aan de dialoogtafel van de Delphi-studie beantwoorden we deze vraag. De voorlopige resultaten van de Delphi-studie laten zien dat VS en PA behoefte hebben aan een (erkende) opleiding die een verdieping is op hun rol als specialist PZ. Veel van hen hebben de wens uitgesproken om ook de Kaderopleiding (NHG en Gerion) te volgen, ook dit is één van de items voor de 'werkagenda' van het profiel specialist PZ.

#### **Wat maakt dat er straks binnen een Consultatieteam leden zitten met verschillende competenties en condities? Lijkt mij dat daardoor het t.o.v. kwaliteit en uniformiteit niet eenduidig wordt.**

Een begrijpelijke opmerking. Wij zoeken ook de balans tussen een basisprofiel dat voor iedere beroeps- en wetenschappelijke vereniging toegankelijk is. Daarnaast zal per beroepsgroep (verzorgende, verpleegkundige en medische beroepsgroepen) ook de eigenheid van het

specialisme in het profiel herkenbaar moeten zijn. Ook dit is één van de items die we bespreken met de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen.

### **Zijn er vervolgstappen bekend voor wetenschappelijke verenigingen om het minder vrijblijvend te maken?**

Daar proberen we aan te werken!

De respondenten die aan de dialoogtafel van de Delphi-studie hebben deelgenomen, hebben een membercheck ontvangen. Op basis van de feedback van deze membercheck is het conceptprofiel specialist PZ geschreven, deze ligt nu voor aan de respondenten van de dialoogtafel. Na deze consultatierondes zal het profiel aan de beroepsvereniging V&VN, NAPA en Palliactief worden gepresenteerd.

### **Is er een combinatie te maken met de werkgroep Kader Consultatie?**

Deze weg zijn we ingeslagen, we willen graag samen optrekken met de werkgroep Kader Consultatie.

### **Ik las net in de presentatie dat het profiel niet bedoeld is voor of bijdraagt aan Juiste zorg op de Juiste plek. Kan je dat toelichten waarom dat niet het geval is?**

In de slide staat dat het profiel niet een oplossing is voor Juiste zorg op de Juiste plaats door de Juiste persoon (JZOJP). Het profiel gaat (ons inziens) zeker een bijdrage leveren aan de JZOJP, doordat generalisten hopelijk de specialisten eerder raadplegen. Andersom hebben specialisten de rol van deskundigheidsbevorderaar en zullen zij generalisten meenemen in het bevorderen van kennis, vaardigheden en attitude.

De bedoeling van de zin dat het profiel niet een oplossing is voor JZOJP is dat het profiel moet indalen in het 'landschap van palliatieve zorg', net als het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017) destijds. Het profiel is een hulpmiddel om tijdig (passende) palliatieve zorg te initiëren, maar biedt geen oplossing.

### **Wat is het nut van het aanbod van de 9-10 daagse cursus als die niet meer is dan verdieping? Welke cursus sluit voor de MS goed aan bij haar praktijk? Hoor dat meerdere MS zoekende zijn in deze. Gooi je geen kind met badwater weg als je deze cursus niet erkend? Of pas je deze cursus aan?**

Het programma O<sup>2</sup>PZ (Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg) is niet het gremium dat opleidingen erkend of voorschrijft. De respondenten aan de Delphi-studie (schriftelijke rondes en dialoogtafels) hebben aangegeven welke opleidingen zij vinden dat opleiden tot specialist PZ.

### **Ik mis het allerbelangrijkste; de behoefte van patiënt en naasten voor een (vorm) van casemanager. "iedereen een Selma" <https://www.youtube.com/watch?v=aqS0kcG-VNw&t=36s>**

Het profiel specialist PZ is ontstaan o.b.v. de resultaten van drie wetenschappelijke studies. De uitgangsgedachte is dat we helderheid creëren in wat specialistische palliatieve zorg inhoudt. Om hiermee een bijdrage te leveren aan tijdige doorverwijzing naar een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener.

### **Erkennen opleiding graag op 1 plek, niet per beroepsgroep. Dus vanuit arts zijn, ingeschreven in BIG-register, Erkenning als palliatief arts**

Dank voor deze opmerking. Erkennen van opleidingen (door wie?), evenals registratie als specialist PZ (naast of bovenop BIG-registratie) is één van de items van de werkgroep voor implementatie profiel specialist PZ.

### **Erkenning van en vergelijken van de postgraduate en kaderopleiding: als WV per WV dit zou moeten uitvinden, gaat het onnodig veel tijd en geld kosten. Ik zou adviseren hierbij te blijven**

## **zoeken naar een overkoepelend gremium, die bijv. een onderwijskundige kan aanstellen om dit vraagstuk eens te doorgronden**

Dank voor deze opmerking en is zeker herkenbaar, we zoeken in ons advies de balans tussen wat een beroeps- en wetenschappelijke vereniging zelf kan uitvoeren en wat 'overkoepelend' beoordeeld moet worden. Een veelgehoorde uiting aan de dialoogtafels is dat een 'slager niet zijn eigen vlees moet keuren', dus een diplomavergelijking binnen de beroeps- of wetenschappelijke vereniging zal nader verkend moeten worden en is ook een item voor de werkagenda voor implementatie profiel specialist PZ.

## **Q&A Passende financiering**

*Beantwoord door Bernard Creutzburg (senior adviseur passende financiering PZNL)*

### **Zie enkel Zvw, geen Wlz, is daarnaar gekeken (ook gezien de gesprekken dat niet alleen met brancheorganisatie zorgverzekeraars gevoerd moet worden, maar ook met zorgkantoor, zodat je straks niet nog steeds verschillende geldstromen krijgt)?**

Het TAPAŞ-experiment heeft inderdaad enkel betrekking op zorg vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet. De huidige financiering van de zorg op basis van de Zorgverzekeringswet is monodisciplinair (per zorgsector) ingericht. Transmurale samenwerking wordt daardoor niet gestimuleerd. Dit is een belangrijke reden geweest voor het ontwikkelen van de vier innovatieve prestaties (ook wel betaaltitels genoemd). De NZa heeft deze zorgprestaties op tijdelijke basis goedgekeurd, zodat zorgorganisaties samen met zorgverzekeraars na kunnen gaan of hiermee tot een betere kwaliteit van palliatieve zorg tegen gelijke of lagere kosten kan worden bereikt. Als dit zo blijkt te zijn, kan de NZa besluiten de prestaties structureel in te voeren. Het betrekken van de Wlz is op dit moment nog niet aan de orde vanwege de extra complexiteit, maar bij een geslaagd experiment binnen de Zvw is dit zeker een optie om met elkaar mee aan de slag te gaan.

### **Kan er meer verteld worden over de inhoud van de experimenten?**

Op Palliaweb is veel informatie te vinden over de achtergrond, het waarom en de inhoud van de experimenten. Volg hierbij de link naar de '[Aanpak proactieve transmurale palliatieve zorg](#)'. De Aanpak wordt regelmatig geactualiseerd en bevat veel handvatten om te starten met een experiment.

### **Zijn er in het licht van het nieuwe kabinet nog ontwikkelingen te verwachten die een andere focus op PZ laten zien, waardoor deze plannen niet gerealiseerd zouden kunnen worden?**

Voor de ambities van het nieuwe kabinet moeten we wachten op hun berichtgeving. Wel is recent door voormalig minister Conny Helder [een brief](#) gestuurd naar de Tweede Kamer met de titel 'Verankering van de palliatieve fase in alle zorgwetten'. Deze gaat onder meer over de financiering van de palliatieve zorg (paragraaf 1, pagina 2 t/m 4).

### **Je geeft aan dat er meer experimenten nodig zijn om meerwaarde aan te geven. Naar welke uitkomstmaten zijn we of de zorgverzekeraars dan naar op zoek?**

Kort samengevat zijn dat in ieder geval:

- Mogelijke overbehandeling in de laatste levensfase. Hiervoor zijn de internationale indicatoren voor 'potentially inappropriate end-of-life care' te gebruiken.
- Meerwaarde vanuit perspectief van de zorgverleners en patiënten. Bijvoorbeeld d.m.v. interviews of vragenlijst.
- Zorgkosten op basis van declaratiedata.

### **Wat een lange weg. Waarom zo weinig deelnemers? Is het complex?**

Transmurale zorg, want daar gaat het TAPAS-experiment in de kern over, samen met de inzet van de specialist PZ, is zorg die de muren tussen de verschillende zorginstellingen doorbreekt. Idealiter is de communicatie onderling vlekkeloos tussen huisarts, thuiszorg, ziekenhuis, verpleeghuis, hospice, specialist PZ... En is de zorg gericht op de behoeften van de patiënt. Maar de praktijk is weerbarstig. Dit element speelt een belangrijke rol naast een ontoereikende financiering voor transmurale zorg.

Het is belangrijk dat er in de regio's nieuwe experimenten starten. Op dit moment zijn er te weinig experimenten die gaan helpen aantonen dat er een duidelijke behoefte is aan structurele financiering voor transmurale palliatieve zorg. Het afwachten totdat er structurele financiering is, hoe begrijpelijk ook, werkt daarmee averechts.

### **Het blijft lastig te begrijpen dat er niet overstijgend kan worden ingezet op landelijke betaaltitels voor landelijk dekkende consultatie**

Deelname aan het TAPAS-experiment gaat juist helpen om onder andere de transmurale consultatie op termijn landelijk structureel vergoed te krijgen door de zorgverzekeraars. Ook kunnen belangrijke activiteiten als kennisbevordering en een structureel MDO worden gefinancierd via het TAPAS-experiment. De kennis van de consultants kan zo eerder in het zorgproces worden ingezet. Uiteindelijk gaat het om de inbedding van de palliatieve zorg in de reguliere zorg, waarbij de deskundigheid van gespecialiseerde zorgverleners nodig is. Bij een geslaagde evaluatie van het experiment kan de NZa besluiten tot landelijke betaaltitels. Alleen is daar nog een behoorlijke weg te gaan, omdat het aantal experimenten voorsnog sterk achterblijft. Dit kan door beleidsmakers worden uitgelegd als dat er - blijkbaar - geen behoefte is uit de praktijk aan structurele financiering voor transmurale palliatieve zorg.

### **Consultatie is wel degelijk ook patiëntgebonden, vgl. een SCEN-consult. Daar is ook een landelijke betaaltitel voor (ondergebracht bij huisartsenzorg)**

Het SCEN-consult is inderdaad patiëntgebonden. De TAPAS-prestatie SCOP-telefonische consultatie is dat in principe niet, want daarbij consulteert de generalist de specialist PZ over diens patiënt zonder dat de specialist PZ de patiënt ziet. Dit ligt uiteraard anders bij een bedside-consultatie.

### **Financiering eerste lijn, ook voor coördinatie en overlegmomenten als MDO's en PaTZ samenwerking eerste en tweede lijn**

Dit is mogelijk via TAPAS-prestatie 'Transmurale coördinatie en continuïteit palliatieve zorg'.

### **Nachtzorg is vaak nodig in PZ, maar die is financieel gezien niet goed geregeld**

Zorgaanbieders geven aan dat zij soms nachtzorg willen inzetten, maar dat de zorgverzekeraar het daar niet altijd mee eens is. V&VN heeft in het ['Begrippenkader indicatieproces'](#) verheldert hoe de wijkverpleegkundige deze zorg kan indiceren.

### **Gaat er ook gekeken worden naar een betaaltitel voor de 1e lijn? Deze gesprekken kosten veel tijd**

De TAPAS-prestaties zijn in principe niet afhankelijk van de setting waaruit de zorg wordt geleverd. De zorg staat centraal.

### **Aangaande PaTZ-groepen: wordt er gekeken naar de financiering van allen die daaraan deelnemen? Wijkzorg, huisarts, inhoudelijk deskundige, geestelijk verzorger, apotheker, etc?**

Ik ben niet bekend met alle activiteiten die in de regio lopen om de PaTZ-groepen gefinancierd te krijgen bij verzekeraars. In antwoord op je vraag: er is ruimte om PaTZ-groepen, naast andere activiteiten in het kader van de coördinatie en continuïteit, te financieren via TAPAS-prestatie 'Transmurale coördinatie en continuïteit palliatieve zorg' in samenspraak met een verzekeraar.

**Er staat in het bericht van de NZa dat er voor PZP voor de eerstelijns al wel goede prestaties zijn, maar dit verschilt per zorgverzekering. Hoe kan dat? Fijn dat er een betaaltitel komt voor ZKH, maar lijkt me dat het dan op beide plekken goed geregeld zou moeten kunnen worden?**

Eens, dat dit op beide plekken (huisartsenzorg en ziekenhuiszorg) structureel goed moet worden geregeld. Uit het [nieuwsbericht van de NZa](#) valt op te maken dat zij zich ervoor inzetten om voor de huisartsenzorg per 2027 structurele prestatie in te voeren. In de huidige situatie is nog sprake van maatwerkafspraken in segmenten 2 en 3 van de huisartsenbesteding.

**Is er een overzicht welke regio's met welke zorgverzekeraar in gesprek zijn?**

Nee, een integraal overzicht is er op dit moment niet. Op basis van de vragen die we binnenkrijgen, hebben we wel een beeld van welke regio's in gesprek willen met verzekeraars over het contracteren van de TAPAS-prestaties en weten we van een aantal regio's dat ze in gesprek zijn. Een overzicht maken, kan alleen met instemming van de betreffende regio's. Mogelijk dat zo'n overzicht er in de nabije toekomst gaat komen met hun instemming.

**Let op dat bij afkadering van specialist tegenover generalisten mogelijk bekostigingszaken vanuit verzekeringen gaan komen**

Dit kan, maar hoeft niet. De TAPAS-prestaties kunnen hierin een richtinggevende rol spelen, want deze zijn bedoeld om de inzet van de generalist en specialist PZ te financieren ongeacht hun (precieze) medische achtergrond (huisarts, medisch specialist, verpleegkundige). Het experiment gaat helpen bij de discussies over en het ontwerpen van de definitieve betaaltitels (bij een geslaagd experiment).