

“Betere overdracht van triagist na

Het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) biedt huisartsenzorg aan asielzoekers door heel Nederland. Taalbarrières en cultuurverschillen maken het werk niet makkelijk. Ook de communicatie met collega's kon beter. Dat merkte het gezondheidscentrum onder andere in de overdracht van patiënten naar huisartsenposten bij avond-, nacht- en weekenddiensten. Samen met InEen heeft GC A daarom in februari een pilot opgezet. Vier huisartsenposten deden enthousiast mee. Het leidde tot meer een-op-een overnames van urgentiebepalingen, een uniform overdrachtsprotocol en het terugbrengen van wachttijden. GC A wil de nieuwe werkwijze nu landelijk invoeren.

Stel er komt een melding binnen van een zwangere vrouw met mogelijk open tbc die suïcidaal is. Ze zit in een *mobile home*, ergens tussen duizenden asielzoekers. De verwarring en de stress zijn groot bij de hulpverleners. Allereerst moeten zij beschermende pakken aandoen. Na aankomst bij de poort duurt het nog een kwartier voor de juiste *mobile home* is gevonden. Daar blijkt geen tolk aanwezig. En er zijn geen beschermende pakken voor andere medewerkers. Na veel gedoe en geharrewar blijkt de verdenking van tbc onterecht. En de vrouw blijkt ook niet suïcidaal. Ze was verdrietig omdat haar vriend ergens anders zit.

Dit is geen fictief voorbeeld, maar een praktijksituatie in de grote opvanglocatie Ter Apel, die Anja Drent beschrijft. Drent is locatiemanager van de Doktersdienst Groningen, waar Ter Apel onder valt. Het verhaal is illustratief voor de miscommunicatie die kan optreden door taal- en cultuurverschillen, maar ook door onbegrip en onderlinge vertraging tussen de hulpverlenende diensten. Dat speelt bij grote en bij kleine opvanglocaties. “Huisartsen hebben het beste voor en willen alleen maar goed doen, maar soms lopen ze vast”, benadrukt Anja Drent. Het belang van goede zorg en goede samenwerking is alleen maar groter geworden door de hoge instroom van vluchtelingen de afgelopen tijd, stelt Marja Dijkstra, manager van GC A. “De locaties waar asielzoekers

worden opgevangen wisselen veel, dus wisselen ook de huisartsen en huisartsenposten waarmee ze te maken krijgen regelmatig. Dat maakt het lastig om continue zorg te bieden.”

Pilot Praktijklijn

GC A ondersteunt nu vanuit 108 locaties, vertelt Dijkstra. Op grote locaties komt een verpleegkundig consulente, zoals in Ter Apel waar een *rapid health force*-verpleegkundige 's morgens spreekuur houdt. En binnenkort krijgt deze locatie, die eerste opvang biedt aan zo'n 2.000 asielzoekers, een verpleegkundige die

24/7 aanwezig is. Maar dat is een uitzondering.

Voor goede zorg buiten inloopsprekuren heeft GC A een Praktijklijn ingesteld. Dat is een centraal georganiseerd medisch call center waar medisch-administratief medewerkers, gediplomeerde praktijkassistenten/triagisten en een huisarts werken. De aantallen fluctueren. “Op dit moment zijn er 46 assistenten in dienst, doktersassistenten, triagisten en medisch studenten”, vertelt Elize Ebben. Zij is zelf triagiste bij GC A. “Door de hoge instroom van vluchtelingen in 2014 en 2015 ontstond er veel



“Het belang van goede zorg en goede samenwerking is alleen maar groter geworden door de hoge instroom van vluchtelingen de afgelopen tijd”, stelt Marja Dijkstra, manager van GC A.

ar triagist”



“Wachttijden en een gestroomlijnde overdracht zijn de knelpunten in het contact met huisartsenposten”, vertelt Elize Ebben, triagiste bij GCA.

druk op de Praktijklijn”, zegt Marja Dijkstra. Wachttijden en een gestroomlijnde overdracht zijn de knelpunten in het contact met huisartsenposten, legt Ebben uit. “Een van de problemen is de wachttijd om connectie te krijgen. Dat geldt niet alleen voor de huisartsenposten, maar ook voor ziekenhuizen, tolken of taxi’s. Het lastige is dat het al die tijd niet mogelijk is om een ander gesprek te voeren.” En als er contact is met de huisartsenpost, dan gebeurt in veel gevallen de triageprocedure opnieuw. Hierdoor kan het soms uren duren voordat een patiënt een arts ziet of de juiste hulp krijgt.

Om dit te verbeteren is in samenwerking met InEen een pilot uitgevoerd. Vier huisartsenposten (Doktersdienst Groningen, Primair Utrecht, Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant en Huisartsen Gelderse Vallei) reageerden op de oproep die InEen deed. Samen met hen werd gekeken naar een-op-

een overname van de urgentiebepaling van GC A’s Praktijklijn en naar het verkorten van wachttijden door gebruik te maken van een intercollegiale lijn. De ontwikkeling van een overdrachtsprotocol maakt dat heel goed mogelijk. “De resultaten zijn overwegend positief”, zegt Marja Dijkstra. “We willen nu doorgaan met de partijen en de huisartsenposten verder attenderen op het overdrachtsprotocol. Het liefst maken we straks afspraken met alle posten.”

GC A zette in op invoering van het gebruik van een intercollegiale lijn, voor

snellere onderlinge communicatie. Dat dit ook anders kan, was een van de leermomenten in het samenwerken met de Doktersdienst Groningen, vertelt Marja Dijkstra. “Zij werken daar niet met een intercollegiale lijn, maar met een systeem van terugbellen. Dat blijkt heel effectief te zijn!”

Overdrachtsprotocol

Uit de evaluatie van de pilot blijkt dat de urgentiebepaling (U4 t/m U2) van de Praktijklijn in de meeste gevallen een-op-een kon worden overgenomen. Tegelijkertijd – dat merkten ze vooral in Midden-Brabant – heeft GC A de neiging om de urgentie te hoog in te schatten. “Het is lastig om de juiste urgentie vast te stellen”, zegt Marjolein van Genderen, kwaliteitsfunctionaris bij Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant. “Er zijn zoveel factoren van invloed: taalbarrière, cultuur, tolk, het gevoel van veiligheid of niet.” Soms is een verhaal vaag en dan neem je het zekere voor het onzekere, zo vat GC A-triagiste Ebben samen. Er wordt tijdens de overdracht overigens nooit gediscussieerd over de mate van urgentie, legt Anja Drent van Doktersdienst Groningen uit. “De verschillen blijken uit de rapportages achteraf.”

Huisartsenposten worden gemiddeld twee keer per dag door het GC A benaderd om een patiënt over te nemen. Tijdens de pilot, die drie maanden duurde, was er sprake van in totaal bijna vier-

Om de ‘ruis’ uit de overdrachten te halen, hebben GC A en de huisartsenposten samen een overdrachtsprotocol ontwikkeld en aangescherpt



“Een bijkomend voordeel van het pilotproject van GC A en de huisartsenposten is dat partijen elkaar beter leren kennen”, zegt Marjolein van Genderen van Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant.



“Er wordt tijdens de overdracht overigens nooit gediscussieerd over de mate van urgentie”, legt Anja Drent van Doktersdienst Groningen uit. “De verschillen blijken uit de rapportages achteraf.”

honderd contacten. Veruit de meeste contacten (bijna tweehonderd) waren met de Doktersdienst Groningen, doordat AZC Ter Apel daaronder valt. Om de ‘ruis’ uit de overdrachten te halen, hebben GC A en de huisartsenposten samen een overdrachtsprotocol ontwikkeld en aangescherpt. “De kracht is dat er geen overbodige gegevens in komen te staan, maar precies de info die nodig is”, vindt Marjolein van Genderen. Dat voorkomt een lange overdracht. Zo ervaren de triagisten van GC A het ook, merkt Elize Ebben. “Een goede overdracht kan ook beknopt, dat hoeft geen uitgebreid verhaal te zijn.” Alle deelnemers zijn zeer tevreden over het werken met het protocol. Dus wordt de werkwijze voortgezet en waar mogelijk uitgebreid naar andere huisartsenposten.

Leren kennen

Een bijkomend voordeel van het pilotproject is dat partijen elkaar beter leren kennen, zegt Marjolein van Genderen van Stichting Huisartsenposten Midden-

Brabant. Er is nog veel onbekendheid met elkaars werk. Zo is de inzet van tolken cruciaal, maar niet vanzelfsprekend. Soms zelfs lastig, schetst Marja Dijkstra. “Huisartsenposten hebben daar weinig ervaring mee. Bovendien: door bezuinigingen wordt het gebruik van tolken begrensd. Ze kunnen niet altijd meer worden ingezet. En het aanbod aan tolken kan instroompieken niet opvangen, zoals vorig jaar bleek toen er heel veel vluchtelingen uit Eritrea ons land binnenkamen.”

En lang niet alle medische gegevens zijn bekend bij het gezondheidscentrum. Marja Dijkstra wijst op het belang van een snelle intake bij asielzoekers. “Een medische intake is niet verplicht, toch bevelen wij die aan voor alle vluchtelingen. Het liefst binnen vijf dagen na aankomst, al is dat lastig in verband met IND-procedures en de vele verhuizingen.” Dijkstra wijst er op dat een vroegde intake is ingevoerd in Budel en Veenhuizen, en sinds eind juli ook in Ter Apel. “Daar zijn wij heel blij mee.

Het geeft ons ook een beeld van welke besmettelijke ziektes er kunnen gaan heersen.”

Landelijke uitrol

Elkaar beter leren kennen, wat GC A betreft blijft dat niet beperkt tot de pilot. Het gezondheidscentrum gaat de nieuwe werkwijze landelijk uitrollen en vraagt alle huisartsenposten om mee te doen. Wie contact opneemt, krijgt een medewerker van de Praktijklijn op bezoek. Die spreekt de werkprocessen door en maakt afspraken over het monitoren van de voortgang en het uitwisselen van ervaringen. <<

Tekst: Leendert Douma