

Consultatie palliatieve zorg

Jaarverslag 2014

juli 2015

Consultatie palliatieve zorg

Jaarverslag 2014

Auteur
L. Brom, MSc
B. van Aalst
Dr. M. Klinkenberg

Juli 2015

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
2	Methode	8
3	Opzet en werkwijze consultatieteams	9
3.1	Teams	9
3.2	Consulenten	9
3.3	Doelgroepen consultatie	9
3.4	Bereikbaarheid	9
3.5	Aard consulten	10
3.6	Werkwijze consultatie	10
3.7	Kwaliteitsbeleid	10
4	Aantallen consulten	11
4.1	Aantal consulten en vergelijking met voorgaande jaren	11
4.2	Aantal consulten per patiënt	11
4.3	Consulten buiten kantoor tijden	11
5	Consultvragers	12
5.1	Functie consultvrager	12
5.2	Huisartsenposten	12
5.3	Verpleegkundigen en verzorgenden	12
5.4	Medisch specialisten	12
6	Consulenten	13
7	Kenmerken van de patiënt	14
7.1	Geslacht en leeftijd	14
7.2	Diagnose	15
7.3	Prognose	15
7.4	Verblijfplaats patiënt	16
8	Inhoud van het consult	17
8.1	Problemen	17
8.2	Symptomen	18
8.3	Aantal onderwerpen per consult	19
9	Vorm van het consult	20
9.1	Telefonisch of combinatie	20
9.2	Schriftelijke bevestiging	20
9.3	Follow Up	20
9.4	Multidisciplinair overleg	20
10	Tot slot	22

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 2014 uitgevoerd door 30 consultatieteams die samen voor een landelijke dekking zorgen. De 30 teams bestaan uit 315 consulenten die gebruik maken van PRADO, een webbased transmuraal consultatie en registratiesysteem. De meeste consulten worden gedaan door consulenten met als primaire functie huisarts (20%), specialist ouderengeneeskunde (19%) en verpleegkundige in de thuiszorg (29%). In totaal registreerden in 2014 de consulenten palliatieve zorg 6.536 consulten in PRADO. Dit is vergelijkbaar met het aantal consulten uit voorgaande jaren. De meeste consulten verlopen telefonisch (90%). De meeste consultaties vinden plaats tijdens kantooruren (17% buiten kantooruren). Van de consultvragers is het merendeel werkzaam als huisarts (78%). In totaal legden huisartsen in 2014 ruim vijfduizend maal een casus voor aan een van de consultatieteams. Het aantal consulten van medisch specialisten neemt toe van 346 in 2012, 531 in 2013 naar 668 consultvragen in 2014.

Van de patiënten over wie consultvragen worden gesteld heeft 79% de diagnose kanker, dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. In de niet-oncologische groep is hartfalen de meest voorkomende hoofddiagnose (4%) 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. In totaal heeft 54% van de patiënt een levensverwachting van minder dan vier weken. Drie van de vier patiënten verblijven thuis tijdens het consult, net als in 2013.

De onderwerpen die in consultaties worden besproken vertonen al jaren een stabiel beeld. Pijn, verwardheid, benauwdheid, misselijkheid en angst zijn de meest besproken symptomen. Euthanasie en palliatieve sedatie komen in 26% van de consulten aan de orde. Drie van de vier consulten betreft een farmacologische vraag. In een derde van de consultaties zocht de consultvrager morele steun bij de consulent en in 19% waren er vragen over de organisatie van zorg. In 2014 werden er gemiddeld per consultatie drieënhalve onderwerpen besproken.

Voor de kwaliteitscriteria van IKNL boeken de teams vooruitgang op het criterium schriftelijk bevestigen van het advies, in 2014 nam dit verder toe naar 66%. Maar er wordt een minder hoge score gezien bij het opvolgen van de consulten met een follow-up contact, 45%. Net als in voorgaande jaren komt het advies in ongeveer twee derde van de consulten multidisciplinair tot stand (71%). Daarnaast wordt in 10% van de consulten ook overleg gepleegd buiten het team. De consultatieteams ontvangen elk jaar een spiegelrapport waarin over meerdere uitkomstmaten wordt gerapporteerd. Hiermee 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 (zie Palliatieve Zorg in Beeld). Voor veel professionals is het lastig om adequate palliatieve zorg te verlenen. Dat heeft te maken met de diversiteit aan ziektebeelden en symptomen, de vele dimensies van deze zorg, het brede scala aan manieren waarop het palliatieve traject kan verlopen en de medische beslissingen rond het levenseinde. Voor de meeste professionals in Nederland is palliatieve zorg geen onderdeel in de opleiding geweest. Zij zijn aangewezen op nascholing en het opbouwen van ervaring in de praktijk, maar dat is niet voor iedereen makkelijk te realiseren. Daarom is een landelijk dekkend netwerk van palliatieve consultatieteams beschikbaar om professionals te ondersteunen en te adviseren bij de behandeling en begeleiding van patiënten in de palliatieve fase, ongeacht hun diagnose. De consultatieteams zijn multidisciplinair samengesteld uit zorgverleners uit de belangrijkste werkvelden in de gezondheidszorg. Zij hebben allen extra expertise op het gebied van palliatieve zorg. De teams werken onder auspiciën van IKNL in een landelijk dekkend netwerk.

Dit tiende 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 en de deskundigheidsbevordering voor consulenten.

2 Methode

De gegevens in dit jaarverslag zijn gebaseerd op de registratie van palliatieve consulten in 2014 in het webbased registratieprogramma PRADO. PRADO wordt door alle consulenten die aan IKNL verbonden zijn gebruikt. De consulenten vullen zelf online de registratie in. Iedere consulent heeft een eigen inlogcode. Het programma 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, te weten:

- 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 worden de meeste gegevens berekend per consult, omdat het gaat om kenmerken van consulten. Alleen de kenmerken van patiënten (hoofdstuk 7) zijn op patiëntniveau geanalyseerd.

3 Opzet en werkwijze consultatieteams

3.1 Teams

In 2014 waren er verspreid over het land 30 consultatieteams palliatieve zorg actief in PRADO. Hiervan zijn drie teams een transmuraal team. Deze zijn actief in de regio Nijmegen, Rotterdam en Eindhoven. In 2013 waren er 29 consultatieteams actief in PRADO.

Tabel 3.1 Aantal consultatieteams palliatieve zorg per regio per 31-12-2014

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	4 Incl. transmuraal team Noord-Limburg
Totaal	30

3.2 Consulenten

In 2014 waren in totaal 315 consulenten betrokken bij het verlenen van consulten. Dit zijn er iets meer dan in 2013 (289). In de groep consulenten zijn de volgende disciplines vertegenwoordigd: medisch specialisten, huisartsen, verpleegkundigen (afkomstig uit ziekenhuis, hospice en thuiszorg), en 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	2
arts palliatieve zorg	7
arts verstandelijk gehandicapten	2
huisarts	69
medisch specialist	34
psycholoog	1
specialist ouderengeneeskunde	59
verpleegkundige hospice	14
verpleegkundige overig	1
verpleegkundige thuiszorg	79
verpleegkundige ziekenhuis	47
Totaal	315

3.3 Doelgroepen consultatie

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

3.4 Bereikbaarheid

Alle consultatieteams zijn dagelijks op kantoortijden bereikbaar. De meeste teams zijn ook buiten kantoortijd en in het weekend bereikbaar (met wisselende tijden). Sommige teams werken met verlengde openingstijden tijdens werkdagen, aangevuld met bereikbaarheid in het weekend overdag, andere hebben volledige avond-, nacht- en weekenddiensten (7*24 uur).

3.5 Aard consulten

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

3.6 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 (bedside consult). Ook geven consultants adviezen aan zorgverleners tijdens multidisciplinaire overleggen in een ziekenhuis, verpleeghuis of hospice.

3.7 Kwaliteitsbeleid

Om de kwaliteit van de consultatie te waarborgen heeft IKNL in 2010 in samenspraak met de consultants kwaliteitscriteria geformuleerd t.a.v. structuur en proces. Zo zijn er toelatings- en herregistratie-eisen voor consultants. Ook voor de samenstelling en de werkwijze van de teams zijn 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 afhandelen, dat adviezen (zeker als ze meervoudig zijn) per brief naar de consultvrager gestuurd worden (schriftelijke bevestiging van het advies) en dat 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.

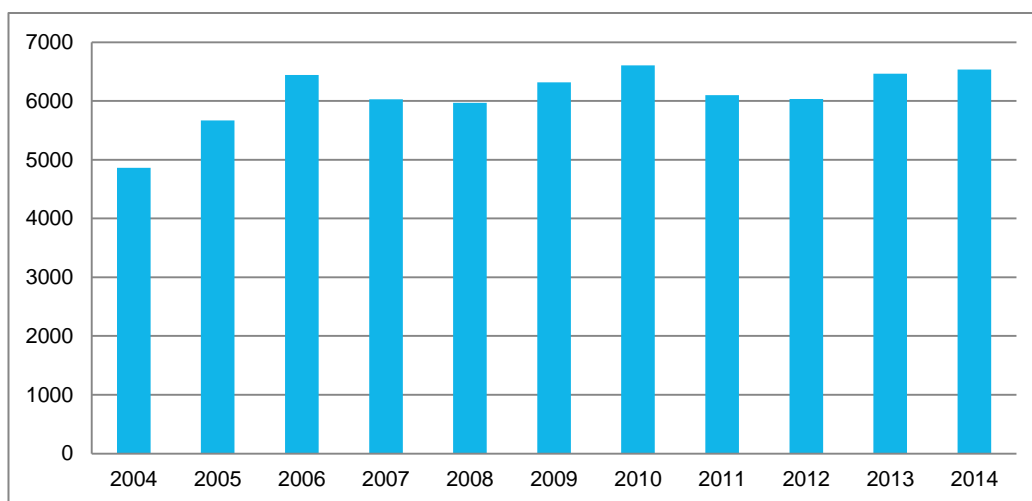
4 Aantallen consulten

4.1 Aantal consulten en vergelijking met voorgaande jaren

Een consult palliatieve zorg bestaat uit een initiële vraag en 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, dan wordt er wel een nieuw vervolgconsult aangemaakt.

In 2014 werden in totaal 6.536 consulten in Nederland geregistreerd. In 2013 was het aantal 6.467. 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. In 2011 en 2012 was het aantal stabiel rond de 6000. In 2013 is er weer een stijging in het aantal consulten.

Grafiek 4.1 Aantal consulten palliatieve zorg van 2004 -2014



4.2 Aantal consulten per patiënt

De 6.536 consulten in 2014 betroffen in totaal 5592 unieke patiënten. Voor de meeste patiënten wordt eenmalig een consult gevraagd. Over een klein aantal patiënten wordt vaker gebeld, soms ook door verschillende consultvragers. Een tweede consultatie over dezelfde patiënt wordt geregistreerd als vervolgconsult.

Het gemiddeld aantal consulten per patiënt in 2014 was 1,17. In 2013 was dit vrijwel gelijk: 1,18.

4.3 Consulten buiten kantoortijden

De meeste consultatieteams hebben naast bereikbaarheid tijdens kantoortijden ook een openstelling buiten kantoortijden. Deze openstelling is niet overal gelijk. De definitie die hier gevolgd is voor 'buiten kantoortijden' is: elk consult tussen 17:00 uur en 09:00 uur op werkdagen (ma-vrij) en elk consult op weekenddagen (9.00 tot 17.00 uur).

In 2014 was het aandeel van consulten buiten kantoortijd 17%, iets meer dan in 2013 (15%). De afgelopen jaren is dit aandeel min of meer stabiel gebleven en lag het tussen de 15 en 20%.

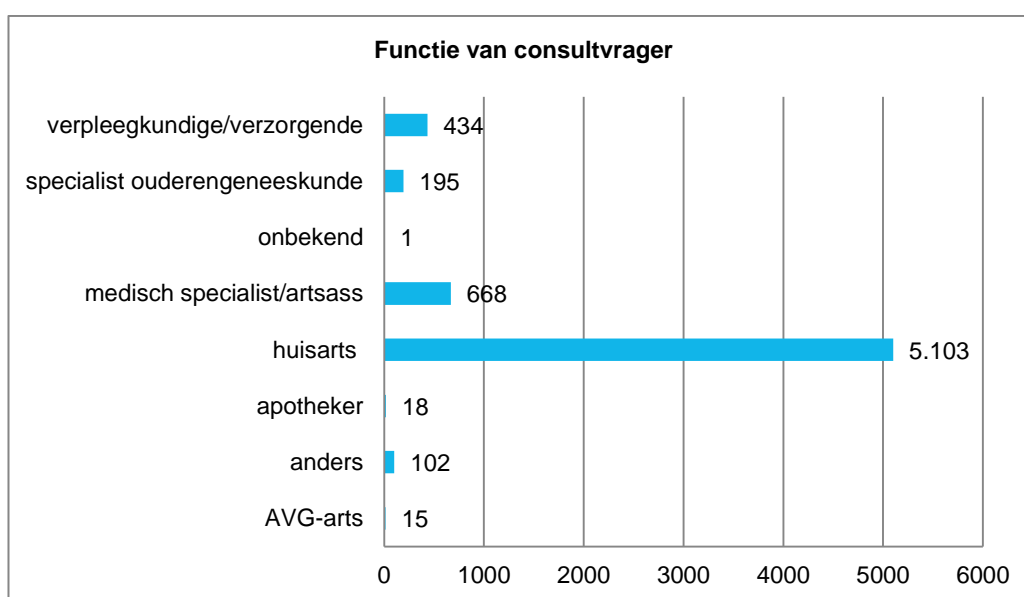
5 Consultvragers

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

5.1 Functie consultvrager

De grootste groep consultvragers in 2014 was net als in voorgaande jaren de huisarts (grafiek 5.1). 5.103 maal legde deze beroepsgroep een casus voor aan één van de consultatieteams. Het aandeel consultvragen van huisartsen in 2014 bedroeg 78%; gelijk aan het jaar daarvoor.

Grafiek 5.1 Verdeling aantal consulten per functie consultvrager in 2014



5.2 Huisartsenposten

Van het totaal aantal consultvragen van huisartsen komt 12% van waarnemend huisartsen net als in 2013 en 2012. Sinds 2010 (6,5%) is dit aandeel flink toegenomen.

5.3 Verpleegkundigen en verzorgenden

Het aantal vragen van verpleegkundigen en verzorgenden is licht afgenomen in 2013 nog 537, in 2014 434 consulten. Van het totaal aantal consulten in 2014 was het aandeel van verzorgenden en verpleegkundigen 6,6%.

5.4 Medisch specialisten

Het aantal consulten van medisch specialisten loopt gestaag op. In 2012 waren dat 346 vragen van medisch specialisten, in 2013 al 531, en in 2014 liep dit verder op naar 668 consultvragen (10%).

6 Consulenten

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 niet genoteerd in PRADO (op een enkele uitzondering na).

In 2013 waren 315 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 en specialisten ouderengeneeskunde. In de praktijk fungeren verpleegkundigen op doordeweekse dagen binnen kantooruren 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. Gezamenlijk wordt bepaald wie het advies terugkoppelt aan de consultvrager.

Artsen zijn bij 95% van de consulten betrokken, dit omvat zowel de consultfunctie in de 1^e als 2^e schil. Verpleegkundigen bij 80%. De meeste consulten worden gedaan door consulenten met als primaire functie huisarts (20%), specialist ouderengeneeskunde (19%) en verpleegkundige in de thuiszorg (29%).

7 Kenmerken van de patiënt

Er werd in 2014 voor 5592 patiënten consultatie gevraagd. In 2013 werden voor 5.448 patiënten consultatie aangevraagd. Per patiënt werd gemiddeld 1,2 consult geregistreerd in 2014. Geslacht, leeftijd, diagnose en prognose zijn geanalyseerd op patiëntniveau.

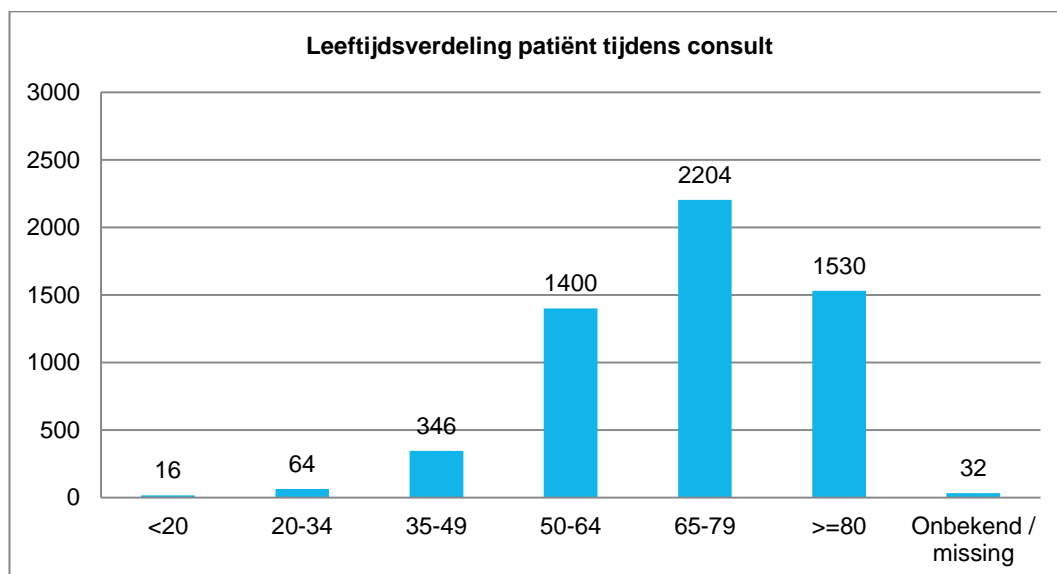
7.1 Geslacht en leeftijd

Professionele zorgverleners richten zich tot de consultatieteams met vragen over patiënten die lijden aan een levensbedreigende ziekte, ongeacht diagnose, leeftijd en verblijfplaats.

Het percentage mannelijke (51%) en vrouwelijke patiënten (49%) over wie werd geconsulteerd was in 2013 nagenoeg gelijk. De grootste groep patiënten was tussen de 65 en 80 jaar ten tijde van het consult (39%).

Voor 16 kinderen en jongeren onder de 20 jaar was consult gevraagd in 2014, in 2013 waren dat er 23.

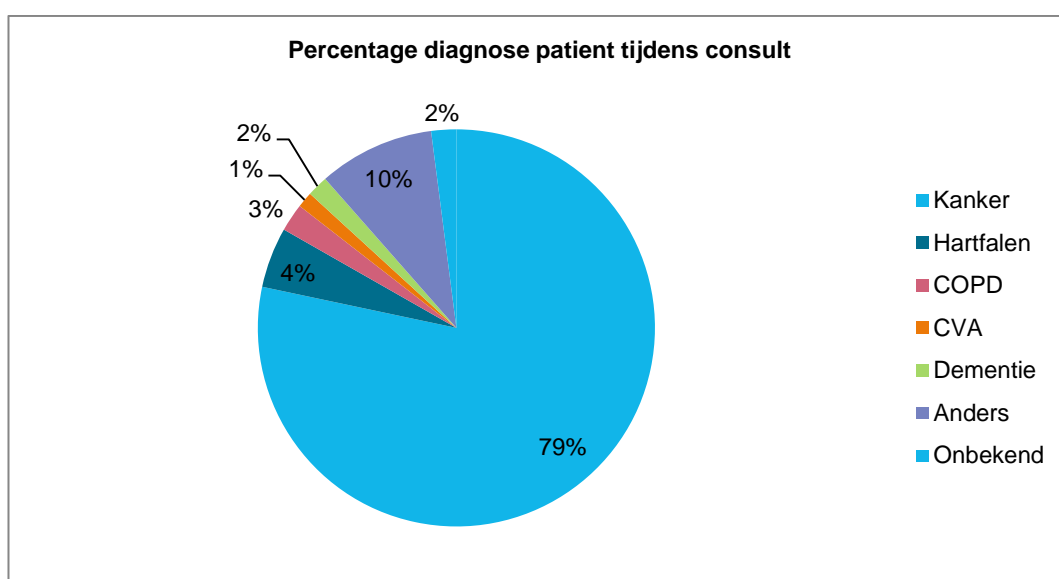
Grafiek 7.1 Leeftijdsverdeling van patiënten over wie werd geconsulteerd in 2014



7.2 Diagnose

De meeste patiënten hebben de diagnose kanker, 79%, dit is meer dan in 2013 (toen 78%). Bij de niet-oncologische ziektebeelden was hartfalen de meest voorkomende hoofddiagnose (4%), gevolgd door COPD (3%), dementie (2%) en CVA (1%). De andere diagnoses betreffen een aantal uiteenlopende ziektebeelden, waaronder diabetes en neurologische aandoeningen. De cijfers zijn vergelijkbaar met 2013. In grafiek 7.2 is de verdeling van de diagnoses in (afgeronde) percentages weergegeven.

Grafiek 7.2 Verdeling in % van diagnose patiënt tijdens consult in 2014



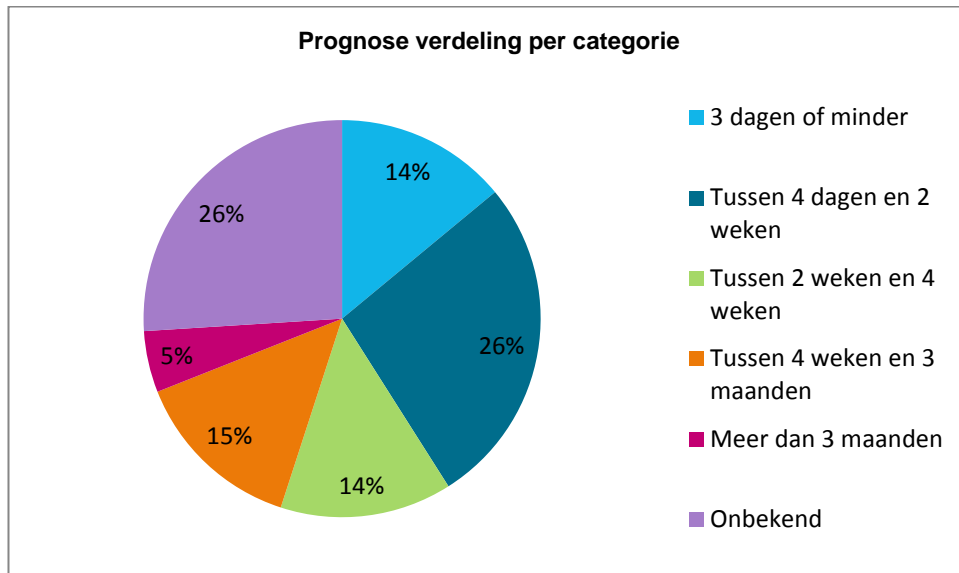
7.3 Prognose

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

Het grootste deel van de patiënten over wie geconsulteerd werd in 2014 had een prognose tussen de 4 dagen en 2 weken (26%), in 2013 was het nagenoeg hetzelfde. Evenals in 2013, was ook in 2014 14% van de patiënten in de stervensfase (prognose 3 dagen of minder).

In totaal had 54% van de patiënten ten tijde van het consult een levensverwachting van minder dan 4 weken. Dit percentage was in voorgaande jaren ongeveer hetzelfde. Bij 26% van de patiënten was de prognose niet bekend of niet duidelijk. Zie voor de verdeling van de prognose categorieën grafiek 7.3.

Grafiek 7.3 Verdeling van prognose categorieën van patiënten tijdens consult in 2014

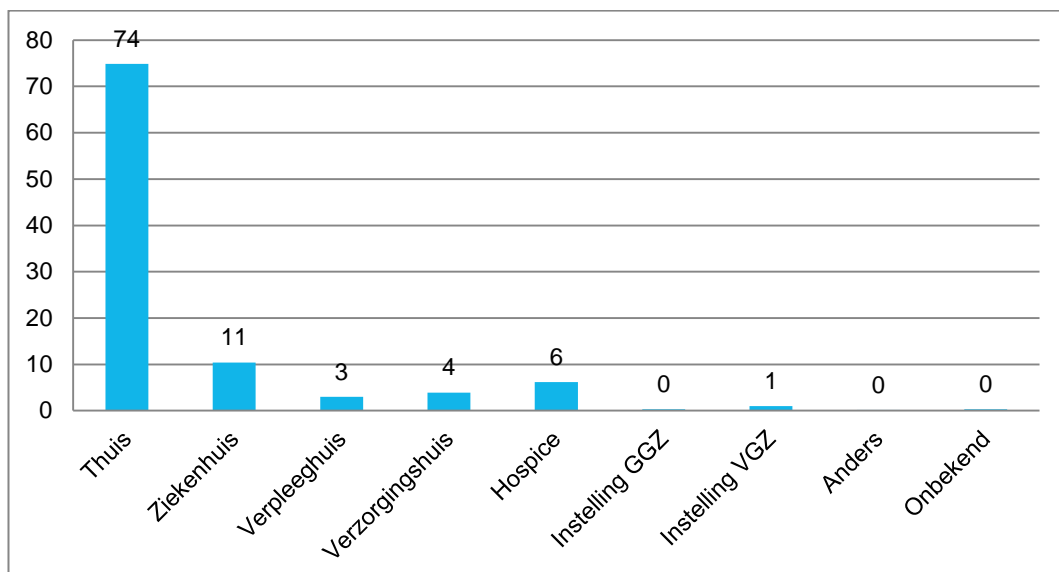


7.4 Verblijfplaats patiënt

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

In 2014 verbleven de meeste patiënten tijdens de consultatie thuis (75%), gevolgd door verblijf in het ziekenhuis (10%), hospice (6%) of verzorgingshuis (4%). De gegevens zijn vergelijkbaar met 2013. De overige categorieën zijn heel klein. In grafiek 7.4 is de verdeling van de verblijfplaats van de patiënt tijdens het consult weergegeven.

Grafiek 7.4 Verdeling in % van verblijfplaats patiënt tijdens consult in 2014



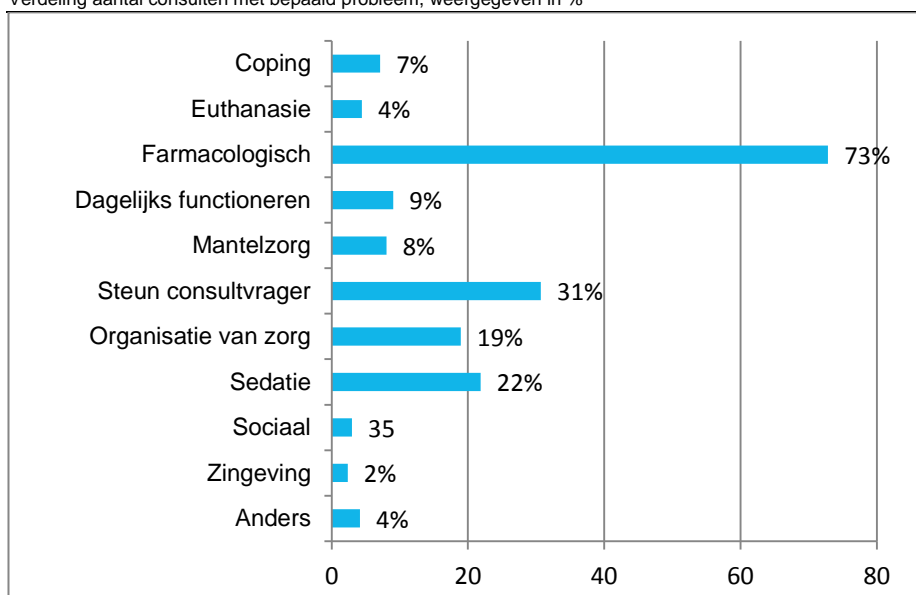
8 Inhoud van het consult

In een consultatiegesprek komen 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.

8.1 Problemen

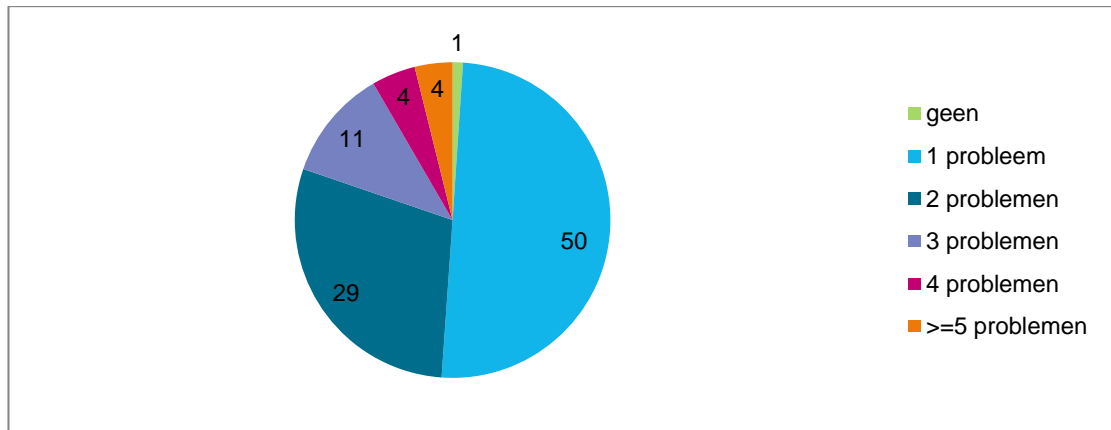
Tijdens het consult komen farmacologische vragen (dosering, toediening, combinatie met andere medicatie) het meest frequent aan de orde; in bijna driekwart van de consulten is dit het geval. Bij de consultaties wordt in 22% van de gevallen gesproken over sedatie en in 4% over euthanasie. Deze gegevens zijn vergelijkbaar met de cijfers van 2013. Organisatie van zorg was ook een item waar veel vragen over werden gesteld (19%). In een derde van de consultaties zoekt de consultvrager morele steun bij de consulent. Bij 9% 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. Zie grafiek 8.1.

Grafiek 8.1 Verdeling aantal consulten met bepaald probleem, weergegeven in %



In de helft van de consultaties wordt één probleem besproken en in bijna 30% twee problemen. In 19% van de consultaties zijn er drie of meer problemen besproken. Zie grafiek 8.2.

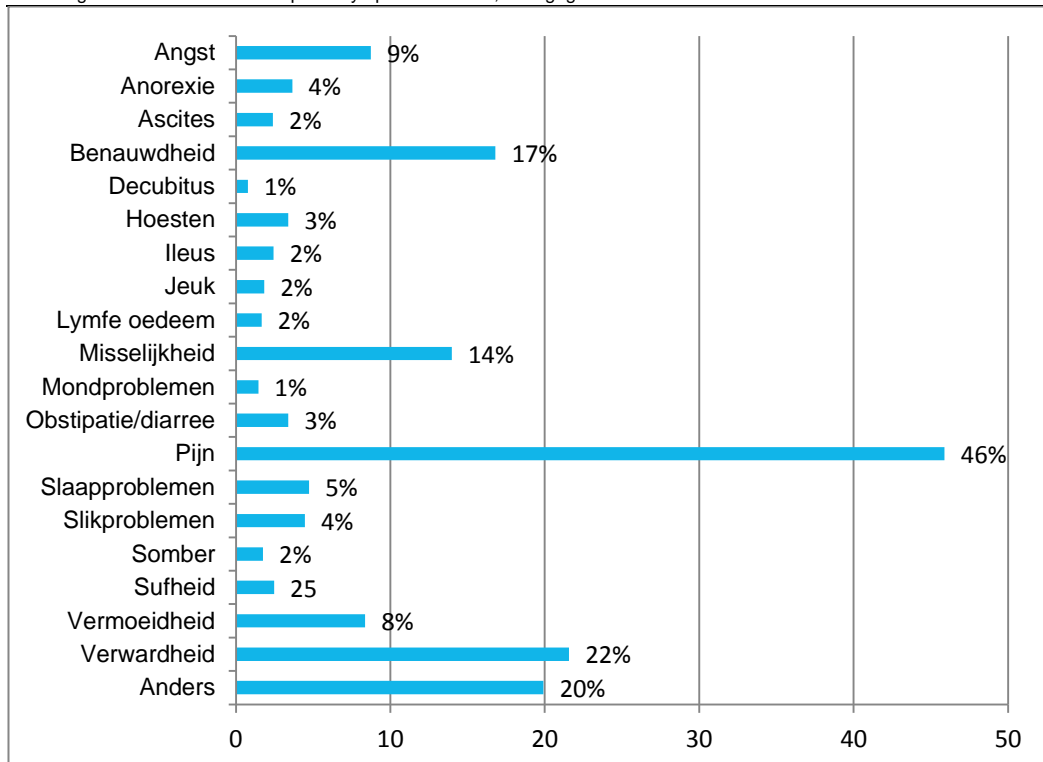
Grafiek 8.2 Verdeling in % van consulten met aantal besproken problemen in 2014



8.2 Symptomen

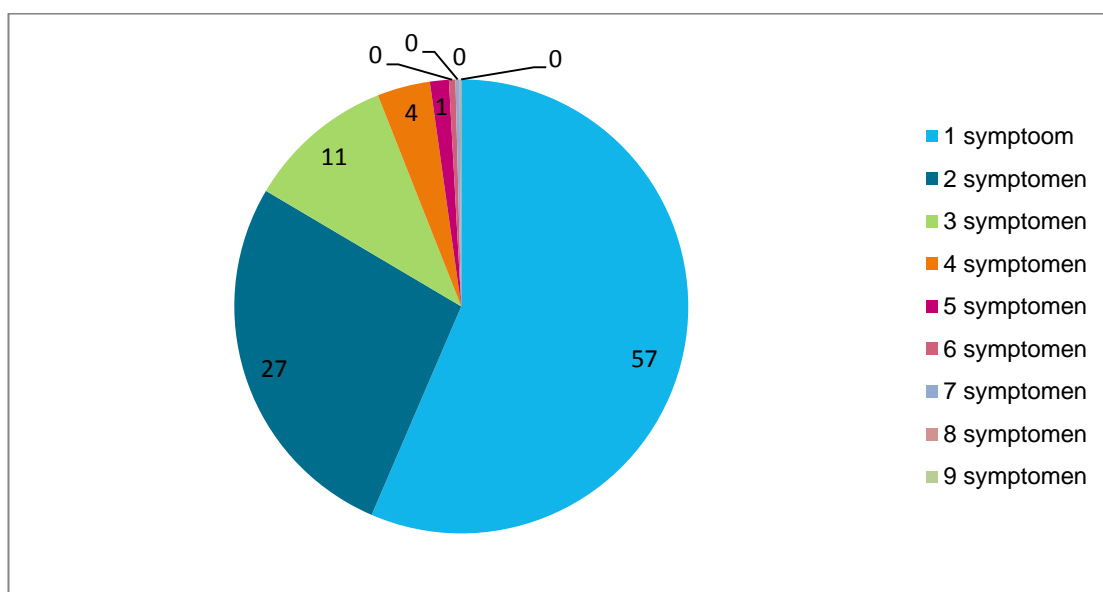
Pijn was het meest voorkomende symptoom waarover werd geconsulteerd, in 46% van alle consultaties. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Daarna zijn verwardheid/delier (22%), benauwdheid (17%), misselijkheid (14%) en angst (9%) de meest besproken symptomen (voor verdeling zie grafiek 8.3). De verdeling is ongeveer gelijk aan die van vorig jaar.

Grafiek 8.3 Verdeling aantal consulten met bepaald symptoom in 2014, weergegeven in %



In meer dan de helft (56%) van de consultaties wordt één symptoom besproken en in 27% twee symptomen. In 11% van de consultaties zijn er drie of meer symptomen besproken. Zie grafiek 8.4. Gemiddeld worden 1,7 symptomen per consult door de consultvrager met de consultant besproken.

Grafiek 8.4 Verdeling (%) van de consulten naar het aantal besproken/geregistreerde symptomen in 2014



8.3 Aantal onderwerpen per consult

In 2014 werden in totaal 3,5 onderwerpen (problemen en symptomen) per consultatie besproken. Dit aantal is al enkele jaren vrijwel gelijk.

9 Vorm van het consult

9.1 Telefonisch 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 90% van alle consulten alleen telefonisch overlegd. In 4,7% van alle consulten is er (op locatie) direct overleg (face-to-face) tussen consultvrager en consulent. In 2,3% 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 door het niet registreren van de gegeven adviezen in PRADO. Vanuit de praktijk is bekend dat er meer adviezen gegeven worden. In 2013 was dit nog 0,5%.

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

In 2014 waren er 546 bedside consulten, dat is 8% van het totaal aantal consulten. In 2013 werd bij 12,7% van de consulten de patiënt bezocht. Het aandeel bedside consulten daalt de afgelopen jaren gestaag.

9.2 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 trend te zien in het aantal consulten waarbij een schriftelijke bevestiging van het advies plaatsvindt. In 2014 nam dit verder toe naar 66% van de consulten. In 2013 was dit 62%, 2012 57% en in 2010 39%.

9.3 Follow-up

Enkele dagen na het uitbrengen van het advies wordt door een consulent in principe opnieuw contact opgenomen met de consultvrager voor een evaluatie en indien nodig aanvulling of bijstelling van het advies. Deze follow-ups worden eenmalig geregistreerd.

Bij 45% vond een follow-up plaats in 2014. In vergelijking met 2013 is dit nagenoeg gelijk gebleven, toen was dit 43%.

9.4 Multidisciplinair overleg

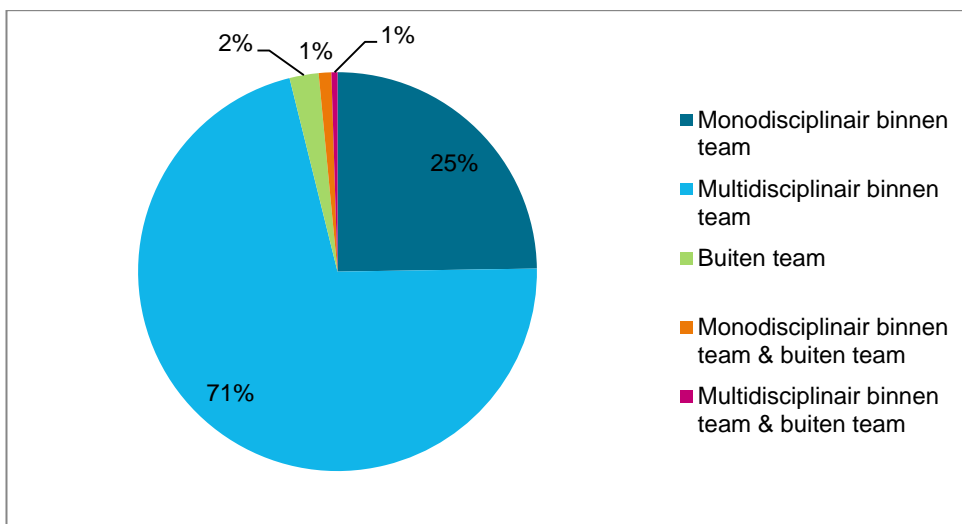
Tijdens de bereikbaarheidsdiensten op werkdagen zijn altijd de beide kerndisciplines, arts en verpleegkundige beschikbaar. Gangbaar is dat zij in gezamenlijk overleg tot een advies te komen. Soms wordt ook met een andere discipline van het team overlegd en soms met een deskundige buiten het team. In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

Het percentage adviezen dat in 2014 door multidisciplinair overleg binnen het consultatieteam tot stand kwam is 71%, ongeveer gelijk aan 2013.

In 4% van de consultaties vindt (ook) overleg plaats buiten het consultatieteam. In grafiek 9.2 de verdeling van de verschillende vormen van overleg.

Grafiek 9.1

Percentage consulten multidisciplinair afgehandeld binnen en buiten team in 2014



10 Tot slot

Dit is het tiende jaarverslag consultatie palliatieve zorg dat een overzicht geeft van de geregistreeerde consulten in 2014. De consultatiefunctie palliatieve zorg blijft in ontwikkeling en sluit daarbij aan op de veranderingen in het veld van de palliatieve zorg. Zo ondersteunt IKNL de ontwikkeling om de regionale consultatieteams aan te sluiten op of te integreren met palliatieve teams in de ziekenhuizen om te komen tot lokale transmurale palliatieve consultatievoorzieningen. Ook worden consulenten ingezet bij multidisciplinaire teambesprekingen in de eerste lijn in het kader van het PaTz-project. Consulenten sluiten aan bij multidisciplinaire overleggen in het ziekenhuis om met hun expertise op het gebied van palliatieve zorg een bijdrage te leveren.

Naast bredere inzet van de consultatiefunctie heeft IKNL samen met artsen en verpleegkundigen drie handleidingen ontwikkeld om de vorming van lokale, transmurale palliatieve teams te ondersteunen:

1. Aan de slag met transmurale consultatie palliatieve zorg

Deze handleiding beschrijft een aantal kwaliteitscriteria die de basis vormen voor de samenstelling en het functioneren van een lokaal transmuraal consultatieteam palliatieve zorg. Hierbij is gebruik gemaakt van het kwaliteitshandboek van de bestaande consultatievoorziening IKNL (2013) en ervaringen uit de praktijk (expert opinion).

2. Kaders voor financiering

In deze handleiding worden kaders voor financiering van de lokale transmurale consultatieteams palliatieve zorg beschreven. Er is nog geen eenduidige financiering. Onderzoek op lokaal niveau naar de verschillende mogelijkheden is nodig.

3. Handleiding registratie

In deze handleiding wordt het registratiesysteem PRADO kort toegelicht. Het bevat een beschrijving van de meerwaarde van gebruik door de lokale transmurale consultatieteams.

De komende jaren krijgt de ontwikkeling van de transmurale consultatie en de diverse inzet van de consulenten palliatieve zorg verder vorm en wordt gemonitord.

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

