



FAQ Transitie consultatie

Laatste update: mei 2022

Vooraf

De consultatievoorziening was tot 1 januari 2022 onderdeel van Fibula. Sinds 1 januari 2022 is Fibula geïntegreerd met PZNL. De Consultatiedienst Palliatieve Zorg is daarmee onderdeel geworden van de organisatie PZNL.

We spreken binnen de Transitie Consultatie over 'in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners'. Dit om een onderscheid te maken met de huidige consulenten palliatieve zorg die een overeenkomst hebben met PZNL inzake de huidige consultatie voorziening. We duiden met het begrip 'in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners' op een verbreding van de focus naar alle professionele zorgverleners die door opleiding en ervaring gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg. Zonder daarbij precies aan te geven wie zich wel of niet 'gespecialiseerd in palliatieve zorg' mag noemen. Die vraag hoort thuis bij de beroepsverenigingen van de verschillende disciplines.

Voor de leesbaarheid wordt verder in dit document de afkorting 'specialist pz' gebruikt.

Waarom, waartoe, wat en impact doorontwikkeling / transitie

Waarom neemt PZNL het initiatief om de consultatievoorziening zoals tot op heden gefaciliteerd door te ontwikkelen?

We zien en horen al langer (bijvoorbeeld vanuit het project Actualisatie in 2019) dat de telefonische voorziening zoals PZNL die momenteel faciliteert – via ca 35 consultatieteams met ca 380 consulenten die volgens een regionaal bereikbaarheidsrooster beschikbaar zijn - niet meer helemaal voldoet. Het aantal consulten neemt af en maakt het bereikbaar houden van zoveel consulenten onnodig duur; dat is geen passende inzet van schaarse mensen en middelen.

De consulent wordt nogal eens in een laat stadium gebeld; liever zetten we in op een proactieve inzet.

Het is niet altijd duidelijk of het type consultvraag aansluit op het type consulent.

Tenslotte horen we regelmatig dat allerlei intercollegiale en onbezoldigde consultatie plaats vindt naast de in Prado geregistreerde consulten. Inzicht in alle vormen van consultatie en overdracht van deskundigheid is nodig voor een goede organisatie en bekostiging van de inzet van specialisten pz in Nederland.

De telefonische bereikbaarheidsvoorziening door PZNL gefaciliteerd, wordt vanuit subsidiegelden via het ministerie van VWS bekostigd. Dergelijke overheidssubsidies zijn tijdelijk van aard. Wanneer de subsidie daadwerkelijk stopt is onbekend, maar gezien de



verwachting dat het meerdere jaren duurt om inzet van de specialist pz in de reguliere bekostigingsstructuren te krijgen moeten we nu een start maken met professionaliserings-, normerings-, en bekostigingsvraagstukken. Dat willen we doen samen met de Netwerken - en de Consultatieteams Palliatieve Zorg, werkgevers van consultants, Expertisecentra en beroepspartijen etc.

Daarnaast is het zo dat in Nederland directe patiëntenzorg, zoals ook consultatie voor een palliatieve patiënt dat is, via diverse zorgwetten georganiseerd en bekostigd wordt. Door de PZNL-consultatievoorziening via een overheidssubsidie te financieren, is hier sprake van dubbele financiering.

Wat is het doel van de doorontwikkeling of transitie van de huidige consultatiefunctie van PZNL?

Proactieve en vanzelfsprekende inzet van specialist pz voor elke patiënt, naasten en dienst directe hulpverlener die dat nodig heeft op juiste moment en op de juiste plek, passend en regulier bekostigd

Wat is de strategie voor de proactieve inzet van de specialist pz met passende bekostiging?

Najaar 2021 is de Transitie van de Consultatie palliatieve zorg ingezet. Die Transitie bestaat uit 4 deelprojecten:

1. Samen met het werkveld onderzoeken hoe de in palliatieve zorg gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen proactief en doelmatig ingezet kunnen worden in de Netwerken Palliatieve Zorg;
2. Voorbereidingen treffen voor een reguliere bekostiging van de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener via de bestaande zorgwetten;
3. Stimuleren van de ontwikkeling van landelijke kaders voor de inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.
4. Parallel aan de ontwikkeling van de regionale inbedding van de specialist pz (1) vereenvoudigt PZNL de beschikbaarheid van de telefonische consultatie voorzieningen.

Deelproject 1

Samen met het werkveld onderzoeken hoe de in palliatieve zorg gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen proactief en doelmatig ingezet kunnen worden in de Netwerken Palliatieve Zorg.

Wat is de strategie binnen de pilots?

We onderzoeken samen met geselecteerde Netwerken (pilots regio's) hoe de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener proactief ingezet kan worden, dichtbij de patiënt, zijn naasten en mantelzorger en dichtbij de generalistische zorgverleners.

1. We verkennen in de pilots verschillende vormen van proactieve en transmurale inzet van specialisten pz. Hierbij bouwen we voort op de geleerde lessen van TAPA\$. De drie bouwstenen van TAPA\$ zijn een transmuraal zorgpad, casemanagement /coach en een transmurale consultatie team. Daarnaast gaat het ook om de invulling van de



rol die gespecialiseerde zorgverleners hebben in deskundigheidsbevordering en bewustwording.

2. We bereiden binnen de pilots de onderhandeling met de zorgverzekeraars voor door het maken van een businesscase. Samen met werkgroepen met zorgverkoopers enerzijds en zorginkopers anderzijds.
3. We zorgen voor landelijke financiële kaders middels toetsingscommissie met Nza, VWS en ZiNL, werkgroepen met de zorgverzekeraars en NZa/VWS/ZiNL.

Stapsgewijs gaan we met 8 pilot regio's een overgang begeleiden naar een meer proactieve inzet van specialistische deskundigheid. Naast het uitwerken van een gewenste inzet van de gespecialiseerde zorgverlener binnen het Netwerk, wordt er gewerkt aan een businesscase die doelmatigheid van vroegtijdige inzet onderbouwt. De businesscase is een belangrijk instrument voor zorgverkoopers om afspraken te maken met zorgverzekeraars over passende bekostiging van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. In de huidige praktijk is die inzet voornamelijk via subsidiegelden bekostigd, wat geen duurzame weg voor de toekomst is.

De pilotregio's van 2022 zijn

1. Arnhem/ de Liemers
2. Zuid Kennemerland & Meerlanden
3. Rotterdam
4. Rozendaal-Bergen op Zoom-Tholen
5. Salland
6. Noord Kennemerland & de Kop van Noord-Holland
7. Zuid Gelderland
8. Zuid Hollandse eilanden

Deze regio's hebben het bestuurlijk commitment verkregen om in 9 maanden tijd te werken aan het uitdenken van de gewenste inzet van de gespecialiseerde zorgverleners met een passende reguliere bekostiging.

In het najaar starten nog enkele regio's met een pilot. In het najaar 2023 hopen we voldoende goede voorbeelden van zorgpraktijken met passende bekostiging te hebben beschreven waarna een verdere uitrol over alle regio's mogelijk wordt.

We verwachten enkele jaren nodig te hebben om de patiëntgebonden inzet van de specialist pz in de reguliere financiering te laten landen. Dan is ook duidelijk welke aanvullende noodzakelijke activiteiten via subsidies bekostigd moeten blijven worden. Denk aan coördinatie, overleg en deskundigheidsbevordering.

Meer informatie over de Transitie Consultatie palliatieve zorg vind je op Palliaweb.

Wie is er verantwoordelijk voor de kwaliteit van de specialistische inzet?

Het is de taak van beroepsgroepen om te kwalificeren wanneer iemand in palliatieve zorg gespecialiseerd is. Het is aan een individuele zorgverlener om daaraan te (willen en kunnen) voldoen. Het is aan een werkgever om toezicht te houden op de kwalificatie van zijn specialisten pz.

Hoe gaat het met de registratie? Wat is de rol van Prado in de pilots? Moet iedere regio zelf een registratiesysteem gaan opzetten?



Registratie en overdracht is een groot landelijk vraagstuk. In de pilots wordt aangesloten bij regionale oplossingen. Hopelijk kunnen we daarin voor de korte termijn van elkaar leren. Goed om te weten is dat IKNL is uitgenodigd door ZonMw om een subsidie aanvraag te vragen voor digitale gegevensuitwisseling in de palliatieve zorg.

<https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/digitale-gegevensuitwisseling-in-de-palliatieve-zorg-1/>

Toekenning is onder voorbehoud en zal plaatsvinden medio oktober en de daadwerkelijke start zal 1-1-2023 zijn.

Deelproject 2

Vorbereidingen treffen voor een reguliere bekostiging van de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners via de bestaande zorgwetten

Wat is de visie op de bekostiging van de inzet specialist pz?

De gedacht is als volgt: het is de bedoeling cliëntgebonden / directe specialistische zorg zoals een consult of casemanagement in de Zorgverzekeringswet onder te brengen. Daar is deze wet immers voor bedoeld.

Mogelijk zullen niet-cliantgebonden zorg / indirecte zorg en collectieve taken van specialisten pz daar niet onder gebracht kunnen worden en regionaal op basis van een subsidie bekostigd moet blijven worden. Dat zullen de pilots onder andere moeten uitwijzen.

Als het aandeel directe zorg straks via de Zorgverzekeringswet zou gaan verlopen, komt er subsidieruimte vrij voor andere zaken. PZNL wil er voor pleiten bij het Ministerie van VWS dat die vrijgekomen subsidie beschikbaar blijft voor de verbetering van de palliatieve zorg in de regio's. PZNL wil met de regio's onderzoeken wat de beste manier is om subsidie te besteden aan de inzet van specialist pz voor de niet-cliantgebonden taken in de regio.

Stappen richting reguliere bekostiging

Tot op heden heeft de PZNL-bekostigingsexpert het volgende uitgezocht:

- De knelpunten in de bekostiging zijn in kaart gebracht door een ronde langs de verschillende verbeterinitiatieven in Nederland. Daarbij is ook gekeken naar de leerpunten van integrale geboortezorg en bekostiging.
- Er is een overzicht van de verschillen tussen zorgverzekeraars ten aanzien van zorgsoorten (ziekenhuis / huisarts / wijkverpleegkundige)
- De NZa (alternatieve) betaaltitels zijn in beeld (domein overstijgend, facultatieve prestatie/TAPA\$ prestaties)

Betaaltitels en betaalconstructies palliatieve zorg zijn in het financiële kader Palliatieve Zorg gebundeld en zijn getoetst door een toetsingsCie bestaande uit VWS/NZa/ZN/ZiNL.

In juni starten de gesprekken met verkopers van de pilots Transitie consultatie met passende bekostiging.

Deelproject 3

Stimuleren van de ontwikkeling van landelijke kaders voor de inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.



Het is belangrijk dat er naast de regionale ontwikkelingen ook landelijke kaders komen. We willen immers dat de kwaliteit van de palliatieve zorg overal in Nederland gelijk is. PZNL gaat samen met relevante stakeholders werken aan het faciliteren, stimuleren en adresseren van de ontwikkeling van de volgende landelijke thema's:

- Community vorming; dit gaat over (boven)regionale verbinding tussen de specialisten pz. Dat kan verschillende doelen dienen.
- Deskundigheidsbevordering; denk aan bij- en nascholing voor- en door specialisten pz
- Bijzondere doelgroepen; denk aan bijvoorbeeld de inzet van specialisten pz voor ernstig zieken mensen die dak- en thuisloos zijn.
- Landelijke registratie van de specialist pz (in samenwerking met O2PZ)
- Innovatie en digitalisering op inzet specialist pz

Meer informatie hierover volgt binnenkort.

Deelproject 4

Parallel aan de ontwikkeling van de regionale inbedding van de specialist pz vereenvoudigt PZNL de 24x7 telefonische bereikbaarheidsvoorziening.

Waarom wordt de 24x7 telefonische bereikbaarheidsvoorziening nu al gereorganiseerd, terwijl het nog niet duidelijk is hoe de inzet van de specialist pz landt in de reguliere bekostiging?

Er zijn actuele knelpunten die PZNL moet aanpakken op het gebied van het inefficiënt organiseren van de huidige telefonische bereikbaarheidsvoorziening. De hoge overheadkosten ten opzichte van de beperkte output zijn moeilijk uit te leggen aan VWS en 'de gemeenschap'. De middelen die beschikbaar komen door een efficiëntere organisatie van de telefonische bereikbaarheidsvoorziening wil PZNL inzetten ten behoeve van het verbeteren van de palliatieve zorg in de Netwerken.

- Elke dag staan er ca. 35 teams klaar voor 'slechts' ca. 16 consulten = inefficiënte inzet schaarse zorgverleners
- Afname *geregistreerde* consulten: ter illustratie van 6043 in 2019 naar 5372 in 2021
- Slechts 4 consultatieteams doen gemiddeld tussen 1 á 2 consulten per dag, alle andere teams doen gemiddeld minder dan 1 consult per dag;
- Hiervoor worden maandelijks meer dan 5000 diensten ingeroosterd.
- Er zijn diverse knelpunten in telefonie & roostering:
- De leverancier van de huidige applicatie Slimroosteren stopt per 1-5-2022 met de dienstverlening
- Deze applicatie is onvoldoende stabiel gebleken voor het kunnen ondersteunen van maatwerk



Waar zit de inefficiëntie precies? De meeste consultants worden immers per consult betaald en doen dat tussen de bedrijven van hun dagelijks werk door. Dat is toch heel efficiënt?

De inefficiëntie zit in de huidige organisatiewijze waarvan een individuele consultant of een individueel consultatieteam zich vaak niet bewust is. met name in de grote diversiteit in werkwijze en de veelheid aan teams die de bedrijfsvoering lastig maken

- Er wordt structureel veel overcapaciteit gepland (soms ruim 65 consultants voor een totaal van 16 telefoontjes per dag). Die beschikbaarheid wordt meestal niet (maar in enkele gevallen wel) door PZNL betaald maar vraagt veel van het roostersysteem. Bovendien houden de verpleegkundig consultants er in hun werk rekening mee dat zij dienst hebben (doen bijv administratief werk) terwijl zij niet daadwerkelijk gebeld worden. Dit is geen goede inzet van schaarse zorgverleners
- Slechts 4 teams doen gemiddeld tussen 1 á 2 consulten per dag, alle andere teams doen gemiddeld minder dan 1 consult per dag.
- Er is weinig standaardisatie en veel maatwerk: dit komt door de regionale verschillen tussen consultatieteams in wijze van roostering en financiële vergoeding (ondanks de harmonisatie van 2019-2020)

PZNL weet dat consultants meer doen dan enkel de in Prado geregistreerde consulten. Toch wordt dat als reden genoemd voor het verminderen van het aantal teams.

We weten dat de consultant nogal eens onbezoldigd werk doet en akker gebeld wordt dan dat het aantal consulten in Prado weergeeft. PZNL wil dat de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners voor al hun inzet in de regio worden betaald. Daarom is het streven via deelproject 1 om in de pilotregio's directe afspraken te maken tussen aanbieders van gespecialiseerde palliatieve zorg en de zorgverzekeraars over passende bekostiging. Tegelijkertijd is het beschikbaar houden van 35 telefonische bereikbaarheidsteams een te grote overcapaciteit om nog langer te laten voortbestaan.

Binnen PZNL is een verkenning gedaan van verschillende scenario's om de 7x24 uren bereikbaarheidsdienst te vereenvoudigen. De volgende scenario's zijn uitgewerkt:

1. Eén centraal bereikbaarheidsteam
2. Consultatieteams op consortium niveau (7 teams)
3. Consultatieteams geplot op de 3 huidige meest productieve teams

Elk van de scenario's is beoordeeld op 4 criteria: kwaliteit, kosten, investering PZNL en impact voor het veld. Inmiddels besloten dat er per consortium 1 team voor telefonische bereikbaarheid ingericht gaat worden. De keuze voor 7 teams is ingegeven door een evenwicht tussen regionale samenhang enerzijds en meer efficiëntie anderzijds. De consortia worden binnen het NPPZ programma belangrijke platforms voor meerdere opdrachten op proactieve palliatieve zorg te verbeteren. Het organiseren van een bereikbaarheidsdienst voor telefonische consultatie kan daar één van zijn.

Het vereenvoudigen en afschalen van de 24x7 telefonische bereikbaarheid lijkt een tegengestelde beweging te zijn. We willen toch juist dat de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener dichtbij wordt ingezet en ingebed is in het netwerk?

Het is goed te beseffen dat PZNL enkel de 24x7 telefonische bereikbaarheid op consortiumniveau wil organiseren. In een regio waar de lokale pz specialist al is ingebed in het netwerk, zal de consultvrager idealiter in eerste instantie zijn/haar vragen aan hem/haar



voorleggen. Dit is dan ook een belangrijke doelstelling van de transitieconsultatie die uitgewerkt wordt via deelproject 1. Pas als die regionale benadering om wat voor reden dan ook niet toereikend is, zal naar het landelijke nummer van PZNL gebeld worden (door de generalist of de regionale specialist). Dat is de gedachte.

Hoe gaat PZNL de komende tijd om met (nieuwe) consulenten werven/aannemen/inzetten bij, voor de telefonische bereikbaarheidsvoorziening?

Met het oog op de huidige overcapaciteit voor enkel de telefonische bereikbaarheidsvoorziening lijkt het niet logisch om (nieuwe of nog meer) consulenten aan PZNL te binden. Daarom is er een aanname stop voor nieuwe consulenten. Eventuele gaten die ontstaan in roosters door vertrek van consulenten kunnen we goed via naburige teams opvangen. Er is de mogelijkheid een consulent van een ander team toe te voegen aan het eigen team. Voor kortdurende roosterproblemen kunnen twee teams die beide silm-roosteren gebruiken in elkaars rooster bereikbaarheid invullen. Uiteraard is het wel heel zinvol en belangrijk om (nieuwe) consulenten in beeld hebben, krijgen, houden en hen vervolgens in contact te brengen met de Netwerken en Consultatieteams Pallatieve Zorg omdat zij heel hard nodig zijn in de toekomst bij de proactieve inzet zichtbaar en dichtbij. Nieuwe consulenten die ingezet willen worden voor inzet in PaTz groepen kunnen wel een overeenkomst met PZNL krijgen.