

Met opmerkingen [lv1]: Suggestie Kris voor titel 'Kader consultatie transmurale zorg'

Concept

Kader transmurale consultatie palliatieve zorg

Opdrachtgever: Palliactief

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Transmuraal consultatieteam palliatieve zorg	6
Samenstelling consultatieteam	7
Deskundigheid consultant	9
Samenwerking binnen team	10
Taken van de consultants	11
Multidisciplinair overleg (MDO) van het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg	13
Vorm van consult	14
Verloop van een consult	16
Kwaliteit	19
Randvoorwaarden	20
Bijlage 1: bronnen	22
Bijlage 2: werkwijze	23
Bijlage 3: samenstelling werkgroep	25

Inleiding

1.1 Aanleiding

Palliatieve zorg is in Nederland volop in ontwikkeling en wordt gekenmerkt door een zorgmodel waarbij iedere zorgprofessional betrokken bij mensen in de laatste levensfase aantoonbare basiskennis en vaardigheden dient te hebben in palliatieve zorg. Dit impliceert dat iedere zorgprofessional zich de basisprincipes van palliatieve zorg dient eigen te maken. Op het moment dat de problematiek de deskundigheid overstijgt, zoals bij complexe casuïstiek, of ervaring van bij de patiënt betrokken zorgverleners, kan consultatie van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners ingeroepen worden. Meestal vindt dit plaats in de vorm van intercollegiale consultatie van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.

In Nederland kenmerkt de huidige consultatie zich door een grote diversiteit aan samenwerkingsvormen met verschillende zorgverleners met specialistische palliatieve zorgkennis en vaardigheden. Kenmerkend is dat het multidisciplinaire teams zijn. Momenteel zijn er regionale PZNL-consultatieteams en, consultatieteams palliatieve zorg in ziekenhuizen. Daarnaast zijn er in de eerste lijn initiatieven zoals [Palliatieve zorg Thuis \(PaTz\)](#). Door deze verscheidenheid kan de toegankelijkheid en kwaliteit van consultatie bij palliatieve zorgvragen variëren per regio.

Om zo optimaal mogelijke palliatieve zorg te kunnen verlenen is toegankelijke, tijdige, behoeftegerichte en deskundige consultatie van zorgverleners met specialistische kennis (de consulenten) een belangrijke toegevoegde waarde. In de praktijk zorgt de variatie in de organisatie van consultatievoorzieningen echter voor verschillen in beschikbaarheid, bereikbaarheid, kwaliteit en integratie van kennis.

Dit *Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg* beoogt te komen tot een definitie en werkplan voor een uniforme en gestructureerde transmurale consultatie, om zorgverleners te ondersteunen bij complexe palliatieve zorgvragen zowel in de eerste, tweede als derde lijn. Dit kader richt zich op de transmurale consultatie palliatieve zorg voor volwassen patiënten en hun naasten. Voor kinderen in een palliatief traject is een ander netwerk beschikbaar, via Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg.

Ook valt de landelijk adviesgroep consultatie palliatieve zorg (APZ) buiten dit Kader. Het APZ is een landelijke vraagbaak voor (niet acute) hoog-complexe en/of zeer zeldzame problematiek in de palliatieve fase, waarvoor de richtlijnen en de 'eigen' regionale consultatieteams geen uitkomst bieden of oplossing weten. Het APZ kan gevraagd worden om (achteraf) te sparren over ingewikkelde vraagstukken binnen alle vier de dimensies van de palliatieve zorg. Een APZ is ook een registratiepunt van hoog complexe vraagstukken, die als aanleiding voor onderzoek- en onderwijsdoeleinden gebruikt kunnen worden. Deze worden bij scholing (van gevorderden) of eventueel als case reports in de (internationale) literatuur gebruikt.

1.2 Uitgangspunten

Om een hoogwaardige consultatie binnen palliatieve zorg te waarborgen, willen we in dit *Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg* minimale randvoorwaarden stellen. De belangrijkste uitgangspunten hierbij zijn:

1. Transmurale samenwerking: Elk consultatieteam werkt transmuraal, wat betekent dat de consultatiefunctie niet beperkt blijft tot één setting (zoals de eerste lijn of het ziekenhuis) maar toegankelijk is voor zowel eerste-, tweede- als derdelijns zorgverleners. Dit bevordert een integrale benadering en continuïteit in de zorg.

2. Multidisciplinaire expertise: Consulents bespreken consulten in een team bestaande uit zorgverleners met specialistische kennis in de palliatieve zorg met diverse achtergronden, waaronder artsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden, physician assistants, apothekers, psychologen en geestelijk verzorgers, zodat alle dimensies van palliatieve zorg (lichamelijk, psychisch, sociaal, zingeving/spiritueel) aandacht krijgen.

3. Toegankelijke, tijdige en behoeftegerichte consultatie: Consultatie is laagdrempelig beschikbaar voor iedere zorgverlener die zorgt voor een patiënt en naasten in een palliatief traject, zowel fysiek als digitaal (bijvoorbeeld via teleconsultatie), en is bij voorkeur 24/7 toegankelijk om acute palliatieve vraagstukken adequaat te kunnen adresseren. Onder tijdige consultatie wordt verstaan dat al in een vroeg stadium consultatie geboden kan worden bij het integreren van palliatieve zorg in de behandeling en begeleiding van patiënten met ernstige of levensbedreigende aandoeningen. Behoeftegerichte consultatie houdt in dat palliatieve zorg wordt afgestemd op de unieke en veranderende behoeften van de patiënt en diens naasten tijdens het ziekteproces.

4. Structurele verankering: Consultatie is geen vrijblijvende voorziening, maar is ingebed in regionale zorgnetwerken en wordt structureel ondersteund door passend beleid en financiering.

1.3 Definities

Om eenduidigheid te waarborgen, worden in dit *Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg* de volgende begrippen gehanteerd:

Consultatie: De mogelijkheid voor een zorgverlener om advies en ondersteuning te vragen aan een zorgverlener of multidisciplinair team met specialistische kennis op het gebied van palliatieve zorg. Dit kan zowel mondeling als schriftelijk gebeuren en kan betrekking hebben op medisch-inhoudelijke, verpleegkundige, psychische, sociale en zingevingsvraagstukken. De consultatie kan plaatsvinden zonder dat er contact is geweest tussen de patiënt en de consulent (telefonische, digitale consultatie, PaTz) en er bestaat consultatie waarbij de consulent contact heeft gehad met de patiënt (en naasten). Beide vormen van consultatie zijn onderwerp van dit kader.

Transmuraal: de consultatie palliatieve zorg is beschikbaar over de grenzen van zorginstellingen heen waarbij de samenwerking tussen de huisartsen, wijkverpleging, PaTz-groepen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, specialistische centra en hospices wordt

90 gewaarborgd. Transmurale consultatie waarborgt een soepele afstemming tussen
91 verschillende zorgsettings en voorkomt fragmentatie.

92
93 **Consulent palliatieve zorg:** Een consulent is een zorgverlener met specialistische kennis
94 en ervaring op het gebied van palliatieve zorg. Deze zorgverlener ondersteunt en adviseert
95 andere zorgverleners (de consultvragers) door multidimensioneel advies te geven over
96 medische, verpleegkundige, psychosociale en/of zingevingsvraagstukken. De consulent
97 werkt in een transmurale, multidisciplinaire team en kan zowel telefonisch, digitaal als face-
98 to-face worden geconsulteerd.

99
100 **Medebehandelaar:** Een medebehandelaar is een zorgverlener die naast de
101 hoofdbehandelaar betrokken is bij de zorg en behandeling van een patiënt in de
102 palliatieve fase. Dit kan een huisarts, medisch specialist, verpleegkundige, verpleegkundig
103 specialist, fysiotherapeut, geestelijk verzorger of andere discipline zijn. De
104 medebehandelaar draagt bij aan symptoomverlichting, psychosociale en zingevings-
105 /spirituele ondersteuning en het verbeteren van de kwaliteit van leven en werkt daarbij
106 samen met het behandelteam om zorg op maat te bieden. Een consulent palliatieve zorg
107 hoeft geen medebehandelaar van een patiënt te worden. Indien dit wel het geval is, zal dit
108 expliciet gemaakt worden.

109 **Complexe casuïstiek:** Complexe casuïstiek verwijst naar situaties waarin problematiek
110 van een patiënt meerdere dimensies tegelijk raakt (lichamelijk, psychisch, sociaal,
111 spiritueel/zingeving) of naar situaties waarin de inzet van de geboden zorg onvoldoende
112 effect heeft gesorteerd. Voorbeelden zijn:

- 113 ▪ Symptomen die ondanks behandeling volgens richtlijnen onvoldoende verbeteren.
- 114 ▪ Symptomen die weinig voorkomen.
- 115 ▪ Patiënten met problemen in meerdere dimensies (bijvoorbeeld pijn én psychische
116 onrust).
- 117 ▪ Complexe behandel- of ethische beslissingen rond het levenseinde (zoals stoppen
118 met eten en drinken) of proportionaliteit van behandeling.
- 119 ▪ Situaties waarbij moeizame communicatie, weerstand of culturele barrières
120 worden ervaren.

121 Dit *Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg* beschrijft minimale voorwaarden
122 waarmee beoogd wordt een basis te leggen die haalbaar, realistisch en toetsbaar is voor
123 alle betrokken organisaties en professionals. Door te starten met minimale voorwaarden
124 ontstaat er een gemeenschappelijk fundament waarop uniform en kwalitatief consultatief
125 handelen kan worden gegarandeerd, zonder dat direct een volledig uitgewerkt en mogelijk
126 te ambitieus pakket aan verwachtingen wordt opgelegd. In de volgende hoofdstukken
127 worden de organisatie en voorwaarden verder uitgewerkt.

Transmuraal consultatieteam

palliatieve zorg

Inleiding

Transmurale multidisciplinaire samenwerking binnen één team is van belang om twee redenen. De consultvrager hoeft geen afweging te maken welk team in welke setting te consulteren. Belangrijker nog is dat het consultteam bij een vervolgvraag zicht moet kunnen hebben op de patiënt als deze overgaat van de ene naar de andere setting. Het team bestaat uit voldoende zorgverleners vanuit verschillende achtergronden die kunnen inspelen op behoeften van consultvragers, met 24/7 dekking.

Voor wie

Consultatie palliatieve zorg is bedoeld voor alle zorgprofessionals die palliatieve zorg verlenen. Consultatie palliatieve zorg is beschikbaar ten behoeve van elke volwassen patiënt die zich in de palliatieve fase bevindt, en die symptomen of klachten heeft op de fysieke, sociale, psychische en/of zingeving-/spirituele dimensie, ongeacht in welke zorgsetting in de regio de patiënt verblijft. Hierbij geldt het adagium juiste zorg, juiste persoon, juiste plek, juiste moment, juiste financiering. Patiënten en naasten kunnen niet zelf een team benaderen voor consultatie.

Criteria

- Per regio is er één transmuraal consultatieteam palliatieve zorg met een centrale telefonische bereikbaarheid waarin zowel verschillende disciplines als verschillende settingen/organisaties zijn vertegenwoordigd. Dit betreft één geïntegreerd team, met daarin de huidige ziekenhuisteam, de PZNL-teams en eventuele teams in verpleeghuizen verenigd.
- Een regio is een geografisch aaneengesloten gebied van zodanige grootte dat verwacht kan worden dat er per jaar minimaal 1000 consulten (face-to-face, digitaal, telefonisch en PaTz) uitgevoerd worden. Dit aantal borgt het up-to-date houden van specialistische kennis en vaardigheden van de consultants.
- Het consultatieteam wordt regionaal zodanig ingericht, dat alle zorgvragers uit die regio met hun vragen over complexe casuïstiek terecht kunnen bij dit transmuraal werkende team.
- PaTz-groepen en regionale multidisciplinaire overleggen (bijvoorbeeld in instellingen) zijn verbonden aan deze regionale transmurale consultatieteam palliatieve zorg.
- Er is een 24/7 beschikbaarheid geregeld: regionaal/ bovenregionaal /landelijk. Dit kan ingeregeld worden aan de hand van het aantal consulten in regio's. Idealiter is er in de weekenden/feestdagen overdag een team (meerdere disciplines) beschikbaar (bijvoorbeeld bovenregionaal), waarbij nachtelijke consulten op een landelijk niveau georganiseerd kunnen worden.

Samenstelling consultatieteam

Inleiding

Palliatieve zorg is multidimensionele zorg met interdisciplinaire samenwerking. Het uitgangspunt is dan ook dat de samenstelling van een transmuraal consultatieteam palliatieve zorg wordt bepaald door de verschillende functies en rollen die nodig zijn om dit team optimaal te laten functioneren. Het team heeft de kennis en kunde om consultvragen op alle dimensies en de organisatie van palliatieve zorg te kunnen beantwoorden.

De samenstelling van de teams wordt pragmatisch beschreven, om haalbaarheid te bevorderen en ruimte te laten voor regionale verschillen.

Consulenten

Een groot deel van de mensen in de palliatieve fase hebben een hogere leeftijd en hebben te maken met chronische- en/of oncologische aandoeningen en de gevolgen van deze aandoeningen. Daarom is het aan te bevelen dat het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg bestaat uit een kernteam waarin in ieder geval verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten en artsen met minimaal de volgende deskundigheid:

- o In palliatieve zorg gespecialiseerde 'generalist', zoals een huisartsen en/of specialist ouderengeneeskunde en/of gespecialiseerd verpleegkundige
- o Zorgverleners met specialistische kennis op het gebied van de oudere patiënt
- o Zorgverleners met specialistische kennis op het gebied van oncologische en chronische aandoeningen
- o Zorgverleners met specialistische kennis op het gebied van pijn
- o Zorgverleners met specialistische kennis op het gebied van welzijn/psychologische /spirituele/zingevingsvraagstukken/levenseindebeslissingen

De consulenten in dit kernteam kunnen zelfstandig en in de breedte adviseren over complexe casuïstiek.

Overige zorgverleners die hun deskundigheid inbrengen

Rond het 'kernteam' is een team van zorgverleners met aanvullende specialistische kennis beschikbaar. Deze collega's kunnen geconsulteerd worden als er een specifieke vraag is die het kernteam niet afdoende kan behandelen. Er is ruimte voor flexibiliteit bij de invulling van de samenstelling, afhankelijk van de regionale situatie.

Verbinding met MDO/PaTz

Het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg is verbonden met de zorgverleners met specialistische kennis die deelnemen aan MDO's in bijvoorbeeld verpleeghuizen of ziekenhuizen (anders dan de MDO van het eigen transmuraal consultatieteam palliatieve zorg), PaTz groepen en die onderwijs geven. Deze zorgverleners met specialistische kennis kunnen consulent van het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg zijn, maar dat is geen voorwaarde.

Criteria team

De consultants vormen gezamenlijk het kernteam. Daarnaast is er een samengesteld team dat deskundigheid op hun vakgebied in kan brengen, zonder dat zij zelf palliatieve zorgconsulten uitvoeren. Dit team bestaat regionaal uit zorgverleners met deskundigheid die frequent nodig is. Daarnaast kan er (bovenregionaal/landelijk) beroep gedaan worden op een team van zorgverleners wiens deskundigheid minder frequent nodig is.

De zorgverleners in het kernteam zijn actief werkzaam in de praktijk. Het kernteam bestaat minimaal uit de volgende disciplines:

- Specialist ouderengeneeskunde en/of klinisch geriater en/of internist-ouderengeneeskunde
- Internist oncoloog en/of longarts
- Anesthesioloog-pijnspecialist
- Huisarts
- Verpleegkundig specialist /physician assistent /verpleegkundige/ oncologieverpleegkundige (bij voorkeur zowel 1e lijn als 2e lijn)
- Geestelijk verzorger
- Psycholoog en/of maatschappelijk werker*
(*in de toekomst heet deze zorgverlener een 'sociaal werker')

NB. Meerdere van de expertisegebieden kunnen door één professional worden gedekt.

Naast het kernteam is er een samengesteld team met deskundigheid in de palliatieve zorg die niet in het kernteam aanwezig is op het gebied van:

- Medisch specialistische palliatieve vraagstukken
Longarts (indien niet in kernteam aanwezig), psychiater, neuroloog, hematoloog, cardioloog, MDL-arts, radiotherapeut
- Medicatie/farmaceutische vraagstukken:
Apotheker/ ziekenhuisapotheker/klinisch farmacoloog
- Sociaal maatschappelijke vraagstukken:
Geestelijk verzorger (indien niet in kernteam aanwezig), maatschappelijk werker, transferverpleegkundige, casemanager dementie en/of psycholoog
- Paramedische vraagstukken:
Logopedist, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist

Het kernteam kan naast bovenstaande zorgverleners met specialistische kennis ook de deskundigheid inroepen van anderen. Dit betreft zorgverleners met specialistische kennis die minder vaak geconsulteerd hoeven te worden, maar wel een essentiële bijdrage kunnen leveren vanuit hun vakgebied zoals bijvoorbeeld een Arts Verstandelijk Gehandicapten of een verslavingsarts. Deze groep zorgverleners kan bovenregionaal/landelijk worden georganiseerd.

Deskundigheid consulent

Inleiding

Consulenten dienen te beschikken over specifieke kennis, vaardigheden en attitudes om zorgverleners te kunnen adviseren over complexe casuïstiek in de palliatieve zorg.

Een consulent is een zorgverlener met specialistische kennis en ervaring op het gebied van palliatieve zorg. Deze zorgverlener ondersteunt andere zorgverleners (de consultvragers) door multidimensioneel advies te geven over medische, verpleegkundige, psychosociale en zingeving-/spirituele vraagstukken.

Criteria

Deskundigheid van de consulent palliatieve zorg wordt beschreven aan de hand van de Canmeds gebieden:

- Vakinhoudelijk handelen: de consulent heeft basisvaardigheden binnen het eigen vakgebied en heeft kennis en vaardigheden op het gebied van palliatieve zorg door een specifieke scholing op het gebied van palliatieve zorg te hebben voltooid, een voorbeeld hiervan is de Kaderopleiding palliatieve zorg. De consulent houdt kennis over de ontwikkelingen op het gebied van palliatieve zorg op peil door het volgen van nascholing; de minimale eisen hiervan worden bepaald door de eigen beroepsgroep. Zoals het profiel [palliatieve zorg verpleegkundige \(V&VN\)](#), de [\(her-\)registratie specialisten ouderengeneeskunde als kaderarts palliatieve zorg \(Verenso\)](#) en de [\(her\)registratie-eisen Kaderhuisarts \(NHG\)](#). Zie verder het hoofdstuk Randvoorwaarden.
- Communicatie: de consulent beschikt over passende communicatie- en consultatievaardigheden en past deze adequaat toe. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld exploreren, vragen verhelderen, reflecteren, samenvatten en advies formuleren.
- Samenwerking: de betrokken consulent is in staat tot samenwerking in een multidisciplinair team.
- Kennis en wetenschap: De consulent geeft advies op basis van geldende standaarden en richtlijnen, op basis van actuele stand van de wetenschap, voor zover mogelijk/beschikbaar en is ook in staat hier beredeneerd van af te wijken.
- Maatschappelijk handelen: de consulent is betrokken bij regionale of landelijke scholing, publieksbijeenkomsten en houdt rekening met de beschikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg.
- Organisatie, leiderschap en regiefunctie: de consulent heeft overzicht over de mogelijkheden van palliatieve zorg in hun organisatie en regio, en zet zich in voor implementatie en innovatie van de palliatieve zorg.
- Professionaliteit en kwaliteit: de consulent neemt deel aan intervisie, de minimale eisen worden bepaald door de eigen beroepsgroep, zie bijvoorbeeld de eisen geformuleerd door V&VN, Verenso en het NHG. Zie verder het hoofdstuk Randvoorwaarden. Zie verder het hoofdstuk Randvoorwaarden.

Samenwerking binnen team

Inleiding

Voor het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg is samenwerking tussen de consulenten en de andere leden van het team essentieel. Laagdrempelige bereikbaarheid en beschikbaarheid, het kennen van elkaars deskundigheid en onderling vertrouwen dragen bij aan een snel, kundig en compleet advies aan de consultvrager. Dit komt vervolgens ook de patiënt en diens naasten ten goede. Net als palliatieve zorg vraagt ook consultatie bij uitstek interdisciplinaire samenwerking vanuit de diverse zorgsettings.

Criteria

- Onderlinge communicatie en afstemming is essentieel. Alle consulenten palliatieve zorg en leden van het team kennen elkaars deskundigheid.
- Consulenten werkzaam in verschillende settings zijn laagdrempelig bereikbaar en beschikbaar voor elkaar, dat betekent bijvoorbeeld dat actuele informatie met bereikbaarheid (telefoonnummers) en beschikbaarheid (beschikbaarheidstrooster) inzichtelijk is voor alle leden van een transmuraal palliatief consultteam.
- Consulenten uit het kernteam hebben goede kennis van het netwerk en weten welke deskundige zorgverleners voor welke expliciete consultvragen in te zetten zijn.
- Consulenten zorgen voor digitale verslaglegging van de consulten, zodat het verslag inzichtelijk is voor alle betrokken consulenten.
- Er is een overzicht van zorgverleners met specialistische kennis die benaderbaar zijn (boven)regionaal of landelijk.

Taken van de consulenten

Inleiding

De taken van de consulenten staan hieronder omschreven. Naast advisering aan zorgverleners kunnen consulenten hun expertise ook inzetten voor deskundigheidsbevordering, consultatie in PaTz-groepen, bij MDO's en voor onderzoek.

Criteria

Taakverdeling

- Voorzitter:
 - Coördineert het transmurale consultatieteam op de afgesproken taken
 - Houdt toezicht op de kwaliteit van de consulten die het team uitvoert
 - Bevordert onderlinge samenwerking en verstandhouding tussen consulenten
 - Is spreekbuis / aanspreekpunt naar buiten (binnen organisatie, de regio, landelijk)
 - Is verantwoordelijk voor de organisatie (zelf of uitbesteden):
 - Roosters
 - MDO planning
 - Regionale inbedding/afspraken verankering in organisaties
 - Mogelijkheid tot kennisbevordering van alle teamleden
- Consulent:
 - Adviseert aan consultvragers
 - Betrekt waar nodig tijdig de juiste zorgverleners met specialistische deskundigheid uit het team (of daarbuiten indien nodig)
 - Bereidt het MDO voor en is daarbij aanwezig
 - Zorgt voor verslaglegging van het consult en overdracht naar consultvragers
 - Draagt bij aan deskundigheidsbevordering van teamleden en zorgverleners/consultvragers
 - Is op de hoogte van deskundigheid van alle teamleden
 - Houdt verbinding en neemt deel aan transmurale taken: PaTz groepen, MDO's, gemeenschappelijke teamvergaderingen, bijscholing en intervisie
- Teamlid:
 - Is laagdrempelig beschikbaar en bereikbaar voor consulenten
 - Bereidt het MDO voor, is daarbij aanwezig of geven relevante informatie vooraf door
 - Draagt bij aan deskundigheidsbevordering van consulenten en zorgverleners/(potentiële) consultvragers
- Consulenten uit een transmurale consultatieteam palliatieve zorg leggen vast wanneer en hoe gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het aannemen en behandelen van de consultvragen (van die dienst) vormgegeven wordt.

- 376 • Er is geen onderscheid in taken tussen consulenten met een verschillende
377 beroepsachtergrond (verpleegkundige, verpleegkundig specialist, physician assistant
378 of arts). Alle disciplines kunnen zelfstandig consulten doen en medicatie adviseren,
379 rekening houdend met hun beroepsmatige verantwoordelijkheden. Laagdrempelig
380 onderling overleg is hierbij aanbevolen. Bij afwijken van de richtlijnen is overleg met een
381 andere consulent raadzaam.

Concept

Multidisciplinair overleg (MDO) van het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg

Inleiding

In het multidisciplinair overleg (MDO) komen consulenten en andere teamleden wekelijks bijeen om consulten te bespreken. Dit kan leiden tot verfijning of verbreding van het advies. Door heldere afspraken te maken over de structuur, frequentie en bereikbaarheid van het MDO – en daarbij gebruik te maken van een gedeelde digitale omgeving – wordt de samenwerking tussen consulenten en andere teamleden versterkt, leren consulenten en teamleden elkaar en elkaars deskundigheid kennen en wordt kennis gedeeld. Idealiter wordt het MDO zo ingericht dat de consultvrager (digitaal) aan het MDO kan deelnemen als het zijn/haar patiënt betreft.

Criteria

- Ieder transmuraal consultatieteam palliatieve zorg maakt heldere afspraken over structuur van het onderlinge overleg (inhoud, tijdstip, manier, bereikbaarheid).
- Het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg komt tenminste wekelijks bijeen.
- Consulenten van het kernteam zijn in principe aanwezig.
- Tijdens een MDO worden patiënten besproken waarover in de afgelopen periode een consultvraag is geweest.
 - De patiënten die gezien zijn door een consulent worden altijd besproken.
 - De patiënten waar een telefonisch consultvraag van behandeld is worden besproken op basis van de consultvraag.
- Indien nodig vindt na het MDO terugkoppeling plaats naar de consultvrager
- Voor het MDO is een digitale werkomgeving beschikbaar, waarvoor bij voorkeur ook de consultvrager en zo nodig relevante regionale zorgverleners uitgenodigd worden.
- Een digitale werkomgeving voor dossiervoering ten behoeve van continuïteit van zorg of werkafspraken om continuïteit van zorg is beschikbaar. Bij voorkeur is dit dezelfde werkomgeving.

Vorm van consult

Inleiding

Afhankelijk van de consultvraag kan het advies telefonisch of digitaal gegeven worden, of kan er poliklinisch, of bed-side consultatie op de locatie waar de patiënt verblijft (thuis, ziekenhuis, instelling of hospice) worden verricht. Afhankelijk van de complexiteit van de situatie is de consultatie eenmalig, of kan deze vaker uitgevoerd worden.

Redenen voor consultatie zijn bijvoorbeeld het ervaren bij de generalistische zorgverlener van onvoldoende kennis om problemen en symptomen te behandelen. Deze kunnen op alle dimensies liggen, waarbij er sprake kan zijn van complexe casuïstiek. Het kan ook zijn dat de behandelaar morele ondersteuning zoekt over het te voeren beleid. Consultatie omhelst ook vragen over :

- o Proactieve zorgplanning
- o Begeleiding mantelzorgers/naasten
- o Vraagstukken omtrent het levenseinde zoals palliatieve sedatie/euthanasie
- o Bewust stoppen met eten en drinken
- o Farmacologie
- o Organisatie van zorg
- o Ondersteuning behandelbeslissingen
- o Kennis van de sociale kaart om te kunnen verwijzen aanvullende zorginitiatieven, zoals VPTZ, inloophuizen, inzet vanuit het sociale domein

In dit hoofdstuk worden de uitgangspunten besproken ten aanzien van de diverse typen van consultatie, met daarbij een omschrijving van criteria per type consultatie. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat ongeacht waar de patiënt op dat moment is, de consultvrager het type consult krijgt dat het beste past bij de consultvraag.

Uitgangspunten

Vorm

Consulten zijn altijd met of op verzoek van de consultvrager. Het uitgangspunt is dat consultatie op verschillende manieren kan plaatsvinden: telefonisch, digitaal, poliklinisch en/of bedside consultatie. Vorm van een consult is afhankelijk van complexiteit van de patiëntssituatie en de consultvraag. Er wordt altijd een schriftelijk verslag opgesteld. Vormen van consult inclusief uitgangspunten:

Telefonisch of digitaal consult:

- o De consultvrager is voldoende op de hoogte van de situatie van de patiënt en de naasten.
- o Het moet gaan om een concrete vraag of vragen, hierbij kunnen de vragen van de consulent ondersteunen in het komen tot een concrete vraag. Bijvoorbeeld: medicatie voor een symptoom, omrekening van medicatie, sociale kaart voor bijvoorbeeld psychosociale of zingevings-/spirituele zorg, analyse van de situatie van de patiënt met de vraag is consultatie met patiëntencontact zinvol?

- 459 ○ Complexe consultvragen die telefonisch kunnen plaatsvinden, betreffen:
 - 460 • situaties waarin problematiek van een patiënt meerdere dimensies tegelijk raakt
 - 461 (lichamelijk, psychisch, sociaal, spiritueel/zingeving) of
 - 462 • situaties waarin de inzet van de geboden zorg onvoldoende effect heeft
 - 463 gesorteerd.
 - 464 • Onder complexe casuïstiek wordt verstaan:
 - 465 ○ Symptomen die ondanks behandeling volgens richtlijnen onvoldoende
 - 466 verbeteren.
 - 467 ○ Symptomen die weinig voorkomen.
 - 468 ○ Patiënten met problemen in meerdere dimensies (bijvoorbeeld pijn én
 - 469 psychische onrust).
 - 470 ○ Complexe behandel- of ethische beslissingen rond het levenseinde (zoals
 - 471 stoppen met eten en drinken) of proportionaliteit van behandeling.
 - 472 ○ Situaties waarbij moeizame communicatie, weerstand of culturele barrières
 - 473 wordt ervaren.

474 *Bedside consult:*

475 Een bedside consult is een consult waarbij de consulent zelf de patiënt bezoekt. De
476 consulent bepaalt in samenspraak met de consultvrager of een bedside consult zinvol en
477 nodig is. Daarbij kunnen de volgende overwegingen een rol spelen: patiëntsituatie (mate
478 van complexiteit), ervaring/kennis van de consultvrager, afstand.

480 *Poliklinisch consult:*

481 In ziekenhuizen bestaat de mogelijkheid om patiënten te verwijzen voor een poliklinisch
482 consult van het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg. Binnen de regio moet helder
483 zijn waar dergelijke poliklinieken zijn, wie kan verwijzen en voor welke problematiek
484 verwezen kan worden. Hierbij zouden dezelfde uitgangspunten als bij een bedside consult
485 moeten gelden, waarbij een patiënt in staat en bereid is om naar de polikliniek te komen
486 voor een consult.

488 *MDO in een instelling of PaTz-groep:*

489 Bespreken van een patiënt in de palliatieve fase in een MDO van een instelling
490 (bijvoorbeeld hospice, verpleeghuis) of in een PaTz-groep. Het kan hierbij gaan om een
491 patiënt die niet gezien is door één van de consulenten, maar waar wel een consulent
492 deelneemt aan het multidisciplinaire overleg.

- 493 ○ Het gaat om complexe palliatieve zorgvragen waarbij meer dan twee disciplines
- 494 betrokken zijn, deze kunnen in de eerste, tweede of derde lijn werken.
- 495 ○ Multidisciplinaire analyse, diagnose en advies van het probleem en afstemming over
- 496 wie wat doet in het plan van aanpak is noodzakelijk.

497 Een consulent kan eventueel medebehandelaar worden, maar dan moet dit expliciet
498 worden vastgelegd.

500

Verloop van een consult

Inleiding

Het consult bestaat doorgaans uit een aantal vaste stappen, deze worden hieronder verder uitgewerkt.

Criteria

1. Aanvraag

Aanmelding van een consult kan telefonisch en/of digitaal worden gedaan.

2. Consultvraag

- De consultvrager geeft een beschrijving van het probleem en formuleert een concrete vraag/vragen

Uitvragen consultvraag:

- De consultvraag wordt in principe multidimensioneel, zoals in kwaliteitskader PZ beschreven, verdiept. Hierbij wordt er uitgegaan van de werkwijze palliatief redeneren.

3. Bij bedside-consulteren:

- Het gesprek wordt bij voorkeur gevoerd met zowel de patiënt als zijn belangrijkste naasten.
- De consultvrager wordt laagdrempelig uitgenodigd om bij het anamnese gesprek aanwezig te zijn. Doel hierbij is onder andere educatie van de consultvrager.
- Voordat de patiënt wordt gezien wordt informatie verkregen van consultatievrager mede aan de hand van het patiëntdossier. Hieruit wordt ook duidelijk in hoeverre de patiënt op hoogte is van het stadium van de ziekte en eventueel van de prognose en of er een proactief zorgplan is
- Patiënt en naasten krijgen, indien de medische situatie dit toelaat, de kans om het gesprek voor te bereiden, bijvoorbeeld door gebruik van het Utrecht Symptoom Dagboek-4D, de Leidse Gesprekshulp Palliatieve Zorg of door een andere gesprekshulp in te vullen.
- In het gesprek wordt een multidimensionele anamnese (lichamelijke, psychische, sociale en zingeavings/spirituele aspecten) afgenomen vanuit de primaire consultvraag en/of de meest op voorgrond staande symptoom (stap 1 van palliatief redeneren).
- Er is altijd aandacht voor uitbreiding van de anamnese als dit binnen de omstandigheden gepast is en afhankelijk van:
 - de situatie van patiënt
 - de draagkracht naasten/mantelzorg
 - het kennisniveau van de consultvrager
 - de indicatie voor een gericht lichamelijk onderzoek door de consulent (arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, als de consulent

verpleegkundige is wordt deze voor het lichamelijk onderzoek ondersteund door arts, physician assistant of verpleegkundig specialist)

4. Advies

- Advies wordt gegeven aan de consultvrager. Hierbij bespreekt de consulent samen met de consultvrager of hij/zij verder kan met het advies. De consultvrager bepaalt wat van het advies wordt overgenomen.
- Het advies wordt in principe door de consultvrager besproken met patiënt en naasten.
- Als dit aan de orde is, is de consultvrager verantwoordelijk voor de overdracht van het advies aan de hoofdbehandelaar en/of casemanager.
- Het advies :
 - is zo veel mogelijk multidimensioneel
 - is proactief, anticiperend op te verwachten verergering van klachten, te verwachte nieuwe klachten en het mogelijk niet effectief zijn van de voorgestelde interventie
 - sluit aan bij richtlijnen Palliatieve zorg. Als hiervan afgeweken wordt, wordt dit onderbouwd en genoteerd in het verslag.

Het schriftelijk verslag van het consultadvies volgt zo spoedig mogelijk na beoordeling (= binnen 24 uur)

- Het wordt in eerste instantie monodisciplinair gegeven aan de consultvrager.
- Uitgebreider of aanvullend advies volgt na bespreking in het wekelijks MDO van het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg. Bij complexe casuïstiek wordt de consultvrager uitgenodigd bij de bespreking van diens patiënt aanwezig te zijn en/of ontvangt daarna een schriftelijke toelichting.

5. Verslaglegging

Verslaglegging: In het verslag van de consulent staat

- de consultvraag of -vragen,
- de werkhypothese(n),
- het zo mogelijk multidimensionaal advies: voor de huidige situatie met indien mogelijk vervolgstappen voor de huidige en te verwachte problemen,
- een onderbouwing van het advies met eventueel verwijzing naar de relevante richtlijnen palliatieve zorg en eventueel andere relevante informatie en hulpmiddelen.

6. Terugkoppeling/Overdracht

Het verslag van het consult wordt schriftelijk en zo nodig mondeling teruggekoppeld aan de consultvrager. Het is aan de consultvrager om dit te communiceren met de:

- hoofdbehandelaar, indien niet de consultvrager. De hoofdbehandelaar hoort verdere adviezen over te dragen indien nodig aan andere betrokken zorgverleners ,
- huisarts of de centrale zorgverlener/casemanager in de 1^e lijn (indien de patiënt is opgenomen in een ziekenhuis).

7. Follow-Up

- 589 ○ Bij korte vraag (bv meedenken omrekenen medicatie) is er geen vervolg nodig.
590 ○ Bij complexe vragen wordt in principe een follow-up aangeboden om de
591 consultvrager zo nodig verder te ondersteunen en om het consult te evalueren/ de
592 geleverde en uitgevoerde adviezen te monitoren.
593

Concept

Kwaliteit

Inleiding

Om de kwaliteit van de consultatie te waarborgen en te optimaliseren, is aandacht hiervoor binnen het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg van belang. Het gezamenlijk bespreken van complexe casuïstiek is daarbij van belang en is bedoeld om casuïstiek te bespreken die de consulent zelf als moeilijk of bijzonder heeft ervaren. Er is hierbij met name aandacht voor de emotie van de consulent zelf.

Criteria

- De kwaliteit van de consulten wordt bevorderd door een aantal (minimaal drie) bijeenkomsten per jaar met alle consulenten uit het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg. Deze bijeenkomsten zijn bedoeld om op basis van specifieke casuïstiekbespreking kwaliteitstoetsing uit te voeren. Daarnaast zijn deze bijeenkomsten goed voor de teambuilding (in aanvulling op het wekelijkse MDO) en als deskundigheidsbevordering van de consulenten en teamleden onderling.
- Als belangrijk onderdeel van kwaliteitsbewaking worden klachten over en complicaties als gevolg van consulten van het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg geregistreerd in een gezamenlijk systeem. Deze klachten worden minimaal eens per jaar tijdens een intervisiebijeenkomst besproken. Doel hiervan is kwaliteitsborging en deskundigheidsbevordering.
- Een evaluatiegesprek vindt met elke consulent minimaal elke twee jaar plaats. De voorzitter van het transmuraal consultatieteam palliatieve zorg is hiervoor verantwoordelijk.

Randvoorwaarden

Implementatie

Momenteel is er in ieder ziekenhuis een teams palliatieve zorg en zijn er PZNL-teams. Voor de implementatie van dit *Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg* is een overgangsfase nodig waarin regionaal afgestemd gaat worden hoe en op welke schaal transmurale consultatieteams palliatieve zorg operationeel worden.

Op basis van het aantal consulten dat er nu jaarlijks geregistreerd wordt, de wens tot zorg centraal rondom de patiënt en diens naasten en de wens tot professionalisering en betere inbedding van de consultatie palliatieve zorg, is het advies om transmurale consultatieteams palliatieve zorg in te richten waarbij jaarlijks minimaal 1000 consulten worden verricht. Hiermee zal het aantal teams in Nederland uitkomen op 25-30. In sommige delen van Nederland zal dit relatief makkelijk plaats kunnen vinden op basis van al bestaande samenwerkingsvormen, in andere regio's zal dit meer tijd nodig hebben. In het *Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg* wordt gesproken over regio's, waarbij een grote stad ook als een regio aangemerkt kan worden.

Het is expliciet niet de bedoeling om consulenten die nu in de 1^e, 2^e of 3^e lijn werken uit hun organisatie te halen, maar juist om transmuraal samen te werken. Hiermee worden kennis, inzet en borging voor de toekomst gewaarborgd.

Om implementatie op de lange termijn te realiseren moet er aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan:

1. Regionale en landelijke sturing, inclusief financiering

Regionaal en landelijk zal er een partij geïdentificeerd moeten worden die zich hiervoor in gaat zetten. Een regionale partij is nodig om regionale consultatie te realiseren, een landelijke partij om te monitoren hoe de ontwikkelingen in Nederland zijn op het gebied van consultatie.

Het *Kader Transmurale consultatie palliatieve zorg* betekent dat consulenten en zorgverleners met specifieke deskundigheid niet alleen werkzaam zijn binnen de eigen organisatie, maar dat er in een samenwerkingsverband regionaal afspraken gemaakt moeten worden. Deze afspraken moeten breed gemaakt worden. Het betreft niet alleen hoe de consulenten ingezet worden, maar ook sturing op de consultatiebehoefte en uitvoering in de regio en landelijk.

Regionaal en/of landelijk zal er een financieringsmodel moeten komen voor het werk dat consulenten en zorgverleners met specifieke deskundigheid voor consultatie verrichten. Goed is om op te merken dat het werk niet alleen consultatie betreft. Er zijn ook zorgverleners nodig die onderwijs en opleiding verzorgen, om de basiskennis palliatieve zorg van alle zorgverleners te borgen. Dit werk zal deels door de consulenten en zorgverleners met specifieke deskundigheid worden uitgevoerd, maar het is ook denkbaar dat er zorgverleners zijn die zich toeleggen op consultatie, terwijl anderen zich toeleggen

657 op onderwijs en opleiding. Samen met zorgverzekeraars zal financiering gerealiseerd
658 moeten worden.

659

660 **2. Specifieke deskundigheid van consulenten**

661 Voor alle zorgverleners die consulent zijn, geldt dat zij werkzaam zijn in de medische of
662 verpleegkundige praktijk en dat de rol van consulent uitgevoerd wordt vanuit het
663 perspectief van hun beroepsgroep. Dit houdt in dat de beroepsgroep bepaald hoe de
664 specifieke deskundigheid vastgesteld en vastgehouden wordt. Diverse beroepsgroepen
665 zoals [huisartsen](#), [specialisten ouderengeneeskunde](#) en [verpleegkundigen](#) hebben dit al
666 bepaald. Het is wenselijk dat ook voor medisch specialisten duidelijk wordt of en wanneer
667 een consulent aan de eisen van de beroepsgroep voldoet.

668 Registratie en herregistratie van de rol als consulent palliatieve zorg wordt expliciet bij de
669 diverse beroepsgroepen belegd. Daarnaast is het ook wenselijk dat er uniformiteit komt
670 ten aanzien van registratie en herregistratie.

671

672 **3. Juridische kaders**

673 Consulenten geven adviezen op basis van de richtlijnen. In de palliatieve zorg zijn er echter
674 veel situaties waarin er nog weinig evidence is, of voldoen de richtlijnen niet voor de
675 individuele patiënt. Daarnaast betreft het vaak moreel en/of ethisch ingewikkelde
676 problematiek. Landelijk moet helder zijn wat de kaders zijn waarbinnen consulenten hun
677 taak kunnen uitvoeren. Ook hiervoor is een landelijke partij noodzakelijk.

678

679

Bijlage 1: bronnen

Met opmerkingen [lv2]: Nog controleren, op alfabetische volgorde zetten en zorgen voor dezelfde wijze van refereren

- Brinkman-Stoppelenburg. Palliative care in Dutch hospitals: a rapid increase in the number of expert teams, a limited number of referrals. et BMC Health Services Research. 2016.
- Brinkman-Stoppelenburg. The COMPASS study: A descriptive study on the characteristics of palliative care team consultation for cancer patients in hospitals Eur J Cancer Care. 2020.
- IKNL. Palliatieve zorg in ziekenhuizen 2024 [Internet] Beschikbaar op: IKNL_PZIZ-2024-def.pdf. [Geopend 21-10-2025]
- Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017
- LUMC. Indicatie inzet Consultteam Palliatieve Zorg (infographic) [Internet]. Beschikbaar op: Indicatie inzet Consultteam Palliatieve Zorg (infographic) - Palliaweb. [Geopend 21-10-2025].
- Marijanne Engel. Transmural Collaboration in Palliative Care: Perspectives of Nurses and Physicians. 2021.
- SONCOS. Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland. Soncos Normeringsrapport 13 2025. [Internet]. Beschikbaar op: soncos_normeringsrapport_versie_13_2025.pdf [Geopend 21-10-2025].
- Stichting PZNL. Jaarcijfers consultatie 2023
- Stichting PZNL. Kwaliteitshandboek Consultatie. Voor de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener. [Internet] Beschikbaar op: Kwaliteitshandboek-Consultatie-herziening-2024-20241029.pdf. [Geopend 21-10-2025].
- Stichting PZNL. Palliatief redeneren. [Internet]. Beschikbaar op: <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/palliatief-redeneren>. [Geopend 21-10-2025]

Bijlage 2: werkwijze

Werkwijze kader consultatie

Palliactief is de multidisciplinaire beroepsvereniging voor professionals die in de palliatieve zorg werken. Palliactief heeft in 2023 het initiatief genomen voor het Kader consultatie om meer eenheid te brengen in de diversiteit van consultatieteams Palliatieve zorg, stappen te zetten naar een toekomstige vorm van financiering en zodanig de verdere professionalisering van de consultatie palliatieve zorg vorm te geven.

Palliactief heeft dit besproken met vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen en de KNMG in het Breed Overleg 12 september 2023 waar ontwikkelingen in de palliatieve zorg worden besproken. Er was binnen dit Breed Overleg draagvlak om consultatie te professionaliseren met een kader en basishnormen. Palliactief neemt het initiatief voor dit inhoudelijk kader, Stichting PZNL begeleidt het proces.

In oktober 2023 zijn alle partijen uit het Breed Overleg, de FMS en de V&VN gevraagd of ze de ontwikkeling van het Kader Consultatie steunen. De partijen gaven hun akkoord, soms na het beantwoorden van enkele vragen. Op 19 februari 2024 zijn wetenschappelijke en beroepsverenigingen gevraagd gemandateerde leden voor de werkgroep Kader Consultatie aan te leveren.

Het Breed Overleg is tijdens het project op de hoogte gehouden van de voortgang. PZNL-consulenten zijn op de hoogte gehouden via digitale informatiebijeenkomsten over ontwikkelingen rondom consultatie palliatieve zorg.

Opdracht

De werkgroep heeft de volgende opdracht gekregen vanuit Palliactief:

Een praktisch toepasbaar en haalbaar Kader consultatie aansluitend bij de (digitale) ontwikkelingen in de zorg:

1. Ontwikkeling landelijk richtinggevend kader voor de intramurale en de extramurale consultatie palliatieve zorg voor wat betreft samenstelling teams en werkwijze.
2. Integratie van ziekenhuisconsultatie en extramurale consultatie.
3. Koppeling aan multidisciplinair overleg in PaTz-groepen en met de regiebehandelaar van een patiënt dan wel structurering van terugkoppeling aan de regiebehandelaar.

Op 1 april 2024 kwam de werkgroep voor het eerst bijeen. Op deze bijeenkomst besprak de werkgroep knelpunten rondom de consultatie voor palliatieve zorg. Deze zijn verwerkt in een enquête, verspreid onder consulenten en consultvragers.

Resultaten knelpuntenenquête

De enquête is ingevuld door 401 respondenten, waarvan 70% consulenten en 30% consultvragers.

De top vijf van knelpunten genoemd door consulenten was:

1. Er is (in de toekomst) onvoldoende financiering voor consulenten
2. Er is geen EPD waar iedereen toegang tot heeft
3. Er zijn nu diverse vormen van financiering voor consulenten (DBC, via PZNL, via zorgorganisatie)
4. Er is onvoldoende aandacht voor transmurale consultatie
5. Er is onvoldoende sprake van proactieve/anticiperende consultatie

De top vijf van knelpunten genoemd door consultvragers was:

1. Het is onduidelijk wat het totaal aanbod van verschillende vormen van (transmurale) inzet van een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener zijn. Wie kan ik waarvoor inschakelen?
2. De samenwerking tussen regionale (PZNL) teams en ziekenhuisteam is niet vanzelfsprekend, er is bijvoorbeeld onvoldoende overdracht.
3. Er is te weinig aandacht voor deskundigheidsbevordering door middel van consultatie, bijvoorbeeld in de vorm van bedside teaching.
4. Er is onvoldoende sprake van proactieve/anticiperende consultatie.
5. Een bedside consult is niet altijd mogelijk.

Op basis hiervan heeft de werkgroep besloten de volgende onderwerpen te beschrijven.

- Consultatie wie/wanneer/wat?
- Vorm/inhoud/proces van consult
- Deskundigheid van de consulent
- Samenwerking binnen team
- Samenstelling team
- Randvoorwaarden

Voor elk van deze onderwerpen is door de richtlijnwerkgroep een aparte subgroep samengesteld. Iedere subgroep kreeg de verantwoordelijkheid voor het uitwerken van de bijbehorende teksten. Na afronding zijn deze teksten ondergebracht in negen afzonderlijke hoofdstukken. De conceptteksten zijn zowel schriftelijk als tijdens plenaire bijeenkomsten besproken, zodat alle werkgroepleden hun inbreng konden leveren en de inhoud breed gedragen wordt binnen de groep.

De planning is dat de richtlijn in december 2025 ter consultatie zal worden voorgelegd aan alle relevante partijen, zodat ook hun feedback meegenomen kan worden in de definitieve versie.

Bijlage 3: samenstelling werkgroep

Alle werkgroepleden zijn afgevaardigd namens wetenschappelijke en beroepsverenigingen en hebben daarmee het mandaat voor hun inbreng.

Werkgroepleden

An Reyners, voorzitter, internist-oncoloog, Palliatief
Pascalie Billekens, verpleegkundig specialist, V&VN tot februari 2025
Wendy van der Deure, internist-oncoloog, NIV
Pien Gimbrère, specialist ouderengeneeskunde, Verenso
Carla Juffermans, huisarts, NHG
Mascha Juffermans, verpleegkundig specialist, V&VN vanaf maart 2025
Annemieke Kuin, geestelijk verzorger, VGVZ
Wai Yee Lam-Wong, longarts, NVALT
Yvette van der Linden, radiotherapeut-oncoloog, NVRO
Ellen de Nijs, verpleegkundig specialist, V&VN
José van Nus, maatschappelijk werker, BPSW
Julliette Parlevliet, klinisch geriater, NVKG
Hannah Snijders, verpleegkundige, V&VN
Nadine van Veenendaal, anesthesioloog-pijnarts, NVA
Kris Vissers, anesthesioloog-pijnarts, NVA
Carel Veldhoven, huisarts, NHG

Ondersteuning

Inge van Trigt, senior adviseur palliatieve zorg, PZNL
Hetty Kazimier, senior adviseur palliatieve zorg, PZNL

