

Jaarverslag Consultatie Palliatieve Zorg Integrale Kankercentra 2004

Dr. Annemie Courtens
Drs. Cilia Galesloot

Mei 2005

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	5
2. Methode	6
3. Beschrijving consultatieteams en doelgroepen per IKC	7
4. Consulten	11
4.1 Aantal consulten	11
4.2 Aard van de consulten	12
5. Patiëntenkenmerken	14
6. Gang van zaken	16
6.1 Functie consultvragers	16
6.2 Functie consulenten	16
6.3 Mono- of multidisciplinair werken	19
6.4 Looptijd van de consulten	19
6.5 Consultgebonden tijd	22
6.6 Aantal en aard van de vragen bij de consulten	22
6.7 Lichamelijke problemen	24
6.8 Overige problemen	25
7. Conclusies	29
Bijlage 1 Landelijk registratieformulier 2004	33
Bijlage 2 Handleiding bij registratieformulier	37
Bijlage 3 Aard van somatische vragen bij patiëntgebonden consulten	41
Bijlage 4 Aard van overige vragen bij patiëntgebonden consulten	45

Jaarverslag Consultatie Palliatieve Zorg Integrale Kankercentra 2004

1. Inleiding

Het jaar 2004 is een belangrijk jaar geweest voor wat betreft de ontwikkeling van de consultatiefunctie palliatieve zorg. De Centra voor Ontwikkeling Palliatieve Zorg (COPZ) hielden officieel op te bestaan en hun taken werden overgedragen aan de Integrale Kankercentra (IKC's).

Doel van de gezamenlijke IKC's is het ontwikkelen van een landelijke dekkinggraad voor wat betreft de consultatiefunctie palliatieve zorg. Anders gezegd: voor alle professionele hulpverleners in Nederland moet het mogelijk zijn om bij een team van deskundigen advies en ondersteuning te vragen met betrekking tot hun patiënten in de palliatieve levensfase. Onder een consult in de palliatieve zorg wordt verstaan: een methodisch overleg tussen beroepskrachten (professionals) in de rol van consultgever(s) en consultvrager(s). De consultgever ondersteunt de consultvrager bij het verhelderen van de problematiek en draagt gespecialiseerde kennis en inzichten over ten aanzien van fysieke, psychologische, sociale en spirituele aspecten alsook ten aanzien van (regionale) mogelijkheden van behandeling, begeleiding, opvang en verzorging ten behoeve van patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Een methodisch overleg kan verschillende vormen hebben, bijvoorbeeld één op één of een multidisciplinaire zorgplanbespreking (kwaliteitskader consultatie, VIKC 2002).

Vrijwel alle IKC's hadden begin 2004 een ander startpunt. Een aantal IKC's kon de consultatievormen overnemen die al in de COPZ-periode waren ontwikkeld. Anderen konden pas in het najaar van 2003, na het bekend worden van de financiering van de palliatieve consultatiefunctie beginnen aan het ontwikkelen van een regionaal consultatiemodel. De consultatiefunctie is in ieder IKC anders georganiseerd. Een en ander betekent dat deze eerste jaarrapportage van de IKC's laat zien dat de consultatiefunctie nog niet volledig is 'uitontwikkeld'. Het impliceert ook dat de verschillen tussen de IKC's die in de tabellen staan niet zijn te interpreteren als "beter of slechter".

Het is dan ook niet de bedoeling om uitspraken te doen over het functioneren van de consultatie in de IKC's maar om een beschrijving te geven van de huidige situatie.

Voor de beschrijving van de consultatiefunctie per IKC is gebruik gemaakt van een onderzoek dat door het IKR is uitgevoerd in opdracht van het programmaoverleg palliatieve zorg van de IKC's. Alle coördinatoren palliatieve zorg van de negen IKC's zijn telefonisch geïnterviewd over de consultatiefunctie in hun regio. Daarnaast is geïnventariseerd welke teams/consulenten in de IKC-regio's deelgenomen hebben aan de landelijke consultregistratie in 2004.

2. Methode

In 2004 werd ook gestart met een landelijk registratieformulier met een internetapplicatie (bijlage 1). Het betreft een kort formulier waarop gegevens over de aard van het consult, consultvragers, de gang van zaken en de aard van de consultvraag wordt genoteerd. Consulenten palliatieve zorg die gelieerd zijn aan een IKC hebben een inlogcode gekregen en voeren zelf de door hun uitgevoerde consulten via de internetapplicatie in. Door een werkgroep consultregistratie bestaande uit enkele vertegenwoordigers van de verschillende IKC's werd een handleiding (bijlage 2) geschreven bij dit formulier en werden problemen en knelpunten besproken. In het najaar van 2004 werd duidelijk dat niet alle consulten op een juiste manier geregistreerd werden. Er werd een knelpuntenanalyse uitgevoerd en er werden verbeteringen voorgesteld aan de applicatiebeheerders. Deze verbeteringen worden in het voorjaar van 2005 geëffectueerd.

In dit verslag wordt uiteraard alleen melding gemaakt van gegevens die op een betrouwbare wijze zijn ingevoerd.

De registratie bevat het grootste deel van het aantal uitgevoerde consulten. Om het aantal geregistreerde consulten te vergelijken met de papieren administratie van de IKC's werd aan de coördinatoren palliatieve zorg van de IKC's gevraagd om de cijfers te vergelijken. Er zijn bij verschillende IKC's iets meer consulten (in totaal n = 101) uitgevoerd dan werden geregistreerd zodat enige informatie verloren is gegaan. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat een groot aantal consulenten geïnformeerd moesten worden over het registratiesysteem en met technische storingen in het systeem.

3. Beschrijving consultatieteams en doelgroepen per IKC

Alle IKC's hebben in de loop van 2004 een regiodekkende consultatiefunctie ontwikkeld. Bij deze beschrijving zijn we uitgegaan van de situatie die in de loop van 2004 is ontstaan. Alleen de teams die daadwerkelijk hebben meegedaan aan de landelijke consultregistratie worden beschreven. In totaal gaat het om 38 teams (tabel 1). Soms bestaat de regionale consultatiefunctie uit één team, soms uit een aantal teams die samen de regionale consultatiefunctie vormen. Doelgroep is overwegend de professionele hulpverlener: artsen, verpleegkundigen en apothekers in de diverse settings waar palliatieve zorg wordt geboden. Twee lokale teams (Arnhem en Haaglanden) hebben ook de patiënt als doelgroep. De IKZ consultatievoorziening staat ook open voor coördinatoren Vrijwillige Terminale Zorg (VTZ). De meeste teams of modellen kennen een multidisciplinaire samenstelling. Dat wil zeggen dat ondanks dat één discipline het eerste aanspreekpunt is, er overleg mogelijk is met andere disciplines. De kerndisciplines zijn over het algemeen de medische en de verpleegkundige discipline.

De teams in Twente, Limburg, Noord-Brabant, de teams van het IKO, het team in Zeeuws Vlaanderen en het team van het IKMN Utrecht hebben een uitgebreidere bereikbaarheid naar weekend- en/of avonduren. De overige teams zijn alleen binnen kantooruren bereikbaar.

Opzet regionale consultatiefunctie per regio

Hieronder volgt een heel beknopte beschrijving van de invulling van de consultatiefunctie per IKC.

- IKA: er zijn vier teams die samen de regionale consultatiefunctie voor het IKA vormen. Er was een vijfde team in Zaanstreek-Waterland dat 1 mei 2004 is opgeheven. De teams hebben professionele hulpverleners als doelgroep. Vanuit het VU Medisch Centrum is een specialistische achterwacht beschikbaar voor vragen van consultants uit de hele regio.
- IKL: heeft een regionaal team en een lokaal team in Sittard e.o. De consultants van het regionale team doen lokaal bedside consulten in de subregio Heuvelland en telefonische consulten voor de hele IKL-regio.
- IKMN: heeft één regionaal team dat beschikbaar is voor hulpverleners uit de hele IKMN-regio.
- IKN: heeft een Regionaal Palliatief Consultteam, dat telefonisch beschikbaar is voor alle hulpverleners uit de gehele IKN-regio. Dit regionale team is bereikbaar via een centraal telefoonnummer. Er werken vier huisartsconsultanten uit vier subregio's in dit team. In de loop van het jaar zijn deze duo's gaan vormen met verpleegkundigen.
- IKO: er zijn vijf lokale teams die samen de regionale consultatiefunctie van het IKO vormen. Het team in Nijmegen heeft een wat zwaardere functie in het geheel: het is als achterwacht beschikbaar voor de andere teams, zowel inhoudelijk als organisatorisch. Het IKO beschikt over een regionale avond-, nacht- en weekenddienst voor consultatie palliatieve zorg die ingevuld wordt door artsen van de vijf teams.

- IKR: heeft een regionale, specialistische consultatievoorziening en negen lokale teams. Het regionale team is beschikbaar voor vragen waar de lokale teams niet uitkomen en voor consultvragen vanuit regio's zonder team.
- IKST: er zijn drie teams in ontwikkeling die samen de regionale consultatiefunctie vormen.
- IKW: in 2004 zijn twee teams opgezet waarvan het IKW-consultatieteam een meer regionale functie heeft en het andere team een meer lokale functie.
- IKZ: in 2004 zijn 5 consultatieteams opgezet die, samen met het in 2005 op te zetten zesde team, de regionale consultatievoorziening van het IKZ vormen.

De werkwijze van de teams die de consultatiefunctie bij de IKC's vervullen is verschillend, zoals ook al eerder is aangegeven in de jaarverslagen van de COPZ-en en de monitor Palliatieve zorg van het NIVEL. De meeste teams doen alleen telefonische consulten. De teams van het IKW en het IKO, de lokale teams van het IKR en het regionale team van het IKL doen ook bedside consultatie. Sommige teams handelen een consult in één keer af, andere teams evalueren de consultvraag en het advies altijd telefonisch met de consultvrager (follow-up, wat weer nieuwe vragen kan opleveren). Sommige teams bemiddelen bij aanmeldingen voor hospicevoorzieningen of indicatiestelling (IKO en IKR), andere teams bieden ondersteuning bij de inzet van thuiszorgtechnologie in de vorm van subcutane pompen. Weer andere teams bezoeken op structurele basis hospicevoorzieningen voor consultatie (IKL). Er zijn per IKC verschillende afspraken gemaakt over wat als een registreerbaar (en declarabel) consult wordt aangemerkt. Het is een taak van de IKC's om hier in 2005 duidelijke afspraken over te gaan maken.

Tabel1 Consulenten en consultatieteams palliatieve zorg per IKC 2004 voor zover deelnemend aan de landelijke registratie 2004

IKC	Naam consulent of team	Bereikbaarheid	Doelgroep	Aard consultatie
IKN	Regionaal Palliatief consultteam IKN	8.30 - 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch
IKST	Palliatief Consultatie Team Noord-West en Midden-Twente	24 uur per dag	professionele zorgverleners	telefonisch
	Palliatief Consultatie Team Enschede-Haaksbergen, Noord-Oost Twente en Oost-Achterhoek	werkdagen van 9.00-17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch
	Palliatief Consultteam Salland, Oost-Veluwe en Zutphen (SOZ)	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch
IKO	Palliatief Consultteam regio Arnhem	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners en patiënten	telefonisch / bedside
	Transmuraal Consultteam Palliatieve Zorg West Achterhoek	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Palliatief consulententeam Gelderse Vallei	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Palliatief Consultteam Noordwest Veluwe	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Ondersteuningspunt Palliatieve Zorg Nijmegen	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Regionale avond, nacht, en weekenddienst palliatieve consultatie regio IKO	weekdagen van 17.00 uur tot 9.00 uur heel weekend	professionele zorgverleners	telefonisch
IKMN	Palliatieteam Midden Nederland	7 x 24 uur	professionele zorgverleners	telefonisch
IKA	Consultteam Palliatieve Zorg Noord- en Oost-Flevoland	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch
	Consultteam Palliatieve Zorg Midden en Zuid Kennemerland & Amstelland en Meerlanden	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch
	Helpdesk Palliatieve Zorg Amsterdam	werkdagen van 9.00 tot 19.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch
	Consultteam Palliatieve Terminale Zorg West-Friesland	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch
	Palliatief Adviesteam Zaanstreek-Waterland	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch
IKW	Helpdesk en consultatieteam palliatieve terminale zorg Haaglanden	werkdagen van 8.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners en patiënten	telefonisch/ bedside
	IKW Consultatieteam Palliatieve Terminale Zorg	werkdagen van 9.00 -13.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch

Vervolg tabel 1. Consulenten en consultatieteams palliatieve zorg per IKC 2004 voor zover deelnemend aan de landelijke registratie 2004

IKC	Naam consulent of team	Bereikbaarheid	Doelgroep	Aard consultatie
IKR	Consultatief Palliatief Team Rotterdam	werkdagen van 8.00 tot 16.30 uur	professionele zorgverleners	telefonisch
	Mobiel Palliatief Team Antonius Binnenweg	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Mobiel Palliatief team Antonius IJsselmonde	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Mobiel Palliatief team Zorggroep Rijnmond	werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Mobiel Palliatief team Nieuwe Waterweg Noord	werkdagen van 8.30 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Mobiel Palliatief team Dirksland	7 x 24 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Consultatief Palliatief Team Oosterschelderegio	dagelijks van 8.00 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Consultteam Palliatieve Zorg Walcheren	werkdagen, behalve woensdag, van 8.30 tot 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Consultatief Palliatief Team Zeeuws Vlaanderen	8 – 17.00 u 7 dagen per week	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
	Consultatief Palliatief Team Drechtzorg	werkdagen van 8.30 – 17.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside
IKZ	Palliatief Adviesteam Regio Midden Brabant	ma t/m do: 8.00 - 17.00 uur vrij t/m zon: 8.00 - 20.00 uur	professionele zorgverleners/ coördinator vtz	telefonisch
	Helpdesk Palliatieve Zorg Helmond / Peelland	ma t/m do: 8.00 - 17.00 uur vrij: 8.00 - 20.00 uur	professionele zorgverleners/ coördinator vtz	telefonisch
	Helpdesk Palliatieve Zorg Eindhoven/Kempensestreek	ma t/m do: 9.00 - 17.00 uur vrij: 9.00 - 21.00 uur	professionele zorgverleners coördinator vtz	telefonisch
	Palliatief Advies Team Noordoost-Brabant	ma t/m do: 9.00 – 17.00 uur vrij: 9.00 – 21.00 uur	professionele zorgverleners/ coördinator vtz	telefonisch
	Palliatief adviesteam Stadsgewest Breda	ma t/m do: 9.00 – 17.00 uur vrij: 9.00 – 21.00 uur	professionele zorgverleners/ coördinator vtz	telefonisch
IKL	Transmuraal Palliatief Adviesteam Sittard	7 x 24 uur	zorgverleners	telefonisch
	Regionaal consultatieteam palliatieve zorg IKL	werkdagen van 9.00 tot 23.00 uur weekend van 9.00 tot 18.00 uur	professionele zorgverleners	telefonisch/ bedside

4. Consulten

4.1 Aantal consulten

In totaal werden er in 2004 door de negen IKC's 5289 consulten geregistreerd. Tijdens de COPZ-periode zijn in het laatste jaar dat geregistreerd werd (maart 2002- maart 2003) 2663 consulten geregistreerd. Dit betekent dat er sprake is van een behoorlijke stijging (bijna een verdubbeling) van het aantal consulten in 2004 ten opzichte van maart 2002-maart 2003. In tabel 2 is te zien dat IKC's die een inhaalslag hebben moeten maken omdat er geen COPZ in de regio was, minder consulten hebben gehad in 2004 dan de IKC's met een COPZ-verleden. De voormalige COPZ-regio's hebben 93% van de consulten uitgevoerd. In 92% van de gevallen waren de consulten patiëntgebonden. Het aantal niet-patiëntgebonden consulten varieert per regio.

Tabel 2. Totaal aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden consulten per IKC-regio in 2004

		Type consult						Totaal
		Patiëntgebonden		Niet-patiëntgebonden		Onbekend		
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	
IKC regio	IKA	337	92,8	26	7,2	-	-	363
	IKL	624	96,1	25	3,9	-	-	649
	IKMN	426	96,6	15	3,4	-	-	441
	IKN	820	95,0	38	4,4	5	0,6	863
	IKO	1585	91,3	151	8,7	-	-	1736
	IKR	769	88,1	104	11,9	-	-	873
	IKST	69	84,1	13	15,9	-	-	82
	IKW	112	71,8	44	28,2	-	-	156
	IKZ	121	96,0	5	4,0	-	-	126
Totaal		4863	91,9	421	8,0	5	0,1	5289

Tabel 3. Het totaal aantal consulten per 10.000 inwoners per IKC in 2004 en 2001-2003

		Inwoneraantal	Aantal 65+ers	Aantal consulten	Aantal consulten per
				per 10.000 inwoners	10.000 inwoners
IKC regio	IKA	2840457	366580	1,3	1,4
	IKL	866808	134921	7,5	5,4
	IKMN	1355672	166003	3,3	2,9
	IKN	2157592	308990	4,0	-
	IKO	1281223	172140	13,5	6,0
	IKR	2383391	342883	3,7	2,4
	IKST	1199666	175111	0,4	-
	IKW	1759506	235607	0,9	-
	IKZ	2260970	296479	0,5	-
Totaal		16105285	2198714	3,3	3,2

In tabel 3 is te zien dat het aantal consulten in 2004 per 10.000 inwoners in totaal 3,3 is. Bij de berekening hiervan werd gebruik gemaakt van kengetallen uit november 2003. De verschillen tussen de IKC's zijn ook hier duidelijk te zien. In het laatste verslag van de COPZ-en werd een gemiddelde genoteerd van 3,2 geregistreerde consulten per 10.000 inwoners. Wat betreft de IKC's met een COPZ-verleden zien we dat het aantal consulten per 10.000 inwoners gemiddeld is gestegen, zij het in wisselende mate.

4.2 Aard van de consulten

Als we kijken naar de vorm van de consulten zien we dat in het merendeel van de consulten het advies telefonisch tot stand komt (84%), en in 16% van de gevallen er een bedside consult heeft plaatsgevonden. Daarnaast kunnen de adviezen ook schriftelijk of in een direct overleg met de consultvrager tot stand komen. De rijpercentages in tabel 4 kunnen meer dan 100% zijn omdat adviezen op verschillende manieren gegeven kunnen zijn.

Vooraf bij het IKL, IKO, IKR en het IKW zijn bedside consulten geregistreerd. Bij de andere IKC's vinden die niet of nauwelijks plaats.

Tabel 4. Vorm van gegeven advies bij patiëntgebonden consulten per IKC-regio, 2004

		Vorm van gegeven advies										Totaal		
		telefonisch		schriftelijk		direct overleg consultvrager		bedside		anders		onbekend		
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal
IKC regio [#]	IKA	318	94,4	172	51,0	16	4,7	-	-	1	0,3	-	-	337
	IKL	490	78,5	35	5,6	146	23,4	168	26,9	2	0,3	-	-	624
	IKMN	426	100,0	413	96,9	-	-	-	-	1	0,2	-	-	426
	IKN	651	79,4	23	2,8	150	18,3	1	0,1	3	0,4	16	2,0	820
	IKO	1337	84,4	350	22,1	368	23,2	411	25,9	29	1,8	-	-	1585
	IKR	596	77,5	240	31,2	89	11,6	171	22,2	6	0,8	-	-	769
	IKST	60	87,0	31	44,9	5	7,2	1	1,4	1	1,4	-	-	69
	IKW	100	89,3	11	9,8	7	6,3	16	14,3	2	1,8	-	-	112
	IKZ	116	95,9	13	10,7	5	4,1	6	5,0	-	-	-	-	121
Totaal		4094	84,2	1288	26,5	786	16,2	774	15,9%	45	0,9	16	0,3	4863

[#] rijpercentages kunnen meer dan 100% zijn, omdat advies op verschillende manieren gegeven kan zijn

5. Patiëntenkenmerken

Er zijn in totaal 4863 patiëntgebonden consulten geregistreerd.

Consultatie wordt gevraagd voor mannen en vrouwen van gemiddeld 66 jaar (sd 16), die met name lijden aan kanker (90%), een slechte prognose hebben (58% korter dan 4 weken) en meestal thuis verblijven (tabel 5). Opvallend is dat 44,8% van de patiënten jonger is dan 65 jaar.

Tabel 5. Patiëntenkenmerken (n = 4863)

		%
Geslacht	Man	52,6
	Vrouw	47,2
Leeftijd	Gemiddeld 66 jaar	
	< 35	2,8
	35-49	10,8
	50-64	31,2
	65-79	35,5
	> 80	17,4
	Onbekend	2,3
Diagnose	Oncologisch	89,8
	Neurologisch	2,4
	Hartfalen	1,7
	COPD	1,0
	AIDS	0,0
	Overig	4,6
Prognose	A 7 dagen	25,9
	> 7 dagen en A 4 weken	32,1
	> 4 weken en A 3 maanden	23,5
	> 3 maanden	14,5
	Onbekend	4,0
Verblijfplaats	Thuis	72,4
	Ziekenhuis	12,3
	Verpleeghuis/verzorgingshuis	6,4
	Hospice/bijna-thuis-huis	6,5
	Overig	1,7

Er zijn verschillen te benoemen tussen telefonische patiëntgebonden consulten en bedside consulten ten aanzien van verblijfplaats en prognose, maar niet voor de andere patiëntenkenmerken. Bij de telefonische consulten is de verblijfplaats van de patiënt in 77 % van de gevallen thuis en in 10% van de gevallen het ziekenhuis, bij de bedside consulten is dat respectievelijk 56% en 26%. Hetzelfde zien we bij de hospicevoorzieningen: in 4,7 % van de telefonische consulten verblijft de patiënt in een hospice of bijna-thuis-huis. Bij de bedside consulten is dat 12%. Ten aanzien van de telefonische en bedside consulten zien we verschillen tussen de IKC's wat betreft de verblijfplaats van de patiënt. Ondanks het feit dat bij alle IKC's de meeste telefonische consulten betrekking hebben op patiënten in de thuissituatie, hebben bij het IKO en het IKL relatief veel telefonische consulten betrekking op patiënten in het ziekenhuis (respectievelijk 22% en 11%), bij het IKL en bij het IKW gaan relatief veel consulten over patiënten in het hospice (beiden 8%). Het IKA doet van alle IKC's relatief gezien de meeste telefonische consulten voor mensen in verpleeg- of verzorgingshuizen.

Het IKR doet 88% van de bedside consulten thuis, het IKL maar 17%. Het IKL en het IKO doen relatief veel bedside consulten in het ziekenhuis (beide 35% van het totale aantal bedside consulten) en het IKL in de hospicevoorzieningen (45%).

Ten aanzien van de prognose zien we dat deze bij de telefonische consulten in 61% van de gevallen korter is dan 4 weken en bij de bedside consulten is dat 51%. De gemiddelde prognose bij de mensen die een bedside consult krijgen, is iets langer. Deze tendens werd ook eerder in de rapportage van de COPZ-en beschreven.

6. Gang van zaken

6.1 Functie consultvragers

Zorgverleners in de eerste lijn zijn verantwoordelijk voor 65% van alle consultaanvragen. 58% betreft huisartsen en 7% van de consultvragen komt met name van wijkverpleegkundigen. Vanuit het ziekenhuis komt 14% van de aanvragen waarvan 6% van medisch specialisten en 8% van ziekenhuisverpleegkundigen. Van medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen komt 5,7% en vanuit hospices 3,1 % van alle aanvragen.

Er zijn echter verschillen per IKC. Bij consultatieteams die van oorsprong vanuit academische ziekenhuizen zijn georganiseerd, zoals het IKO en het IKL, komen relatief veel vragen vanuit de ziekenhuizen. Bij het IKMN komt het grootste deel vanuit de eerste lijn n.l. 89%. Het IKN krijgt naast een groot aantal vragen van huisartsen relatief veel vragen van verpleeghuisartsen (11%). Alleen het IKR, IKL en het IKO krijgen regelmatig vragen vanuit de hospicevoorzieningen. Het IKR krijgt in 6% van alle gevallen vragen van een andere consulent palliatieve zorg. Het regionale team heeft daar nadrukkelijk een derde lijnsfunctie ten opzichte van de andere lokale teams. Bij het IKR en het IKW is vaak de categorie anders ingevuld. Het betreft dan vermoedelijk patiënten of mantelzorgers. Als we de cijfers vergelijken met de laatste rapportage van de COPZ-periode (2001-2003) zien we dat er in 2004 meer vragen zijn gekomen vanuit de eerste lijn (in 2001-2003: 59%) en minder vanuit de ziekenhuizen (in 2001-2003: 23%). Er is een geringe stijging te zien van het aantal aanvragen uit verpleeg- en verzorgingshuizen (in 2001-2003: 4,8%). Zie tabel 6 op pagina 15.

6.2 Functie consulenten

De consulenten die verbonden waren aan de IKC's kregen allemaal een code. Deze code was samengesteld uit de IKC regio, sub-regio of team, functie van de consultverlener en een volgnummer. Een aantal teams had alleen een teamcode.

Het is de bedoeling dat degene die het consult heeft afgehandeld het consult ook invoert in de registratie. Uitzondering hierop vormen het IKA en het IKO. Bij het IKA is alleen de code van een IKC medewerker ingevoerd, bij het IKO de teamcode.

In het algemeen zijn 65% van alle consulten afgehandeld door verpleegkundigen, 19% door huisartsen, 4 % door internisten (oncologen) en 4,5 % door verpleeghuisartsen. We zien wel verschillen per IKC. Bij het IKN en het IKST worden de meeste consulten door de huisartsen gedaan. Bij het IKMN en het IKL nemen internisten (oncologen) een belangrijk deel van de consulten voor hun rekening. Bij het IKR zijn het vooral verpleegkundigen die de consulten hebben gedaan. Bij het IKZ, het IKMN en het IKL doen ook verpleeghuisartsen verhoudingsgewijs redelijk veel consulten. Zie tabel 7 op pagina 16.

Tabel 6. Functie consultvrager bij totaal aantal consulten per IKC-regio, 2004

		Functie consultvrager											
		consulent		huisarts		verpleeghuisarts		medisch specialist		wijkverpleegkundige		verpleegkundige ziekenhuis	
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	-	-	263	72,5	24	6,6	2	0,6	24	6,6	13	3,6
	IKL	-	-	327	50,4	25	3,9	59	9,1	27	4,2	60	9,2
	IKMN	4	0,9	378	85,7	14	3,2	1	0,2	15	3,4	4	0,9
	IKN	8	0,9	593	68,7	98	11,4	27	3,1	24	2,8	9	1,0
	IKO	9	0,5	809	46,6	70	4,0	182	10,5	146	8,4	309	17,8
	IKR	53	6,1	473	54,2	15	1,7	23	2,6	100	11,5	39	4,5
	IKST	-	-	58	70,7	1	1,2	2	2,4	7	8,5	5	6,1
	IKW	1	0,6	76	48,7	3	1,9	2	1,3	17	10,9	2	1,3
	IKZ	1	0,8	99	78,6	3	2,4	2	1,6	7	5,6	1	0,8
Totaal		76	1,4	3076	58,2	253	4,8	300	5,7	367	6,9	442	8,4

		Functie consultvrager										Totaal	
		verpleegkundige verpleeghuis		verpleegkundige hospice of bijna-thuis-huis		ziekenverzorgende		anders		onbekend		aantal	%
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	5	1,4	2	0,6	2	0,6	28	7,7	-	-	363	100,0
	IKL	5	0,8	96	14,8	1	0,2	49	7,6	-	-	649	100,0
	IKMN	-	-	-	-	-	-	25	5,7	-	-	441	100,0
	IKN	3	0,3	3	0,3	1	0,1	83	9,6	14	1,6	863	100,0
	IKO	17	1,0	51	2,9	9	0,5	134	7,7	-	-	1736	100,0
	IKR	15	1,7	13	1,5	6	0,7	136	15,6	-	-	873	100,0
	IKST	2	2,4	-	-	-	-	7	8,5	-	-	82	100,0
	IKW	-	-	-	-	-	-	54	34,6	1	0,6	156	100,0
	IKZ	1	0,8	1	0,8	-	-	11	8,7	-	-	126	100,0
Totaal		48	0,9	166	3,1	19	0,4	527	10,0	15	0,3	5289	100,0

Tabel 7. Functie consulent bij totaal aantal consulten per IKC-regio, 2004

		Functie consulent											
		Huisarts		Verpleeghuisarts		Internist/oncoloog		Verpleegkundige		IKC-medewerker			
IKC regio	IKA	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
	IKA	-	-	-	-	-	-	-	-	363	100,0	363	100,0
	IKL	30	4,6	81	12,5	108	16,6	430	66,3	-	-	649	100,0
	IKMN	70	15,9	83	18,8	88	20,0	198	44,9	1	0,2	441	100,0
	IKN	786	91,1	-	-	-	-	77	8,9	-	-	863	100,0
	IKO	-	-	-	-	-	-	1736	100,0	-	-	1736	100,0
	IKR	8	0,9	26	3,0	3	0,3	836	95,8	-	-	873	100,0
	IKST	67	81,7	-	-	-	-	15	18,3	-	-	82	100,0
	IKW	18	11,5	15	9,6	12	7,7	111	71,2	-	-	156	100,0
	IKZ	39	31,0	32	25,4	1	0,8	54	42,9	-	-	126	100,0
Totaal		1018	19,2	237	4,5	212	4,0	3457	65,4	364	6,9	5289	100,0

6.3 Mono- of multidisciplinair werken

Uit onderstaande tabel 8 wordt duidelijk dat de helft van het aantal consulten op monodisciplinaire wijze tot stand komt en de andere helft op multidisciplinaire wijze. Met multidisciplinair wordt bedoeld dat er overleg is geweest met andere discipline(s) binnen of buiten het team. IKMN, IKN, IKW en IKZ werken vaker monodisciplinair. Het IKA, het IKL, het IKO, en het IKR werken vaker multidisciplinair.

Tabel 8. Aantallen en percentages mono- multidisciplinaire consulten per IKC

		Monodisciplinair		Multidisciplinair		Onbekend		Totaal	
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	123	36,5	214	63,5	-	-	337	100,0
	IKL	237	38,0	387	62,0	-	-	624	100,0
	IKMN	308	72,3	118	27,7	-	-	426	100,0
	IKN	628	76,6	164	20,0	28	3,4	820	100,0
	IKO	629	39,7	956	60,3	-	-	1585	100,0
	IKR	307	39,9	462	60,1	-	-	769	100,0
	IKST	34	49,3	35	50,7	-	-	69	100,0
	IKW	74	66,1	38	33,9	-	-	112	100,0
	IKZ	73	60,3	48	39,7	-	-	121	100,0
Totaal		2413	49,6	2422	49,8	28	0,6	4863	100,0

6.4 Looptijd van de consulten

Om de looptijd van de consulten te berekenen is de datum van aanmelding afgetrokken van de datum van het einde van het consult. Een consult wordt beëindigd als het advies is gegeven, de vraag naar tevredenheid van de consultvrager is beantwoord en er geen nieuwe problemen zijn opgetreden, of als de patiënt is overleden. De looptijd zegt dus niets over de snelheid waarmee een consulent een advies formuleert naar de consultvrager toe. Indien bij een contact met de consultvrager een nieuwe vraag naar voren komt voordat het consult is afgesloten, wordt er geen nieuw formulier ingevuld, maar wordt de vraag toegevoegd aan het oorspronkelijke formulier.

Bij vijf IKC's is de mediaan van de looptijd minder of gelijk aan één dag. Bij met name het IKL, het IKO en het IKR zijn de looptijden relatief lang (mediaan respectievelijk 7, 4 en 2 dagen). Deze verschillen zijn verklaarbaar door de verschillen in werkwijzen. Sommige teams evalueren de gegeven adviezen na enkele dagen met de consultvrager, daarmee is de looptijd langer. Als er tijdens die evaluatie nieuwe vragen naar voren komen voordat het consult is beëindigd, is de looptijd per definitie langer. Voorts is het mogelijk dat er onduidelijkheden waren in de handleiding van het registratieformulier. Hierin werd gesproken over een vervolgconsult als er een nieuwe vraag kwam over een reeds bekende patiënt terwijl het vorige consult al was afgesloten. In dat geval moest een nieuw formulier worden ingevuld. De mogelijkheid bestaat dat sommige teams dat niet hebben gedaan, maar dat ze de nieuwe vragen hebben toegevoegd aan de eerder genoteerde vragen. We zien in de onderstaande tabellen tevens een groot verschil tussen de looptijden van de telefonische en de bedside consulten. De looptijd van deze laatste zijn langer.

Tabel 9. Looptijd van patiëntgebonden consulten per IKC-regio, 2004

		Looptijd consult												Totaal	
		binnen 1 dag		1-7 dagen		8-14 dagen		15-30 dagen		> 30 dagen		onbekend		aantal	%
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%		
IKC regio	IKA	324	96,1	8	2,4	2	0,6	1	0,3	2	0,6	-	-	337	100,0
	IKL	116	18,6	230	36,9	118	18,9	104	16,7	55	8,8	1	0,2	624	100,0
	IKMN	369	86,6	52	12,2	1	0,2	2	0,5	2	0,5	-	-	426	100,0
	IKN	731	89,1	23	2,8	7	0,9	12	1,5	15	1,8	32	3,9	820	100,0
	IKO	382	24,1	720	45,4	216	13,6	146	9,2	121	7,6	-	-	1585	100,0
	IKR	293	38,1	234	30,4	58	7,5	68	8,8	113	14,7	3	0,4	769	100,0
	IKST	34	49,3	12	17,4	10	14,5	8	11,6	5	7,2	-	-	69	100,0
	IKW	99	88,4	13	11,6	-	-	-	-	-	-	-	-	112	100,0
	IKZ	103	85,1	16	13,2	2	1,7	-	-	-	-	-	-	121	100,0
Totaal		2451	50,4	1308	26,9	414	8,5	341	7,0	313	6,4	36	0,7	4863	100,0

Tabel 10. Looptijd voor het totaal aantal patiëntgebonden consulten en telefonische c.q. bedside consulten apart, per IKC-regio, 2004

		Looptijd consult (dagen) totaal mediaan	Looptijd telefonische consulten(dagen) mediaan	Looptijd bedside consulten (dagen) mediaan
IKC regio	IKA	< 1	< 1	-
	IKL	7	6	12
	IKMN	< 1	< 1	-
	IKN	< 1	< 1	-
	IKO	4	4	7
	IKR	2	1	8
	IKST	1	< 1	-
	IKW	< 1	< 1	< 1
	IKZ	< 1	< 1	< 1
Totaal		< 1	< 1	7

6.5 Consultgebonden tijd

De consultgebonden tijd betreft de totale tijd die besteed is aan het contact met de consultvrager, overleg binnen of buiten het team, overige contacten, zoeken op internet of in de literatuur, reistijd en administratie. De mediaan van de consultgebonden tijd van een consult is 60 minuten. Ook hier zien we weer verschillen tussen de IKC's.

De consultgebonden tijd bij het IKN is relatief kort, 30 minuten, bij het IKA, IKR en IKO het langst (75-80 minuten).

In onderstaande tabel 11 zien we ook dat er verschillen zijn tussen de telefonische en de bedside consulten. De mediaan van de bedside consulten is 2,5 uur. Dit varieert van 1 uur (IKW) tot 3 uur (IKO, IKR). De consultgebonden tijd was in de COPZ-periode gemiddeld langer, namelijk 1,3 uur voor een telefonisch consult en 5,5 uur voor een bedside consult. Het is waarschijnlijk dat de teams wat efficiënter zijn gaan werken.

Tabel 11. Consultgebonden tijd per IKC, voor het totaal aantal consulten en telefonische c.q. bedside consulten apart, 2004

		Consultgebonden tijd totaal		Consultgebonden tijd telefonische consulten		Consultgebonden tijd bedside consulten (uren)	
		mediaan (range)		mediaan (range)		mediaan (range)	
IKC regio	IKA	80 min	(10 min - 6h)	80 min	(10 min - 6h)	-	
	IKL	50 min	10 min - 14h)	40 min	(10 min - 14h)	2,5h	(20 min - 11,5h)
	IKMN	60 min	(10 min - 2,5h)	60 min	(10 min - 2,5h)	-	
	IKN	30 min	(5 min - 1,5h)	30 min	(5 min - 1,5h)	-	
	IKO	75 min	(5 min - 24h)	75 min	(5 min - 24h)	3h	(10 min - 24h)
	IKR	80 min	(8 min - 16,5h)	60 min	(8 min - 16,5h)	3h	(30 min - 14h)
	IKST	60 min	(10 min - 7h)	60 min	(10 min - 7h)	-	
	IKW	45 min	(10 min - 6,5h)	38 min	(10 min - 6,5h)	1h min	(15 min - 2h)
	IKZ	45 min	(10 min - 6h)	40 min	(10 min - 6h)	2h	(60 min - 2,5h)
	Totaal		60 min	(5 min - 24h)	60 min	(5 min - 24h)	2,5h

6.6 Aantal en aard van de vragen bij de consulten

Een consult over palliatieve zorg gaat slechts in weinig gevallen om een enkel probleem. Vaak betreft het meerdere problemen tegelijkertijd: gemiddeld 3,2 (variërend van 1 tot 13). In tabel 12 is te zien dat in ongeveer de helft van het aantal consulten 3 of meer vragen worden gesteld.

Er is een verschil tussen telefonische en bedside consulten. Bij bedside consulten komen meer vragen aan bod: gemiddeld 4,5 (sd 2,6) ten opzichte van de telefonische consulten: 3,2 (sd 2,0). In de laatste rapportage van de COPZ-en werd een onderscheid gemaakt tussen ingangsvragen en relevante problemen die tijdens het gesprek met de consultvrager naar voren kwamen. Dit onderscheid werd in 2004 niet meer gemaakt.

Er werden in de periode 2002-2003 gemiddeld 1.9 ingangsvragen en 3.7 relevante vragen gesteld bij telefonische consulten en 2.4 ingangsvragen c.q. 7.0 relevante vragen bij bedside consulten. Het lijkt er op dat het gemiddelde aantal vragen bij telefonische consultatie ongeveer gelijk is gebleven en het gemiddelde aantal vragen bij bedside consultatie is afgenomen.

Tabel 12. Aantal vragen per patiëntgebonden consult per IKC-regio, 2004

		Aantal vragen per consult												Totaal	
		1		2		3		4		A5		onbekend			
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	39	11,6	74	22,0	92	27,3	62	18,4	70	20,8	-	-	337	100,0
	IKL	91	14,6	176	28,2	134	21,5	73	11,7	150	24,0	-	-	624	100,0
	IKMN	79	18,5	132	31,0	100	23,5	56	13,1	59	13,8	-	-	426	100,0
	IKN	171	20,9	197	24,0	162	19,8	132	16,1	148	18,0	10	1,2	820	100,0
	IKO	311	19,6	344	21,7	303	19,1	230	14,5	397	25,0	-	-	1585	100,0
	IKR	132	17,2	202	26,3	164	21,3	115	15,0	156	20,3	-	-	769	100,0
	IKST	15	21,7	18	26,1	11	15,9	8	11,6	17	24,6	-	-	69	100,0
	IKW	24	21,4	28	25,0	27	24,1	16	14,3	17	15,2	-	-	112	100,0
	IKZ	26	21,5	32	26,4	22	18,2	19	15,7	22	18,2	-	-	121	100,0
Totaal		888	18,3	1203	24,7	1015	20,9	711	14,6	1036	21,3	10	0,2	4863	100,0

Tabel 13. Gemiddeld aantal vragen en standaarddeviaties voor het totaal aantal patiëntgebonden consulten, de telefonische en de bedside consulten per IKC, 2004

		Totaal aantal consulten gemiddelde ± sd	Telefonische consulten gemiddelde ± sd	Bedside consulten gemiddelde ± sd
IKC regio	IKA	3,3 ± 1,6	3,3 ± 1,6	-
	IKL	3,3 ± 2,0	3,2 ± 1,9	4,8 ± 2,4
	IKMN	2,8 ± 1,5	2,8 ± 1,5	-
	IKN	3,0 ± 1,8	3,0 ± 1,8	-
	IKO	3,4 ± 2,3	3,4 ± 2,3	4,7 ± 2,7
	IKR	3,2 ± 1,9	3,2 ± 2,0	3,9 ± 2,3
	IKST	3,1 ± 1,9	3,1 ± 1,9	-
	IKW	3,0 ± 1,9	3,0 ± 1,8	2,9 ± 2,4
	IKZ	3,0 ± 1,9	2,9 ± 1,8	5,3 ± 1,8
Totaal		3,2 ± 2,0	3,2 ± 2,0	4,5 ± 2,6

6.7 Lichamelijke problemen

De consultvragen werden onderverdeeld in vragen over lichamelijke problemen en andere problemen. Gemiddeld werd bij alle consulten samen 1,5 vraag gesteld over lichamelijke problemen. Het aantal varieerde van 0 - 6 verschillende lichamelijke problemen. Er is een verschil tussen de telefonische en de bedside consulten te zien. In de bedside consulten komen gemiddeld meer lichamelijke problemen aan bod: gemiddeld 2 (range 0 - 6). Ook hier zien we kleine verschillen tussen de IKC's. Bij het IKL worden gemiddeld de meeste lichamelijke problemen gescoord, bij het IKR de minste. Zie onderstaande tabel 14.

Tabel 14. Gemiddeld aantal lichamelijke problemen en standaarddeviatie voor het totaal aantal patiëntgebonden consulten , telefonische c.q. bedside consulten, per IKC, 2004

		Totaal aantal consulten gemiddelde ± sd	Telefonische consulten gemiddelde ± sd	Bedside consulten gemiddelde ± sd
IKC regio	IKA	1,5 ± 1,0	1,5 ± 1,0	-
	IKL	1,7 ± 1,4	1,6 ± 1,3	2,7 ± 1,6
	IKMN	1,2 ± 0,7	1,2 ± 0,7	-
	IKN	1,5 ± 0,9	1,6 ± 0,8	-
	IKO	1,6 ± 1,3	1,6 ± 1,3	2,1 ± 1,5
	IKR	1,1 ± 1,0	1,1 ± 1,0	1,2 ± 1,3
	IKST	1,2 ± 0,9	1,3 ± 1,0	-
	IKW	1,4 ± 0,7	1,4 ± 0,7	1,4 ± 1,0
	IKZ	1,4 ± 1,0	1,4 ± 1,0	2,5 ± 1,4
Totaal		1,5 ± 1,1	1,5 ± 1,1	2,0 ± 1,6

In tabel 15 wordt een overzicht gegeven van het voorkomen van vragen over lichamelijke problemen voor het totaal, voor de telefonische en de bedside consulten apart. Pijn is zowel bij de telefonische als de bedside consulten het meest voorkomende probleem. In 47% van alle patiëntgebonden consulten worden hier vragen over gesteld. Daarnaast worden er veel vragen gesteld over misselijkheid/braken (17%), benauwdheid (16%) en delier (15%). Dit komt overeen met de gegevens van de laatste COPZ-rapportage 2001-2003. In de tabel is te zien dat in de bedside consulten vaker wordt gesproken over pijn, benauwdheid, moeheid, verminderde eetlust, anorexie, obstipatie, mondproblemen en huiddefecten dan bij de telefonische consulten. Voor de verschillen die er zijn tussen de IKC's verwijzen wij naar de tabellen in bijlage 3.

Tabel 15. Het voorkomen van vragen over lichamelijke problemen.

Lichamelijke problemen	Totaal aantal consulten	Telefonische consulten	Bedside consulten
Pijn	47%	48%	54%
Misselijkheid/braken	17%	18%	17%
Benauwdheid/kortademig	16%	16%	24%
Delier	15%	15%	15%
Moeheid	8%	6%	23%
Anorexie/verminderde eetlust	7%	6%	14%
Obstipatie	7%	7%	15%
Mondproblemen	5%	4%	10%
Huiddefect	4%	4%	9%
Anders	22%	22%	24%

6.8 Overige problemen

Palliatieve zorg is complexe zorg. Er komen in de consulten uiteraard ook andere problemen aan bod dan alleen lichamelijke problemen.

In de tabellen 16 en 17 zijn de aantallen, de gemiddelden en standaarddeviaties opgenomen van het aantal 'overige vragen' voor het totaal aantal consulten en telefonische cq bedside consulten.

Er wordt in het totaal aantal consulten gemiddeld over 1,8 verschillende 'overige problemen' gesproken. Bij bedside consultatie is dat gemiddelde hoger, namelijk 2,5. Dit komt overeen met eerdere bevindingen uit de COPZ-periode, namelijk dat in bedside consultatie meer en een grotere diversiteit aan problemen aan bod komen.

Tabel 16. Het aantal overige vragen per consult, per IKC, 2004

		Aantal overige vragen per consult												Totaal	
		0		1		2		3		4		A 5			
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	44	13,1	108	32,0	100	29,7	51	15,1	18	5,3	16	4,7	337	100,0
	IKL	95	15,2	245	39,3	160	25,6	80	12,8	31	5,0	13	2,1	624	100,0
	IKMN	70	16,4	168	39,4	107	25,1	47	11,0	20	4,7	14	3,3	426	100,0
	IKN [#]	248	30,2	208	25,4	164	20,0	101	12,3	55	6,7	34	4,1	820	100,0
	IKO	261	16,5	525	33,1	391	24,7	198	12,5	104	6,6	106	6,7	1585	100,0
	IKR	93	12,1	196	25,5	212	27,6	135	17,6	78	10,1	55	7,2	769	100,0
	IKST	12	17,4	20	29,0	17	24,6	8	11,6	9	13,0	3	4,3	69	100,0
	IKW	28	25,0	37	33,0	23	20,5	14	12,5	5	4,5	5	4,5	112	100,0
	IKZ	27	22,3	41	33,9	24	19,8	15	12,4	10	8,3	4	3,3	121	100,0
Totaal		878	18,1	1548	31,8	1198	24,6	649	13,3	330	6,8	250	5,1	4863	100,0

Tabel 17. Het aantal overige vragen voor het totaal aantal consulten, telefonische c.q. bedside consulten, per IKC, 2004

		Totaal aantal consulten gemiddelde ± sd	Telefonische consulten gemiddelde ± sd	Bedside consulten gemiddelde ± sd
IKC regio	IKA	1,8 ± 1,3	1,8 ± 1,3	-
	IKL	1,6 ± 1,2	1,5 ± 1,1	2,1 ± 1,4
	IKMN	1,6 ± 1,3	1,6 ± 1,3	-
	IKN	1,5 ± 1,5	1,6 ± 1,5	-
	IKO	1,8 ± 1,5	1,8 ± 1,5	2,6 ± 1,7
	IKR	2,1 ± 1,5	2,0 ± 1,5	2,8 ± 1,7
	IKST	1,9 ± 1,5	1,9 ± 1,4	-
	IKW	1,6 ± 1,6	1,6 ± 1,5	1,5 ± 1,8
	IKZ	1,6 ± 1,4	1,6 ± 1,4	2,8 ± 1,3
	Totaal	1,8 ± 1,4	1,7 ± 1,4	2,5 ± 1,7

Wat betreft de aard van de problematiek geeft tabel 18 op pagina 26 inzicht. Farmacologische problemen (problemen rond dosering, toedieningsvormen etc. van medicatie) (42%), organisatie van zorg (30%), ondersteuning van de consultvrager (27%) en psychische problemen (17%) vormen de grootste groepen 'overige vragen'. Dit komt overeen met eerdere rapportages van de COPZ-en. Interessant is het gegeven dat in de laatste rapportage van de COPZ-en de categorie sedatie niet specifiek was opgenomen. In 2004 zien we dat in maar liefst 11 % van alle consulten sedatie een onderwerp van gesprek is. Mogelijk heeft dit te maken met de actualiteit van dit onderwerp en de discussie die hier in de media over gevoerd wordt. Voorts worden bij de bedside consulten behalve voor farmacologische problemen en sedatie hogere percentages gevonden op de categorieën overige vragen. Dit impliceert dat deze probleemcategorieën vaker besproken worden in bedside consulten dan in telefonische consulten. Ook hier zijn er weer verschillen tussen de IKC's, die verder niet te verklaren zijn (zie de tabellen in bijlage 4).

Tabel 18. Het voorkomen van vragen over overige problemen

Overige problemen	Totaal	Telefonische consulten	Bedside consulten
Farmacologische problemen	42%	46%	30%
Organisatie van zorg	30%	29%	45%
Ondersteuning consultvrager	27%	28%	33%
Psychische problemen	17%	15%	30%
Sedatie	11%	12%	8%
Ondersteuning mantelzorger	14%	11%	37%
Sociale problemen	12%	10%	27%
Dagelijks functioneren	12%	9%	21%
Euthanasie	5%	5%	6%
Levensbeschouwelijke problemen	3%	3%	4%
Anders	6%	6%	8%

7. Conclusies

Palliatieve zorg is complex en omvat een breed gebied van lichamelijke, psychosociale en spirituele problematiek. Bovendien vraagt deze vorm van zorg een uitgebreide organisatie en coördinatie. De symptomen en problemen van deze patiënten zijn vaak complex en de palliatieve zorg heeft zich zeker in medisch technisch opzicht sterk ontwikkeld. Terminale patiënten vormen echter een klein aandeel van het totale patiëntenbestand van menig arts en verpleegkundige, waardoor zij in hun dagelijkse praktijk slechts een beperkte ervaring kunnen opdoen met palliatieve zorg.

Ter ondersteuning van deze zorgverleners en ter bevordering van de kwaliteit van palliatieve zorg zijn er in heel Nederland consultatieteams opgezet. Deze teams nemen de zorg van de zorgverleners niet over, maar adviseren en ondersteunen alleen. Zo blijft de continuïteit van zorg gewaarborgd en kan palliatieve zorg verleend (blijven) worden door de patiënt's eigen vertrouwde zorgverlener.

In de periode 1999-2003 zijn er door de zes Centra voor Ontwikkeling Palliatieve Zorg (COPZ-en) consultatiemodellen ontwikkeld en geëvalueerd. Deze hadden echter geen landelijke dekking. De verzorgingsgebieden van de COPZ-en bedroeg ongeveer de helft van het aantal Nederlanders. In de regio's van het IKZ, het IKW en het IKST was er geen COPZ. Het is de taak van de IKC's om de consultatiefunctie vorm te geven in een landelijk dekkend systeem zodat iedere zorgverlener in Nederland gebruik kan maken van die consultatievoorzieningen.

Deze consultatiefunctie is in ieder IKC anders georganiseerd. Soms is er een regionaal team, soms vormen enkele teams tezamen de regionale consultatiefunctie. De doelgroep is overwegend de professionele hulpverlener: artsen, verpleegkundigen in de diverse settings waar palliatieve zorg wordt geboden. Twee lokale teams hebben ook de patiënt als doelgroep.

De meeste teams of modellen kennen een multidisciplinaire samenstelling. De teams in Twente, Limburg, het team in Zeeuws-Vlaanderen, de teams in Noord-Brabant, de teams van het IKO en het team van het IKMN Utrecht hebben een uitgebreidere bereikbaarheid naar weekend en/of avonden. De overige teams zijn alleen binnen kantooruren bereikbaar.

Er zijn in totaal 38 teams die in 2004 mee hebben gedaan aan de landelijke registratie van de VIKC. De werkwijze van deze teams verschilt in sommige opzichten. Het ontbreekt nog aan heldere afspraken over welke activiteiten als consult kunnen worden aangemerkt. De definitie van een consult die in het kwaliteitskader consultatie staat beschreven is breed en voor meerdere interpretaties vatbaar. Het is de taak van de IKC's om hier in gezamenlijkheid afspraken over te maken.

Aard en aantal consulten

De IKC's hebben in 2004 samen 5289 consulten geregistreerd. Deze consulten zijn uitgevoerd door in totaal 38 teams. Dit betekent dat er bijna een verdubbeling heeft plaatsgevonden van het aantal consulten ten opzicht van de periode 2002-2003; toen werden 2663 consulten gedaan door de gezamenlijke COPZ-en. Ondanks het feit dat er sprake is van een verdubbeling van het verzorgingsgebied en een toename van het aantal teams, in met name de gebieden waar vóór 2004 geen COPZ was, zien we dat de IKC's met een COPZ-verleden 93% van alle consulten voor hun rekening nemen. De IKC's zonder COPZ-verleden moeten duidelijk een inhaalslag maken. Uit ervaring en uit de COPZ-periode weten

we dat het enige tijd en moeite kost om consultatieteams op te zetten, daar bekendheid aan te geven en zorgverleners “consultatie-minded” te maken. Daarom is dat het te verwachten dat het aantal consulten in de IKW-, IKST- en IKZ-regio's de komende jaren zal toenemen. Deze verwachting geldt ook voor de IKA-regio waar in de COPZ-periode de meeste nadruk heeft gelegen op netwerkontwikkeling en andere structuuraanpassingen. Daarnaast wordt verwacht dat in alle regio's het aantal consulten zal toenemen door de verwachte toename van de behoefte aan palliatieve zorg, de doelgroepen uitbreiding en de toenemende bekendheid van de consultatieteams.

Er zijn 3,3 consulten gedaan per 10.000 inwoners. Bij de IKC's met een COPZ- verleden zien we gemiddeld een groei van het aantal consulten per 10.000 inwoners ten opzichte van 2001-2003.

De meerderheid van de consulten is telefonisch gevoerd (84%), in 16% van de consulten werd de patiënt aan het bed bezocht door de consultant. Van de consulten betrof slechts 8% algemene niet-patiëntgebonden vragen. Ten opzichte van 2001-2003 is dat een toename van het percentage telefonische consulten (76% in 2001-2003) en een afname van het percentage bedside consulten (24% in 2001-2003) en niet-patiëntgebonden vragen (13% in 2001-2003).

Consultvragers

Met name zorgverleners uit de eerste lijn (65%) maakten gebruik van de consultatiemogelijkheden, waarbij huisartsen de grootste groep vertegenwoordigden (58%). Vanuit het ziekenhuis kwam circa 14% van alle aanvragen, vanuit de verpleeghuizen/verzorgingshuizen 5,7% en vanuit hospices 3%. In 10% van de gevallen kwam de consultvraag van 'anderen'. Aangezien bijna tweederde van de patiënten met een niet-acute aandoening thuis sterft, ruim een kwart in het ziekenhuis en ongeveer 10% in verzorgings- of verpleeghuizen¹ is deze verdeling van consultvragers niet helemaal conform de verwachting. Men zou meer consulten verwachten vanuit de ziekenhuizen en verpleeg/verzorgingshuizen. Het is aan de IKC's om meer aandacht te besteden aan consultatie in de intramurale zorginstellingen.

Patiënten

Bijna 90% van de consulten betreft patiënten met kanker. De gemiddelde leeftijd bedraagt 66 jaar. Bijna 45% van de patiënten is jonger dan 65 jaar. Ongeveer 60% van de patiënten had volgens de consultvragers een levensverwachting korter dan vier weken. Ongeveer tweederde van Nederlanders met een niet-acute aandoening overlijdt aan kanker². Dit betekent dat patiënten met diagnoses anders dan kanker ondervertegenwoordigd blijven in de hier beschreven consultaties. Dit is ten dele te verklaren uit de ontstaansgeschiedenis van verschillende consultatieteams vanuit academische oncologieafdelingen en IKC's. Ook is het mogelijk dat zorgverleners minder snel geneigd zijn advies te vragen over niet-oncologische patiënten of dat zij gebruik (kunnen) maken van andere wegen voor steun en advies. Bovendien is het voor sommige diagnosegroepen moeilijk aan te geven wat de overlevingsprognose is en is de terminale fase moeilijker te voorspellen dan bij kankerpatiënten.

Het aantrekken van andere patiëntengroepen is opgenomen in het activiteitenplan van het programmaoverleg palliatieve zorg van de IKC's.

¹ Francke AL, Willems DL. Palliatieve zorg vandaag en morgen. Feiten, opvattingen en scenario's. Maarsen: Elsevier, 2000. p 31-32

² Idem, p 29

Aantal en aard van de consultvragen

Vragen die in consultatie aan bod komen bestrijken de gehele breedte van palliatieve zorg. Conform de focus van de zorgverleners betreffen de meeste vragen lichamelijke en farmacologische problemen, organisatie van de zorg, ondersteuning van consultvragers en psychische problematiek. Pijn staat onbetwist bovenaan de lijst van lichamelijke symptomen, gevolgd door benauwdheid, misselijkheid en delier. Ook in de literatuur worden deze problemen beschreven als de meest voorkomende symptomen bij patiënten met kanker. Opvallend is dat er in 11% van alle consulten gesproken wordt over problemen met betrekking tot sedatie. Het is wellicht een weerspiegeling van de discussies die hier het laatste jaar over zijn gevoerd in de media.

Verschillen tussen telefonisch patiëntgebonden en bedside consulten

De telefonisch patiëntgebonden consulten zijn vooral afkomstig uit de eerste lijn en dan met name van huisartsen. Verzoeken om bedside consulten komen daarentegen meer uit het ziekenhuis en hospicevoorzieningen.

Patiëntenkenmerken verschillen echter weinig voor bedside versus telefonisch patiëntgebonden consulten, afgezien van de verblijfplaats en de overlevingsprognose. Bij bedside consulten is de gemiddelde overlevingsprognose iets langer.

In bedside consulten komen meer lichamelijke en 'overige problemen' aan bod dan in telefonische patiëntgebonden consulten. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat bij bedside consulten het wellicht beter mogelijk is om aan een veelheid van aspecten van palliatieve zorg aandacht te geven of problemen te identificeren waardoor bijvoorbeeld sociale problemen en ondersteuning van de mantelzorg in verhouding veel hoger scoren dan in telefonische consulten. Echter, het is ook mogelijk dat bedside consulten plaatsvinden bij (over het algemeen) meer complexe situaties waardoor meer problemen worden geïdentificeerd.

Eindconclusie

Alle IKC-regio's zijn volop bezig met de ontwikkeling van consultatievoorzieningen. In principe kan iedere zorgverlener in Nederland gebruik maken van een specialistische consultatievoorziening. In de meeste regio's is de voorziening georganiseerd in meerdere teams en daarnaast werken de meeste regio's met een regionale consultatievoorziening die voorziet in een achterwachtfunctie voor andere teams. In de meeste regio's met een COPZ-verleden groeit het aantal consulten nog steeds, de verwachting is dat dat ook voor het IKW, IKZ en IKST zal gelden. Er zijn echter wel verschillen tussen de IKC's wat betreft werkwijze, aard van de consulten, bereikbaarheid en samenstelling van de teams. Dit heeft te maken met de historie van de regio (een COPZ-verleden of niet), de couleur locale van de gebieden en de autonomie van de IKC's. Dit maakt dat de cijfers die in dit rapport zijn genoemd niet gemakkelijk zijn te interpreteren. Het is niet mogelijk om 'appels' met 'peren' te vergelijken. De verschillen tussen de IKC's zijn niet per definitie negatief. De kracht van de IKC's is juist de regionale oriëntatie en het daarop afstemmen van de organisatie van de dienstverlening. Er is echter een aantal verschillen dat afstemming behoeft. Daarbij heeft een duidelijke definitie en afbakening van het begrip 'consult' prioriteit. Het is zaak om tot een landelijke definitie te komen van wat onder een consult valt en wat niet. De werkgroep Consultatie binnen het landelijke programmaoverleg palliatieve zorg heeft dit als speerpunt in haar activiteitenplan voor 2005 benoemd, naast afstemming over vergoedingen, samenstelling van teams en benoemingscriteria en functie-eisen van consultants.

In dit rapport is niet af te lezen wat de kwaliteit is van de consulten. Onduidelijk is welke adviezen werden gegeven, hoe de consulten door consultvragers werden geëvalueerd en of

de adviezen conform richtlijnen zijn gegeven. Het is aan het landelijk programma om het kwaliteitsbeleid ten aanzien van consultatie verder uit te werken. Het is duidelijk dat de consultatiefunctie nog niet is 'uitontwikkeld'. De IKC;'s moeten de tijd krijgen om zaken verder uit te kristalliseren. PR van het aanbod, groei van het aantal consulten, kwaliteitsbeleid, het structureel inbedden van de financieringsregelingen en het ontwikkelen van een scholingsbeleid zijn daarbij voorname aandachtspunten. Het landelijke programmaoverleg palliatieve zorg en meer specifiek de werkgroepen Consultatie en Consultregistratie zullen hier in de komende jaren veel aandacht aan besteden.

BIJLAGE 1

Landelijk registratieformulier

REGISTRATIE consulten palliatieve consultatieteams (*vertrouwelijk*)

AANVULLENDE GEGEVENS

...
...
...

Eigen consultnr.

Consultnr. teamup

ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

- 1.1 Consulentcode
- 1.2 Datum aanmelding
Tijd :
- 1.3 Datum consult
Tijd :
- 1.4 Soort vraag
 patiëntgebonden
 niet-patiëntgebonden
- 1.5 Vorm van aanmelding
 telefonisch schriftelijk (post/fax/e-mail)
 direct overleg consultvrager anders:
- 1.6 Postcode consultvrager
- 1.7 Functie consultvrager
 consulent verpleeghuisarts
 huisarts wijkverpleegkundige
 medisch specialist verplk. verpleeg-/verzorgingshuis
 verpleegkundige ziekenhuis ziekenverzorgende
 verpleegkundige hospice anders:

GANG VAN ZAKEN

- 2.1 In welke vorm is het advies gegeven
 telefonisch
 schriftelijk (post/fax/e-mail)
 direct overleg (face to face)
 anders, nl:
- 2.2 Hoe is het advies tot stand gekomen
 monodisciplinair
 multidisciplinair, binnen team
 multidisciplinair, buiten team
- 2.3 Consultgebonden tijd :
- 2.4 Datum einde consult
Tijd :

REGISTRATIE consulten palliatieve consultatieteams (*vertrouwelijk*)

PATIËNTKENMERKEN

3.1 Naam Voorletter
Tussenvoegsel
Achternaam

Postcode

3.3 Geboortedatum

3.2 Geslacht man vrouw

3.4 Verblijfplaats van patiënt tijdens consultatie

<input type="checkbox"/>	thuis bij familie/vrienden	<input type="checkbox"/>	verzorgings-/verpleeghuis
<input type="checkbox"/>	ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	hospice/bijna thuis huis
<input type="checkbox"/>	anders, nl:	<input type="text"/>	

3.5 Diagnose

<input type="checkbox"/>	oncologisch	<input type="checkbox"/>	AIDS
<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>	neurologisch
<input type="checkbox"/>	hartfalen	<input type="checkbox"/>	anders: <input type="text"/>

3.6 Prognose

<input type="checkbox"/>	A 7 dagen	<input type="checkbox"/>	> 7 dagen en A 4 weken
<input type="checkbox"/>	> 4 weken en A 3 maanden	<input type="checkbox"/>	> 3 maanden

CONSULT BETREFT (ingangsvraag en relevantie)

4.1 lichamelijk

<input type="checkbox"/>	benauwdheid/kortademigheid	<input type="checkbox"/>	delier
<input type="checkbox"/>	eetlust/anorexie	<input type="checkbox"/>	huiddefect
<input type="checkbox"/>	misselijkheid/braken	<input type="checkbox"/>	moeheid
<input type="checkbox"/>	mondproblemen	<input type="checkbox"/>	obstipatie
<input type="checkbox"/>	pijn	<input type="checkbox"/>	anders: <input type="text"/>

dagelijks functioneren

euthanasie

farmacologisch

levensbeschouwelijk

psychisch

sociaal

sedatie

organisatie van zorg

ondersteuning mantelzorg

ondersteuning consultvrager

anders, nl:

AANVULLENDE GEGEVENS: zie voorzijde

BIJLAGE 2

Handleiding bij registratieformulier

Algemeen

Het registratieformulier dient ingevuld te worden bij **alle** (dus ook niet-patiëntgebonden) **consulten met betrekking tot palliatieve zorg**.

Onder een consult in de palliatieve zorg wordt verstaan: een methodisch overleg tussen beroepskrachten (professionals) in de rol van consultgever(s) en consultvrager(s). De consultgever ondersteunt de consultvrager bij het verhelderen van de problematiek en draagt gespecialiseerde kennis en inzichten over ten aanzien van fysieke, psychologische, sociale en spirituele aspecten alsook ten aanzien van (regionale) mogelijkheden van behandeling, begeleiding, opvang en verzorging ten behoeve van patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Een methodisch overleg kan verschillende vormen hebben, bijvoorbeeld één op één of een multidisciplinaire zorgplanbespreking.

Het formulier bestaat uit 4 onderdelen:

1. Administratieve gegevens over het consult
2. Gang van zaken
3. Patiëntkenmerken
4. Vragen en problemen die aan bod zijn gekomen in het consult

Algemene toelichting

Een consult wordt **afgesloten** op verschillende momenten:

- Patiënt is overleden.
- Advies is gegeven, vraag is beantwoord naar tevredenheid van de consultvrager.
- Indien bij **het contact** met de consultvrager een nieuwe vraag naar voren komt **voordat het consult is afgesloten** dan wordt er **geen** nieuw formulier ingevuld maar wordt de vraag toegevoegd in het oorspronkelijke formulier.
- Bij een vervolgconsult moet een nieuw formulier worden ingevuld. Er is sprake van een **vervolgconsult** indien een nieuwe vraag wordt voorgelegd over een reeds 'bekende' patiënt en het vorige consult **afgesloten** is.

Toelichting bij vragen onderdeel 1, Administratieve gegevens

- 1.1. Consultentcode is bekend en is samengesteld uit IKC-regio, sub-regio of team, functie van de consultverlener en een volgnummer. Elke consultent krijgt zijn eigen consultentcode. Er zijn een aantal teams die alleen een teamcode hebben.
- Consultnummers beginnen bij 0001 en blijven doornummeren. Deze staat niet op het formulier maar wordt tijdens het registreren automatisch gegenereerd.
- Indien een team dat wenst, kan er in het extra tabblad een venster worden toegevoegd voor het invoeren van een registratienummer, dat door het eigen team is toegekend. Dit in overleg met de coördinator en de beheerder.
- 1.2 Datum/tijd aanmelding. Bedoeld wordt de datum en tijd dat de vraag binnenkomt.
- 1.3 Datum/tijd dat het consult daadwerkelijk in behandeling wordt genomen. Indien het consult gelijk in behandeling wordt genomen bestaat in de internetversie de mogelijkheid om op een knop te klikken waardoor de aanmeldingstijd en de 'in behandelingstijd' dezelfde is.
- 1.4 Met niet-patiëntgebonden vraag wordt bedoeld een algemene vraag die niet betrekking heeft op een specifieke patiënt. Bijvoorbeeld vragen met betrekking tot scholingen, organisatie van zorg, materialen en voorzieningen.
Als de consultvorm een **telefonische, niet-patiëntgebonden** vraag betreft, wordt onderdeel 3 **niet ingevuld**.
- 1.7 "Anders" kan ook een mantelzorger of patiënt zijn, je kunt geen specificatie toevoegen. Met consult lokaal team wordt bedoeld dat een consultent van een ander lokaal team een consult aanvraagt.

Toelichting bij vragen onderdeel 2, Gang van zaken

- 2.1 Er zijn meerdere antwoorden mogelijk bij deze vraag.
Indien er een **bezoek op locatie plaats vindt / bedside** dient dat ingevuld te worden bij de categorie **anders**. Datgene aankruisen wat **in aanvang** de consultvorm is.
- 2.2 Met **monodisciplinair** wordt bedoeld dat er geen overleg is geweest met een andere discipline, binnen of buiten het team.
Met **multidisciplinair** wordt bedoeld dat er overleg heeft plaatsgevonden met andere discipline(s) binnen of buiten het team.
- 2.3 De consultgebonden tijd betreft de totale tijd die besteed is aan het contact met de consultvrager, overleg binnen of buiten het team, overige contacten, internet/literatuur zoeken, reistijd en administratie. Begin te tellen vanaf de aanmelding tot en met het afsluiten van het consult.
- 2.4 Hiermee wordt bedoeld de datum en tijd waarop het consult is afgesloten, zie hierboven.

Toelichting bij vragen onderdeel 3, Patiëntkenmerken

3.1 - 3.2

Er verschijnt een pop-up venster waarin alle gegevens moeten worden ingevuld anders wordt het door het systeem niet geaccepteerd. Het systeem versleutelt deze gegevens tot een unieke code. Als je later een ander consult invoert voor dezelfde patiënt wordt dezelfde code aangemaakt. De naam van de patiënt (voorletter, naam, bijvoorbeeld K. Jansen) is alleen binnen het team bekend en wordt bij de invoer van de gegevens versleuteld vanwege privacyoverwegingen. Indien de voorletter van de patiënt niet bekend is vul dan een X in. Indien de postcode van de patiënt niet bekend is, vul dan de postcode van het adres van je eigen team in. Geboortedatum altijd vragen in verband met registreren van vervolggconsulten.

3.3 Spreekt vanzelf.

3.4. Hiermee wordt bedoeld de hoofddiagnose die relevant is voor het consult. Slechts één antwoord mogelijk.

3.5 Prognose. Hierbij gaat het om een inschatting van de consultvrager.

Toelichting bij onderdeel 4, Vragen & problemen

Werkwijze

In deze lijst wordt getracht een totaalbeeld te krijgen van wat er aan problemen aan de orde is geweest. **Het gaat zowel om ingangsvragen als relevante problemen die naar voren zijn gekomen als je de vraag hebt geëxploreerd. Er zijn meerdere antwoorden mogelijk. De rijtjes lichamelijke en overig moeten beiden worden ingevuld indien van toepassing.**

- **Dagelijks functioneren: problemen met het doen van het huishouden, problemen met ADL(wassen, toiletgang, aankleden, mobiliteit)**
- **Euthanasie (geen toelichting)**
- **Farmacologisch (hierbij gaat het om vragen over dosering, gebruik van medicatie, combinaties etc.)**
- **Levensbeschouwelijk (zingevingsvragen)**
- **Psychisch (bijvoorbeeld angst, depressie, machteloosheid)**
- **Sociaal (veranderingen in rolfunctioneren, werk, communicatie met naasten, financiële of huisvestingsproblemen)**
- **Sedatie (geen toelichting)**
- **Organisatie van zorg (vragen over materialen en middelen, pompen, overdracht van zorg, coördinatie, RIO)**
- **Ondersteuning mantelzorg (overbelasting mantelzorg, angst, begeleiding, rouw)**
- **Ondersteuning consultvrager (problemen in de communicatie met de patiënt of naasten, dilemma's, eigen emoties)**

BIJLAGE 3

Aard van somatische vragen bij
patiëntgebonden consulten

Aard van somatische vragen bij patiëntgebonden consulten per IKC-regio, 2004

		Aard van somatische vragen											
		benauwd / kortademig		delier		eetlust / anorexie		huiddefect		misselijkheid / braken		moeheid	
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	57	16,9	54	16,0	19	5,6	8	2,4	64	19,0	16	4,7
	IKL	85	13,6	94	15,1	35	5,6	39	6,3	100	16,0	65	10,4
	IKMN	70	16,4	91	21,4	2	0,5	7	1,6	52	12,2	5	1,2
	IKN	126	15,4	134	16,3	45	5,5	12	1,5	189	23,0	42	5,1
	IKO	307	19,4	206	13,0	172	10,9	100	6,3	282	17,8	185	11,7
	IKR	90	11,7	95	12,4	26	3,4	24	3,1	85	11,1	43	5,6
	IKST	5	7,2	9	13,0	11	15,9	2	2,9	18	26,1	2	2,9
	IKW	21	18,8	13	11,6	5	4,5	5	4,5	22	19,6	4	3,6
	IKZ	21	17,4	11	9,1	7	5,8	8	6,6	32	26,4	11	9,1
Totaal		782	16,1	707	14,5	322	6,6	205	4,2	844	17,4	373	7,7

		Aard van somatische vragen								Totaal
		mondproblemen		obstipatie		pijn		anders		
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal
IKC regio	IKA	21	6,2	27	8,0	175	51,9	67	19,9	337
	IKL	37	5,9	78	12,5	349	55,9	204	32,7	624
	IKMN	8	1,9	20	4,7	211	49,5	60	14,1	426
	IKN	13	1,6	30	3,7	352	42,9	271	33,0	820
	IKO	122	7,7	121	7,6	741	46,8	318	20,1	1585
	IKR	11	1,4	41	5,3	302	39,3	94	12,2	769
	IKST	3	4,3	7	10,1	19	27,5	9	13,0	69
	IKW	3	2,7	1	0,9	65	58,0	16	14,3	112
	IKZ	5	4,1	6	5,0	50	41,3	22	18,2	121
Totaal		223	4,6	331	6,8	2264	46,6	1061	21,8	4863

Aard van somatische vragen bij telefonisch patiëntgebonden consulten per IKC-regio, 2004

		Aard van somatische vragen											
		benauwd / kortademig		delier		eetlust / anorexie		huiddefect		misselijkheid / braken		moeheid	
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	55	17,3	50	15,7	19	6,0	8	2,5	62	19,5	16	5,0
	IKL	49	10,0	68	13,9	25	5,1	25	5,1	85	17,3	35	7,1
	IKMN	70	16,4	91	21,4	2	0,5	7	1,6	52	12,2	5	1,2
	IKN	96	14,7	107	16,4	19	2,9	5	0,8	155	23,8	21	3,2
	IKO	252	18,8	196	14,7	134	10,0	87	6,5	228	17,1	126	9,4
	IKR	79	13,3	83	13,9	17	2,9	23	3,9	71	11,9	26	4,4
	IKST	5	8,3	8	13,3	10	16,7	-	-	16	26,7	2	3,3
	IKW	20	20,0	13	13,0	5	5,0	4	4,0	20	20,0	3	3,0
	IKZ	20	17,2	11	9,5	7	6,0	7	6,0	29	25,0	10	8,6
Totaal		646	15,8	627	15,3	238	5,8	166	4,1	718	17,5	244	6,0

		Aard van somatische vragen								Totaal
		mondproblemen		obstipatie		pijn		anders		
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal
IKC regio	IKA	19	6,0	26	8,2	162	50,9	64	20,1	318
	IKL	22	4,5	52	10,6	269	54,9	162	33,1	490
	IKMN	8	1,9	20	4,7	211	49,5	60	14,1	426
	IKN	9	1,4	25	3,8	297	45,6	204	31,3	651
	IKO	103	7,7	104	7,8	640	47,9	285	21,3	1337
	IKR	10	1,7	37	6,2	245	41,1	85	14,3	596
	IKST	1	1,7	7	11,7	17	28,3	9	15,0	60
	IKW	3	3,0	1	1,0	57	57,0	15	15,0	100
	IKZ	4	3,4	4	3,4	47	40,5	21	18,1	116
Totaal		179	4,4	276	6,7	1945	47,5	905	22,1	4094

Aard van somatische vragen bij bedside patiëntgebonden consulten per IKC-regio, 2004

		Aard van somatische vragen											
		benauwd / kortademig		delier		eetlust / anorexie		huiddefect		misselijkheid / braken		moeheid	
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKL	47	28,0	35	20,8	23	13,7	23	13,7	29	17,3	52	31,0
	IKMN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKN	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKO	101	24,6	54	13,1	79	19,2	39	9,5	88	21,4	102	24,8
	IKR	27	15,8	22	12,9	8	4,7	8	4,7	12	7,0	19	11,1
	IKST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKW	6	37,5	2	12,5	-	-	1	6,3	-	-	1	6,3
	IKZ	1	16,7	-	-	-	-	1	16,7	4	66,7	1	16,7
Totaal		183	23,6	113	14,6	110	14,2	73	9,4	133	17,2	175	22,6

		Aard van somatische vragen								Totaal
		mondproblemen		obstipatie		pijn		anders		
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal
IKC regio	IKA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKL	19	11,3	42	25,0	113	67,3	74	44,0	168
	IKMN	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKN	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
	IKO	52	12,7	57	13,9	211	51,3	93	22,6	411
	IKR	6	3,5	11	6,4	74	43,3	14	8,2	171
	IKST	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	IKW	-	-	-	-	12	75,0	-	-	16
	IKZ	1	16,7	2	33,3	4	66,7	1	16,7	6
Totaal		78	10,1	112	14,5	414	53,5	183	23,6	774

BIJLAGE 4

Aard van overige vragen bij
patiëntgebonden consulten

Aard van overige vragen bij patiëntgebonden consulten per IKC-regio, 2004

		Aard van overige vragen											
		dagelijks functioneren		euthanasie		farmacologisch		levensbeschouwelijk		psychisch		sociaal	
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	25	7,4	21	6,2	177	52,5	20	5,9	110	32,6	41	12,2
	IKL	27	4,3	18	2,9	334	53,5	3	0,5	99	15,9	41	6,6
	IKMN	26	6,1	24	5,6	257	60,3	17	4,0	47	11,0	22	5,2
	IKN	94	11,5	46	5,6	374	45,6	31	3,8	100	12,2	95	11,6
	IKO	193	12,2	51	3,2	519	32,7	28	1,8	266	16,8	263	16,6
	IKR	121	15,7	46	6,0	244	31,7	36	4,7	141	18,3	113	14,7
	IKST	14	20,3	2	2,9	37	53,6	7	10,1	15	21,7	4	5,8
	IKW	46	41,1	4	3,6	52	46,4	1	0,9	9	8,0	8	7,1
	IKZ	16	13,2	14	11,6	58	47,9	4	3,3	20	16,5	10	8,3
Totaal		562	11,6	226	4,6	2052	42,2	147	3,0	807	16,6	597	12,3

		Aard van overige vragen										Totaal
		sedatie		organisatie van zorg		ondersteuning mantelzorg		ondersteuning consultvrager		anders		
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal
IKC regio	IKA	3	0,9	113	33,5	30	8,9	56	16,6	20	5,9	337
	IKL	57	9,1	124	19,9	74	11,9	143	22,9	78	12,5	624
	IKMN	91	21,4	84	19,7	24	5,6	84	19,7	2	0,5	426
	IKN	97	11,8	121	14,8	36	4,4	213	26,0	41	5,0	820
	IKO	130	8,2	638	40,3	305	19,2	455	28,7	61	3,8	1585
	IKR	91	11,8	329	42,8	163	21,2	282	36,7	78	10,1	769
	IKST	11	15,9	6	8,7	4	5,8	26	37,7	5	7,2	69
	IKW	12	10,7	18	16,1	11	9,8	16	14,3	2	1,8	112
	IKZ	20	16,5	13	10,7	8	6,6	29	24,0	4	3,3	121
Totaal		512	10,5	1446	29,7	655	13,5	1304	26,8	291	6,0	4863

Aard van overige vragen bij telefonisch patiëntgebonden consulten per IKC-regio, 2004

		Aard van overige vragen											
		dagelijks functioneren		euthanasie		farmacologisch		levensbeschouwelijk		psychisch		sociaal	
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	22	6,9	20	6,3	168	52,8	15	4,7	99	31,1	38	11,9
	IKL	19	3,9	16	3,3	286	58,4	3	0,6	63	12,9	21	4,3
	IKMN	26	6,1	24	5,6	257	60,3	17	4,0	47	11,0	22	5,2
	IKN	75	11,5	37	5,7	345	53,0	21	3,2	54	8,3	49	7,5
	IKO	106	7,9	42	3,1	474	35,5	23	1,7	200	15,0	188	14,1
	IKR	52	8,7	36	6,0	219	36,7	29	4,9	105	17,6	83	13,9
	IKST	11	18,3	2	3,3	32	53,3	5	8,3	14	23,3	3	5,0
	IKW	40	40,0	3	3,0	49	49,0	1	1,0	9	9,0	6	6,0
	IKZ	15	12,9	12	10,3	55	47,4	4	3,4	20	17,2	10	8,6
Totaal		366	8,9	192	4,7	1885	46,0	118	2,9	611	14,9	420	10,3

		Aard van overige vragen										Totaal
		sedatie		organisatie van zorg		ondersteuning mantelzorg		ondersteuning consultvrager		anders		
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal
IKC regio	IKA	3	0,9	105	33,0	26	8,2	49	15,4	17	5,3	318
	IKL	54	11,0	87	17,8	39	8,0	115	23,5	56	11,4	490
	IKMN	91	21,4	84	19,7	24	5,6	84	19,7	2	0,5	426
	IKN	92	14,1	105	16,1	21	3,2	191	29,3	29	4,5	651
	IKO	123	9,2	535	40,0	224	16,8	407	30,4	59	4,4	1337
	IKR	81	13,6	234	39,3	90	15,1	227	38,1	55	9,2	596
	IKST	10	16,7	4	6,7	3	5,0	23	38,3	5	8,3	60
	IKW	12	12,0	15	15,0	8	8,0	14	14,0	1	1,0	100
	IKZ	18	15,5	12	10,3	7	6,0	25	21,6	4	3,4	116
Totaal		484	11,8	1181	28,8	442	10,8	1135	27,7	228	5,6	4094

Aard van overige vragen bij bedside patiëntgebonden consulten per IKC-regio, 2004

		Aard van overige vragen											
		dagelijks functioneren		euthanasie		farmacologisch		levensbeschouwelijk		psychisch		sociaal	
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
IKC regio	IKA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKL	17	10,1	6	3,6	68	40,5	-	-	53	31,5	26	15,5
	IKMN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKO	97	23,6	25	6,1	117	28,5	8	1,9	124	30,2	136	33,1
	IKR	41	24,0	14	8,2	40	23,4	19	11,1	53	31,0	46	26,9
	IKST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKW	9	56,3	-	-	5	31,3	1	6,3	1	6,3	2	12,5
	IKZ	2	33,3	3	50,0	3	50,0	-	-	-	-	-	-
Totaal		166	21,4	48	6,2	233	30,1	28	3,6	231	29,8	210	27,1

		Aard van overige vragen										Totaal
		sedatie		organisatie van zorg		ondersteuning mantelzorg		ondersteuning consultvrager		anders		
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal
IKC regio	IKA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKL	10	6,0	50	29,8	54	32,1	48	28,6	18	10,7	168
	IKMN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IKN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	IKO	27	6,6	210	51,1	167	40,6	129	31,4	19	4,6	411
	IKR	22	12,9	85	49,7	66	38,6	69	40,4	19	11,1	171
	IKST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	IKW	1	6,3	2	12,5	1	6,3	1	6,3	1	6,3	16
	IKZ	1	16,7	2	33,3	-	-	5	83,3	1	16,7	6
Totaal		61	7,9	349	45,1	288	37,2	252	32,6	58	7,5	774