

Consultatie palliatieve zorg

Jaarverslag 2017

augustus 2018

Consultatie palliatieve zorg

Jaarverslag 2017

Auteurs

Dr. L. Brom

A. Stoffer-Brink

B. van Aalst

Dr. M. Klinkenberg

augustus 2018

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
2	Methode	9
3	Organisatie van consultatie palliatieve zorg	10
3.1	Teams	10
3.2	Consulenten	10
3.3	Samenstelling consultatieteams	11
3.4	Doelgroepen consultatie	11
3.5	Bereikbaarheid	11
3.6	Patiëntgebonden consulten	11
3.7	Werkwijze consultatie	11
3.8	Kwaliteitsborging	12
4	Consulten: hoeveel en wanneer?	13
4.1	Aantal consulten en vergelijking met voorgaande jaren	13
4.2	Aantal consulten per patiënt	13
4.3	Consulten binnen en buiten kantoor tijden	14
5	Consultvragers	15
5.1	Functie consultvrager	15
5.2	Huisartsen	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 of bedside-consultatie	23
8.2	Consultatie in mdo's van teams palliatieve zorg in het ziekenhuis	23
8.3	Consultatie in een PaTz-groep	23
8.4	Schriftelijke bevestiging	23
8.5	Follow-up	24
8.6	Multidisciplinair of monodisciplinair advies	24

9	Deskundigheidsbevordering	25
9.1	Deskundigheidsbevordering door consulenten	25
9.2	Deskundigheidsbevordering voor consulenten	25
9.3	Consultbesprekingen	25
10	Samenvatting	26
11	Toekomst	28
12	Bronvermelding	30

1 Inleiding

Alle professionele hulpverleners in Nederland kunnen telefonisch een zorgvuldig en op maat gesneden advies aanvragen voor de behandeling van patiënten in de palliatieve fase van hun ziekte (ongeacht de primaire diagnose). IKNL is verantwoordelijk voor dit landelijk dekkend systeem van consultatie. Als samenwerkingspartner draagt IKNL bij aan de beschikbaarheid van specialistische kennis en ervaring die nodig is voor goede palliatieve zorg, zodat iedere burger verzekerd is van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en door de juiste zorgverleners.

Naast de telefonische regionale consultatievoorzieningen van IKNL is er een groei van nieuwe 'lokale transmurale teams' en hebben de ziekenhuizen vanaf 2017 ook een team voor palliatieve zorg (conform de SONCOS-norm). IKNL ondersteunt ziekenhuisteam en initiatieven die transmurale samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, de VVT-sector en de hospicezorg verbeteren. Daarom participeren IKNL-consulenten uit de eerste lijn in het mdo van een ziekenhuisteam als eerste stap naar transmurale verbinding. Daarnaast heeft de PaTz-methodiek (Palliatieve Thuiszorg) een vlucht genomen. Ook in de PaTz-teams vindt consultatie plaats door de aanwezigheid van een IKNL-consulent.

Dit dertiende jaarverslag geeft inzicht in de consultatiefunctie palliatieve zorg die georganiseerd, dan wel ondersteund wordt door IKNL. De 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.

Hieronder volgt een casus uit de praktijk als voorbeeld van de telefonische consultatie.

Casus

Een 62-jarige vrouw met een coloncarcinoom en ernstige klachten van misselijkheid en braken na chemotherapie.

Diagnose en prognose

Coloncarcinoom met levermetastasen. Genezing is niet meer mogelijk; met chemotherapie wordt getracht de tumorgroei terug te dringen of zo lang mogelijk in bedwang te houden.

Medicatie

Oxazepam 10 mg zo nodig, tot 3 x daags.

Chemotherapeutische behandeling bestaat uit Irinotecan 350 mg/m² intraveneus eenmaal per 3 weken.

Medicatie tegen de bijwerkingen van de kuur bestaat uit:

Dexamethason 4 mg 2 x daags op de dag van de kuur en de dag erna.

Ondansetron 8 mg 2 x daags gedurende 5 dagen.

Metoclopramide 20 mg zetpil 3 x daags zo lang als nodig tegen de misselijkheid.

Exploratie

De behandelend oncoloog belt het consultatieteam. Er is dusdanig sprake van klachten van misselijkheid en braken dat patiënt de kuur nauwelijks volhoudt. CT-scans tonen echter aan dat deze chemotherapie de tumor in eerste instantie verkleind heeft en nu verdere groei tegengaat. De oncoloog vraagt: 'Kan ik nog iets anders doen om de klachten te verminderen?'

- > De patiënt blijkt tot twee weken na de kuur het grootste gedeelte van de dag in bed door te brengen.
- > De voornaamste klacht is continue misselijkheid. De klachten verergeren door bewegen, praten, lezen, tv kijken, e.d. Als ze stil in bed ligt, heeft ze het minst last. Pas drie dagen voor de volgende chemokuur is de misselijkheid zodanig gezakt dat ze weer kan fietsen en de deur uit gaat. De misselijkheid komt de laatste tijd alweer opzetten op het moment dat ze het ziekenhuis binnenloopt voor de volgende kuur.
- > Het braken beperkt zich tot de eerste 4 à 5 dagen na de kuur en doet zich dan circa vier keer per dag voor. Het braaksel is gallig vocht en is niet gerelateerd aan drinken of (kleine beetjes) eten. Kan medicatie dus wel innemen. Het braken wordt wel uitgelokt door bewegen.
- > De stoelgang is normaal tot brijig. Met name geen last van obstipatie als bijwerking van de ondansetron.
- > Haar echtgenoot verzorgt mevrouw zelf. De chemotherapie valt hen beiden zwaar. Vooral in het weekend na de kuur is mevrouw de laatste twee keer erg emotioneel en somber geweest. Haar echtgenoot wijt dit aan teleurstelling over het feit dat de tumor niet verder geslonken is, want daar hadden ze beiden zo op gehoopt.

Werkhypothese

Er is sprake van misselijkheid en braken na chemotherapie met irinotecan. De klachten zijn ongevoelig voor de regulier gebruikte medicijnen tegen dergelijke bijwerkingen van deze kuur. Op basis van de anamnese lijkt prikkeling van het evenwichtsorgaan bij deze patiënt een rol te spelen in de misselijkheidklachten. De kwaliteit van leven van de patiënt wordt zodanig negatief beïnvloed dat de kuren niet alleen fysiek, maar ook emotioneel nauwelijks vol te houden zijn. De patiënt ziet hierdoor enorm op tegen de volgende kuur, hetgeen leidt tot (geconditioneerde of anticipatoire) misselijkheidklachten voorafgaand aan de kuur.

Advies

Aan de oncoloog wordt het volgende advies gegeven:

- > De misselijkheidklachten als gevolg van prikkeling van het evenwichtsorgaan kunnen bestreden worden met cyclizine 50 mg 3 x daags. Echter, anticholinergische medicijnen zoals cyclizine antagoniseren de werking van prokinetische medicijnen zoals metoclopramide. Gebruik van metoclopramide dient bij deze patiënte daarom dus gestaakt te worden. De reeds voorgeschreven dexamethason en ondansetron wel handhaven.
- > Met het oog op de anticipatoire component bij het begin van de misselijkheidklachten is het zinvol om voorafgaand aan de kuur een anxiolyticum te geven in de vorm van 1 mg lorazepam oraal.
- > Mocht bovenstaand advies onvoldoende resultaat geven, dan is een tweede consultatie zeker zinvol, aangezien er nog andere medicamenteuze opties voorhanden zijn om de klachten te bestrijden.

Beloop

Bij het bezoek voor de volgende kuur neemt de oncoloog opnieuw contact op met de arts-consulent. Bovenstaande medicatie had een zodanig gunstig effect dat het braken aanzienlijk verminderde tot totaal 3 keer in de eerste 4 dagen. De misselijkheidklachten persisteerden echter, zij het in minder ernstige mate: de patiënt was na een week frequent uit bed, maar fietsen ging nog niet. Na het staken van de dexamethason was het weekend na de kuur wederom gekleurd door emotionele labiliteit, somberheid en algehele malaise.

Werkhypothese

Persisteren van misselijkheidklachten, ondanks het medicamenteus antagoneeren van diverse receptoren die van invloed zijn op het fysiologisch mechanisme van misselijkheid en braken.

Advies

Toevoegen van levomepromazine 6,25 mg 2 x daags aan de behandeling. Dit werkt als breedspectrum anti-emeticum bij misselijkheid en braken, refractair tegen andere behandelingen. Gezien de herhaling van klachten van malaise en emotionele labiliteit na het staken van de dexamethason, lijkt er bij patiënte sprake van een farmacogene secundaire bijnierschorsinsufficiëntie, ondanks zeer korte en beperkte dosering van de dexamethason. Daarom wordt ook geadviseerd deze medicatie middels een afbouwschema te stoppen.

Epiloog

Met behulp van bovenstaande aanpassingen in de medicatie bleef de malaise en emotionele labiliteit uit en was de misselijkheid zodanig onder controle dat mevrouw 4 dagen na de kuur kon werken in haar tuin. Met bovenstaande dosering van de levomepromazine had de patiënt geen last van slaperigheid overdag.

2 Methode

De gegevens in dit jaarverslag zijn gebaseerd op de registratie van palliatieve consulten in 2017 in het webbased registratiesysteem PRADO (PRADO is een samentrekking van Palliatief consult, Registratie, Administratie, Dossier). De consulenten registeren zelf hun consulten in het systeem. We kunnen ervan uitgaan dat niet alle consulten die in Nederland plaats vinden in PRADO worden geregistreerd. Dat heeft te maken met de wijze van vergoeding en de bereidheid van nieuwe transmurale teams om het systeem te gebruiken. U leest hier meer over in hoofdstuk 3. Het registratiesysteem is eigendom van en wordt beheerd door IKNL en voldoet aan de huidige wet- en regelgeving (Algemene verordening gegevensbescherming en Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming).

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 e-mail naar de consultvragers.

Een aantal aspecten van het consultatieproces wordt via PRADO gemonitord, namelijk de:

- schriftelijke bevestiging van het advies
- follow-up van het consult
- totstandkoming van het advies (mono- of multidisciplinair)

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 2017 waren 34 consultatieteams palliatieve zorg actief in PRADO. Ten opzichte van 2016 zijn dat er drie meer. Van deze teams geven er acht aan te functioneren als lokaal transmuraal team. In 2016 waren dit er vijf. Deze zijn ontstaan vanuit lokale samenwerkingsverbanden tussen het ziekenhuis, de eerste lijn, de V&V-sector, hospice en de IKNL-consultatieteams. De overige teams zijn de zogenaamde 'klassieke' consultatieteams voor telefonische adviezen zoals deze in het verleden zijn opgezet door IKNL.

Tabel 3.1 Aantal consultatieteams palliatieve zorg per consortium in 2017

Consortium	Aantal teams	Aantal consulten
CPZ Noord-Holland/Flevoland	1	528
CPZ Noord-Oost 'Ligare'	6 **	702
CPZ Zuid-Oost 'PalZo'	8* **	1054
CPZ Septet Utrecht	2*	654
CPZ Propallia	2	841
CPZ Zuidwest NL	8	1028
CPZ Limburg en Zuidoost Brabant	9	1598

* Een team behoort zowel tot PalZo als tot Septet (aantal consulten evenredig verdeeld over beide consortia)

** Een team behoort zowel tot Palzo als tot Ligare (aantal consulten evenredig verdeeld over beide consortia)

De aantallen zijn inclusief de consulten van lokale transmurale teams.

3.2 Consulenten

In 2017 waren 315 personen betrokken bij het verlenen van consulten.

Tabel 3.2 Aantal betrokkenen bij consulten per functie/werkveld

apotheker	3
arts palliatieve zorg	6
arts voor verstandelijk gehandicapten	2
huisarts	68
medisch specialist	43
psycholoog	1
specialist ouderengeneeskunde	58
verpleegkundig specialist	15
verpleegkundige hospice	18
verpleegkundige overig	1
verpleegkundige thuiszorg	70
verpleegkundige ziekenhuis	45
Totaal	315

3.3 Samenstelling consultatieteams

De consultatieteams palliatieve zorg zijn multidisciplinair samengesteld. Het kernteam wordt gevormd door artsen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen afkomstig uit meerdere werkvelden. Daarnaast participeren psychologen, geestelijk verzorgers, apothekers, artsen voor verstandelijk gehandicapten 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 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 de consultvrager en de follow-up. Ze bepalen in onderling overleg wie het advies terugkoppelt aan de consultvrager.

Artsen zijn bij 95 procent van de consulten betrokken. Verpleegkundigen zijn bij 78 procent van de consulten betrokken. Van alle consulten wordt 19 procent verleend door consulenten met als primaire functie huisarts, 20 procent als specialist ouderengeneeskunde en 26 procent als verpleegkundige in de thuiszorg.

3.4 Doelgroepen consultatie

Professionele zorgverleners in alle sectoren van de gezondheidszorg kunnen gebruik maken van de consultatiefunctie indien zij een patiëntgebonden vraag hebben over palliatieve zorg. Bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici en apothekers.

3.5 Bereikbaarheid

Alle consultatieteams zijn dagelijks tijdens kantoortijden bereikbaar. De avond- weekend- en nachtbereikbaarheid is vanaf 2017 per consortiumregio georganiseerd. Er is nu een bijna landelijke 7 x 24 uursdekking.

3.6 Patiëntgebonden consulten

De consulten in deze rapportage gaan over patiëntgebonden vragen. Vragen omtrent andere zaken 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. 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.

3.8 Kwaliteitsborging

IKNL hanteert opleidings- en ervaringseisen aan de consultants waar zij een consultantsovereenkomst mee afsluit. Voor het 'klassieke' IKNL-team bestaan ook criteria voor de samenstelling en de werkwijze van de teams en het consultatieproces. Zo is onder meer gesteld dat:

- consultvragen zoveel mogelijk op multidisciplinaire wijze worden behandeld;
- adviezen schriftelijk bevestigd worden (zeker als ze meervoudig zijn) en per e-mail naar de consultvrager gestuurd worden;
- na een consult een vervolcontact plaatsvindt om het effect van het advies te evalueren (follow-up van het consult). De werkwijze van de nieuwe transmurale teams kan anders zijn.

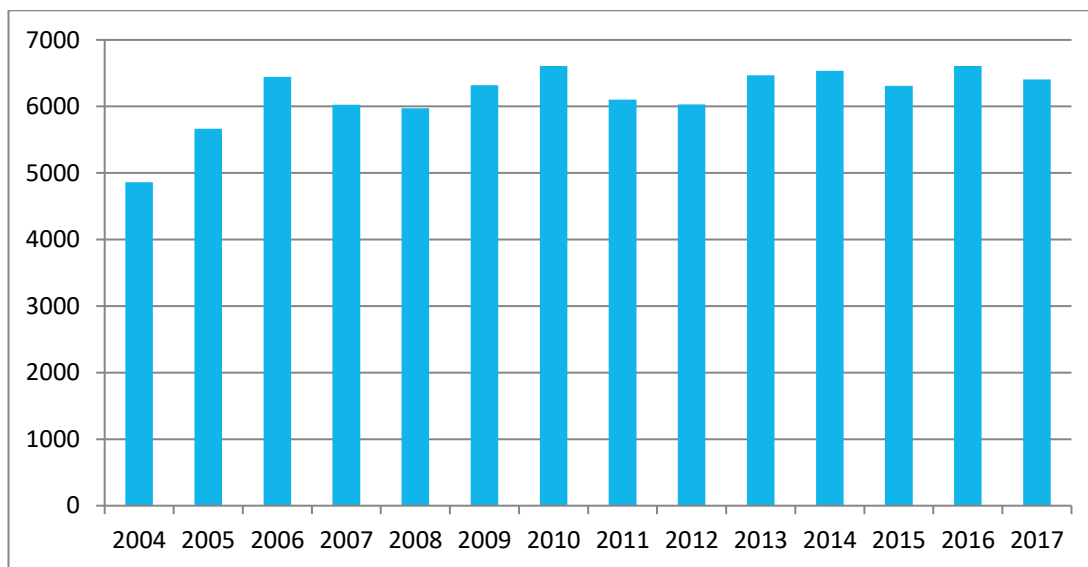
4 Consulten: hoeveel en wanneer?

4.1 Aantal consulten en vergelijking met voorgaande jaren

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

In 2017 werden 6.405 consulten geregistreerd in PRADO. In 2016 lag dit aantal iets hoger, namelijk 6.608 consulten. De registratie van de consultatiefunctie bestaat sinds 2004. In dat jaar werden 4.863 consulten geregistreerd. Sinds 2013 schommelt het aantal consulten rond de 6.500 per jaar.

Grafiek 4.1 Aantal consulten palliatieve zorg in 2004 - 2017



4.2 Aantal consulten per patiënt

De 6.405 consulten in 2017 betroffen 5.437 unieke patiënten. Een eenmalig consult per patiënt kwam het meest voor. Over een klein aantal patiënten is meer dan één keer gebeld, soms ook door verschillende consulttragers. Per patiënt werd gemiddeld 1,18 consult gegeven. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

4.3 Consulten binnen en buiten kantoortijden

Tabel 4.2 geeft een overzicht van consulten buiten kantoortijden op doordeweekse dagen. De meeste consulten worden verricht binnen kantoortijden (van 9:00 uur tot 17:00 uur, gemiddeld 88 procent van de consulten). In het weekend zijn 575 consulten gegeven (9 procent van totaal aantal consulten).

Tabel 4.2 Overzicht aantal consulten binnen en buiten kantoortijden

	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Totaal consulten	1234	1201	1071	1078	1245	311	264
Totaal consulten binnen kantoortijden (van 9:00 uur tot 17:00 uur)	1081 (88%)	1078 (90%)	934 (87%)	950 (88%)	1079 (87%)	-	-
Consulten tussen 8:00 uur en 9:00 uur	15	24	18	23	29	-	-
Consulten tussen 17:00 uur en 18:00 uur	66	51	53	50	53	-	-
Consulten in de nacht (van 23:00 uur tot 8:00 uur)	9	7	9	6	18	11	17

5 Consultvragers

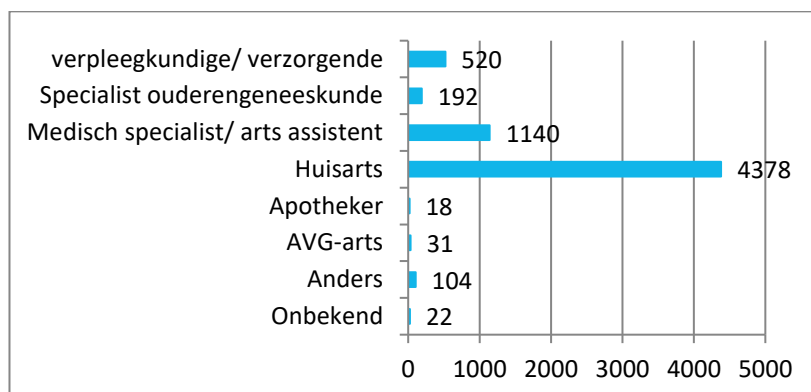
Zorgverleners vanuit verschillende disciplines en werkzaam in verschillende werkvelden nemen telefonisch contact op met de consultatieteams.

5.1 Functie consultvrager

De huisarts is net als in voorgaande jaren de grootste groep consultvragers. Huisartsen belden 4.378 keer naar een consultatieteam, dat is 68 procent van het totaal aantal consultvragen, zie grafiek 5.1. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2016, waarin de huisartsen 72 procent uitmaakten van het totaal aantal consultvragers. In 2015 was dat 74 procent.

De medisch specialist volgt met 18 procent. De groep verpleegkundigen en verzorgenden heeft een aandeel van 8 procent van de consultvragers. De categorie 'anders' bestaat uit 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 2017



5.2 Huisartsen

In 2017 was 9 procent van de huisartsen die om advies vroegen een waarnemer. Iets lager dan in 2016, toen was dat percentage 12 procent. 3 procent was afkomstig van huisartsen in opleiding.

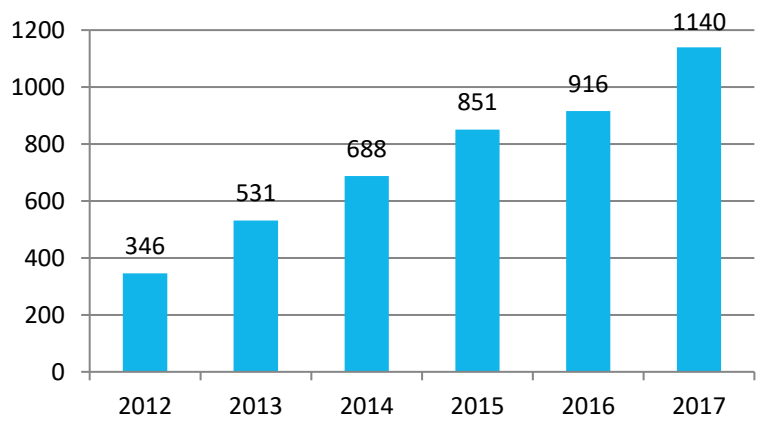
5.3 Verpleegkundigen en verzorgenden

Verpleegkundigen en verzorgenden hebben 520 consultvragen gesteld in 2017 (8 procent). Dit aandeel is nagenoeg gelijk aan 2016, waarin 533 consultvragen vanuit deze beroepsgroep kwamen.

5.4 Medisch specialisten

Medisch specialisten stelden samen 1140 consultvragen (18 procent). Hun aandeel neemt de laatste jaren gestaag toe. Van de consultvragers die medisch specialist zijn, is 43 procent in opleiding tot specialist.

Grafiek 5.2 Aantal consultvragen medisch specialist in 2012 - 2017



6 Kenmerken van de patiënt

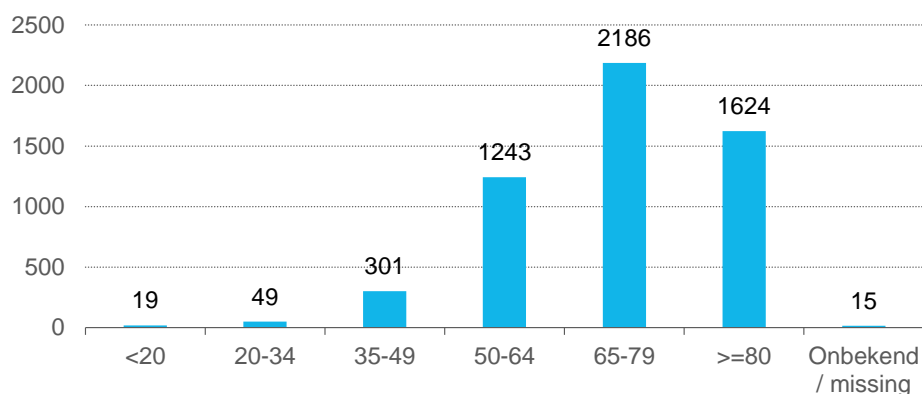
Voor 5.437 patiënten werd in 2017 een consult gevraagd. Het gemiddeld aantal consulten per patiënt is al jaren stabiel: 1,18 consult per patiënt. De in dit hoofdstuk beschreven kenmerken zoals geslacht, leeftijd, diagnose en prognose zijn op patiëntniveau geanalyseerd.

6.1 Geslacht en leeftijd

Voor mannelijke en vrouwelijke patiënten werd nagenoeg even vaak een consult gevraagd (resp. 51 procent en 49 procent). De gemiddelde leeftijd was 71,2 jaar. De leeftijdsgroep 65-80 jaar vormde de grootste groep patiënten (40 procent), gevolgd door patiënten ouder dan 80 jaar (30 procent). Deze gegevens zijn vergelijkbaar met voorgaande jaren.

In 2017 werd voor 19 kinderen en jongeren onder de 20 jaar consult gevraagd.

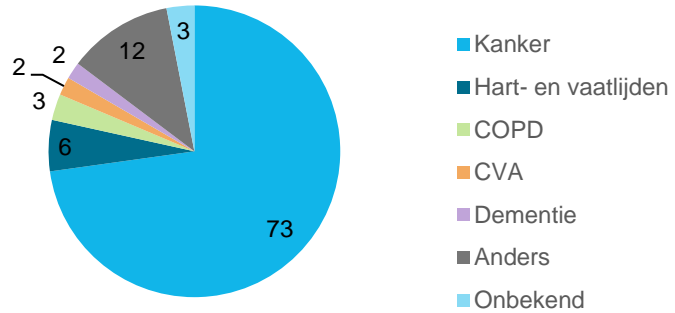
Grafiek 6.1 Leeftijd patiënt tijdens consult



6.2 Diagnose

De meeste patiënten hebben de diagnose kanker, namelijk 73 procent. Dit is een afname ten opzichte van 2016 (76 procent). Hart- en vaatlijden was de meest voorkomende hoofddiagnose bij de niet-oncologische ziektebeelden (6 procent), gevolgd door COPD (3 procent), dementie (2 procent) en CVA (2 procent). De andere diagnoses (12 procent) betroffen een aantal uiteenlopende ziektebeelden, waaronder diabetes en neurologische aandoeningen. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met 2016. In grafiek 6.2 is de verdeling van de diagnoses in (afgeronde) percentages weergegeven.

Grafiek 6.2 Diagnose patiënt tijdens consult, weergegeven in percentages

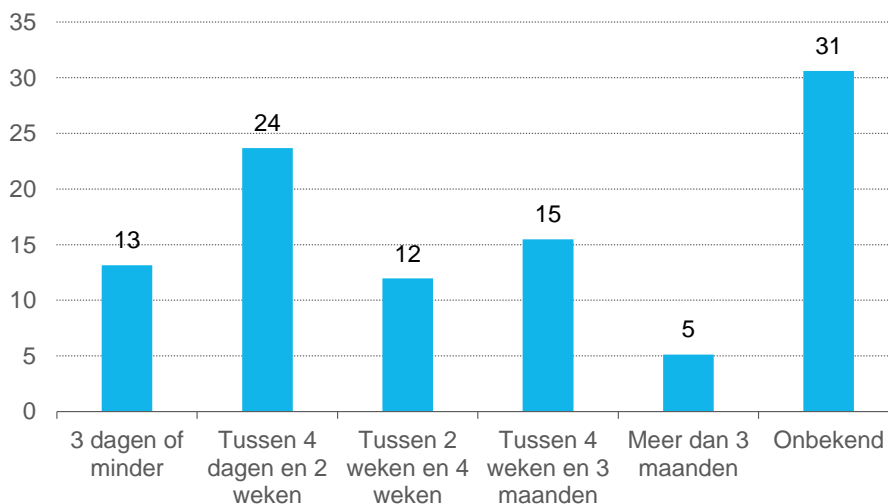


6.3 Prognose

De consulent vraagt tijdens de exploratie aan de consultvrager om de prognose of levensverwachting van de patiënt in te schatten. Als dat niet kan, wordt door de consulent 'onbekend' geregistreerd.

Eén op de vier patiënten over wie in 2017 geconsulteerd werd, had een prognose tussen de 4 dagen en 2 weken (24 procent). 13 procent van de patiënten was in de stervensfase (prognose 3 dagen of minder). Dit is vrijwel gelijk aan voorgaande jaren. Bijna de helft van alle de patiënten heeft tijdens het consult een levensverwachting van minder dan 4 weken (49 procent). Ook dit percentage was in voorgaande jaren ongeveer hetzelfde. Bij 31 procent van de patiënten is de prognose niet bekend of niet duidelijk. De verdeling van de prognose-categorieën is weergegeven in grafiek 6.3.

Grafiek 6.3 Verdeling van prognose-categorieën van patiënten tijdens consult in 2017, weergegeven in percentages



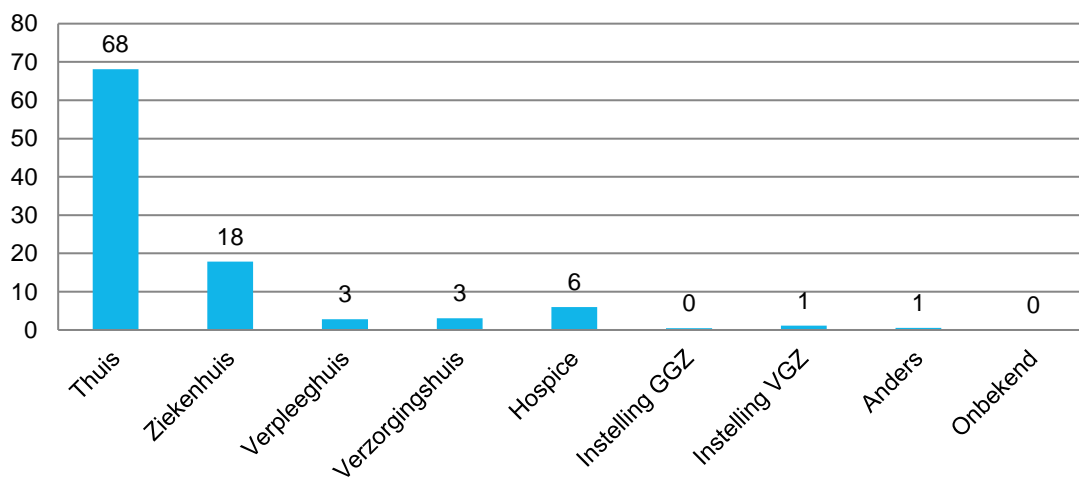
6.4 Verblijfplaats

De plaats waar de patiënt verblijft tijdens het consult wordt geregistreerd: thuis of een instelling. De verblijfplaats kan verschillen bij meerdere consulten voor dezelfde patiënt. Daarom is de analyse in deze paragraaf gebaseerd op de gegevens van de consulten en niet op die van unieke patiënten.

In 2017 verbleven de meeste patiënten ten tijde van de consultatie thuis (68 procent), gevolgd door verblijf in het ziekenhuis (18 procent), hospice (6 procent), verzorgingshuis (3 procent) of verpleeghuis (3 procent). De gegevens zijn vergelijkbaar met die van eerdere jaren.

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

Grafiek 6.4 Verblijfplaats tijdens consult in 2017, weergegeven in percentages



7 Inhoud van het consult

Tijdens een consult exploreert de consulent de hulpvraag en registreert hij/zij de problemen en symptomen die besproken zijn. Onder 'problemen' worden gerekend onderwerpen als psychische en sociale problemen, euthanasie en 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. De consulent kan zowel bij 'problemen' als bij 'symptomen' meerdere items aanvinken.

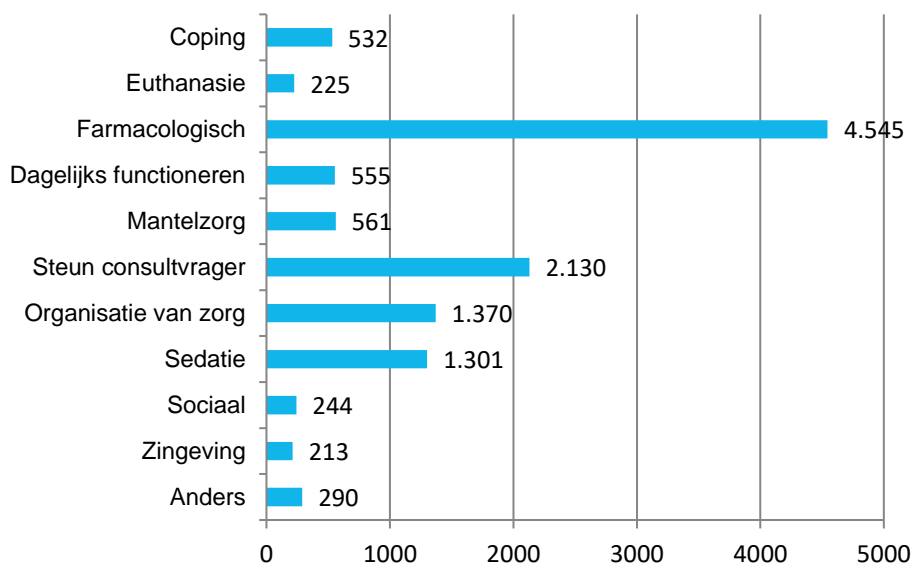
7.1 Problemen

Farmacologische vragen (dosering, toediening, combinatie met andere medicatie) komen tijdens de consulten het vaakst aan de orde: in bijna driekwart is dit het geval (71 procent). In 20 procent van de consulten wordt gesproken over sedatie. Deze percentages komen nagenoeg overeen met eerdere jaren. Over 'organisatie van zorg' spreken de consulent en consultvrager in 21 procent van de consulten en in 9 procent over het dagelijks functioneren van de patiënt.

In een derde van het aantal gesprekken zoekt de consultvrager morele steun bij de consulent. De onderwerpen rond het sociale, psychische en spirituele functioneren komen veel minder vaak aan de orde. In 4 procent is euthanasie onderwerp van gesprek.

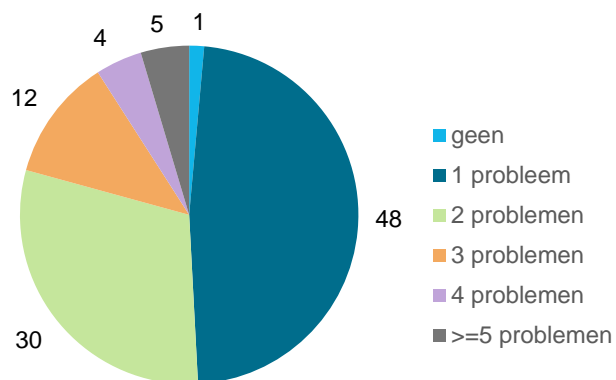
Grafiek 7.1 geeft een beeld van de problemen die aan de orde komen tijdens consulten.

Grafiek 7.1 Aantal consulten met een bepaald probleem, in absolute getallen



Bijna de helft van het aantal consulten gaat over één probleem, namelijk 48 procent en 30 procent over twee problemen (grafiek 7.2). In een vijfde van de consulten worden drie of meer problemen besproken. Per consult registreren de consulenten gemiddeld 1,9 problemen.

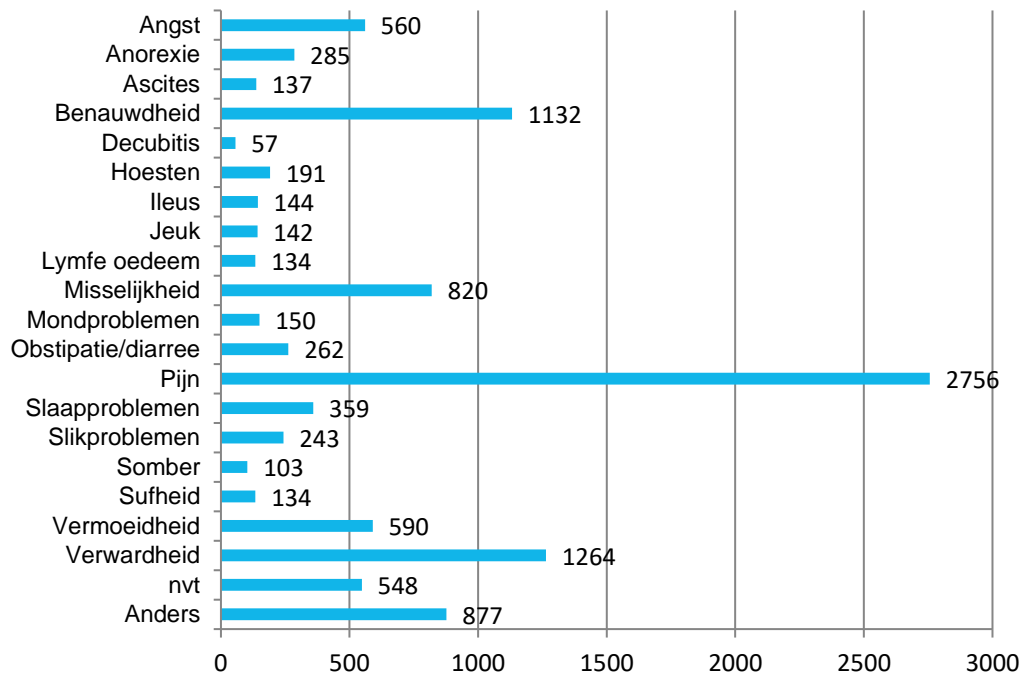
Grafiek 7.2 Verdeling aantal consulten met het aantal besproken problemen, weergegeven in percentages



7.2 Symptomen

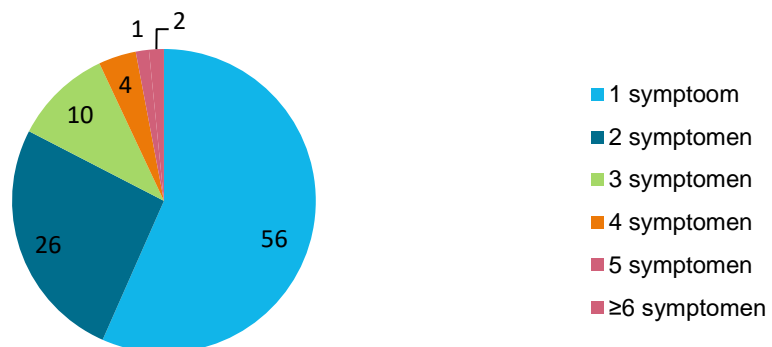
Het symptoom waarover het vaakst advies wordt gevraagd is pijn: in 43 procent van de consultaties wordt dit probleem besproken. Vervolgens zijn verwardheid (20 procent), benauwdheid (18 procent), misselijkheid (13 procent), vermoeidheid (9 procent) en angst (9 procent) onderwerpen van gesprek (voor verdeling zie grafiek 7.3). De verdeling is zo goed als gelijk aan die van eerdere jaren.

Grafiek 7.3 Aantal consulten met een bepaald symptoom, in absolute getallen



In 58 procent van de consulten is één symptoom onderwerp van gesprek. In 25 procent en 17 procent van de consulten worden twee respectievelijk drie of meer symptomen besproken (grafiek 7.4). Per consult worden gemiddeld 1,7 symptomen besproken. Ook deze gegevens zijn nagenoeg gelijk aan voorgaande jaren.

Grafiek 7.4 Consulten met het aantal besproken symptomen, weergegeven in percentages



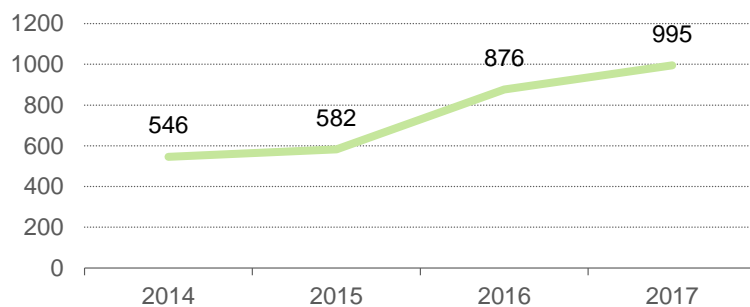
8 Vorm van een consult

8.1 Telefonische of bedside-consultatie

Het contact tussen consulent en consultvrager is meestal geheel telefonisch (82 procent). In sommige gevallen wordt de patiënt over wie advies gevraagd wordt persoonlijk gezien door de consulent, het bedside-consult. Zo kan de consulent tot een eigen inventarisatie en observatie komen. Soms is het doel om instructie te geven bij een ascitespunctie.

Bij de lokale transmurale initiatieven is een intramuraal bedside-consult een vereiste voor financiering (zorgproducten PZ). Dit geldt niet voor consulten buiten de intramurale setting. In 2017 zijn er wederom meer bedside-consulten verleend (15 procent) ten opzichte van 2016 (13 procent), waarvan 651 in het ziekenhuis en 309 thuis. In totaal vinden 35 bedside-consulten plaats op andere verblijfplaatsen.

Grafiek 8.1 Aantal bedside consulten in 2014 - 2017



8.2 Consultatie in mdo's van teams palliatieve zorg in het ziekenhuis

In 2017 werden 1072 mdo's bijgewoond door consulenten in ten minste 60 ziekenhuizen. In 2016 werden er 769 mdo's bijgewoond. Er heeft een flinke groei plaatsgevonden in de aanwezigheid van een IKNL-consulent bij deze mdo's de afgelopen jaren.

8.3 Consultatie in een PaTz-groep

PaTz-groepbijeenkomsten werden 717 keer bijgewoond door een consulent. Dit betrof ongeveer 100 PaTz-groepen op een totaal van 160 PaTz-groepen landelijk. In 2015 werd 455 keer een PaTz-bijeenkomst bijgewoond door een consulent. Ook hier is een toename te zien in de afgelopen jaren.

8.4 Schriftelijke bevestiging

Consulenten bevestigen de adviezen zoveel mogelijk schriftelijk aan de consultvrager, met name bij meervoudige adviezen. Met het registratie-instrument PRADO kunnen consultverslagen worden vastgelegd en op basis van het verslag kunnen consultbrieven worden gegenereerd. De consulent verstuurt via PRADO de consultbrieven per beveiligde e-mail aan de consultvrager.

Bijna twee derde (65 procent) van de adviezen werd in 2017 schriftelijk bevestigd, gelijk aan 2016. Tot en met 2015 was er een stijgende lijn te zien in het aantal consulten met een schriftelijke bevestiging van het advies van 39 procent in 2010 tot 70 procent in 2015.

8.5 Follow-up

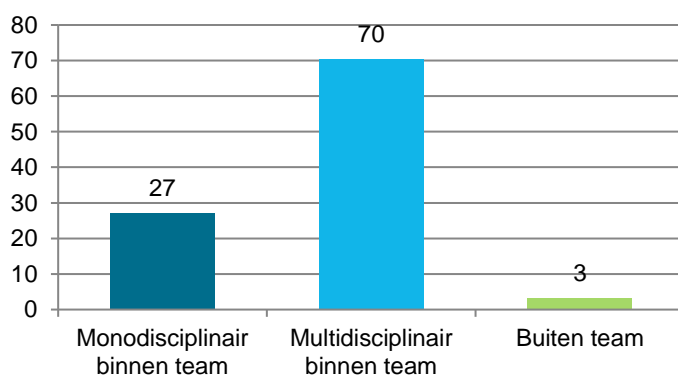
Enkele dagen na het consult neemt een consulent of een collega-consulent opnieuw contact op met de consultvrager voor een evaluatie. De consulent kan het advies zo nodig aanvullen of bijstellen. Zij registreert deze follow-ups vervolgens eenmalig in PRADO. In 2017 was de follow-up 49 procent, nagenoeg vergelijkbaar met eerdere jaren.

8.6 Multidisciplinair of monodisciplinair advies

Beide kerndisciplines (arts en verpleegkundige) zijn tijdens de bereikbaarheidsdiensten op werkdagen beschikbaar. In gezamenlijk overleg komen zij gewoonlijk tot een advies. Ze kunnen eventueel ook overleggen met een andere discipline van het team of met een deskundige buiten het team. In de avond-, nacht- en weekenddiensten is één discipline beschikbaar; meestal een arts, soms een verpleegkundige.

In 2017 kwam 70 procent van de adviezen door multidisciplinair overleg binnen het consultatieteam tot stand, vrijwel gelijk aan 2016. In 2 procent van de consulten vindt (ook) overleg plaats buiten het consultatieteam. Zie grafiek 8.2 voor de verdeling van de verschillende vormen van advies.

Grafiek 8.2 Vormen van advies, weergegeven in percentages



9 Deskundigheidsbevordering

9.1 Deskundigheidsbevordering door consulenten

Scholingen, casuïstiekbesprekingen 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. IKNL stelt jaarlijks een budget per netwerk palliatieve zorg beschikbaar waarmee consulenten ingezet kunnen worden.

9.2 Deskundigheidsbevordering voor consulenten

Vanuit het oogpunt van kwaliteit biedt IKNL de consulenten palliatieve zorg ieder jaar geaccrediteerde scholingsdagen aan. Sinds 2016 worden ook de consulenten van de teams palliatieve zorg in de ziekenhuizen uitgenodigd.

De doelen van de scholing zijn:

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

In 2017 heeft IKNL aan de regionale consultatieteams in alle consortia een of twee dagen geaccrediteerde scholing aangeboden. Daaraan hebben om en nabij 400 consulenten deelgenomen.

9.3 Consultbesprekingen

Consultatieteams houden regelmatig consultbesprekingen. Het doel van de consultbespreking is de bevordering van de deskundigheid, de zelfreflectie, het uitwisselen van kennis en ervaringen, signaleren van problemen en knelpunten en aandragen van oplossingen. De consultbespreking heeft het karakter 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 en/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 155 geaccrediteerde multidisciplinaire consultbesprekingen plaatsgevonden.

10 Samenvatting

Dit verslag geeft een beeld van de consultatie palliatieve zorg in Nederland, voor zover de consulten geregistreerd zijn in PRADO, een webbased registratiesysteem voor (transmurale) consultatie. Dit dertiende jaarverslag geeft daarmee geen volledig beeld. Veel consulenten geven adviezen aan collega's binnen de eigen organisatie of beroepsgroep, aan zorgverleners tijdens multidisciplinaire overleggen in een ziekenhuis, verpleeghuis, hospice of PaTz-groep. Deze consulten worden in principe niet in PRADO geregistreerd. Daarnaast vormt de consultatie door de teams palliatieve zorg in de ziekenhuizen en andere organisaties die niet in PRADO registreren (denk bijvoorbeeld aan een hospice die een consultatiefunctie aanbiedt in de regio) geen onderdeel van dit verslag.

Voor zorgverleners die bij de zorg voor patiënten in de palliatieve fase vragen hebben of advies willen is het mogelijk een specialist in palliatieve zorg telefonisch te consulteren. De consultatiefunctie palliatieve zorg werd in 2017 uitgevoerd door 34 consultatieteams die samen voor een landelijke dekking zorgen. De 34 teams bestaan uit 315 consulenten die gebruik maken van PRADO.

Het grootste deel van de consulten wordt verleend door consulenten met als primaire functie huisarts (19 procent), specialist ouderengeneeskunde (20 procent) en verpleegkundige in de thuiszorg (26 procent). De consulenten palliatieve zorg registreerden in 2017 in totaal 6.405 consulten in PRADO. Dit is vergelijkbaar met het aantal consulten uit voorgaande jaren.

Van de consulten verloopt 82 procent telefonisch. Het tijdstip waarop de meeste consulten plaatsvinden valt binnen kantoortijden, 88 procent van de consulten worden verricht binnen kantoortijden.

Van de consultvragers is het merendeel werkzaam als huisarts (68 procent). In 2017 legden huisartsen 4.378 maal een casus voor aan een van de consultatieteams. Na huisartsen zijn het de medisch specialisten die vaak een consultant inschakelen (18 procent). De consultvraag van medisch specialisten neemt de laatste jaren gestaag toe. Verpleegkundigen/verzorgenden vroegen 520 keer een consult (8 procent).

Van de patiënten over wie consultvragen worden gesteld heeft 73 procent de diagnose kanker. In de niet-oncologische groep is hart- en vaatlijden de meest voorkomende hoofddiagnose (6 procent), gevolgd door COPD (3 procent) en dementie (2 procent). Ongeveer een kwart (24 procent) van de patiënten heeft tijdens het consult een prognose tussen de 4 dagen en 2 weken. Bijna de helft van de patiënten (49 procent) heeft een levensverwachting van minder dan 4 weken. De meeste patiënten verbleven thuis ten tijde van de consultatie (68 procent). De gemiddelde leeftijd van patiënten is 71,2 jaar. De grootste groep patiënten is tussen de 65 en 80 jaar oud (40 procent), gevolgd door patiënten ouder dan 80 jaar (30 procent).

In een consultatiegesprek komen vaak meerdere vragen en onderwerpen aan bod. De symptomen en de mate waarin deze voorkomen in de consultaties, vertoont al jaren een stabiel beeld. Pijn, verwardheid, benauwdheid, misselijkheid, vermoeidheid en angst zijn de meest besproken symptomen in 2017.

Farmacologische vragen komen het meest frequent aan de orde: bijna drie van de vier consulten betreft een farmacologisch probleem (71 procent). In een op de drie van de consultaties zoekt de consultvrager 'morele' steun bij de consultant (33 procent) en in een op de vijf consultaties zijn er vragen over de organisatie van zorg (21 procent).

De adviezen worden zoveel mogelijk schriftelijk bevestigd, zeker als het gaat om meervoudige adviezen. In 2017 is bijna twee derde (65 procent) schriftelijk bevestigd. Bij bijna de helft van de uitgevoerde consulten is er follow-up gedaan (49 procent). Het advies komt in ruim twee derde van het aantal consulten multidisciplinair tot stand (70 procent), net als in voorgaande jaren. Daarnaast wordt bij 2 procent van de consulten ook overleg gepleegd buiten het team.

Naast het verlenen van telefonische consulten hebben de consultants ook een belangrijke adviserende rol in mdo's palliatieve zorg in de ziekenhuizen en PaTz-groepen (Palliatieve Thuiszorg). In 2017 hebben de IKNL-consulenten 1072 mdo's en 717 PaTz-besprekingen ondersteund. Er heeft een flinke groei plaatsgevonden wat betreft de aanwezigheid van een IKNL-consulent bij mdo's en PaTZ-groepen de afgelopen jaren.

De consultatieteams ontvangen elk jaar een spiegelrapport waarin bovenstaande gegevens betreffende het eigen team zijn gerapporteerd. Aan de hand hiervan wordt het team geëvalueerd en worden eventuele verbeterplannen opgesteld.

11 Toekomst

In Nederland wordt palliatieve zorg gezien als primair generalistische zorg die zoveel mogelijk is ingebed in de bestaande reguliere zorg. Daar waar nodig dient ondersteuning beschikbaar te zijn van specifiek in palliatieve zorg opgeleide zorgverleners en consultants. Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017) beschrijft de volgende uitgangspunten voor de samenwerking tussen generalistische en specialistische palliatieve zorg:

- Generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers werken samen als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten en stemmen de behandeling af op door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften (inleiding).
- In palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners worden zo nodig, in overleg met de hoofdbehandelaar, betrokken als generalistische zorgverleners in de palliatieve zorg niet aan de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten kunnen voldoen (interdisciplinaire zorg).
- Er zijn gespecialiseerde teams palliatieve zorg beschikbaar voor ondersteuning van de betrokken zorgverleners (coördinatie en continuïteit).
- Binnen het netwerk zijn afspraken vastgelegd tussen de generalistische en specialistische aanbieders van palliatieve zorg over samenwerking, overdracht en verwijzprocedures. Met als doel continuïteit van palliatieve zorg te waarborgen, ongeacht waar de patiënt zich bevindt (netwerk).
- Voor patiënten van wie de noden de mogelijkheden van de generalistische zorgverlener te boven gaan, bestaat 24 uur per dag, 7 dagen per week de mogelijkheid tot specialistische consultatie. Binnen een netwerkregio zijn afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van respijtzorg (netwerk).
- Alle zorgverleners in Nederland worden in staat geacht generalistische palliatieve zorg te bieden aan patiënten en hun naasten, en indien nodig specialistische ondersteuning te vragen (deskundigheid).

De beschikbaarheid van specialistische kennis voor de generalistisch werkende zorgverlener blijft dus heel belangrijk. De vraag dient zich aan hoe dat het beste georganiseerd kan worden. En wat verstaan we precies onder specialistische kennis? Omdat een beschrijving van kwalificaties voor de specialist in palliatieve zorg nog ontbreekt, wordt daar door een groep van opleiders en experts aan gewerkt met ondersteuning van IKNL. In eerste instantie voor de arts als specialist in palliatieve zorg. Ook voor de verpleegkundige als specialist in palliatieve zorg moeten er competenties worden vastgesteld.

Dat de wijze waarop de consultatie in Nederland georganiseerd is aan herziening toe is, wordt al een tijd erkend. We kennen de beperkingen van het 'klassieke' model van enkel telefonische consultatie:

- de vrijblijvendheid van het aanbod;
- een zorgverlener die zich niet bewust is van de meerwaarde van een advies van een specialist zal geen advies vragen;
- de consultvrager staat centraal en niet de patiënt. *"Consultatie is per definitie het helpen van een dokter met een probleem."*;
- er wordt relatief weinig geconsulteerd en vaak in een laat stadium. Bijna de helft van de patiënten heeft een levensverwachting van minder dan 4 weken, terwijl vroege inzet van palliatieve zorg een betere kwaliteit van leven en lagere kosten oplevert.

Willen we recht doen aan alle patiënten die gespecialiseerde palliatieve zorg nodig hebben dan zal de consultatiefunctie beter ingebed moeten worden in netwerkzorg. De ontwikkeling van regionale transmurale zorgpaden of zorgmodellen – of anders gezegd: het maken van afspraken over samenwerking tussen de betrokken hulpverleners over de muren van instellingen heen – is een basis voor

de inbedding van hulpverleners met specialistische kennis en consulenten palliatieve zorg. De zorgpaden bevatten immers instrumenten waarmee de palliatieve zorgbehoefte wordt vastgelegd. Dat helpt bij het bepalen welke patiënten een palliatieve-zorgbehoefte hebben die om gespecialiseerde kennis vraagt. Vervolgens worden in zorgpaden afspraken gemaakt over wanneer het gespecialiseerde team ingeschakeld moet worden en hoe deze te bereiken. Zichtbaarheid en nabijheid in het lokale netwerk zal de consultatiebereidheid vergroten.

Er zijn gelukkig vele initiatieven in Nederland die palliatieve zorg op een manier willen organiseren dat voor de patiënt belangrijke elementen uit het kwaliteitskader geadresseerd worden: markering, gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning, goede symptoombestrijding, coördinatie en continuïteit van zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is geïnteresseerd in deze initiatieven en staat open om te experimenteren met een passende bekostiging.

Het huidige klassieke model van consultatie zoals het door IKNL wordt uitgevoerd, loopt tegen grenzen aan. Hieronder beschrijven we een aantal knelpunten die om herijking van beleidskeuzes vragen, zowel bij IKNL als bij verzekeraars, NZa en het ministerie van VWS.

- Het aantal PaTz-groepen stijgt en daarmee de inzet van het aantal consulenten als inhoudsdeskundige. Er zijn in sommige regio's te weinig kaderopgeleide huisartsen of specialisten ouderengeneeskunde om aan de vraag te voldoen. Daarnaast is er vraag naar aansluiting van een consulent bij mdo's voor patiënten die in bijna-thuis-huizen (BTH) liggen. De gespecialiseerde medische zorg in hospices (high care en BTH) is niet gefinancierd.
- De inzet van een eerstelijns-consulent bij het wekelijkse mdo van een ziekenhuisteam wordt als meerwaarde ervaren, maar heeft ook keerzijden. De betaling door IKNL van deze kaderopgeleide huisarts of specialist ouderengeneeskunde bij het mdo van een ziekenhuisteam is bedoeld als stimulering om transmuraal te gaan werken. Op het moment dat teams daadwerkelijk transmuraal werken, sluiten er meerdere eerstelijns-consulenten aan. Daar is echter geen financiering voor. Ziekenhuisteamen die niet transmuraal werken maar wel een kaderopgeleid huisarts of specialist ouderengeneeskunde bij hun mdo laten aansluiten, zoeken daar zelf in de meeste gevallen geen financiering voor.
- Hoewel verreweg de meeste consulten plaatsvinden tijdens kantoortijden is de algemene opinie dat er ook buiten kantooruren en 's nachts consultatiemogelijkheden moeten zijn. Het is noodzakelijk die beschikbaarheid efficiënt te organiseren, vooral in de nachtelijke uren. In 2017 waren er landelijk slechts 77 consulten die plaatsvonden tussen 23.00 en 8.00 uur.
- De regionale diversiteit in de organisatie van de IKNL-consultatievoorzieningen - die nog stammen uit de tijd van de regionale integrale kankercentra - werkt belemmerend. Er moet opnieuw gekeken worden naar een logische correlatie tussen regiogrootte, aantal consulenten, aantal consulten en de kosten.

De komende jaren bouwen we verder aan de vorming van lokale samenwerkingsverbanden waarin de palliatieve zorg goed is georganiseerd. Waarbij consulenten nog meer een vanzelfsprekende partner zijn bij het organiseren en verlenen van deze zorg. Zodat de patiënt en zijn naasten, als 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.

12 Bronvermelding

- Integraal Kankercentrum Nederland (2016). Consultatie palliatieve zorg. Handreiking voor de praktijk.
- Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (2017).
- Integraal Kankercentrum Nederland/Palliactief (2015). Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen.
- SONCOS (2017). Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland 2017.
- ZonMw/VWS (2014). Nationaal Programma Palliatieve Zorg.

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

