

Reactieformulier conceptrichtlijn Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg

Wij verzoeken u dit reactieformulier **uiterlijk 19 februari te sturen naar** Inge van Trigt (i.vantrigt@pzn.nl).

Naam: Berdine Koekoek en Marleen de Lange, namens:
Organisatie: Netwerken, bestuur en consultatieteam palliatieve zorg Oost-Veluwe en regio Zutphen
Datum: 12-2-2026

Algemene opmerkingen over het Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg

Graag horen wij hier in hoofdlijnen wat u van het Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg vindt.

Geacht bestuur van Palliactief,

Hartelijk dank voor het delen van het concept Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg. Wij waarderen de heldere en overzichtelijke wijze waarop het document is opgesteld. Het kader sluit in grote lijnen aan bij de bestaande praktijk en bij ontwikkelingen die binnen PZNL en de netwerkregio's al geruime tijd worden nagestreefd. Tegelijkertijd zien wij op een aantal onderdelen ruimte voor verdere aanscherping en verduidelijking, met name waar het gaat om randvoorwaarden, verbinding en toekomstbestendigheid.

Graag delen wij hieronder onze inhoudelijke en organisatorische aandachtspunten, in de hoop hiermee bij te dragen aan verdere verbetering van het kader.

Inhoudelijke aandachtspunten

1. Structurele verankering en financiering

Wij waarderen het expliciet benoemen van het belang van structurele verankering van consultatiefuncties binnen bestaande zorgstructuren en het streven om minder afhankelijk te zijn van tijdelijke subsidies. Dit is een belangrijke en noodzakelijke richting. Tegelijkertijd constateren wij dat juist de aanbevelingen rondom financiering – terecht gepositioneerd als cruciaal – weinig concreet zijn uitgewerkt. Juist hier zou nadere richting of het schetsen van mogelijke scenario's met daarin ook andere randvoorwaarden, zoals digitalisering, helpend zijn om deze ambitie daadwerkelijk te kunnen realiseren.

2. Omvang van regio's, consultatie-aantallen en de bredere consultatiefunctie

Het uitgangspunt dat regio's zodanig groot moeten zijn dat circa 1.000 consulten per jaar worden verwacht, roept bij ons vragen op. Hoewel dit begrijpelijk is vanuit een kwantitatief perspectief, vinden wij het jammer dat hiermee opnieuw sterk de nadruk op het aantal consulten komt te liggen. De consultatiefunctie omvat immers meer dan consultatie alleen, zoals scholing, deskundigheidsbevordering, netwerkvorming, beleidsontwikkeling en voorlichting.

- In veel netwerkregio's is de afgelopen jaren een stevige structuur opgebouwd rondom transmurale zorgpaden palliatieve zorg. Opgeleide palliatieve zorgverpleegkundigen vervullen hierin een sleutelrol, zowel intramuraal (ziekenhuis, VVT en VGZ) als extramuraal in de thuiszorg. Zij functioneren als vast aanspreekpunt voor patiënt en naasten, onderhouden korte lijnen met de behandelaar, nemen deel aan PaTz-groepen, transmurale MDO's en consultatieteams, verzorgen scholingen, geven mede vorm aan beleid en zijn laagdrempelig te consulteren binnen de eigen organisatie.
- Deze werkwijze draagt aantoonbaar bij aan het vergroten van de palliatieve kennis en deskundigheid van zittende professionals. Een belangrijk effect hiervan is dat het aantal formele consulten richting consultatieteams afneemt. Door proactief te werken en tijdig expertise in te zetten, wordt minder vaak reactief opgeschaald. De samenwerking tussen deze palliatieve zorgverpleegkundigen en de consultants in de regio versterkt bovendien de kwaliteit van zorg en de onderlinge afstemming.

Wij pleiten er daarom voor om de norm van 1.000 consulten per regio los te laten en in plaats daarvan meer ruimte te bieden voor regionale verschillen en voor het waarderen van de bredere impact van de consultatiefunctie. Wat wij daarbij wel van groot belang vinden, is het behoud en de borging van consultatiemogelijkheden in de avond-, nacht- en weekenduren. Deze beschikbaarheid zien wij bij voorkeur op landelijke schaal georganiseerd, om continuïteit en toegankelijkheid van expertise te waarborgen.

3. Digitale vastlegging

De vereiste digitale vastlegging van consulten onderschrijven wij volledig. Tegelijkertijd ontbreekt een nadere duiding van hoe dit praktisch en uniform vormgegeven zou kunnen worden. Suggesties, randvoorwaarden of voorbeelden van passende systemen of minimale eisen zouden hierbij ondersteunend kunnen zijn voor regio's en teams.

4. Eenduidige titulatuur en herkenbaarheid van expertise

Wij pleiten voor het streven naar eenduidige titulatuur voor in palliatieve zorg gespecialiseerde hulpverleners, conform de vastgestelde profielen van V&VN. Een uniforme benaming draagt bij aan herkenbaarheid van expertise voor patiënten, naasten en collega-zorgprofessionals, en ondersteunt de verdere professionalisering en positionering van palliatieve zorg binnen en over organisaties heen.

Eenduidigheid in titulatuur helpt daarnaast bij heldere rolafbakening binnen transmurale samenwerking, consultatie en scholing, en voorkomt verwarring over verantwoordelijkheden en deskundigheidsniveaus.

Organisatorische aandachtspunten

5. Kwaliteitsborging en evaluatiegesprekken

Het voorstel om eens per twee jaar evaluatiegesprekken te voeren met consultants ten behoeve van kwaliteitsborging vinden wij op zichzelf waardevol. Wel plaatsen wij principiële kanttekeningen bij de voorgestelde rol van de voorzitter van het consultatieteam als gespreksvoerder. De voorzitter is immers tevens teamlid en geen werkgever, waardoor het gesprek het karakter kan krijgen van een functioneringsgesprek zonder formele of onafhankelijke positionering. Wij pleiten ervoor deze evaluaties anders te organiseren, bijvoorbeeld met een onafhankelijke partij of binnen een bredere regionale of netwerkstructuur, om rolverwarring te voorkomen en de kwaliteit te borgen.

6. Frequentie van consultbesprekingen

In het kader wordt uitgegaan van een wekelijkse consultbespreking. Voor onze regio is dit in de huidige praktijk niet haalbaar en ook niet passend bij het aantal consulten dat wij ontvangen. Wel vindt er wekelijks een transmuraal MDO palliatieve zorg plaats, waarin – mits de financiering voor deelname van

consulenten structureel is geregeld – consulten kunnen worden besproken. Wij pleiten daarom voor meer flexibiliteit in de frequentie en vorm van consultbesprekingen, afgestemd op regionale omvang, financiering en de daadwerkelijke consultvraag.

Vanuit het bestuur kwam de opmerking dat in het concept-rapport zich (nog) nadrukkelijk in het zorgdomein bevindt. In het kader van de transformatie palliatieve zorg is het de vraag hoe de verbinding plaatsvindt met de informele zorg en welzijn. Dit ligt vermoedelijk buiten het kader van deze opdracht, maar is wel relevant voor een toekomstgerichte positionering.

Tot slot willen wij benadrukken dat wij het kader zien als een belangrijke stap in de verdere professionalisering en borging van palliatieve consultatie. Wij hopen dat bovenstaande aandachtspunten bijdragen aan een verdere doorontwikkeling en toekomstbestendigheid van het document.