

Consultatie palliatieve zorg

Jaarverslag 2015

juni 2016

Consultatie palliatieve zorg

Jaarverslag 2015

Auteurs:

L. Brom, MSc

M. van Horssen

B. van Aalst

Dr. M. Klinkenberg

juni 2016

Inhoudsopgave

1	Inleiding	8
2	Methode	9
3	Organisatie van consultatie palliatieve zorg	10
3.1	Teams	10
3.2	Consulenten	10
3.3	Samenstelling consultatieteams	10
3.4	Doelgroepen consultatie	11
3.5	Bereikbaarheid	11
3.6	Aard van de consulten	11
3.7	Werkwijze consultatie	11
3.8	Kwaliteitsbeleid	11
4	Aantallen consulten	13
4.1	Aantal consulten en vergelijking met voorgaande jaren	13
4.2	Aantal consulten per patiënt	13
4.3	Consulten buiten kantoor tijden	13
5	Consultvragers	15
5.1	Functie consultvrager	15
5.2	Huisartsenposten	15
5.3	Verpleegkundigen en verzorgenden	15
5.4	Medisch specialisten	15
6	Kenmerken van de patiënt	17
6.1	Geslacht en leeftijd	17
6.2	Diagnose	17
6.3	Prognose	18
6.4	Verblijfplaats	19
7	Inhoud van het consult	20
7.1	Problemen	20
7.2	Symptomen	21
8	Vorm van een consult	23
8.1	Telefonische consultatie of combinatie	23
8.2	Bedside consultatie	23
8.3	Schriftelijke bevestiging	24
8.4	Follow-up	24
8.5	Multidisciplinair overleg	24

9	Deskundigheidsbevordering	25
9.1	Deskundigheidsbevordering door consulenten	25
9.2	Deskundigheidsbevordering voor consulenten	25
9.3	Consultbesprekingen	25
10	Beschouwing	27
11	Bronvermelding	28

Samenvatting

Voor zorgverleners die bij de zorg voor patiënten in de palliatieve fase vragen hebben of advies willen is het mogelijk telefonisch een expert in palliatieve zorg te consulteren. De consultatiefunctie palliatieve zorg werd in 2015 uitgevoerd door 29 consultatieteams die samen voor een landelijke dekking zorgen. De 29 teams bestaan uit 303 consulenten die gebruik maken van PRADO, een webbased registratiesysteem voor (transmurale) consultatie.

Het grootste deel van de consulten wordt verleend door consulenten met als primaire functie huisarts (20%), specialist ouderengeneeskunde (19%) en verpleegkundige in de thuiszorg (29%).

De consulenten palliatieve zorg registreerden in 2015 6.311 consulten in PRADO. Dit is vergelijkbaar met het aantal consulten uit voorgaande jaren.

De meeste consulten verlopen telefonisch (90%) en vinden tijdens kantooruren plaats (20% buiten kantooruren). De definitie van 'buiten kantooruren' is: elk consult tussen 17:00 uur en 09:00 uur op werkdagen (ma-vrij) en elk consult op weekenddagen.

Van de consultvragers is het merendeel werkzaam als huisarts (74%). Huisartsen legden in 2015 4.671 maal een casus voor aan een van de consultatieteams.

Het aantal consulten van medisch specialisten neemt toe: van 346 in 2012, 531 in 2013, 668 in 2014 naar 851 consultvragen in 2015. De toename van het aandeel medisch specialisten (van 10% naar 13.5%) ten opzichte van een daling van het aandeel huisartsen (van 78% naar 74%) kan verklaard worden door de toename van de bekendheid van het fenomeen consulteren in de palliatieve zorg in ziekenhuizen. Steeds meer ziekenhuizen zijn bezig teams palliatieve zorg op te richten. Dit heeft tot gevolg dat expertise inroepen voor patiënten in de palliatieve fase 'normaler' wordt.

76% van de patiënten over wie consultvragen worden gesteld heeft de diagnose kanker, dit is iets minder dan voorgaande jaren.

In de niet-oncologische groep is hartfalen de meest voorkomende hoofddiagnose (6%), gevolgd door COPD (3%) en dementie (2%).

Ruim een kwart (26%) van de patiënten heeft tijdens het consult een prognose tussen de vier dagen en twee weken. Iets meer dan de helft van de patiënten (53%) heeft een levensverwachting van minder dan vier weken. Bijna drie van de vier patiënten verbleef thuis tijdens het consult, net als in 2014.

De onderwerpen die in consultaties worden besproken vertonen al jaren een stabiel beeld. Pijn, verwardheid, benauwdheid, misselijkheid en angst waren de meest besproken symptomen. Euthanasie en palliatieve sedatie komen in 26% van de consulten aan de orde. Drie van de vier consulten betreft (ook) een farmacologisch probleem. In een derde van de consultaties zoekt de consultvrager morele steun bij de consulent en in een op de vijf consultaties zijn er vragen over de organisatie van zorg.

In het kader van de kwaliteitscriteria van IKNL boeken de teams vooruitgang op het criterium 'schriftelijk bevestigen van het advies'. In 2015 nam dit toe tot 70%. Maar er wordt een minder hoge score gezien bij het opvolgen van de consulten door een follow-up contact: 50%.

Net als in voorgaande jaren komt het advies in ruim tweederde van het aantal consulten multidisciplinair tot stand (70%). Daarnaast wordt bij 4% van het aantal consulten ook overleg gepleegd buiten het team. De consultatieteams ontvangen elk jaar een spiegelrapport waarin bovenstaande gegevens betreffende het eigen team worden gerapporteerd. Aan de hand hiervan evalueren ze zichzelf en maken verbeterplannen.

1 Inleiding

Vrijwel iedere zorgprofessional krijgt in meer of mindere mate te maken met het verlenen van palliatieve zorg. Veel organisaties werken aan initiatieven om structurele verbeteringen op het gebied van palliatieve zorg voor hun patiënten te realiseren. Onder andere het Nationaal Programma Palliatieve Zorg, bestaande uit het ZonMw programma 'Palliatie. Meer dan zorg' en activiteiten in consortia palliatieve zorg (regionale samenwerkingsverbanden) geeft een impuls tot ontwikkeling (ZonMw/VWS, 2014). Een andere belangrijke beweging is de ontwikkeling van een landelijk kwaliteitskader palliatieve zorg met daarbij een passende financieringsstructuur (Project Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief 2015).

IKNL is er voorstander van om samen met de professionals palliatieve zorg verder in te richten. Dit om er samen voor te zorgen dat de patiënt en zijn naasten, wanneer het aan de orde is, verzekerd zijn van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en met de juiste zorg en ondersteuning. Consultatie levert daaraan een belangrijke bijdrage.

Daar waar nodig moet ondersteuning van specifiek in palliatieve zorg opgeleide zorgverleners en consulenten beschikbaar zijn. Consultatie palliatieve zorg speelt op verschillende manieren een belangrijke rol in de verdere ontwikkeling van palliatieve zorg. De afgelopen jaren is in samenwerking met bij de consultatiefunctie betrokken professionals het initiatief genomen om te komen tot een nieuw model voor consultatie. Men streeft naar de vorming van lokale transmurale samenwerkingsverbanden waarin de palliatieve zorg goed is georganiseerd en consultatie is ingebed. Daarbij wordt onder andere samen gewerkt met de teams palliatieve zorg in de ziekenhuizen en de PaTz-groepen (Palliatieve Thuiszorg) in de eerste lijn. IKNL zet jarenlange kennis en ervaring in om lokale en regionale initiatieven op verschillende manieren te ondersteunen. Dit in lijn met de wens van de professionals en de visie van VWS.

Dit elfde jaarverslag geeft inzicht in de werking van de consultatiefunctie palliatieve zorg. Daarnaast geeft het jaarverslag inzicht in de vragen waarmee consultvragers de consultatieteams benaderen en de kenmerken van patiënten over wie geconsulteerd wordt. Deze gegevens dragen bij aan de onderbouwing van beleidskeuzes over de herinrichting van de consultatiefunctie, deskundigheidsbevordering voor consulenten en de thema's waarop scholing aan professionals wordt geboden.

2 Methode

De gegevens in dit jaarverslag zijn gebaseerd op de registratie van palliatieve consulten in 2015 in het webbased registratiesysteem PRADO. Alle consulenten die aan IKNL verbonden zijn maken gebruik van PRADO. De consulenten vullen zelf online de registratie in. Iedere consulent heeft een persoonlijke gebruikersnaam en wachtwoord. Het registratiesysteem is eigendom van en wordt beheerd door IKNL.

De consulten worden per patiënt op naam en geboortedatum geregistreerd, zodat het verloop van de consultatie per patiënt wordt gevolgd. In PRADO worden gegevens vastgelegd over:

- datum en tijd van het consult
- aard van het consult
- functie van de consultvrager
- kenmerken van de patiënt en van zijn verblijfplaats
- inhoud van het consult (consultvragen)
- wijze waarop het consult is afgehandeld

Naast registratie biedt PRADO de mogelijkheid tot verslaglegging van consulten en het versturen van consultbrieven per (beveiligde) email naar de consultvragers.

Een aantal kwaliteitscriteria van het consultatieproces wordt via PRADO gemonitord:

- schriftelijke bevestiging van het advies
- follow-up van het consult
- totstandkoming advies (mono- of multidisciplinair)
- herkomst consulten zowel geografisch als vanuit de verschillende beroepsgroepen
- aantal consulten per consulent

In dit verslag gaat het om kenmerken van consulten. Daarom worden de meeste gegevens weergegeven per consult. Alleen de kenmerken van patiënten (hoofdstuk 6) zijn op patiëntniveau geanalyseerd.

3 Organisatie van consultatie palliatieve zorg

3.1 Teams

In 2015 waren, verspreid over het land, 29 consultatieteams palliatieve zorg actief in PRADO. Dit is één minder ten opzichte van vorig jaar in verband met het fuseren van twee teams.

Van de 29 teams werken er drie als lokaal initiatief. Deze zijn ontstaan vanuit samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen, de eerste lijn en de IKNL-consultatieteams, verder genaamd transmuraal teams.

Tabel 3.1 Aantal consultatieteams palliatieve zorg per regio per 31-12-2015

Regio	Aantal teams
Amsterdam	1
Maastricht	4
Utrecht	1
Groningen	3
Enschede	4
Nijmegen	4 Incl. transmuraal team West-Achterhoek
Rotterdam	7 Incl. transmuraal team Zeeuws-Vlaanderen
Leiden	2
Eindhoven	3 Incl. transmuraal team Noord-Limburg
Totaal	29

3.2 Consulenten

In 2015 waren 303 consulenten betrokken bij het verlenen van consulten. In 2014 waren dat 315 consulenten. In de groep consulenten zijn de volgende disciplines vertegenwoordigd:

- medisch specialisten
- huisartsen
- verpleegkundigen (afkomstig uit ziekenhuis, hospice en thuiszorg)
- specialisten ouderengeneeskunde

Zij vormen het kernteam. Daarnaast participeren psychologen en geestelijk verzorgers, apothekers en AVG-artsen in de consultbesprekingen van de teams. Incidenteel zijn zij betrokken bij consultaties.

Tabel 3.2 Aantal consulenten per functie / werkveld

Functie consulent	Aantal
apotheker	3
arts palliatieve zorg	7
arts verstandelijk gehandicapten	2
huisarts	64
medisch specialist	34
psycholoog	1
specialist ouderengeneeskunde	55
verpleegkundige hospice	15
verpleegkundige overig	1
verpleegkundige thuiszorg	75
verpleegkundige ziekenhuis	45
Totaal	303

3.3 Samenstelling consultatieteams

De consultatieteams palliatieve zorg zijn multidisciplinair samengesteld. Artsen en verpleegkundigen afkomstig uit meerdere werkvelden vormen het kernteam. Daarnaast participeren psychologen en/of geestelijk verzorgers, apothekers, AVG-artsen en medisch specialisten in de consultbesprekingen van de teams. De betrokkenheid bij de consultaties van deze 'schil-consulenten' wordt (op een enkele uitzondering na) niet genoteerd in PRADO.

In 2015 waren 303 consulenten betrokken bij het verlenen van consulten. In de groep consulenten zijn de volgende disciplines aanwezig:

- medisch specialisten
- huisartsen
- artsen gespecialiseerd in palliatieve zorg
- verpleegkundigen afkomstig uit ziekenhuis, hospice en thuiszorg
- apothekers
- specialisten ouderengeneeskunde

In de praktijk fungeren verpleegkundigen tijdens kantooruren meestal als voorwacht. Zij bespreken de consultvraag met de medische achterwacht. Gezamenlijk zijn ze verantwoordelijk voor het consult, de verslaglegging en terugkoppeling aan consultvrager en follow-up. Ze bepalen in onderling overleg wie het advies terugkoppelt aan de consultvrager.

Artsen zijn bij 95% van de consulten betrokken, dit omvat zowel de consultfunctie in de 1e als 2e schil. Bij verpleegkundigen bedraagt dat 80%. De rol van 1e consulent wordt vaak vervuld door een verpleegkundige die daarbij optreedt als voorwacht (70% van consulten). Artsen vervullen meestal de rol van 2e consulent (82%).

Het grootste deel van de consulten wordt verleend door consulenten met als primaire functie huisarts (20%), specialist ouderengeneeskunde (19%) en verpleegkundige in de thuiszorg (29%).

3.4 Doelgroepen consultatie

De consultatiefunctie is bedoeld voor professionele zorgverleners in alle sectoren van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld: artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici en apothekers.

3.5 Bereikbaarheid

Alle consultatieteams zijn dagelijks tijdens kantooruren bereikbaar. De meeste teams zijn ook buiten kantooruren en in het weekend bereikbaar (met wisselende tijden). Sommige teams werken met verlengde openingstijden tijdens werkdagen, aangevuld met bereikbaarheid in het weekend overdag. Andere teams hebben volledige avond-, nacht- en weekenddiensten (7*24 uur). Het streven van IKNL is om per 1-1-2017 een landelijke 7*24 uur consultatie beschikbaar te hebben.

3.6 Aard van de consulten

De consulten in deze rapportage gaan over patiëntgebonden vragen. Informatieve vragen worden niet als consult geregistreerd. Veel consulenten geven daarnaast ook adviezen aan collega's binnen de eigen organisatie of beroepsgroep. Deze intercollegiale consulten worden over het algemeen niet in PRADO geregistreerd als consult.

3.7 Werkwijze consultatie

De meeste consultvragen worden telefonisch gesteld en beantwoord. Vaak zijn meerdere disciplines betrokken bij de opstelling van het advies; vooral de medische en verpleegkundige.

In principe worden de adviezen schriftelijk bevestigd, zeker als ze complex zijn of een stappenplan bevatten.

Soms wordt in overleg met de consultvrager eenmalig een bezoek aan de patiënt gebracht om de situatie ter plekke nader te inventariseren of instructie te geven aan de zorgverleners, het bedside consult.

Consulenten geven ook adviezen aan zorgverleners tijdens multidisciplinaire overleggen in een ziekenhuis, verpleeghuis of hospice.

3.8 Kwaliteitsbeleid

Om de kwaliteit van de consultatie te waarborgen, heeft IKNL in 2010 in samenspraak met de consulenten kwaliteitscriteria geformuleerd t.a.v. structuur en proces. Zo zijn er toelatings- en herregistratie-eisen voor

consulenten. Voor de samenstelling en de werkwijze van de teams zijn ook criteria opgesteld. Daarnaast is een aantal criteria geformuleerd die de kwaliteit van het consultatieproces borgen. Zo is gesteld dat

- consulten zoveel mogelijk op multidisciplinaire wijze worden afgehandeld.
- adviezen (zeker als ze meervoudig zijn) per brief naar de consultvrager gestuurd worden (schriftelijke bevestiging van het advies).
- na een consult een vervolcontact plaatsvindt om het effect van het advies te evalueren (follow-up van het consult).
- Sinds 2011 wordt het kwaliteitsbeleid door IKNL gemonitord en in afzonderlijke rapportages als spiegelrapporten aan de teams doorgegeven.

Kwaliteit betekent voor IKNL continu verbeteren. In 2015 is het rapport 'Transmurale consultatie in de palliatieve zorg; Handreiking voor de praktijk' (IKNL, 2015) geschreven. Dit in het kader van de verbreding van de inzet van consulenten (naast de klassieke consultatie) bij mdo's in ziekenhuizen, in PaTz-groepen en de participatie in lokale teams palliatieve zorg

De handreiking bevat kaders en aanbevelingen voor de organisatie van de consulentdiensten palliatieve zorg in IKNL-verband. In de handreiking wordt o.a. het consultatieteam beschreven, wat het profiel van de consulent palliatieve zorg is en de zeven stappen van consultatie.

De handreiking biedt ook kaders en aanbevelingen voor lokale consultatieteams palliatieve zorg en de palliatieve zorg teams in de ziekenhuizen.

De ontwikkeling van het landelijk kwaliteitskader palliatieve zorg met daarbij een passende financieringsstructuur (Project Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief 2015) is een belangrijke en richtinggevende voorwaarde voor de toekomst van de consultatie palliatieve zorg.

4 Aantallen consulten

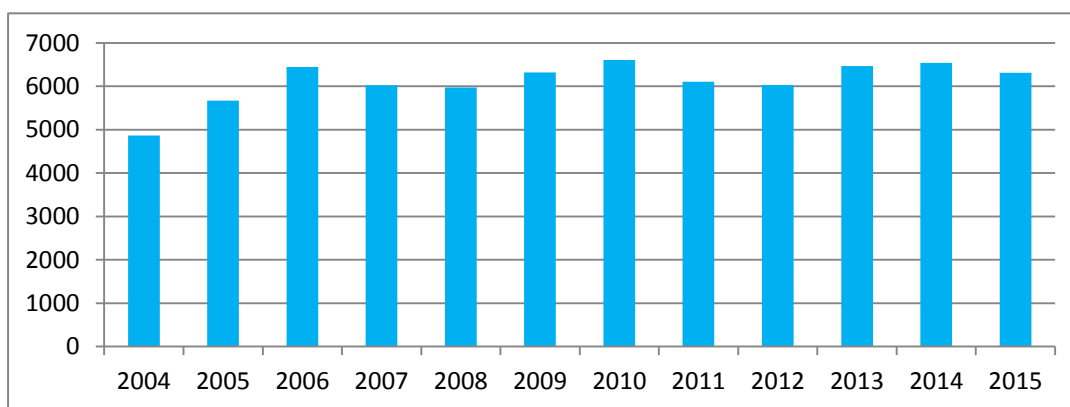
4.1 Aantal consulten en vergelijking met voorgaande jaren

Een consult palliatieve zorg bestaat uit een initiële vraag en een advies. Daarna volgt vaak een follow-up contact, als het relevant is voor de situatie. In PRADO wordt alleen een telling bijgehouden van het aantal initiële vragen en adviezen en niet van de daarop volgende contacten. Als het een geheel nieuwe vraag is wordt wel een nieuw vervolgconsult aangemaakt.

In 2015 werden 6.311 consulten in Nederland geregistreerd. Het aantal is iets lager dan in 2014: 6.536 consulten.

Sinds 2004 vindt de registratie van de consultatiefunctie plaats. Toen werden 4.863 consulten geregistreerd. Het aantal geregistreerde consulten kent sindsdien opgaande en dalende tendensen.

Grafiek 4.1 Aantal consulten palliatieve zorg van 2004 -2014



4.2 Aantal consulten per patiënt

De 6.311 consulten in 2015 betroffen 5401 unieke patiënten. Voor de meeste patiënten wordt eenmalig een consult gevraagd. Over een klein aantal patiënten wordt vaker gebeld, soms ook door verschillende consultvragers. Het gemiddelde aantal consulten per patiënt is 1,17. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

4.3 Consulten buiten kantoor tijden

De meeste consultatieteams hebben, naast bereikbaarheid tijdens kantoor tijden, ook een bereikbaarheid buiten kantoor tijden. Deze bereikbaarheid is niet overal gelijk. De definitie voor 'buiten kantoor tijden' is: elk consult tussen 17:00 uur en 09:00 uur op werkdagen (ma-vrij) en elk consult op weekenddagen. 20% van de consulten valt buiten kantoor tijden. Maar door de wisselende bereikbaarheidsdiensten van teams en het gegeven dat veel consulten tussen 8.00 en 9.00 of 17.00 en 18.00 plaatsvinden, kan dit een vertekend beeld geven. Er zijn teams die bereikbaar zijn tussen 8.00 en 9.00 of 17.00 en 18.00 uur. Tabel 4.1 geeft een overzicht van consulten buiten kantoor tijden op doordeweekse dagen. In het weekend zijn 541 consulten verricht (8,6% van totaal aantal consulten).

Tabel 4.2

Overzicht consulten buiten kantoor tijden

	Ma	Di	Woe	Do	Vrij
Totaal consulten	1292	1120	1021	1106	1231
Totaal buiten kantoor tijden*	183 (14%)	106 (9%)	155 (15%)	159 (14%)	164 (13%)
Waarvan tussen 8.00 en 9.00 en/of 17.00 en 18.00	103 (56%)	69 (65%)	81 (52%)	81 (51%)	94 (57%)

*elk consult tussen 17:00 uur en 09:00 uur op werkdagen (ma-vrij) en elk consult op weekenddagen

5 Consultvragers

De consultatieteams worden gebeld door (professionele) zorgverleners van verschillende disciplines en werkzaam in verschillende werkvelden.

5.1 Functie consultvrager

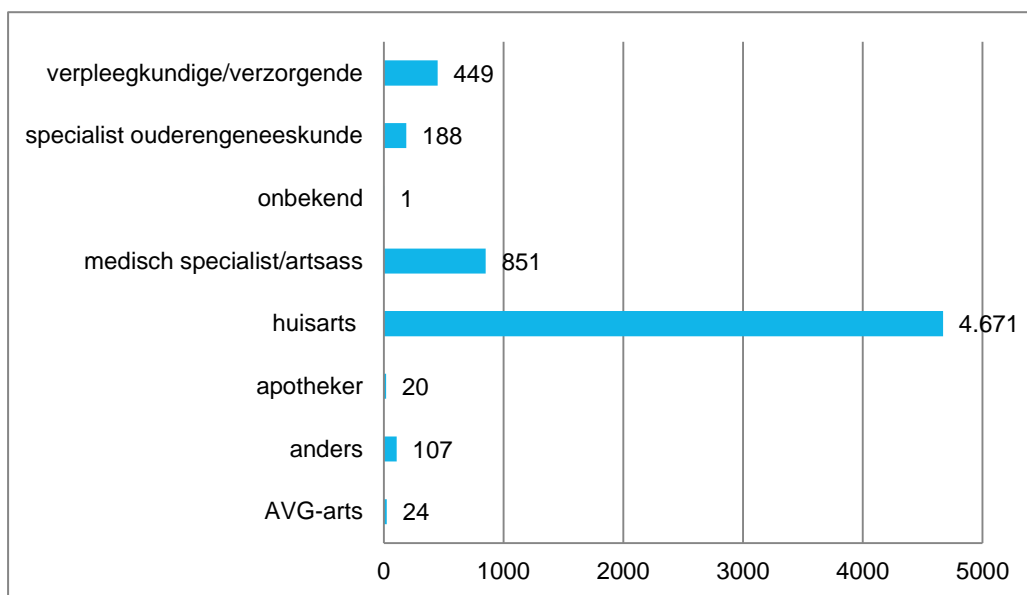
De grootste groep consultvragers is, net als in voorgaande jaren, de huisarts (74%), zie grafiek 5.1. Het aandeel daalt ten opzichte van 2014. Toen werd nog 78% van de consulten aangevraagd door een huisarts.

Huisartsen leggen 4.671 keer een casus voor aan één van de consultatieteams.

14% van de groep consultvragers is medisch specialist. Hiervan is 31% in opleiding tot specialist.

De categorie 'anders' omvat consultvragers die op een andere manier betrokken zijn bij de patiënt. Dit zijn bijvoorbeeld familieleden, mantelzorgers of coördinatoren van een (zorg)instelling.

Grafiek 5.1 Verdeling aantal consulten per functie consultvrager in 2015



5.2 Huisartsenposten

Van het aantal consultvragen van huisartsen kwam 12% van de waarnemende huisartsen, net als in 2014, 2013 en 2012. 5% van het aantal consultvragen was afkomstig van huisartsen in opleiding.

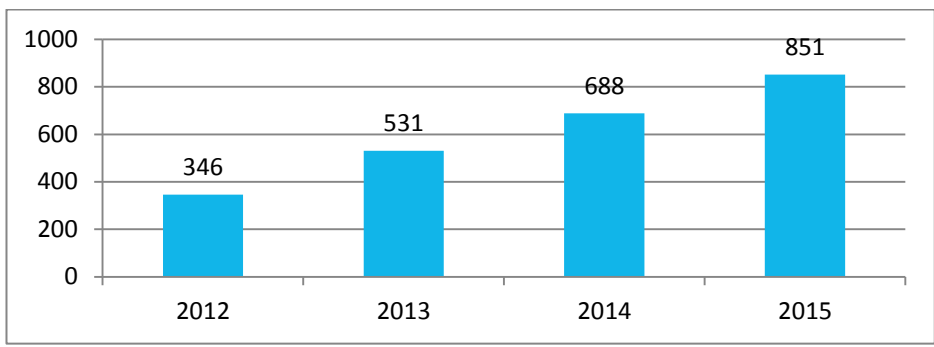
5.3 Verpleegkundigen en verzorgenden

449 consultvragen zijn afkomstig van verpleegkundigen en verzorgenden. Dit is bijna gelijk aan het jaar 2014, waarin 434 consultvragen vanuit deze beroepsgroep kwamen. In 2013 lag het aantal wat hoger, namelijk 537 consultvragen. Van het aantal consulten in 2015 was het aandeel van verzorgenden en verpleegkundigen 7%.

5.4 Medisch specialisten

Het aantal consulten van medisch specialisten loopt gestaag op. In 2015 is dat gestegen naar 851 consultvragen (13.5%).

Grafiek 5.2 Toename consultvraag medisch specialist



6 Kenmerken van de patiënt

In 2015 werd voor 5.401 patiënten consultatie gevraagd. Per patiënt werd gemiddeld 1,2 consult geregistreerd. Dit is al jaren stabiel.

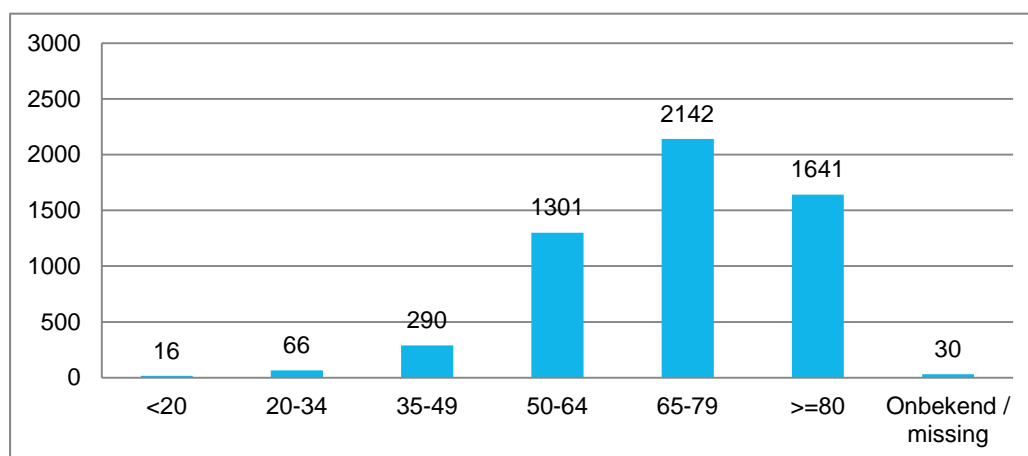
Geslacht leeftijd, diagnose en prognose zijn geanalyseerd op patiëntniveau.

6.1 Geslacht en leeftijd

Het percentage mannelijk en vrouwelijke patiënten over wie werd geconsulteerd was in 2015 bijna gelijk: resp. 51% tegenover 49%.

Gemiddelde leeftijd: 70,8 jaar. De grootste groep patiënten was tussen de 65 en 80 jaar oud (39%), gevolgd door patiënten ouder dan 80 jaar (30%). De gegevens zijn vergelijkbaar met voorgaande jaren. In 2015 werd voor 16 kinderen en jongeren onder de 20 jaar consult gevraagd.

Grafiek 6.1 Leeftijdsverdeling patiënt tijdens consult

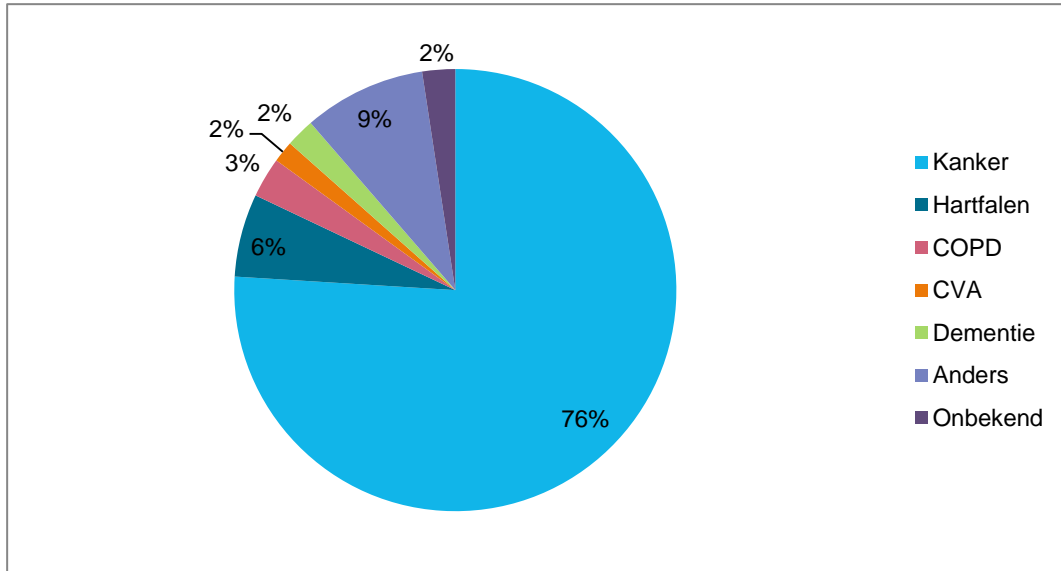


6.2 Diagnose

De meeste patiënten hebben de diagnose kanker: 76%, dit is minder dan in 2014 (80%).

Bij de niet-oncologische ziektebeelden was hartfalen de meest voorkomende hoofddiagnose (6%), gevolgd door COPD (3%), dementie (2%) en CVA (2%). De andere diagnoses (9%) betroffen een aantal uiteenlopende ziektebeelden, waaronder diabetes en neurologische aandoeningen. De cijfers zijn vergelijkbaar met 2014. In grafiek 6.2 is de verdeling van de diagnoses in (afgeronde) percentages weergegeven.

Grafiek 6.2 Diagnose patiënt tijdens consult, weergegeven in percentages



6.3 Prognose

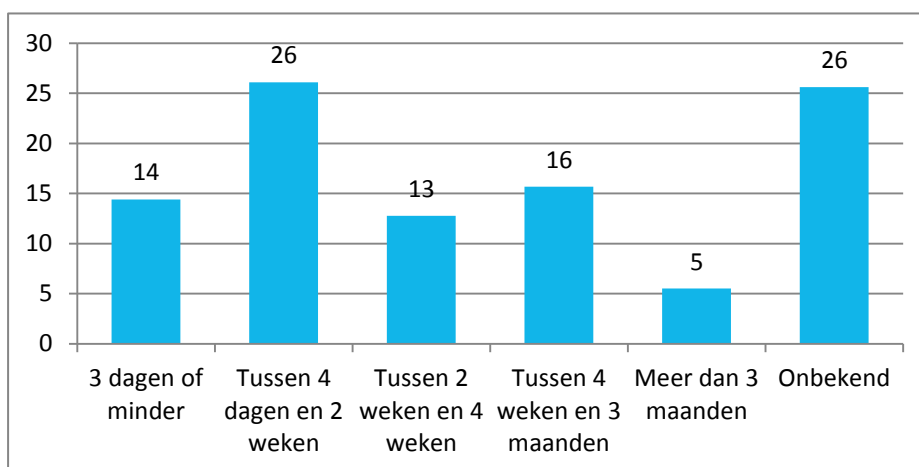
Tijdens het consult wordt aan de consultvrager gevraagd de prognose/ levensverwachting van de patiënt in te schatten. Als de consultvrager dat niet kan, wordt door de consulent 'onbekend' geregistreerd.

Het grootste deel van de patiënten over wie in 2015 geconsulteerd werd had een prognose tussen de 4 dagen en 2 weken (26%), in 2014 was dit hetzelfde.

Net zoals in 2014 was ook in 2015 14% van de patiënten in de stervensfase (prognose 3 dagen of minder).

53% van de patiënten heeft tijdens het consult een levensverwachting van minder dan 4 weken. Dit percentage was in voorgaande jaren ongeveer hetzelfde. Bij 26% van de patiënten is de prognose niet bekend of niet duidelijk. Zie voor de verdeling van de prognose categorieën grafiek 6.3.

Grafiek 6.3 Verdeling van prognose categorieën van patiënten tijdens consult in 2015, weergegeven in percentages



6.4 Verblijfplaats

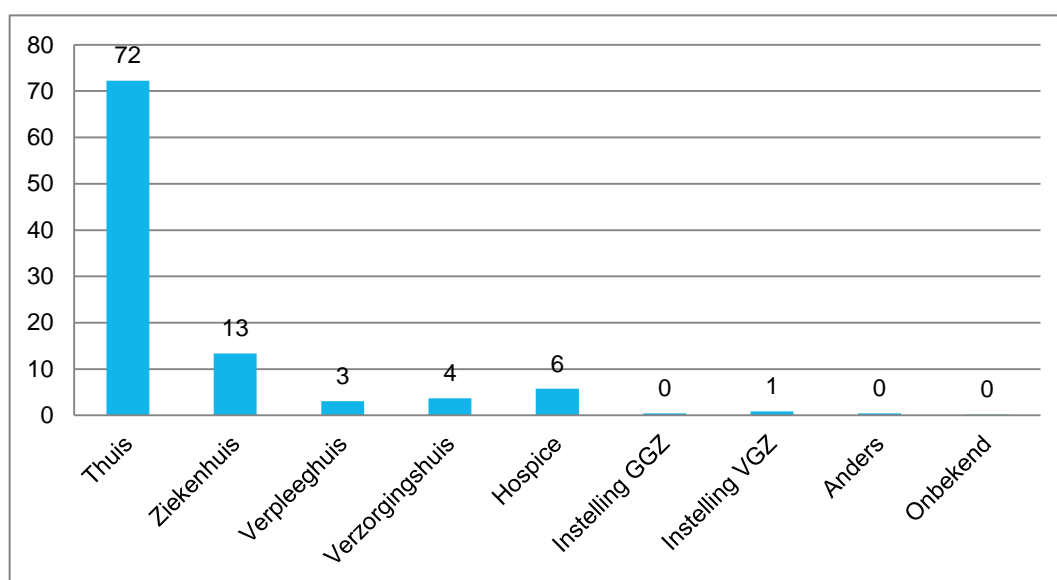
Ten tijde van een consult verblijft de patiënt thuis of in een instelling. Voor eenzelfde patiënt kan de verblijfplaats per consult anders zijn. Daarom is de analyse hier gebaseerd op de gegevens van de consulten en niet op die van unieke patiënten.

In 2015 verbleven de meeste patiënten ten tijde van de consultatie thuis (72%), gevolgd door verblijf in het ziekenhuis (13%), hospice (6%) of verzorgingshuis (4%).

De gegevens zijn vergelijkbaar met die van 2014.

In grafiek 6.4 is de verdeling van de verblijfplaats van de patiënt tijdens het consult weergegeven.

Grafiek 6.4 Verdeling in % van verblijfplaats tijdens consult in 2015



7 Inhoud van het consult

In een consultatiegesprek komen vaak meerdere vragen en onderwerpen aan bod. Na afloop van het gesprek registreert de consulent deze. Er zijn twee hoofdgroepen in de registratie: 'problemen' en 'symptomen'. Onder 'problemen' worden gerekend onderwerpen als psychische en sociale problemen, euthanasie en (palliatieve) sedatie, farmacologische vragen, dagelijks functioneren, ondersteuning mantelzorg, morele steun consultvrager of organisatie van zorg. Onderwerpen die vallen in de categorie 'symptomen' zijn onder andere angst, depressie, pijn, benauwdheid, delier, misselijkheid, vermoeidheid en slaapproblemen.

Zowel bij 'problemen' als bij 'symptomen' kunnen meerdere items aangevinkt worden.

7.1 Problemen

Tijdens het consult komen farmacologische vragen (dosering, toediening, combinatie met andere medicatie) het meest frequent aan de orde; in bijna driekwart van de consulten is dit het geval.

Bij de consultaties wordt in 22% van de gevallen gesproken over sedatie en in 4% over euthanasie. Deze gegevens zijn vergelijkbaar met de cijfers van 2014.

Organisatie van zorg is ook een item waar veel vragen over worden gesteld (20%).

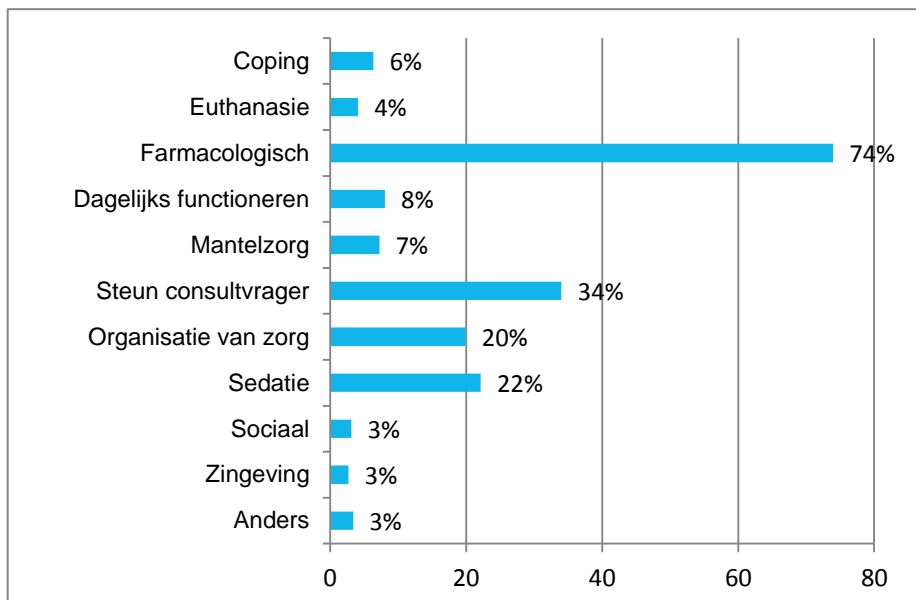
In een derde van het aantal consultaties zoekt de consultvrager morele steun bij de consulent.

Bij 8% is er een vraag over het dagelijks functioneren van de patiënt.

Vragen over het sociale, psychische en spirituele functioneren komen veel minder vaak aan de orde.

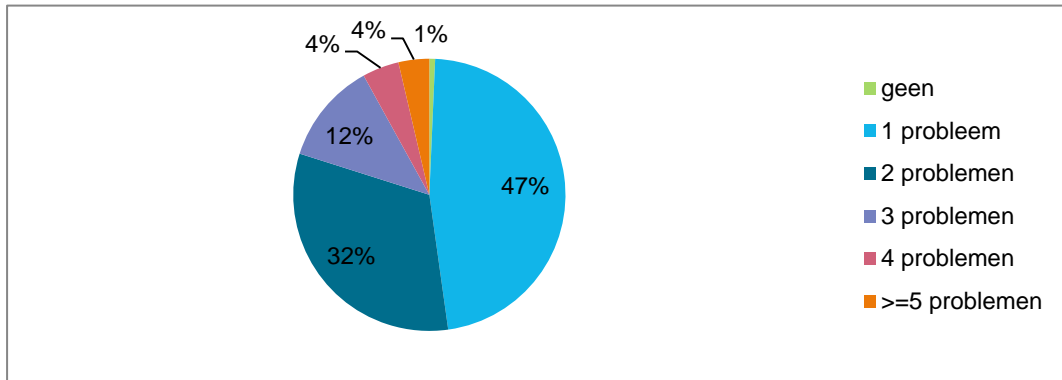
Grafiek 7.1 geeft een beeld van de problemen die aan de orde komen tijdens consulten.

Grafiek 7.1 Verdeling aantal consulten met een bepaald probleem, weergegeven in %



In 47% van het aantal consultaties wordt één probleem besproken en in bijna een derde twee problemen (grafiek 7.2). In 20% van de consultaties worden drie of meer problemen besproken. Gemiddeld worden 1,9 problemen per consult geregistreerd.

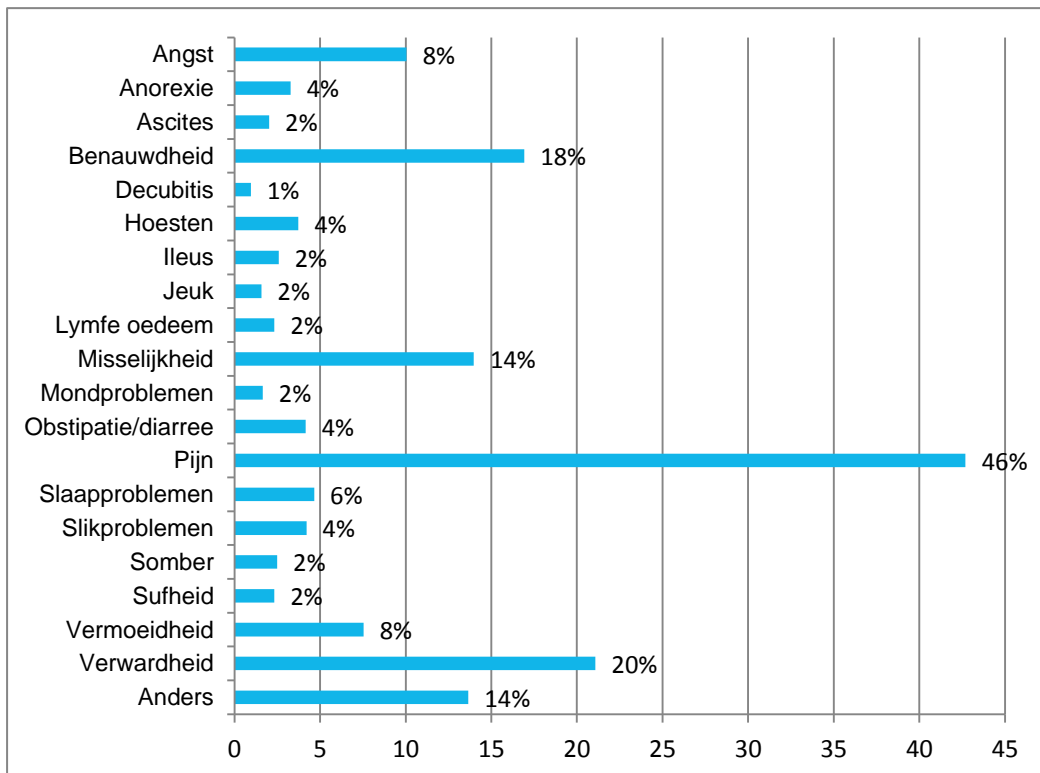
Grafiek 7.2 Verdeling aantal consulten met een bepaald probleem, weergegeven in %



7.2 Symptomen

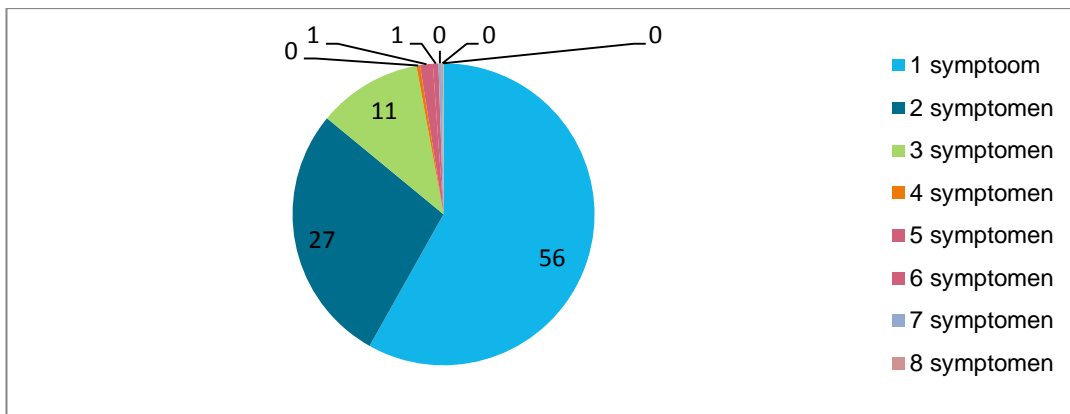
Pijn is het meest voorkomende symptoom waarover wordt geconsulteerd: in 46% van de consultaties, gevolgd door verwardheid/delir (22%), benauwdheid (17%), misselijkheid (14%) en angst (9%) (voor verdeling zie grafiek 7.3). De verdeling is ongeveer gelijk aan die van 2014.

Grafiek 7.3 Verdeling aantal consulten met een bepaald symptoom, weergegeven in %



In ruim de helft (56%) van de consultaties wordt één symptoom besproken en in 27% twee symptomen. In 14% van de consultaties zijn er drie of meer symptomen besproken (grafiek 8.4). Gemiddeld worden 1,7 symptomen besproken per consult.

Grafiek 7.4 Verdeling in % van consulten met het aantal besproken symptomen



8 Vorm van een consult

8.1 Telefonische consultatie of combinatie

Bij de meeste consultaties verloopt het contact geheel telefonisch. Soms is er direct overleg (face-to-face) binnen een praktijk of instelling. Eventueel wordt het telefonisch contact aangevuld met een advies op locatie bijvoorbeeld door het bijwonen van een teambespreking of mdo.

Met de consultvrager wordt in 89% van de consulten alleen telefonisch overlegd. In 9% van de consulten is er (op locatie) direct overleg (face-to-face) tussen consultvrager en consulent. In 3% van de gevallen wordt advies uitgebracht aan een team, ook op locatie (bijvoorbeeld tijdens een mdo of PaTz-overleg). Het lage percentage is te verklaren uit het feit dat deze adviezen in principe niet apart worden geregistreerd in PRADO. Vanuit de praktijk is bekend dat er meer adviezen aan teams gegeven worden.

8.2 Bedside consultatie

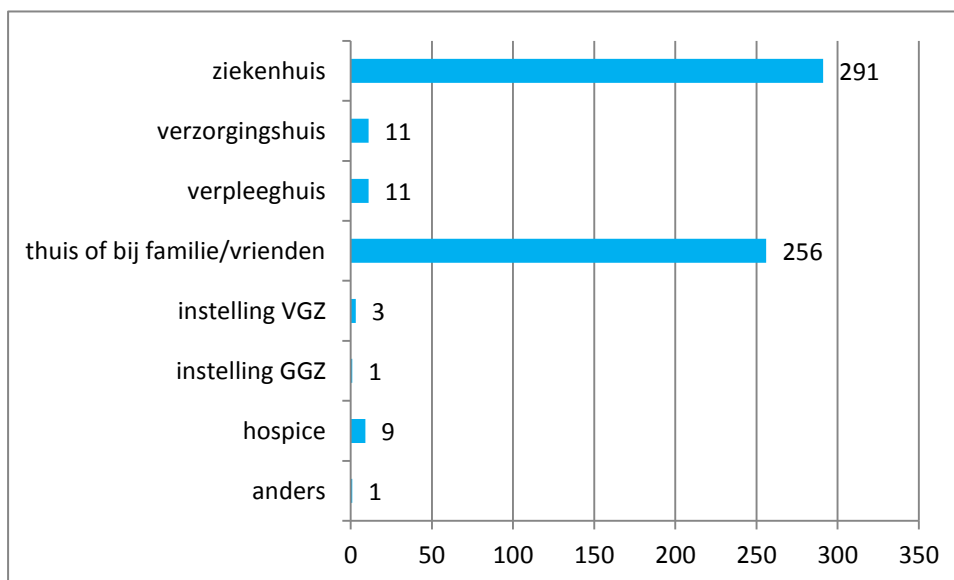
In sommige gevallen wordt de patiënt over wie advies gevraagd wordt persoonlijk gezien door de consulent, het bedside consult. Dit heeft als doel tot een eigen inventarisatie en observatie te komen. Soms is het doel instructie geven van een ascitespunctie.

Bij de nieuwe lokale transmurale initiatieven is een intramuraal bed-side consult een vereiste voor financiering (zorgproducten PZ). Dit geldt alleen niet voor consulten buiten de intramurale setting. Door een stijging van het aantal lokale initiatieven tot samenwerking binnen de palliatieve consultverlening vertoont deze vorm van consultatie de komende jaren naar verwachting een stijgende lijn.

In 2015 zijn er iets meer bedside consulten gedaan dan het jaar ervoor, namelijk 583 (9%) In 2014 vonden 546 bedside consulten plaats (8%).

Grafiek 8.1

Aantal bed-side consulten



8.3 Schriftelijke bevestiging

Adviezen worden zoveel mogelijk schriftelijk bevestigd, zeker als het gaat om meervoudige adviezen. Het registratie-instrument PRADO biedt de mogelijkheid consultverslagen vast te leggen en op basis van het verslag consultbrieven te genereren en te versturen per beveiligde e-mail.

Er is een stijgende lijn te zien in het aantal consulten waarbij een schriftelijke bevestiging van het advies plaatsvond. In 2015 was dat in 70% van de gevallen, in 2014 66% , in 2013 62%, in 2012 57% en in 2010 39%.

8.4 Follow-up

Een consulent neemt in principe enkele dagen na het uitbrengen van het advies opnieuw contact op met de consulttrager voor een evaluatie en vult het advies aan of stelt het bij als het nodig is. Deze follow-ups worden eenmalig geregistreerd

Er is een toename in de follow-up: in 2015 is dit gedaan in de helft van alle consulten (50%). De jaren ervoor was dit rond de 45%.

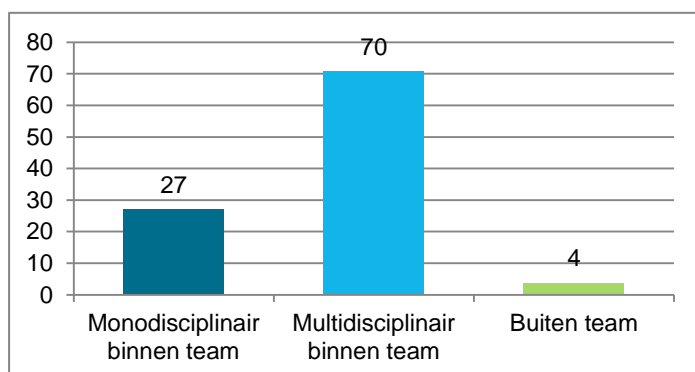
8.5 Multidisciplinair overleg

Tijdens de bereikbaarheidsdiensten op werkdagen zijn altijd de beide kerndisciplines, arts en verpleegkundige beschikbaar. Gewoonlijk komen zij in gezamenlijk overleg tot een advies. Soms overlegt men ook met een andere discipline van het team en soms met een deskundige buiten het team. In de avond-, nacht- en weekenddiensten is in veel regio's maar één discipline actief. De adviezen zijn dan vrijwel altijd monodisciplinair.

Het percentage adviezen dat in 2015 door multidisciplinair overleg binnen het consultatieteam tot stand kwam is 71%, ongeveer gelijk aan 2014.

In 4% van de consultaties vindt (ook) overleg plaats buiten het consultatieteam. Zie grafiek 8.2 voor de verdeling van de verschillende vormen van overleg.

Grafiek 8.2 Verdeling in % vormen van overleg



9 Deskundigheidsbevordering

9.1 Deskundigheidsbevordering door consulenten

Scholing, casuïstiekbespreking en symposia zijn belangrijke middelen om de consulenten een gezicht te geven, de consultatiefunctie bekendheid te geven en in te bedden in de lokale netwerken. Ook is er belang van ketenzorgontwikkeling in de palliatieve zorg.

IKNL-consulenten palliatieve zorg uit de eerste lijn worden als expert verbonden aan het mdo palliatieve zorg (niet de tumor specifieke mdo's) in het ziekenhuis en/ of een PaTz (Palliatieve Thuiszorg) groep. De consulent heeft de rol van inhoudelijk expert.

Toename van het aantal uren inzet deskundigheidsbevordering van consulenten palliatieve zorg is de te verwachten trend.

In 2015 werden 432 mdo's bijgewoond door consulenten in ten minste dertig ziekenhuizen. Een PaTz-bijeenkomst werd 261 keer bijgewoond door een consulent, dit betrof 97 PaTz-groepen.

9.2 Deskundigheidsbevordering voor consulenten

Vanuit het oogpunt van kwaliteit biedt IKNL de consulenten palliatieve zorg ieder jaar geaccrediteerde scholingsdagen aan.

Het doel van de scholing is meerledig:

- uniform informeren consulententeams op het gebied van actualiteiten / ontwikkelingen op het gebied van richtlijnen en onderzoek
- aanreiken van vaardigheidstrainingen
- aanreiken van methodiek voor consultbespreking/casuïstiekbespreking
- bevorderen / versterken samenwerking binnen de teams

IKNL heeft in 2015 op alle locaties (Groningen, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Enschede, Nijmegen, Maastricht, Leiden en Eindhoven) aan alle consulenten twee dagen geaccrediteerde scholing aangeboden. In het voorjaar hebben circa 150 consulenten hieraan deelgenomen en in het najaar ongeveer 250.

9.3 Consultbesprekingen

Consultatieteams houden regelmatig consultbesprekingen. Doel van de consultbespreking is de bevordering van de deskundigheid, zelfreflectie, uitwisselen van kennis en ervaringen, signaleren van problemen en knelpunten en aandragen van oplossingen.

De consultbespreking heeft het karakter hebben van een intercollegiale toetsing. Dit vereist een gevoel van veiligheid in het team en onderling vertrouwen.

Bij de consultbespreking zijn naast de consulenten uit het kernteam (artsen en verpleegkundigen) vaak ook experts op specifieke deelgebieden aanwezig (anesthesioloog/pijnarts, geestelijk verzorger, psycholoog, psychiater of apotheker).

Werkwijze

- Tijdens de consultbespreking worden verslagen van consulten besproken die in de achterliggende periode verleend zijn.
 - Actiepunten die voortkomen uit de bespreking van consulten worden genotuleerd.
 - De consulten worden methodisch besproken volgens het model "Besluitvorming in de palliatieve fase".
- Verspreid over de verschillende IKNL-consultatieteams palliatieve zorg in het land hebben 149 geaccrediteerde multidisciplinaire consultbesprekingen. .

Deze besprekingen zijn bijgewoond door verpleegkundigen (ca. 230 keer), huisartsen (ruim 300 keer) en specialisten ouderengeneeskunde (ruim 200 keer). Andere specialismen die aanwezig waren (per team verschillend): internisten(oncologen) (33), radiotherapeuten (4), anesthesiologen (50), psychiaters (27) en apothekers (18). Enkele artsen verstandelijk gehandicapt, artsen palliatieve geneeskunde en geriater namen incidenteel aan besprekingen deel.

10 Beschouwing

De consultatievoorziening palliatieve zorg blijft in beweging. De ontwikkelingen en veranderingen in de palliatieve zorg maken het noodzakelijk dat ook de consultatiefunctie van IKNL verandert. Een centraal aangestuurde, telefonische consultatie is niet langer toereikend; daarnaast ontstaat steeds vaker intensievere ondersteuning via lokale, transmurale teams en ontstaan er samenwerkingsverbanden. IKNL-consulenten worden op deze manier nog meer onderdeel van én een vanzelfsprekende partner bij het organiseren en verlenen van palliatieve zorg. Een verandering die we ook terug zien in dit jaarverslag 2015.

Naast het verlenen van telefonische consultatie zien we een groei van deelname van consulenten aan mdo's palliatieve zorg in ziekenhuizen en PaTz- (Palliatieve Thuiszorg) bijeenkomsten. De ontwikkeling van teams palliatieve zorg in de ziekenhuizen (onder andere gestimuleerd door de SONCOS-normering, 2016) wordt hiermee ondersteund, zoals ook de initiatieven tot proactieve zorgplanning en een betere samenwerking tussen huisartsen en thuiszorg. Daarnaast delen consulenten met grote regelmaat hun expertise en ervaring bij scholing, casuïstiekbespreking, symposia e.d.

In 2015 hebben IKNL en de beroepsvereniging Palliactief in samenwerking met het Erasmus MC, een enquête uitgezet onder 92 Nederlandse algemene, topklinische, universitaire en categorale ziekenhuizen. In 57 ziekenhuizen (N=74) was een team palliatieve zorg aanwezig en alle overige ziekenhuizen waren bezig met de oprichting van een team (IKNL, 2015). Met de groei van de teams in de ziekenhuizen en de inzet vanuit IKNL-consultatie om samen met de hele keten palliatieve zorg toe te werken naar lokale transmurale consultatie, is de verwachting dat deze vorm van dienstverlening de komende jaren stijgt. De samenwerking en verbreding zorgt voor een versterking in de eerste en tweede lijn. Hiermee neemt mogelijk ook het aantal bedside consulten toe. In 2015 was al een lichte stijging te zien.

Een laatste beschouwing is de toename van het aantal medisch specialisten die een consult vragen (zie grafiek 5.2). De groei van het aandeel medisch specialisten (van 10% naar 13.5%) kan verklaard worden door de toenemende bekendheid van het fenomeen consulteren in de palliatieve zorg in ziekenhuizen. De ontwikkeling van de teams palliatieve zorg in de ziekenhuizen heeft tot gevolg dat expertise invoeren voor patiënten in de palliatieve fase 'normaler' wordt en de consultatievoorziening (ook IKNL) daarmee bekender wordt.

Voor de ontwikkeling van de (transmurale) consultatiefunctie is het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland leidend [project Palliactief-IKNL, 2015]. Een passende financieringsstructuur is daarnaast een belangrijke voorwaarde. In samenwerking met de partijen palliatieve zorg zijn we op weg naar een stevige en goede organisatie palliatieve zorg en het vergroten van deskundigheid. Met als doel: de patiënt en zijn naasten zijn, als het aan de orde is, verzekerd van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en met de juiste zorg en ondersteuning.

11 Bronvermelding

- Integraal Kankercentrum Nederland (2015). Transmurale consultatie in de palliatieve zorg. Handreiking voor de praktijk.
- Integraal Kankercentrum Nederland/Palliactief (2015). Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.
- Integraal Kankercentrum Nederland/Palliactief (2015). Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen.
- SONCOS (2015). Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland 2015.
- ZonMw/VWS (2014). Nationaal Programma Palliatieve Zorg.

Integraal Kankercentrum
Nederland
info@iknl.nl
www.iknl.nl

