

# Communicatie eerste- en tweede lijn, (wijk)verpleegkundigen en huisartsen

Wilma Verbeek-Gijsbers \*

**Tijdens de parallelsessie ulcus cruris van het WCS-congres van november 1995 konden schriftelijk vragen ingediend worden. De vragen die tijdens het congres niet beantwoord werden, zouden in de WCS-Nieuwsbrief beantwoord worden. Inventarisatie van de vragen levert voldoende stof op voor een aantal artikelen en een rubriek waarin de vragen beantwoord worden. In deze en komende uitgaven van de WCS-Nieuwsbrief zult u regelmatig over het ulcus cruris en zijn behandeling kunnen lezen. Heeft u verder nog vragen, stuur ze ons!**

Communicatie tussen alle hulpverleners is een hot item. Iedereen weet hoe het moet! De praktijk is echter anders. Wil men een optimale communicatie hebben, dan zal men middels overleg elkaar op de hoogte moeten brengen van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden die elke discipline heeft. De verwachtingen naar elkaar toe moeten duidelijk zijn. Men moet weten waar men te bereiken is. Afspraken moeten worden vastgelegd, zodat men elkaar daarop kan aanspreken.

De eerste contacten beginnen voor de patiënt bij de huisarts en de dokters-assistente. Beiden bouwen een vertrouwensrelatie op met de patiënt. In de huisartsenpraktijk zal patiëntgericht werken vaak geen probleem zijn. In groepspraktijken dient men er zorg voor te dragen dat steeds dezelfde dokters-assistente de patiënt verzorgt. Communicatie tussen huisarts en dokters-assistente dient goed te zijn. De lijn is hier kort en dat moet dus geen probleem zijn. Verstandig is het om een dossier van de patiënt aan te leggen. De dokters-assistente legt hierin de zorg door haar verleend aan de patiënt vast, om de continuïteit van zorg te waarborgen. Overige items die vermeld moet worden: grootte ulcus, kleur, geur, mate van exsudatie en behandeling.

Wanneer de zorg voor de patiënt aan de wijkverpleegkundige wordt overgedragen, kan het patiëntendossier meegegeven worden voor de wijkverpleegkundige. Wijkverpleegkundige en huisarts zullen afspraken moeten maken over o.a. frequentie controles, de behandeling volgens protocol en/of formularium, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de wijkver-

pleegkundige, communicatie/overdrachten, het vastleggen van de zorg en tot hoelang blijft de patiënt onder behandeling van wijkverpleegkundige en huisarts. Aan te bevelen is om vaste evaluatiemomenten in te bouwen. Bijvoorbeeld elke 3 weken de stand van zaken bekijken: is er vooruitgang, staat het ulcus stil of is er een duidelijke verslechtering, moet men andere producten gebruiken, moet men polsteren. De vaste evaluatiemomenten voorkomen dat een patiënt te lang de juiste zorg onthouden wordt; doorverwijzing kan een adequate beslissing zijn. Het een en ander is afhankelijk van de kennis, kunde en ervaring m.b.t. het ulcus cruris van de wijkverpleegkundige, en niet te vergeten de huisarts.

Als de zorg in de eerste lijn onvoldoende resultaat geeft, zal de patiënt worden doorverwezen naar de dermatoloog/fleboloog. De huisarts zal middels een verwijsbrief moeten aangeven welke diagnostiek verricht werd en wat de behandeling tot het tijdstip van verwijzing was. Het voorkomt dat de dermatoloog overbodige vragen aan de patiënt moet stellen. In de toekomst zal men de mogelijkheid moeten bekijken om als huisarts met de patiënt naar de poli te komen, advies te vragen aan de dermatoloog en eventueel gebruik te maken van de benodigde (diagnostische) apparatuur teneinde de patiënt zolang mogelijk binnen de eerste lijn te houden. Een andere mogelijkheid, waarschijnlijk minder haalbaar, is dat de dermatoloog door de huisarts in consult wordt geroepen.

Voor de verpleegkundige op de polikliniek is het prettig om tegelijkertijd een overdracht

van de wijkverpleegkundige of dokters-assistente te krijgen met daarin de benodigde informatie. Tussen deze disciplines is het noodzakelijk met elkaar overeen te komen wat men precies aan informatie nodig heeft. Te denken valt aan: gegevens betreffende het ulcus, is patiënt op de hoogte van zijn aandoening en de daarbij behorende behandelingen-, voorzorgsmaatregelen en nazorg, hoe lang is de patiënt onder behandeling, wat hield de behandeling in, welke produkten werden gebruikt, hoe was het resultaat, thuissituatie, pijn, slaapproblemen, mobiliteit, dieet, bereikbaarheid etc.

Wanneer de patiënt op de polikliniek behandeld wordt, legt de verpleegkundige die de patiënt gaat verzorgen, een verpleegkundig dossier aan. Mede aan de hand van de gegevens die zij van de wijkverpleegkundige of dokters-assistente kreeg, neemt zij de verpleegkundige anamnese af. Zij hoeft geen overbodige vragen aan de patiënt te stellen. Per bezoek wordt het verpleegkundig dossier bijgewerkt. Vervanging moet op deze manier geen problemen opleveren. Het verdient voorkeur in het dossier vaste items (b.v. grootte, kleur, geur, mate van exsudatie) te hebben die ingevuld moeten worden, zodat men niets van belang kan vergeten.

Op de polikliniek moeten arts en verpleegkundige in samenspraak met de patiënt een behandelplan opstellen. Gemaakte afspraken worden vastgelegd. Na 6 weken is het tijd om te bekijken hoe de behandeling ervoor staat; bij ernstige verslechtering kan men overwegen

de patiënt op te nemen, bij verbetering kan men overwegen de wijkverpleegkundige in te schakelen of terug te verwijzen naar de huisarts. Deze 6 weken zijn niet heilig, men moet te allen tijde alert blijven en weten waar men mee bezig is.

De dermatoloog dient na het eerste bezoek de verwijzer op de hoogte te stellen en hem afhankelijk van de behandelduur, tussentijds te rapporteren.

Wanneer de patiënt door wijk- en polikliniekverpleegkundige wordt behandeld, zullen zij met elkaar afspraken moeten maken over de punten die eerder beschreven zijn. Per bezoek moet een overdracht geschreven worden. Handig is een overdracht waarop vaste items vermeld staan die van belang zijn voor de verzorging van de patiënt. Hoewel niet altijd haalbaar, wordt het als zeer prettig ervaren wanneer de wijkverpleegkundige met de patiënt naar de polikliniek kan komen. Direct contact heeft zijn voordelen.

Hopelijk komt het in de nabije toekomst zover, dat er een systeem ontwikkeld wordt dat voor alle hulpverleners toegankelijk is. De communicatielijnen worden daardoor korter en directer. Voorlopig zullen we moeten roeien met de riemen die we hebben. Wacht niet op anderen, begin zelf!!

\* Wilma Verbeek-Gijsbers, afdeling Dermatologie  
Academisch ziekenhuis Nijmegen St. Radboud en lid  
WCS commissie Ulcus Cruris.

## Het WCS Classificatie kaartje

### *Altijd het Classificatiemodel op zak.*

Dit handzame kaartje biedt u de gelegenheid om het Classificatiemodel tijdens uw werk altijd bij de hand te hebben.

Dit kaartje kost slechts f 1,- per stuk  
(exclusief verpakkings- en verzendingskosten)

en kan besteld worden via:

de WCS bestellijn: 0252-230026.