

KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG RONDOM PATIËNTEN MET ONBEGREPEN GEDRAG





•

KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG RONDOM PATIËNTEN MET ONBEGREPEN GEDRAG

INHOUDSOPGAVE

1 Kwaliteitskader ambulancezorg rondom patiënten met onbegrepen gedrag	7	5 Overdracht en verslaglegging	18
1.1 Totstandkoming kwaliteitskader	7	5.1 Overdracht	18
1.2 Uitgangspunten van het kwaliteitskader	8	5.2 Verslaglegging	18
1.3 Opbouw kwaliteitskader en leeswijzer	8	6 Verantwoordelijkheid en medisch management	19
2 Zorgvraag centraal: patiënten en indicaties	9	6.1 Wettelijke eisen en sectorale afspraken	19
2.1 Indicaties voor ambulancezorg	9	7 Onderaannemers van de RAV	20
2.2 Kenmerken en behoeftes patiënten	9	7.1 Bevoegdheid/bekwaamheid	20
2.3 Gerichte indicatie door behandelaar	9	7.2 Samenwerkings- en kwaliteitsafspraken	20
3 Melding en indicatiestelling	11	8 Regionale afspraken en overleg	21
3.1 Melding	11	8.1 Regionale invulling en afspraken over ambulancezorg	21
3.2 Triage en indicatiestelling	11	8.2 Samenwerkingsafspraken en regionaal ketenoverleg	21
3.2.1 Reguliere triage en gerichte aanvraag ambulancezorg	11	8.3 Landelijke samenwerkingsafspraken	22
3.2.2 Overdracht van zorg door verpleegkundig centralist MKA	13	9 Informatievoorziening voor patiënten en naasten	23
3.2.3 APH-triagist en samenwerking met ambulancezorg	13	9.1 Informatievoorziening	23
3.3 Beoordeling ter plaatse	13	9.2 Patiëntervaringen	23
3.4 Informeren van patiënten	14	10 Na- en bijscholing	25
4 Ambulancezorgverlening	15	11 Wettelijk kader ambulancezorg	26
4.1 Vaardigheden en deskundigheid ambulancezorg-professionals	15	Bijlage 1 Werkgroepleden	27
4.1.1 Alle vormen van ambulancezorg	15	Bijlage 2 Stroomschema MKA bij patiënten met onbegrepen gedrag	28
4.1.2 Ambulancezorg met somatische zorgvraag en onbegrepen gedrag	16	Bijlage 3 LPA-protocollen i.r.t. patiënten met onbegrepen gedrag	30
4.1.3 Ambulancezorg met psychiatrische zorgvraag	16	Bijlage 4 Samenvatting van de voor dit kader belangrijkste wetten	31
4.2 Deskundigheid en bekwaamheid	16		
4.3 Materiaal en uitrusting	16		
4.3.1 Alle vormen van ambulancezorg	17		
4.3.2 Ambulancezorg met somatische zorgvraag en onbegrepen gedrag	17		
4.3.3 Ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening	17		
4.4 Veiligheid en dwangzorg	17		

VEEL GEBRUIKTE TERMEN EN AFKORTINGEN



In dit kwaliteitskader passeren veel afkortingen en andere termen de revue. Een deel daarvan is ook onderdeel van de reguliere ambulancezorg, een ander deel speelt alleen een rol bij ambulancezorg rondom patiënten met onbegrepen gedrag. Hier volgt een opsomming van de meest gebruikte termen en afkortingen.

Betrokken zorgprofessionals

In dit kwaliteitskader komt de rol van verschillende zorgprofessionals aan bod. Hieronder volgt hier een opsomming en beschrijving van de meest betrokken zorgprofessionals. In *Figuur 1* is dit schematisch weergegeven.

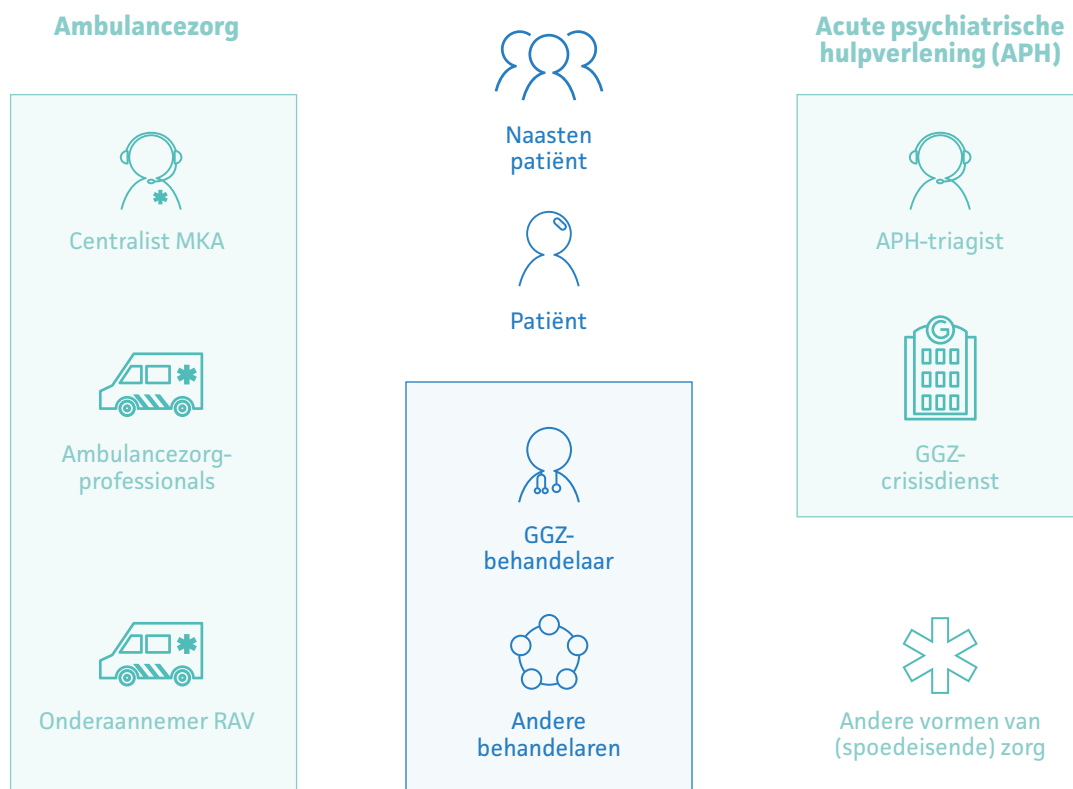
Ambulancezorgprofessional: een verzamelterm voor alle zorgprofessionals die werkzaam zijn in de ambulancezorg (zie *term*

'ambulancezorg'). De wettelijke term 'ambulancezorg-professional' (Wazv) is zowel van toepassing op zorgprofessionals in dienst van een RAV (zie aldaar) als op de zorgprofessionals van eventuele onderaannemers van een RAV.

APH-triagist: acuut psychiatrische hulpverlener die op basis van de GGZ-triagewijzer¹ een inschatting kan maken van de urgentie van een zorgvraag en de eventuele indicatie voor ambulancezorg.

Behandelaar: zorgverlener die een behandelrelatie met een patiënt heeft, vaak als onderdeel van reguliere zorg. In dit kader wordt de term behandelaar vaak gebruikt voor de zorgverlener

1. GGZ-triagewijzer (2019) zie 9. Achtergronddocumenten - Acute psychiatrie | GGZ Standaarden



Figuur 1: Meest betrokken zorgprofessionals bij ambulancezorg rondom onbegrepen gedrag.

bij wie de patiënt (het meest) recent nog een contact (zie aldaar) heeft gehad.

GGZ-crisisdienst: onderdeel van ggz-instellingen bedoeld voor mensen die dringend psychiatrische hulp nodig hebben. Synoniem met acute psychiatrische hulpverlening (APH) en per acute-ggz-regio georganiseerd.

Verpleegkundig centralist MKA: verpleegkundige die een telefonische melding bij de meldkamer ambulancezorg (MKA) beoordeelt. De verpleegkundige is opgeleid tot verpleegkundig centralist MKA.

Andere gehanteerde termen en afkortingen

Ambulancezorg: in de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) als volgt omschreven:

zorg die beroepsmatig wordt verleend, die bestaat uit:

- a. het zorg dragen voor het uitvoeren van de meldkamerfunctie door een ambulancezorgprofessional;
- b. het zorg dragen voor het ontvangen, registreren en beoordelen van elke aanvraag van zorg, bedoeld in de onderdelen c, d en e, en zo nodig het besluiten door wie en op welke wijze deze zorg zal worden verleend, niet zijnde de meldkamerfunctie;
- c. het met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar voertuig snel ter plaatse brengen van een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional om aldaar zorg te verlenen, in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert;
- d. het door een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional verlenen van zorg die erop gericht is een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel, in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert, per ambulance te vervoeren; of
- e. het door een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional verlenen van zorg op het woon- of verblijfsadres van een patiënt of verlenen van zorg in combinatie met vervoer van een patiënt tussen het woon- of verblijfsadres en een zorginstelling met het oog op diagnostiek, behandeling, opname of ontslag met een ambulance².

Beoordeling: medisch consult om de zorgbehoefte van een patiënt in te schatten en beleid te bepalen. In dit kwaliteitskader vaak gebruikt voor crisisbeoordeling door acute psychiatrische hulpverleners.

Contact: consult of afspraak van een patiënt met zijn/haar behandelaar (zie aldaar) of een zorgprofessional. Deze term wordt in dit kader vaak gebruikt rond de vraag of ambulancezorg gericht geïndiceerd kan worden.

Crisiskaart/zorgkaart/hulpkaart: kaart waarop mensen hun persoonlijke crisis-, zorg- of hulpplan kunnen samenvatten voor wanneer het slechter met ze gaat. Hierbij gaat het om afspraken en wensen over wat te doen en laten tijdens een eventuele volgende (beginnende) crisis of verslechtering, bijvoorbeeld over behandeling, bejegening en mobiele zorgverlening.

Eigen vervoer: vervoer dat een patiënt zelf of zijn omgeving regelt en betaalt, bijvoorbeeld vervoer met eigen auto of met de auto van een kennis.

Geïndiceerde zorg: zorg (mobiel of niet) waarvoor de MKA (zie aldaar), een medisch specialist, huisarts of andere regiebehandelaar een medische indicatie (zie aldaar) heeft gesteld.

GGZ zorgstandaard acute psychiatrie: multidisciplinaire zorgstandaard. De zorgstandaard beschrijft de inhoud en organisatie van hulpverlening voor mensen in een crisissituatie, die vermoedelijk een acute psychische stoornis hebben.

Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA): het Landelijk Protocol Ambulancezorg voorziet de ambulancezorgprofessionals van protocollen waarmee de zorg zoveel mogelijk evidence based kan worden verleend. De hoogcomplex, middencomplex en laagcomplex ambulancezorg hebben ieder hun eigen LPA, namelijk LPA HC, LPA MC en LPA LC.

Medische indicatie: synoniem voor 'medische noodzaak', er is een medische reden dat iemand in aanmerking komt voor (een bepaalde vorm van) zorg, behandeling of medicatie. Beoordeling hiervan vindt in de regel plaats door een arts of andere daartoe bevoegde behandelaar/zorgverlener.

2. Wet ambulancezorgvoorzieningen (2021).

Meldkamer ambulancezorg (MKA): de meldkamer ambulancezorg is onderdeel van de RAV en 24/7 verantwoordelijk voor het proces van aannemen van meldingen, intake, triage, indicatiestelling, zorgtoewijzing en –coördinatie, uitgifte van ambulance-inzetten, meldersinstructie en zorgadvisering. De verpleegkundig centralist MKA (zie aldaar) stelt op basis van triage vast of inzet noodzakelijk en/of gewenst is en met welke urgentie. Met de invoering van de verbeterde urgentie-indeling zijn zeven urgenties mogelijk. Vijf urgenties zijn met inzet van een ambulance-eenheid en twee urgenties met afhandeling door de meldkamercentralist met een doorverwijzing of een zelfzorgadvies.

Mobiele zorg: in dit kwaliteitskader gebruikt als synoniem voor ambulancezorg, specifiek het deel van ambulancezorg wat wordt uitgevoerd door de rijdende ambulancezorgprofessionals.

Passende mobiele zorg: vervoer met psychiatrische en/of somatische zorgverlening, die aansluit op de zorg- en hulpbehoefte van de patiënt, en veilig is voor patiënt en zorgprofessionals.

Patiënten met onbegrepen gedrag: het betreft een brede groep patiënten, uiteenlopend van mensen met psychiatrische en/of lichamelijke problematiek, mensen met psychogeriatrische problemen en mensen met een verstandelijke beperking of een combinatie hiervan, al of niet in combinatie met lichamelijke problematiek. Bij deze patiëntengroep staat een somatische oorzaak veelal minder op de voorgrond. We zien deze omschrijving als een aanduiding vanuit maatschappelijke context, breder dan psychiatrie.

Regionale ambulancevoorziening (RAV): op grond van artikel 4 van de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv), de aangewezen rechtspersoon die bevoegd en verplicht is tot het verlenen van ambulancezorg. De RAV is integraal verantwoordelijk voor het verrichten van goede ambulancezorg, zowel in de dagelijkse routinematige situatie als grootschalige incidenten.

SBAR-methode: gestandaardiseerde communicatievorm tussen zorgprofessionals voor overdracht van patiënten. De afkorting (Situation, Background, Assessment, Recommendation) beschrijft de vier elementen die minimaal besproken moeten

worden: de huidige situatie, de achtergrond van de casus, de beoordeling van de situatie en diens aanbeveling voor vervolgbeleid³.

Sggz: gespecialiseerd geestelijke gezondheidszorg, biedt hulp bij ernstige, ingewikkelde of vaker terugkerende psychische aandoeningen.

Triage: het dynamische proces van urgentie en het vervolgtraject indiceren. In dit kader vooral gebruikt voor het eerste gesprek met een hulpverlener voorafgaand aan (medische) beoordeling.

VG-instelling: verstandelijk-gehandicapteninstelling.

Wvggz: Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg omschrijft de rechten van mensen met psychische aandoeningen bij onvrijwillige zorg. Binnen de Wvggz bestaan twee dwangzorgmaatregelen: de crisismaatregel (CM) en de zorgmachtiging (ZM).

Wzd: Wet zorg en dwang, sinds 1 januari 2020 de opvolger van de Wet Bopz. Omschrijft de rechten van mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening bij onvrijwillige zorg.

3. Zie bijlage 3, protocollen i.r.t. patiënten met onbegrepen gedrag



1. KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG RONDOM PATIËNTEN MET ONBEGREPEN GEDRAG



De acute zorg staat onder druk door een toenemende zorgvraag in een veranderend zorglandschap. Zorgaanbieders staan voor de uitdaging om de acute zorg samen goed en toegankelijk te houden. De genoemde veranderingen hebben ook invloed op de rol van de ambulancesector. Daarom heeft de ambulancesector het visiedocument 'Samenwerken aan zorg met toekomst' opgesteld⁴. De ambulancesector is van mening dat intensiever samenwerken met partners en het beter coördineren van de zorgvraag hieraan bijdraagt. Het resultaat van betere samenwerking en bredere coördinatie van de zorgvraag is dat schaarse zorgverleners en middelen efficiënter en effectiever kunnen worden ingezet. Om dit te realiseren zet Ambulancezorg Nederland (AZN) de komende jaren in op het ontwikkelen van een sterk zorgnetwerk met daarbij meer aandacht voor kwetsbare groepen.

Bij een zorgnetwerk staat de patiënt centraal en wordt de zorg met en rondom de patiënt gecreëerd. Zo dragen zorgaanbieders gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor goede zorg. Als ambulancezorgprofessionals coördineren en verlenen we passende patiëntenzorg. Daarnaast vervult ambulancezorg als mobiele zorgverlener ook een verbindende rol tussen partners binnen de acute zorg.

De ambulancesector heeft te maken met verschillende (kwetsbare) groepen. Een van deze groepen is mensen met onbegrepen gedrag. Het kan bijvoorbeeld gaan om personen die klachten hebben van angst, paniek, depressiviteit, manische en/of psychotische symptomen, suïcidaliteit, die geïntoxiceerd zijn of ander verward gedrag vertonen. Ook in het kader van een psychiatrische behandeling kan mobiele zorg nodig zijn. Goede zorg voor deze personen stelt eisen aan de houding en professionele kennis van de betrokken zorgprofessionals en vraagt om passende (mobiele) zorg.

In de zomer van 2020 heeft het ministerie van VWS besloten dat de regie over ambulancezorg rondom patiënten met onbegrepen gedrag nu en in de toekomst bij de RAV blijft liggen, met ruimte voor onderaannemers⁵. In maart 2021 heeft Ambulancezorg Nederland daarom in samenwerking met MIND, De Nederlandse GGZ en Zorgverzekeraars Nederland een kwaliteitskader voor deze groep patiënten opgesteld. Bij het opstellen van dit kwaliteitskader heeft AZN zichzelf de opdracht gegeven om het kwaliteitskader periodiek te evalueren en indien nodig te actualiseren. Eind 2024 is dit kwaliteitskader geëvalueerd. Dit document is de herziene versie van het Kwaliteitskader Ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling. Ten opzichte van het vorige kader is dit kader verbreed: het richt zich niet meer alleen op psychiatrische beoordeling maar op het hele ambulancezorg proces.

1.1 Totstandkoming kwaliteitskader

Het kwaliteitskader is ontwikkeld door een werkgroep met experts uit de ambulancezorg en vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers (NVMMA) en de afdeling ambulancezorg van de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN Ambulancezorg). De werkgroep heeft bij het actualiseren van het kwaliteitskader gestreefd recht te doen aan de verschillen tussen de RAV's. Daarnaast is, net als bij het vorige kwaliteitskader, het patiënten perspectief in alle situaties als uitgangspunt genomen.

De werkgroep heeft een eerste actualisatie van het kwaliteitskader gedeeld met de NLggz en Mind. Ketenpartners konden hierop reageren tot 16 september 2025. Op basis van de ontvangen feedback is een definitief conceptkader opgesteld. Het definitieve conceptkader is vervolgens ter instemming voorgelegd aan het bestuur van V&VN Ambulancezorg op

⁴. Visiedocument AZN 2025-2030 (2024).

⁵. Kamerbrief staatssecretaris Blokhuis, d.d. 3 juli 2020.

22 september 2025. Daaropvolgend is het document besproken in de vergadering van de NVMMA op 16 oktober. Na akkoord van beide besturen is het document voorgelegd aan de algemene ledenvergadering (ALV) van AZN. De ledenvergadering van AZN heeft het Kwaliteitskader ambulancezorg rondom patiënten met onbegrepen gedrag op 5 november 2025 bestuurlijk vastgesteld.

1.2 Uitgangspunten van het kwaliteitskader

Het doel van dit kwaliteitskader is om te beschrijven hoe ambulancezorg rondom patiënten met onbegrepen gedrag in het raamwerk van ambulancezorg past. Het kwaliteitskader is bedoeld als handreiking voor RAV's om richting te geven aan de invulling van ambulancezorg rondom patiënten met onbegrepen gedrag. Dit kwaliteitskader vormt daarmee een aanvulling op de Nota goede ambulancezorg⁶ en het Kwaliteitskader ambulancezorg⁷.

Eerder opgestelde modellen (o.a. model voorlopig vervoer), standaarden (zorgstandaard acute psychiatrie) en (concepten van) kwaliteitskaders (voor en na beoordeling) zijn in dit kwaliteitskader verwerkt.

Het Kwaliteitskader ambulancezorg rondom patiënten met onbegrepen gedrag staat niet op zichzelf, het is ook onderdeel van de multidisciplinaire zorg rondom psychiatrische zorgverlening. Dit is een continu, doorlopend zorgproces waarin verschillende fasen en zorgmomenten wel te onderscheiden zijn, maar niet los staan van elkaar. Nauwe samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders en zorgprofessionals gedurende het gehele zorgproces is van groot belang. Deze samenwerking dient uit te gaan van wederzijds vertrouwen, maar vraagt ook dat iedere ketenpartner invulling geeft aan zijn of haar verantwoordelijkheid. Een andere belangrijke voorwaarde is de aanwezigheid van een aantal randvoorwaarden, zoals de beschikbaarheid van (beoordelings-)faciliteiten. Dit kwaliteitskader gaat niet over de bekostiging en inkoop van zorg, maar alleen over gewenste kwaliteit, organisatie en samenwerking.

1.3 Opbouw kwaliteitskader en leeswijzer

Het kwaliteitskader bestaat uit twee delen. Hoofdstukken 1 tot en met 5 beschrijven het primaire zorgproces en de gewenste kwaliteit van zorg bij melding, triage en indicatiestelling, bij de zorgverlening ter plaatse, tijdens ambulancezorg en bij de overdracht. Dit deel is bedoeld om richting te geven aan de dagelijkse praktijk, onafhankelijk of de RAV de zorgaanbieder

is, of een onderaannemer. Hoofdstukken 6 tot en met 10 beschrijven organisatorische aspecten en het wettelijk kader dat op deze vorm van zorg van toepassing is. In deze hoofdstukken wordt ook specifiek aandacht besteed aan de afspraken tussen RAV en onderaannemers, wanneer de RAV voor (een deel van) deze zorg een onderaannemer contracteert. Maar ook aan afspraken en afstemming met ketenpartners en het regionaal overleg.

De ontwikkelingen binnen de ambulancezorg zelf en in de samenwerking binnen de keten zijn op dit moment in volle gang. Dit kwaliteitskader dient op deze ontwikkelingen aangesloten te blijven. Het kwaliteitskader wordt dan ook periodiek geëvalueerd en indien nodig geactualiseerd.

6. Nota goede ambulancezorg (2025).

7. Kwaliteitskader ambulancezorg 2.0 (2024).

2. ZORGVRAAG CENTRAAL: PATIËNTEN EN INDICATIES



Dit kwaliteitskader gaat over ambulancezorg rondom patiënten met onbegrepen gedrag. Het betreft een brede groep patiënten, uiteenlopend van mensen met psychiatrische en of lichamelijke problematiek, mensen met psychogeriatrische problemen en mensen met een verstandelijke beperking of een combinatie hiervan, al of niet in combinatie met lichamelijke problematiek. De zorgvraag van de patiënt staat in dit kwaliteitskader centraal. Deze zorgvraag is leidend voor de indicatie óf ambulancezorg nodig is, welke vorm van ambulancezorg en met welke urgentie. Daarbij spelen kenmerken en behoeftes van patiënten een rol, maar ook de situatie waarin de patiënt zich bevindt.

Dit hoofdstuk start met een toelichting op de groepen patiënten die in dit kwaliteitskader onderscheiden worden (2.1). Vervolgens wordt nader ingegaan op de kenmerken en behoeftes van patiënten die de keuze voor ambulancezorg bepalen (2.2) en op de situaties waarin zorgprofessionals gericht kunnen indiceren en wanneer dit niet het geval is (2.3).

2.1 Indicaties voor ambulancezorg

We onderscheiden in dit kwaliteitskader in grote lijnen twee groepen patiënten met onbegrepen gedrag:

1. Patiënten die zowel psychiatrische als somatische zorg nodig hebben.
2. Patiënten die alleen psychiatrische zorg nodig hebben.

Dit onderscheid komt in de volgende hoofdstukken terug. Bij beide patiëntgroepen vindt er triage plaats. Op basis van de triage wordt bepaald welke zorgverlening de hoogste prioriteit heeft (psychiatrisch of somatisch). Ambulancezorg voor patiënten die alleen somatische zorg nodig hebben, valt niet onder de reikwijdte van dit kwaliteitskader.

2.2 Kenmerken en behoeftes patiënten

Of ambulancezorg wordt ingezet, zo ja welke vorm van ambulancezorg en met welke urgentie, is afhankelijk van de patiënt en diens kenmerken en behoeftes. Kenmerken van patiënten die als eerste van belang zijn voor de keuze voor passende ambulancezorg zijn:

- behoefte aan specifieke psychiatrische en/of somatische zorg ter plaatse en/of tijdens vervoer (inclusief monitoring na gebruik van sedatie en/of andere medicatie⁸);
- de mate van spoedeisendheid van de zorgvraag;
- de complexiteit van de zorgvraag;
- relevante gedrags- en gemoedskenmerken, zoals weglloopgedrag, angst, agitatie en agressiviteit;
- de aanwezigheid van een juridisch kader onder de Wvggz, Wzd, of een strafrechtelijke procedure of -maatregel;
- de mate van mogelijkheden van het steunnetwerk.

In situaties waarin dat mogelijk is, wordt in overleg met de patiënt en diens naaste(n) gekeken naar een passende keuze. Patiënten moeten in de gelegenheid worden gesteld om hun voorkeur voor passende ambulancezorg kenbaar te maken⁹. Dit kan ook op een eerder moment, bijvoorbeeld door voorkeuren in een crisis-, zorg- of hulpkaart op te nemen. Wanneer de praktijk dit toelaat, wordt hier rekening mee gehouden. Veiligheid van de patiënt, naasten en zorgprofessionals staat hierbij voorop.

2.3 Gerichte aanvraag door behandelaar

Een andere belangrijke factor bij de keuze voor passende ambulancezorg is of een patiënt al dan niet (recent) een contact met zijn/haar behandelaar¹⁰ gehad heeft. Indien dit het geval is, kan de behandelaar gericht ambulancezorg aanvragen toegespitst op de zorgvraag van de patiënt. Zo niet, dan is

8. Zorgstandaard acute psychiatrie (2019).

9. Zorgstandaard acute psychiatrie (2019).

10. Dit kan ook een andere zorgverlener zijn dan de regiebehandelaar van een patiënt.

vaak minder over de zorgvraag van de persoon bekend bij de meldkamercentralist. Vaste triageprotocollen krijgen dan een grotere rol. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een onbekende persoon naar de meldkamer ambulancezorg (MKA) of de acuut psychiatrische hulpverlener (APH)-triagist belt.

Het onderscheid tussen situaties waarin een behandelaar gericht ambulancezorg kan aanvragen en wanneer dat niet zo is, komt in dit kwaliteitskader steeds terug. Dit onderscheid vervangt het onderscheid uit eerdere kaders tussen ambulancezorg vóór en na beoordeling¹¹. Het moment in het zorgpad van een persoon waarop ambulancezorg wordt aangevraagd is van ondergeschikt belang aan diens zorgvraag.

11. Zoals onder andere in het Voorlopig model vervoer: advies SiRM over passend vervoer voor personen met verward gedrag, 2017. De belangrijkste motivatie hierachter is dat een langere wachttijd kan leiden tot verminderde motivatie bij de patiënt voor vrijwillige zorg en medewerking. Hierdoor neemt de kans op dwangzorg toe.



3. MELDING EN INDICATIESTELLING



Dit hoofdstuk volgt het zorgpad van personen met onbegrepen gedrag. Het hoofdstuk start met de melding (3.1) en gaat vervolgens in op het proces van triage en indicatiestelling en daaruit volgende urgenties (3.2). In 3.3. wordt ingegaan op de zorgverlening en beoordeling ter plaatse en de afstemming tussen ambulancezorgprofessional en andere zorgverleners. Gedurende het zorgproces is informatievoorziening aan de patiënt en naasten van belang. Dit komt aan bod in 3.4.

3.1 Melding

Alle meldingen over mogelijke mobiele zorgvragen en aanvragen van ambulancezorg door behandelaren van psychiatrische patiënten, lopen via de meldkamer ambulancezorg (MKA).

De verpleegkundig centralist MKA kan via verschillende routes een melding ontvangen:

- via personen zelf of naasten/omstanders (112);
- via de politie, ter plaatse of via de meldkamer politie (MKP)¹²;
- via de eigen RAV, wanneer een ambulance-eenheid (bijvoorbeeld Rapid Responder) ter plaatse vraagt om inzet van een andere vorm van ambulancezorg;
- via de acuut psychiatrische hulpverlening (APH)-triagist;
- via de ggz-crisisdienst, huisarts/huisartsenpost (HAP) of andere ketenpartners;
- via de behandelaar (wanneer een patiënt al in behandeling is);
- via de MMA-achterwacht.

3.2 Triage en indicatiestelling

Het proces van triage en indicatiestelling van ambulancezorg voor patiënten rondom onbegrepen gedrag, verschilt in situaties waarin een behandelaar gericht ambulancezorg kan aanvragen en in situaties wanneer dat niet zo is. In 3.2.1 worden de verschillende routes, indicaties en urgenties beschreven. In 3.2.2. wordt ingegaan op de overdracht door de verpleegkundig centralist MKA aan ketenpartners. De rol van de APH-triagist en hoe deze samenwerkt met de ambulancezorg komt aan bod in 3.2.3.

3.2.1 Reguliere triage en gerichte aanvraag ambulancezorg

Telefonische triage

De verpleegkundig centralist MKA die een melding ontvangt, beoordeelt de aard en urgentie van de zorgvraag ondersteund door een triageprotocol dat voldoet aan landelijk vastgestelde criteria (NTS of ProQA). De (medische) hulpvraag en zorgbehoefte van de patiënt op het moment van triage is de basis van de keuze voor een passende inzet van ambulancezorg.

Afhankelijk van de kenmerken en behoeftes van de patiënt kan reguliere telefonische triage tot de volgende urgenties¹³ leiden (zie *figuur 2* en *bijlage 2*):

- Directe inzet met grootst mogelijke spoed voor patiënten in een levensbedreigende en tijdskritische situatie geldt een streefnorm voor de responstijd van maximaal 15 minuten (A0-urgentie ambulancezorg). Dit geldt bijvoorbeeld bij (het vermoeden van) een reanimatie.
- Directe inzet met spoed voor patiënten in een levensbedreigende situatie en minder tijdskritische situatie geldt een streefnorm voor de responstijd van maximaal 15 minuten (A1-urgentie ambulancezorg, U1 urgentie in de GGZ-triagewijzer).
- Zo spoedig mogelijke inzet voor patiënten die zich niet in een levensbedreigende situatie bevinden, maar spoedeisende somatische zorg nodig hebben, geldt een streefnorm voor de responstijd van maximaal 30 minuten (A2-urgentie ambulancezorg).

¹² In situaties waarin vermoedelijk een psychiatrische zorgvraag speelt en geen (spoedeisende) mobiele zorg gevraagd is, kan de politie ook rechtstreeks contact opnemen met de APH-triagist (zie 3.2.3).

¹³ Met de implementatie van de verbeterde urgentie-indeling in 2023-2024 is de A0-urgentie als hoogste urgentie op alle MKA's operationeel. Het gesprek over eventuele aanpassing van de huidige streefnormen voor de responstijden voor de A0 en de A1-urgentie wordt op dit moment landelijk gevoerd.

- Voor patiënten die zich niet in een direct levensbedreigende situatie bevinden en bij wie er (telefonisch) geen aanwijzingen zijn voor (andere) acute somatiek, maar voor wie wel acute psychiatrische beoordeling¹⁴ elders¹⁵ nodig is, geldt als streeftijd dat deze binnen 1 uur moet kunnen starten (U2 GGZ-triage-wijzer). Om dit mogelijk te maken wordt een responstijd van ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening binnen 30 minuten nagestreefd¹⁶.
- Een niet-spoedeisende inzet (B1 of B2), al dan niet gebruik maken van eventuele regionale logistieke normen. Vanuit de verbeterde urgentie-indeling zijn daartoe 60, 120 en 360 minuten als norm voorgesteld, naast een vast tijdstip.
- Een niet-spoedeisende C1 urgentie, welke staat voor het doorverwijzen naar een ketenpartner.
- Een niet-spoedeisende C2 urgentie, welke staat voor het geven van een zelfzorgadvies. Deze urgentie zal naar verwachting weinig worden gebruikt bij deze groep zorgmeldingen.

Voor sommige patiënten bij wie binnen 4 uur elders gestart moet worden met psychiatrische beoordeling (U3-urgentie in de GGZ-triagewijzer) kan ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening nodig zijn. In deze gevallen overlegt de verpleegkundig centralist MKA met de APH-triagist en/of patiënt over de best passende inzet van ambulancezorg en binnen welke tijdspanne.

Gerichte aanvraag ambulancezorg

Wanneer de patiënt recent een contact heeft gehad met een behandelaar, is het mogelijk om ambulancezorg gericht aan te vragen¹⁷. Dit gebeurt, indien mogelijk, in overleg met de patiënt en zijn naasten en op basis van regionale afspraken over de beschikbare differentiaties van ambulancezorg en de inzetbaarheid hiervan.

Voor niet-spoedeisende situaties (4 tot en met 6) geldt specifiek dat een kortere streeftijd nodig kan zijn wanneer de patiënt in openbare ruimte is en/of wanneer de patiënt zich actief verzet tegen de ambulancezorg. Andersom kan een langere tijd acceptabel zijn wanneer de patiënt thuis of op een beoordelingslocatie is en hij zich niet actief verzet tegen de behandeling.

Wanneer een behandelaar gericht ambulancezorg via de MKA aanvraagt, volgt de verpleegkundig centralist in principe het oordeel van de behandelaar over de best passende inzet. Wanneer de verpleegkundig centralist MKA besluit de zorginzet op- of af te schalen, gebeurt dit in principe in overleg met de aanvrager.

 Verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg		
Spoedeisende ambulancezorg	A0	Directe inzet met grootst mogelijke spoed
	A1	Directe inzet met spoed
	A2	Zo spoedig mogelijke inzet
Niet-spoedeisende ambulancezorg	B1	Geplande inzet op bepaald tijdstip Hoogcomplex zorgvraag
	B2	Geplande inzet op bepaald tijdstip Midden-/laagcomplex zorgvraag
Meldkamerzorg	C1	Doorverwijzing
	C2	Zelfzorgadvies

Figuur 2: Verbeterde urgentie-indeling

De aanvrager en verpleegkundig centralist MKA erkennen elkaars professionele oordeel. Discussie over eventuele onterechte aanvragen of afwijkingen van inzet vindt achteraf plaats. Bij discussie over de inhoud en aard van de aanvraag, waarbij men niet tot een passende oplossing komt, kan door de aanvrager of MKA overleg worden gepleegd met dienstdoend MMA-achterwacht.

Ambulancezorg is 24 uur per dag 7 dagen per week beschikbaar zijn. De urgentie en specifieke kenmerken van de patiënt bepalen of ambulancezorg ook daadwerkelijk buiten kantooruren ingezet moet worden. Wanneer personen in het kader van een lopende behandeling ambulancezorg tussen instellingen nodig hebben, vindt de overplaatsing, tenzij spoedeisend, uitsluitend binnen kantooruren plaats.

Ambulancezorg is alleen nodig wanneer dit uit telefonische triage of beoordeling ter plaatse noodzakelijk blijkt, of door een behandelaar aangevraagd wordt, en is niet de standaardoptie. Wanneer mobiele zorgverlening niet nodig is, kan regulier vervoer de best passende vervoersoptie zijn, zoals eigen vervoer, vervoer door naasten, openbaar vervoer of een taxi. Soms is er regionaal de mogelijkheid om eventueel alternatieven te bieden, bijvoorbeeld een vorm van Wmo-vervoer of een gemeentelijke coulane-

14. Crisisbeoordeling door acute psychiatrische hulpverlening.

15. Een eerste uitgangspunt in de Zorgstandaard is om waar mogelijk thuis te beoordelen en behandelen. Ambulancezorg is dus niet standaard nodig om beoordeling mogelijk te maken.

16. Indien na inzet van ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening ter plaatse blijkt dat somatische screening nodig is, kan (al dan niet in overleg met de MMA) alsnog reguliere ambulancezorg ingezet worden. Zie paragraaf 3.3.

17. De behandelaar moet inschatten of hij/zij voldoende op de hoogte is van de toestand van de patiënt om gericht ambulancezorg te indiceren. Of het laatste contact hiervoor recent genoeg is verschilt per patiënt en per situatie.

regeling. Deze vormen van vervoer vallen buiten de reikwijdte van dit kwaliteitskader.

3.2.2 Overdracht van zorg door verpleegkundig centralist MKA

Wanneer de verpleegkundig centralist MKA oordeelt dat ambulancezorg niet nodig is, maar wel vermoedt dat er sprake is van ggz-problematiek en dat de patiënt snel zorg nodig heeft, dan kan de centralist de melding doorschakelen naar de APH-triagist voor verdere ggz-triage (zie 3.2.3). Dit is alleen mogelijk in regio's waar al een APH-triagist is. Het advies om ggz in te schakelen kan ook direct uit NTS of ProQA volgen. Indien uit de triage door de APH-triagist blijkt dat ambulancezorg toch nodig is, schakelt deze alsnog via de MKA ambulancezorg in.

Als de verpleegkundig centralist MKA oordeelt dat het niet nodig is om direct zorgverlening in te schakelen, maar zich wel zorgen maakt om de persoon, schakelt de centralist de melding door naar de gemeente/GGD-meldfunctie. Dit doet de verpleegkundig centralist MKA ook voor personen die al bekend zijn bij de openbare geestelijke gezondheidszorg of het sociale wijkteam. Andere mogelijke uitkomsten van triage door de verpleegkundig centralist MKA zijn doorschakeling naar de huisarts(enspoedpost) of ggz-instelling of het geven van een zelfzorgadvies.

3.2.3 APH-triagist en samenwerking met ambulancezorg

De APH-triagist heeft als doel te bepalen, bij voorkeur met de persoon zelf en zijn naaste, welke zorg nodig is en binnen welke tijd. De APH-triagist kan op de MKA of bij de voorwacht van de ggz-crisisdienst gesitueerd zijn. De APH-triagist beschikt in de regel¹⁸ over informatie van de patiënt, zoals een crisiskaart, crisisafspraken, contactgegevens eigen behandelaar, eventuele juridische titel en/of vooraanmelding.

De APH-triagist maakt op basis van de GGZ-triagewijzer een inschatting van de urgentie en indiceert de inzet van acuut psychiatrische hulpverlening (inclusief binnen welke termijn deze nodig is) en voert de regie hierover. Wanneer ambulancezorg nodig is, vraagt de APH-triagist dit aan bij de MKA. De verpleegkundig centralist MKA neemt een beslissing over de inzet op verzoek van de APH-triagist. Samenwerken op basis van vertrouwen is het leidende principe: de MKA volgt in principe¹⁹ het professionele oordeel van de APH-triagist. De verpleegkundig centralist MKA heeft echter een eigenstandige verantwoordelijkheid om uiteindelijk een beslissing te nemen en vraagt daarom nader uit als

dat nodig is om beter te begrijpen welke inzet passend is. Indien nodig kan de centralist overleggen met de MMA of dienstdoende psychiater. Discussie vindt achteraf plaats bij evaluatie van casuïstiek.

Op basis van de telefonische triage informeert de APH-triagist de verwijzer over de geschatte wachttijd op de acuut psychiatrische hulpverlening. De APH-triagist en de verwijzer maken afspraken over het bewaken van de veiligheid gedurende de wachttijd op de vervolgzorg. De verwijzer informeert de persoon en zijn naasten over de gemaakte afspraken met de acuut psychiatrisch hulpverlener.

3.3 Beoordeling ter plaatse

Beoordeling ter plaatse van de situatie en de zorgbehoefte van de patiënt is van grote waarde in het bepalen en verlenen van passende zorg. Zorgprofessionals²⁰ kunnen ter plaatse bij de patiënt immers vaak van veel meer soorten informatie gebruik maken dan de verpleegkundig centralist MKA en APH-triagist op basis van een telefonische melding. Ook is in veel situaties tijd verstreken tussen telefonische melding en aankomst ter plaatse. De beoordeling ter plaatse kan hierdoor leiden tot wijziging van de eerder ingezette of afgesproken vorm en urgentie van zorg. Dit geldt voor zowel ambulancezorg, acute psychiatrische hulpverlening, als andere vormen van (spoed)zorg. Redenen voor wijziging van de inzet van zorg zijn onder meer veranderende patiëntkenmerken of zorgen om de veiligheid van de patiënt, zorgprofessionals en/of naasten.

Wanneer de ambulancezorgprofessional ter plaatse overweegt dat het nodig is om de inzet van zorg te wijzigen, overlegt hij/zij - wanneer dit relevant is en mogelijk - hierover met de aanvrager van ambulancezorg. Vaak is dit de behandelaar of acute psychiatrische hulpverlener. Ook kan de ambulancezorgprofessional de MMA²¹ consulteren. Indien tot een wijziging van de inzet wordt besloten, wordt de verpleegkundig centralist MKA hierover geïnformeerd. Als dit relevant is, draagt de ambulancezorgprofessional zorg voor overdracht of melding aan een passende ketenpartner of instantie (huisarts, ggz, GGD, verslavingszorg of maatschappelijk werk) of neemt hiervoor contact op met de APH-triagefunctie.

18. Afhankelijk van de regionale organisatie van de acute-ggz-keten.

19. De verpleegkundig centralist MKA kan gemotiveerd van het oordeel van de APH-triagist afwijken, bijvoorbeeld op grond van specifieke behoeftes en kenmerken van de patiënt, beschikbare capaciteit en veiligheidsoverwegingen.

20. Ambulancezorgprofessionals, acute psychiatrische hulpverleners of andere betrokken zorgprofessionals. Zie figuur 1.

21. Afhankelijk van regionale afspraken kan dit ook de crisispsychiater of andere achterwacht zijn.

3.4 Informeren van patiënten

Gedurende het zorgverleningsproces wordt de patiënt (en naaste(n)) goed geïnformeerd. De verpleegkundig centralist MKA informeert de patiënt en/of zijn naaste, als deze zelf de melding doen, over de ambulancezorg die ingezet wordt en met welk doel. Als de behandelaar van de patiënt ambulancezorg heeft aangevraagd, informeert hij de patiënt in hoeverre deze een behandeling krijgt, welke behandeling en waar de behandeling plaatsvindt, inclusief informatie over eventuele ambulancezorg. De ambulancezorgprofessional informeert bij aankomst de patiënt over hoe de ambulancezorg plaatsvindt en wat de bestemming is. Hierbij heeft de zorgprofessional allereerst aandacht voor de patiënt en diens behoeften.



4. AMBULANCEZORGVERLENING



Dit hoofdstuk beschrijft de vaardigheden en deskundigheid van de ambulancezorgprofessionals (4.1) en de faciliteiten (4.2) die nodig zijn om passende ambulancezorg te bieden aan de verschillende categorieën patiënten op wie dit kwaliteitskader van toepassing is. Aan het creëren van een zo veilig mogelijke omgeving voor zowel patiënt, naasten als zorgprofessionals wordt specifiek aandacht besteed (4.3).

In algemene zin is het van belang dat ambulancezorg voor mensen met onbegrepen gedrag voldoet aan de uitgangspunten van humane mobiele zorg: bejegening volgens herstel-ondersteunende principes, prikkelarm en zoveel mogelijk zittend op een brandcard en de mogelijkheid om een naaste mee te laten rijden. Dit met als doel (verdere) fysieke of psychische schade voor de patiënt te voorkomen. Preventie van dwangtoepassing is het uitgangspunt, ook in een crisissituatie.

4.1 Vaardigheden en deskundigheid ambulancezorgprofessionals

Om passende en goede mobiele zorg aan patiënten met een psychiatrische en/of somatische zorgvraag te kunnen verlenen zijn specifieke vaardigheden en deskundigheid vereist.

Specifiek voor de zorg voor patiënten met onbegrepen gedrag waarbij mogelijk (een vermoeden van) een psychiatrische aandoening is, is van belang dat de zorgprofessionals ook competent zijn op het gebied van psychiatrische aandoeningen. Bij de keuze welke ambulancezorgprofessionals voor ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening worden ingezet, is competentie ter zake belangrijker dan een specifiek professioneel profiel, hoewel deze sterk samenhangen. Relevante functieprofielen voor ambulancezorgverlening aan patiënten met onbegrepen gedrag waarbij een psychische zorgvraag is, naast 'reguliere' ambulancezorgprofessionals²², verpleegkundigen met ervaring in de ggz en professionals met tenminste een opleiding

maatschappelijke zorg, niveau 4 met ervaring in de ggz of met vergelijkbare competenties en ervaring²³.

RAV's kunnen binnen dit kwaliteitskader zelf de inzet van zorgprofessionals bepalen mits ze aantoonbaar competent zijn op ten minste de onderstaande vaardigheden en deskundigheid. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen algemene competenties die nodig zijn voor alle vormen van ambulancezorg (somatisch en psychiatrische zorgvragen) en specifieke competenties die nodig zijn voor mensen met een somatische of een psychiatrische zorgvraag. Zorgprofessionals tonen deze competenties aan door relevante opleidingen, trainingen of cursussen doorlopen te hebben en/of met relevante werkervaring. Het uitgangspunt is om een zo 'licht' mogelijke variant van ambulancezorg (niveau) te kiezen die past bij de zorgvraag van de patiënt en beschikbaar is.

De RAV maakt schriftelijk inzichtelijk welke vormen van ambulancezorg rondom psychiatrische boordeling op welke niveaus beschikbaar zijn en op welke wijze passende en verantwoorde inzet van vaardigheden en deskundigheid geborgd is.

4.1.1 Alle vormen van ambulancezorg

Voor alle patiëntgroepen worden de volgende vaardigheden en deskundigheden gevraagd:

- het herkennen van gedrag passend bij psychiatrische ziektebeelden;
- algemene vaardigheden en -kunde van ambulancezorgprofessionals en andere zorgprofessionals, inclusief²⁴:
- in staat zijn om te de-escaleren, te normaliseren, te stabiliseren;
- beschikken over een goed inschattingsvermogen, kunnen relativeren en rust uitstralen;

22. Ambulancezorg: juiste zorg door de juiste zorgverlener (2020).

23. Ministeriële regeling Wet ambulancezorgvoorzieningen (2020).

24. Zorgstandaard acute psychiatrie (2019).

- om kunnen gaan met agressie, rust en veiligheid kunnen creëren met zo min mogelijk drang en dwang; hiervoor een goede risicotaxatie kunnen maken;
- overleggen, samenwerking zoeken en de grenzen van bevoegdheden kennen.
- praktijkkennis hebben van wet- en regelgeving rondom zorg en dwang en de geldende richtlijnen en protocollen²⁵ kennen en toe kunnen passen voor zover bevoegd en bekwaam.

De vereiste vaardigheden en deskundigheid zijn nader beschreven in andere sectorale documenten, waaronder de Nota goede ambulancezorg, het fundament voor bekwaamheid in de ambulancezorg en het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA HC, LPA MC en LPA LC).

4.1.2 Ambulancezorg met somatische zorgvraag en onbegrepen gedrag

Voor patiënten met onbegrepen gedrag die ook somatische zorg nodig hebben, bepaalt de complexiteit van de (somatische) zorgvraag het niveau van de ambulancezorg en daarmee het deskundigheidsniveau van de zorgprofessionals (hoogcomplex, midden of laag complex). De eerdergenoemde sectorale kaders geven hier richting aan.

Wanneer er geen gerichte aanvraag door een behandelaar is geweest (dus geen psychiatrische indicatie) en ook somatische zorg nodig is tijdens ambulancezorg, is altijd zorg nodig op het niveau van hoogcomplexe ambulancezorg.

Indien van toepassing bij het zorgniveau van de inzet, gaat bij deze patiëntengroep bijzondere aandacht uit naar:

- zorgverlening voor gesedeerde patiënten, conform de geldende landelijke (en eventueel regionale) protocollen²⁶;
- kennis hebben over wanneer en hoe te sederen, en weten wanneer en hoe veilig te fixeren en vervoeren, conform de geldende landelijke (en eventueel regionale) protocollen;
- het toepassen van zo min mogelijk dwang. Indien nodig dwang toepassen zoals omschreven in de maatregel.

Het begrip 'sedatie' omvat een sterk uiteenlopende groep medicatie. Wanneer relevant bespreekt de behandelaar met de ambulancezorgprofessional de toegediende of op indicatie te gebruiken sedativa en de verwachte effecten hiervan. De ingezette zorgprofessionals moeten bevoegd en bekwaam zijn om met deze middelen en de eventuele effecten voor de patiënt te werken.

Indien sedatie op indicatie, anders dan in het relevante Landelijk Protocol Ambulancezorg, wordt voorgeschreven dient dit op

schrift te zijn vastgelegd door een daartoe zelfstandig bevoegde zorgverlener.

Bij zowel sedatie als fixatie is voorkomen het uitgangspunt. Ook is bij ambulancezorg na een beoordeling en tijdens behandeling het uitgangspunt dat aanbieden of toedienen van (extra) sedatie tijdens vervoer in principe niet nodig zou moeten zijn.

Ambulancezorgprofessionals beoordelen ter plaatse over het wel of niet sederen/fixeren van een patiënt. Aanbeveling hierbij is om wanneer er noodmedicatie is, deze wel toe te dienen.

4.1.3 Ambulancezorg met psychiatrische zorgvraag

Ook voor patiënten die alleen psychiatrische zorgverlening nodig hebben, geldt dat de complexiteit en spoedeisendheid van de zorgvraag het niveau van de zorg bepaalt en daarmee het vereiste deskundigheidsniveau van de zorgprofessionals. Voor alle niveaus zijn de volgende specifieke competenties en vaardigheden²⁷ gevraagd:

- herkennen van gedrag passend bij personen met een psychische hulpvraag en hiernaar kunnen handelen;
- geduld met en empathie hebben voor personen in psychische crisissituaties en aansluiten bij diens behoeftes;
- zich houden aan de relevante richtlijnen, zorgstandaard- en, handboeken en dergelijke en handelen volgens de professionele beroepsstandaard.

4.2 Deskundigheid en bekwaamheid

De bevoegd-/bekwaamheden van ambulancezorgprofessionals zijn vastgelegd in wet- en regelgeving (o.m. Wet BIG, Besluit functionele zelfstandigheid, Wvvgz, Wzd), Nota goede ambulancezorg, het Kwaliteitskader ambulancezorg, het LPA MC en LC. De RAV en eventuele onderaannemers moeten kunnen aantonen dat ambulancezorgprofessionals en eventuele andere zorgprofessionals die zorg of hulp leveren aan deze patiëntengroepen competent ter zake zijn.

4.3 Materiaal en uitrusting

De kenmerken van de patiënt, en vooral de vraag of somatische en/of psychiatrische zorgverlening mogelijk moet zijn tijdens ambulancezorg, bepalen de keuze voor de vorm en het niveau van ambulancezorg dat wordt ingezet en de faciliteiten.

25. Landelijk protocol ambulancezorg (LPA), (2023).

26. Protocol 'agitatie/onrust' en protocol 'Vervoer bij beoordeling psychiatrisch ziektebeeld, (LPA), (2023)

27. Zorgstandaard acute psychiatrie (2019).

4.3.1 Alle vormen van ambulancezorg

Voor alle patiëntgroepen zijn de volgende eisen van toepassing²⁸:

- de optie om een naaste mee te laten rijden als de veiligheid van zorgprofessionals niet in het geding is en wanneer dit gewenst is door patiënt en naaste(n);
- op indicatie de mogelijkheid tot fixatie bij onrust en/of ontsappingsrisico, waarbij het uitgangspunt is dat fixatie zoveel mogelijk voorkomen moet worden en indien wel toegepast: dan met de meest doelmatige en minst ingrijpende interventie (zie bijlage 2 protocol vervoer bij beoordeling psychiatrisch ziektebeeld).

4.3.2 Ambulancezorg met somatische zorgvraag en onbegrepen gedrag

Voor patiënten met onbegrepen gedrag die ook somatische zorg nodig hebben, bepaalt de complexiteit van de (somatische) zorgvraag het niveau van de ambulancezorg en daarmee het deskundigheidsniveau van de zorgprofessionals.

Wanneer complexe somatische zorg nodig is (bij A0, A1, A2 en B1 urgenties), en er geen gerichte aanvraag door een behandelaar is geweest dan is er sprake van hoogcomplexere reguliere ambulancezorg.

Wanneer er sprake is van minder complexe somatische zorg (B2 urgentie), is het kwaliteitskader laag- en midden complexe ambulancezorg van toepassing (LPA MC of LPA LC)²⁹.

4.3.3 Ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening

De zorgvraag van de patiënt bepaalt de gevraagde faciliteiten van het voertuig. Hieronder vallen ten minste:

- prikkelarm vervoer, zolang dit medisch verantwoord is;
- aanwezigheid AED en een pocketmasker;
- keuze tussen zittend en liggend vervoer, waarbij liggend vervoer haast nooit nodig is en indien mogelijk vermeden moet worden;
- bij lagere urgentie is de mogelijkheid tot zitten aanwezig;
- bij lagere urgentie: prikkelarme aankleding³⁰.

Regionaal zijn aanvullende faciliteiten denkbaar.

Voor deze vorm van ambulancezorg zijn de uiterlijke kenmerken van ambulancevoertuigen (o.a. kleur, striping en nummering³¹) en de mogelijkheid gebruik te kunnen maken van optische- en geluidssignalen geen vereiste.

4.4 Veiligheid en dwangzorg

Bij reële dreiging van gevaar en/of noodsituaties die niet zelf beheersbaar te krijgen zijn, kunnen de verpleegkundig centralist MKA, de APH-triagist en ambulancezorgprofessionals ter plaatse de politie om assistentie vragen³². De politie vervoert personen met onbegrepen gedrag niet, tenzij ze verdacht worden van een strafbaar feit. Dit neemt niet weg dat de politie op verzoek ter assistentie aanwezig kan zijn tijdens ambulancezorg. In het regionaal overleg tussen ketenpartners worden afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling rondom veiligheid (zie 8.2). Over de juistheid van deze inschatting vindt eventueel achteraf evaluatie plaats.

Patiënten kunnen vanuit hun ziekte weg willen lopen of zich niet aan afspraken houden. Een op handen zijnde of lopende dwangmaatregel onder de Wvggz of Wzd is vaak een indicatie dat het risico hierop groot is. Voor de aanvraag van passende ambulancezorg is dit een relevant patiëntkenmerk. Wanneer de eigen behandelaar van de patiënt de ambulancezorg indiceert, neemt deze dit mee in zijn overwegingen voor de aanvraag van passende ambulancezorg.

Met de inwerkingtreding van de Wvggz en de Wzd per 1 januari 2020 is gedwongen zorg voorafgaand aan en gedurende een juridische maatregel wettelijk vastgelegd.

Ambulancezorgprofessionals en andere zorgprofessionals handelen conform dit wettelijke kader, het relevante en vigerend landelijk protocol ambulancezorg³³ en de regionale afspraken die de RAV op basis van het wettelijk kader hierover met ketenpartners heeft gemaakt³⁴.

Om op verantwoorde wijze (verplichte) zorg te kunnen verlenen binnen de maatregel, is het voor de verpleegkundig centralist MKA en de ambulancezorgprofessional van belang dat zij op de hoogte zijn van de maatregel³⁵.

28. Zorgstandaard acute psychiatrie (2019) en voorlopig model vervoer (2017).

29. Kwaliteitskader midden en laag complexe ambulancezorg, (2020), hoofdstuk 7.

30. Voorlopig model vervoer (2017).

31. Zie www.striping.nl.

32. Zorgstandaard acute psychiatrie (2019).

33. Protocol 'toestemming zorg', (LPA), (2023).

34. Zie hoofdstuk 7.

35. Het is de verantwoordelijkheid van de ggz-zorgaanbieder om ervoor te zorgen dat de ter zake doende informatie beschikbaar is.



5. OVERDRACHT EN VERSLAGLEGGING



Dit hoofdstuk beschrijft eerst hoe de overdracht van patiënten met onbegrepen gedrag verloopt en gaat vervolgens in op de vereisten van de verslaglegging.

5.1 Overdracht

Afhankelijk van het zorgmoment en de bestemming waar de patiënt door de ambulancezorgprofessional naar toe wordt gebracht, vindt er overdracht plaats tussen zorgprofessionals. Zo kan de patiënt door de ambulancezorgprofessional overgedragen worden aan (een beoordelingslocatie van) de ggz-crisisdienst of aan de SEH.

In algemene zin is het van belang dat patiënten altijd gepresenteerd kunnen worden, evaluatie hiervan vindt achteraf plaats.

Patiënten worden in principe warm overgedragen. Alleen in uitzonderingsgevallen kan hier gemotiveerd van worden afgezien. De aanvrager of ambulancezorgprofessional blijft verantwoordelijk voor de patiënt tot deze is overgedragen.

Bij de overdracht van zorg hanteren zorgprofessionals het protocol Transfer en de (I)SBAR(R)-methodiek. Hierbij is expliciete aandacht voor gedragskenmerken, bejegeningadvies en eventuele juridische status. Wanneer een ambulancezorgprofessional een patiënt overgedragen krijgt van een andere zorgverlener of instelling, is er aandacht voor eventuele afspraken tussen behandelaar of behandellocatie en de patiënt³⁶.

De ambulancesector heeft in de NHG richtlijn digitale gegevensuitwisseling acute zorg (2022) afspraken gemaakt met ketenpartners over het digitaliseren van gegevensuitwisseling in de acute zorg. Er lopen verschillende somatische projecten

om deze afspraken in de praktijk te brengen, denk aan het programma 'Met Spoed Beschikbaar' en 'ZorgDomein'. Met deze projecten willen we efficiëntere, veiligere en meer passende zorg bieden voor de patiënt. Nu de GGZ is aangesloten bij het landelijk Kwaliteitskader Spoedzorgketen (zie paragraaf 8.3) willen we de digitale gegevensuitwisseling met de GGZ ook onder de aandacht brengen.

5.2 Verslaglegging

Het invullen van het (elektronisch) ritformulier, de overdracht en de administratieve verwerking van de ritten vindt plaats volgens de sectorale en regionale afspraken. Het kwaliteitssysteem van de RAV beschrijft de manier van verslaglegging. Bij de verslaglegging nemen de zorgprofessionals de wettelijke vereisten rondom privacybescherming in acht.

Onderaannemers die een deel van de ambulancezorg namens de RAV uitvoeren dragen zorg voor administratieve verwerking van ritten en van overdracht conform de afspraken met de RAV.

In hoofdstuk 7 wordt hier dieper op in gegaan.

³⁶. Regionale aanvullingen zijn mogelijk, zoals relevante informatie over de woonsituatie of de sociale context van een patiënt.



6. VERANTWOORDELIJKHEID EN MEDISCH MANAGEMENT



De medische verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van ambulancezorg rondom onbegrepen gedrag is niet anders dan voor andere vormen van ambulancezorg. Deze dient te voldoen aan de wettelijke eisen en de sectorale afspraken.

6.1 Wettelijke eisen en sectorale afspraken

De eisen en randvoorwaarden die sectoraal zijn vastgesteld met betrekking tot het medisch management ambulancezorg (MMA)³⁷, zijn ook van toepassing op de (mobiele) zorg in dit kwaliteitskader. Voor het primaire zorgproces vloeien hier onder meer de volgende taken van de MMA uit voort:

- garanderen dat een zelfstandig bevoegde 24/7 bereikbaar is voor ambulancezorgprofessionals voor overleg;
- toezien op de uitvoering van het geformuleerde medisch beleid en toepassing van de zorginhoudelijke protocollen;
- toezien op de in de WGBO, Wvz en Wz vastgelegde rechten en plichten van patiënt en zorgverlener;
- toezien op de bevoegdheid en bekwaamheid van zorgprofessionals.

De organisatorische taken van de MMA met betrekking tot dit deel van ambulancezorg bestaan onder meer uit:

- betrokkenheid bij het formuleren van het medisch- en scholingsbeleid voor de zorg- en hulpverleners, en toezien op de uitvoering hiervan;
- het toezien op/implementeren van verbeteracties naar aanleiding van klachten en/of calamiteiten;
- medisch-inhoudelijke afstemming met ketenpartners;
- wetenschappelijk onderzoek.

³⁷. zie Nota Goede Ambulancezorg (2025) en de Wazv (2021).



7. ONDERAANNEMERS VAN DE RAV



De RAV kan een deel van de ambulancezorg rondom onbegrepen gedrag uitbesteden aan een onderaannemer. Ook dan is dit kwaliteitskader van toepassing. De RAV maakt op basis van dit kader afspraken met de onderaannemer. Dit hoofdstuk gaat in op een aantal aspecten die daarbij van belang zijn.

7.1 Bevoegdheid/bekwaamheid

Wanneer een onderaannemer een deel van de ambulancezorg uit dit kwaliteitskader namens de RAV uitvoert, wordt van deze ambulancezorg minstens dezelfde kwaliteit gevraagd als van de RAV zelf. De onderaannemer moet kunnen aantonen dat de ingezette professionals die zorg of hulp leveren aan deze patiëntengroepen competent ter zake zijn.

7.2 Samenwerkings- en kwaliteitsafspraken

Wanneer de RAV een deel van de ambulancezorg rondom onbegrepen gedrag uitbesteedt aan een onderaannemer, moeten de afspraken hierover schriftelijk worden vastgelegd.

Deze afspraken moeten ten minste gaan over:

- de zorginhoudelijke aspecten uit de voorgaande hoofdstukken;
- inzet- en uitsluitcriteria;
- kwaliteitseisen en -bewaking;
- gegevensregistratie;
- incident- en klachtafhandeling;
- periodieke evaluatie.

De registratie van de inzetten door de onderaannemer moet een volledig beeld geven van de inzetten en verleende zorg, conform de afspraken over het zorgdossier van de RAV zelf. De RAV en de onderaannemer maken afspraken over de wijze waarop de registratie en de koppeling met de registratie van de RAV plaatsvindt. Deze afspraken voldoen aan de wettelijke kaders van privacybescherming en informatiebeveiliging³⁸.

38. Algemene verordening gegevensverwerking (AVG), (2018).



8. REGIONALE AFSPRAKEN EN OVERLEG



Dit hoofdstuk gaat over de regionale organisatie van ambulancezorg rondom onbegrepen gedrag en de afspraken die de RAV hierover minimaal maakt met ketenpartners. Ook wordt ingegaan op het regionaal ketenoverleg. Tot slot staan we kort stil bij landelijke afspraken.

8.1 Regionale invulling en afspraken over ambulancezorg

De RAV is verantwoordelijk voor het bieden van verantwoorde en passende ambulancezorg aan personen met onbegrepen gedrag. De RAV houdt bij deze vorm van ambulancezorg rekening met de zorgbehoeftes van de verschillende patiëntengroepen, de daarbij passende zorgdifferentiatie en urgenties, zoals beschreven in hoofdstukken 1 tot en met 3. Ook de triage is zoveel als mogelijk passend voor meldingen van deze personen, door intensievere samenwerking met ketenpartners rondom zorgcoördinatie.

Ook organiseren RAV's extra trainingen of scholing rondom onbegrepen gedrag voor ambulancezorg professionals wanneer dit nodig is om de gevraagde vaardigheden en deskundigheid te borgen. Multidisciplinaire scholing in samenwerking met ketenpartners is ook mogelijk.

Voor de organisatie van de ambulancezorg voor deze patiëntengroepen zijn er voor de RAV verschillende mogelijkheden. RAV's kunnen zelf uitwerken hoe ze passende ambulancezorg voor deze patiëntengroepen doelmatig in kunnen richten. De mogelijkheden die de RAV heeft zijn: bestaande voertuigen geschikt te maken, de vaardigheden en deskundigheid van ambulancezorgprofessionals vergroten/borgen met trainingen en scholing, of nieuwe differentiaties ontwikkelen (eventueel in samenwerking met ketenpartners). Een deel van deze ambulancezorg uitbesteden aan een onderaannemer is ook mogelijk. Wanneer de RAV een deel van de ambulancezorg rondom onbegrepen gedrag uitbesteed aan een onderaannemer, moeten de afspraken hierover schriftelijk worden vastgelegd (zie hoofdstuk 6).

Bij de overwegingen en besluitvorming over de wijze waarop ambulancezorg wordt ingericht, is naast kwaliteit ook doelmatigheid een belangrijke factor. De RAV maakt, samen met de ketenpartners, de aard en omvang van de regionale vraag naar ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening inzichtelijk. Ook bij het monitoren en evalueren van de geleverde zorg is regionaal ketenbreed inzicht van belang.

8.2 Samenwerkingsafspraken en regionaal ketenoverleg

Zorg voor patiënten met onbegrepen gedrag is ketenzorg. Het bieden van passende zorg, zoals beschreven in dit kwaliteitskader, vraagt om gezamenlijke afstemming en ketenafspraken. De RAV en de regionale ketenpartners maken samenwerkingsafspraken over de onderwerpen die in dit kader staan beschreven³⁹.

De RAV neemt deel aan een structureel regionaal ketenoverleg hierover wanneer dit al bestaat. Als dit nog niet bestaat, neemt de RAV het initiatief tot een ketenoverleg. Tijdens een ketenoverleg worden in ieder geval de volgende onderwerpen besproken⁴⁰:

- evaluatie van de afspraken en samenwerking ketenpartners;
- beschikbaarheid, bereikbaarheid en verantwoordelijkheidsverdeling, inclusief hoe in samenwerking zo goed mogelijke zorg te verlenen in ANW-uren en afstemming over de beschikbaarheid van de locatie voor psychiatrische crisisbeoordelingen;
- overdracht van zorg en informatie-uitwisseling tussen ketenpartners;
- bespreking van casuïstiek en onderlinge verwijzingen.

Het overleg vindt minimaal eens per kwartaal plaats. Het is aan te raden om dit overleg onderdeel te laten zijn van een bestaande overlegstructuur, zoals een acute-ggz-overleg of

³⁹. Zorgstandaard acute psychiatrie (2019).

⁴⁰. Inclusief afspraken over maximale responstijden.

een ROAZ-overleg. Tot slot is het van belang dat elke ketenpartner in dit overleg een zichtbaar en makkelijk bereikbaar aanspreekpunt heeft. Voor de juiste inzet van passende ambulancezorg, is het van belang dat ketenpartners en behandelaars goed geïnformeerd zijn over het beschikbare zorgaanbod. Als onderdeel hiervan streeft de RAV ernaar regionale ketenpartners scholing aan te bieden over de beschikbare differentiaties en hun inzetbaarheid.

8.3 Landelijke samenwerkingsafspraken

In 2020 werd de eerste versie van het landelijk Kwaliteitskader Spoedzorgketen⁴¹ gepubliceerd. In dit kwaliteitskader hebben verschillende partijen afspraken vastgelegd over de kwaliteitseisen waaraan de spoedzorg in Nederland moet voldoen. De afspraken zijn gebaseerd op wet- en regelgeving en richten zich op de kwaliteit van de spoedzorg die zorgverleners in ketenverband leveren. Het kwaliteitskader is gericht op huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, zorg door mobiele medische teams en spoedeisende ziekenhuiszorg. Inmiddels wordt gewerkt aan een uitbreiding van het landelijk Kwaliteitskader Spoedzorgeren met afspraken voor de spoedzorgketen voor acute psychiatrie en farmaceutische spoedzorg. Ambulancezorg Nederland is ook betrokken bij het opstellen van de tweede versie van het landelijk Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

⁴¹. Kwaliteitskader Spoedzorgketen, Zorginstituut Nederland, (2020).



9. INFORMATIEVOORZIENING VOOR PATIËNTEN EN NAASTEN



Binnen de ambulancezorg staan de patiënt en de zorgvraag centraal. De RAV streeft naar het bieden van passende zorg. Dat betekent dat de RAV streeft naar de juiste zorg, op de juiste plek. Ambulancezorg wordt verleend in overleg met de patiënt/diens naasten en rondom de patiënt, in afstemming met andere zorgverleners. Er is idealiter sprake van informed consent en gezamenlijke besluitvorming, ofwel shared decision making. Ambulancezorgprofessionals verstrekken de noodzakelijke informatie aan de patiënt/melder op basis waarvan patiënten en/of hun wettelijk vertegenwoordigers besluiten kunnen nemen en toestemming kunnen geven. In de ambulancezorg is vaak sprake van acute situaties waarin de patiënt niet in staat is om toestemming te geven. In deze situaties handelen ambulancezorgprofessionals volgens de professionele standaarden en vanuit hun verantwoordelijkheid als goed hulpverlener.

9.1 Informatievoorziening

Via patiëntfolders en via de website

Iedere burger in Nederland kan – gepland of ongepland – ambulancezorg nodig hebben. Het is belangrijk dat er informatie beschikbaar is voor ‘potentiële patiënten’ op het moment dat er ambulancezorg wordt ingeschakeld. Ook is het belangrijk dat mensen weten wat zij van de ambulancezorg kunnen verwachten.

Informatie voor patiënten dient laagdrempelig en toegankelijk te zijn. Het gebruik van patiënten-folders en het plaatsen van informatie op de website zijn hier beide geschikt voor. Items die hierbij de aandacht verdienen zijn:

- voor burgers begrijpelijke uitleg over de inzetcriteria voor de (mobiele) zorg rondom onbegrepen gedrag;
- de wettelijke eisen met betrekking tot:
 - informatievoorziening;
 - toestemming;
 - dossiervorming;

- privacy;
- klachtenafhandeling.

Deze eisen zijn vastgelegd in de Nota goede ambulancezorg en ook van toepassing op de ambulancezorg uit dit kwaliteitskader. De eisen zijn ook van toepassing op eventuele onderaannemers.

Informatievoorziening ter plaatse

Wanneer de zorg ter plaatse wordt afgerond en vervoer naar een zorginstelling niet nodig is, wordt de patiënt geïnformeerd over hoe te handelen bij terugkomst of verergering van klachten. Ook laat de professional informatie voor de patiënt achter.

Als de patiënt wel wordt vervoerd en overgedragen aan een zorginstelling, zorgt de ambulancezorgprofessional voor een heldere en volledige informatieoverdracht om de continuïteit en veiligheid van de zorgverlening te borgen.

Inzage in patiëntendossier

Conform de wettelijke eisen leggen ambulancezorgprofessionals gegevens over de gezondheid van de patiënt en de verleende zorg vast in een patiëntendossier. Het dossier omvat de gegevens van het gehele ambulancezorgproces, van melding tot en met overdracht. Een zorgvuldig bijgehouden dossier is van belang voor de kwaliteit en continuïteit van zorg aan de patiënt.

Patiëntgegevens worden volgens de wettelijke eisen opgeslagen, verwerkt en bewaard. De RAV draagt er zorg voor dat patiënten hun dossier kunnen inzien via de persoonlijke gezondheidsomgeving.

9.2 Patiëntervaringen

Patiëntervaringen

De ervaringen van patiënten zijn een belangrijke bron voor kwaliteitsverbeteringen binnen de ambulancezorg. De RAV onderzoekt periodiek de ervaringen van patiënten met ambulancezorg. Ook onderzoekt de RAV of de ambulancezorg

goed is afgestemd op de verschillende patiëntgroepen. De RAV voldoet aan de wettelijke eisen en sectorale afspraken.

Klachten en geschillen

Er kunnen zich altijd situaties voordoen waarin de zorg niet voldoet aan de verwachtingen van patiënten en/of hun naasten.

Voor deze situaties voorziet de RAV in een laagdrempelige klachtenregeling en wordt de patiënt bij het indienen van een klacht bijgestaan door een onafhankelijk klachtenfunctionaris.

Ook is de RAV aangesloten bij een erkende landelijke geschilleninstantie. Hier kunnen patiënten terecht als zij niet tevreden zijn met het oordeel van de zorgaanbieder.



10. NA- EN BIJSCHOLING



Om ambulancezorgprofessionals in staat te stellen passende zorg te leveren voor deze patiëntengroepen, is periodieke na- en bijscholing nodig. De RAV draagt hier zorg voor. Waar mogelijk worden hierbij ervaringsdeskundigen/naasten betrokken.

De na- en bijscholing kan gericht zijn op:

- vaardigheden en deskundigheid zoals in hoofdstuk 3 beschreven:
 - het herkennen van gedrag passend bij psychiatrische ziektebeelden en hoe hiernaar te handelen;
 - bejegening volgens de principes van herstelgerichte zorg;
 - in staat zijn om te de-escaleren, om kunnen gaan met agressie en veiligheid creëren;
 - weten wanneer en hoe te sederen en te fixeren. Vooral (het voorkomen van) sedatie en fixatie is hierbij een aandachtspunt;
 - kennis opdoen van de stigma's en vooroordelen die een rol kunnen spelen bij zorg voor personen met een psychiatrische zorgvraag.
 - praktijkkennis van wet- en regelgeving rondom zorg en dwang;
 - regionale ketenafspraken en zorgpaden voor psychiatrische patiënten;
 - regelmatige interne en/of ketenbrede casuïstiek-besprekingen.



11. WETTELIJK KADER AMBULANCEZORG



De volgende wetten en verordeningen zijn de belangrijkste die op de ambulancezorg van toepassing zijn. Uitgebreide passages uit de meeste van deze wetten zijn te vinden in bijlage 4 van dit kader.

De volledige wetteksten zijn te vinden op <https://wetten.overheid.nl>.

Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv);

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz);
- Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO);
- Wet beroepen individuele gezondheidszorg (wet BIG);
- Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz);
- Wet zorg en dwang (Wzd);
- Algemene Verordening gegevensbescherming (AVG);
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz);
- Wet toelating zorginstellingen (Wtzi).

BIJLAGE 1

WERKGROEPLEDEN

Werkgroepleden

Persoon	Organisatie	Rol
Bert Pronk	RAV Fryslân	Lid werkgroep
Walter de Wit	RAV Zeeland	Lid werkgroep
René Purgay	Ambulancezorg Limburg namens V&VN AZ	Lid werkgroep
Vincent Pruim	Namens V&VN AZ	Lid werkgroep
Daniëlle Bussmann	Ambulancezorg Limburg namens de NVMMA	Lid werkgroep
Jan Willem de Boer	MMA 3-noord namens de NVMMA	Lid werkgroep
Michael Timmers	RAV Kennemerland & Noord Holland Noord namens de NVMMA	Lid werkgroep
Margreet Hoogeveen	Programmamanager bureau AZN	Lid werkgroep
Colinde van Asperen- Heijink	Senior beleidsmedewerker bureau AZN	Lid werkgroep

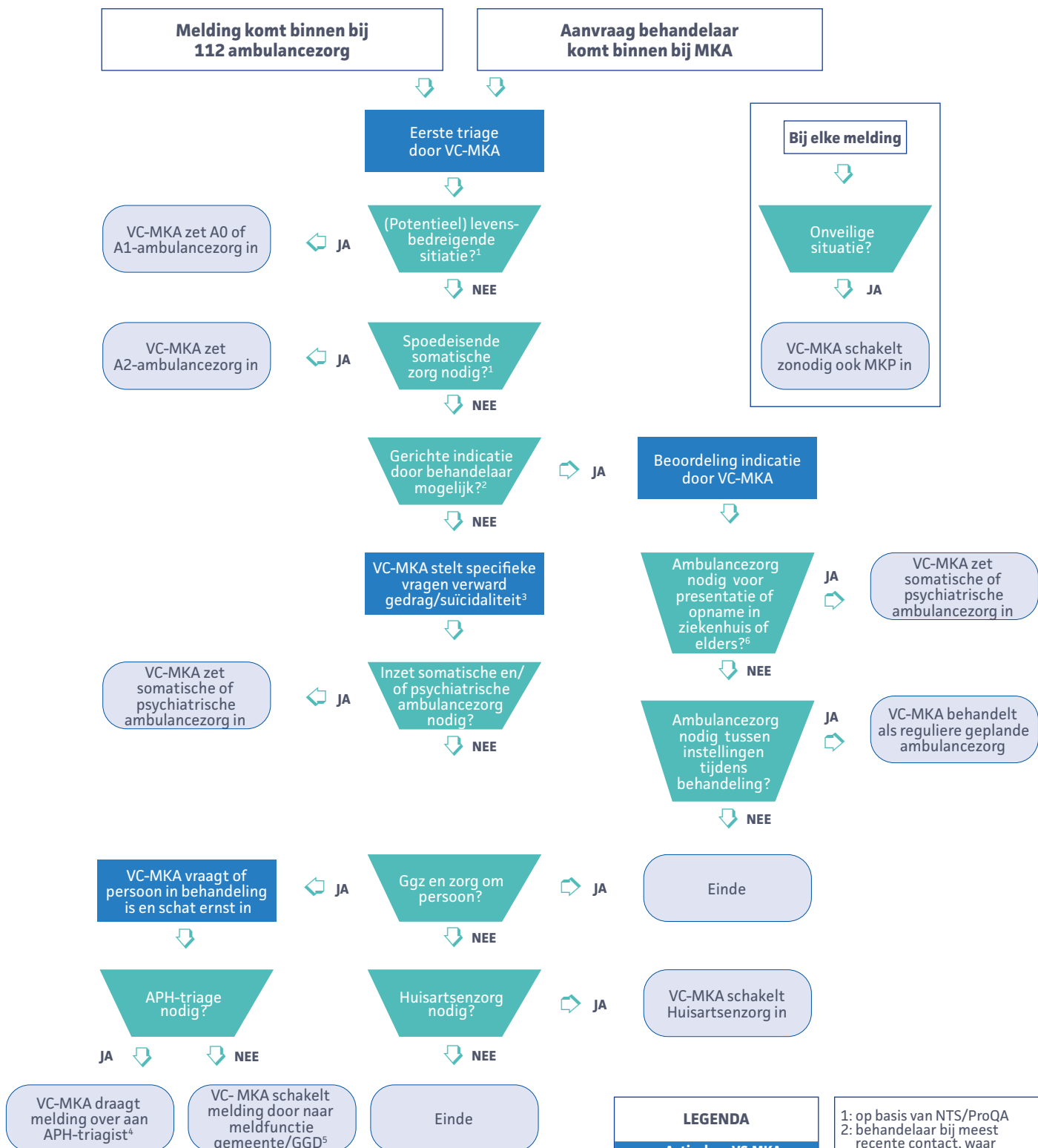
BIJLAGE 2

STROOMSCHEMA MKA BIJ PATIËNTEN MET ONBEGREPEN GEDRAG

Dit stroomschema is een weergave van de telefonische behandeling van meldingen bij de MKA van personen met vermoeden op acute psychiatrische problematiek en tijdens psychiatrische behandeling.

Dit schema (pag. 29) biedt expliciet de ruimte om in sommige gevallen direct ambulancezorg rondom onbegrepen gedrag in te zetten, uitgevoerd door de RAV zelf of een onderaannemer van de RAV. De voorwaarden hiervoor staan in 2.2.1 beschreven.

Bronnen: Voorlopig model melding (Vmm) en zorgstandaard acute psychiatrie.



LEGENDA	
Actie door VC-MKA	
Beslisvraag	
Uitkomst melding	
VC-MKA = verpleegkundig centralist op de meldkamer ambulancezorg MKA = meldkamer ambulancezorg MKP = meldkamer politie APH = acute psychiatrische hulpverlening	
1: op basis van NTS/ProQA 2: behandelaar bij meest recente contact, waar mogelijk in overleg met patiënt/naasten en/of reguliere behandelaar patiënt. 3: NTS-ingangsklacht 'Vreemd gedrag/suïcidaal'. ProQA-protocol 25 'Psychiatrisch/Abnormaal gedrag/zelfmoordpoging' 4: overdracht aan de crisisdienst wanneer de APH-triagist nog niet aanwezig is 5: andere regionale hulplijn en/of zelfzorgadvies wanneer deze meldfunctie nog niet aanwezig is. 6: bijv. verpleeghuis, VG-instelling, of sggz-instelling, met of zonder dwangzorg-maatregel.	

BIJLAGE 3

LPA-PROTOCOLLEN I.R.T. PATIËNTEN MET ONBEGREPEN GEDRAG

In het LPA HC en LPA MC staan verschillende protocollen die van belang zijn in relatie tot dit kwaliteitskader, namelijk:

- LPA HC protocol 'communicatie (I)SBAR(R)';
- LPA MC protocol 'communicatie (I)SBAR(R)';
- LPA HC protocol 'transfer';
- LPA HC protocol 'vervoer bij beoordeling psychiatrisch ziektebeeld';
- LPA MC protocol 'vervoer bij psychiatrisch ziektebeeld';
- LPA HC Redeneerhulp Broset Violence Checklist (BVC);
- LPA MC redeneerhulp Broset Violence Checklist (BVC);
- LPA HC redeneerhulp inzet- en cancelcriteria;
- LPA MC redeneerhulp inzet- en cancelcriteria.

BIJLAGE 4

SAMENVATTING VAN DE VOOR DIT KADER BELANGRIJKSTE WETTEN

Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv)

De Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) is per 1 januari 2021 in werking getreden. De Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) waarborgt de continuïteit en kwaliteit van de ambulancezorg in Nederland. Doel van deze wet is het waarborgen van een goede, tijdige en veilige ambulancehulp voor mensen die dat nodig hebben. Per veiligheidsregio is er een regionale ambulancezorgvoorziening (RAV) aangewezen die als enige zorgaanbieder ambulancezorg in de regio mag uitvoeren. Bij ambulancezorgverlening is sprake van beroepsmatige zorg door bevoegde en bekwame ambulancezorgprofessionals. Zij handelen volgens de wettelijke regels en professionele standaard, onder de verantwoordelijkheid van de medisch eindverantwoordelijke van de RAV en in opdracht van de RAV.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz)

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is op 1 januari 2016 in werking getreden. In de Wkkgz staan een aantal vereisten benoemd die de RAV als zorgaanbieder dient te realiseren als randvoorwaarden voor het kunnen leveren van goede zorg.

Goede zorg en goede organisatie van de zorgverlening

De wet eist dat de zorginstelling goede zorg biedt. Onder goede zorg wordt verstaan: zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Dit is zorg: die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt, waarbij zorgprofessionals handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waarbij de rechten van de patiënt zorgvuldig in acht worden genomen en de patiënt met respect wordt behandeld.

De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid om de zorg zodanig te organiseren dat goede zorg geboden kan worden. Dit betekent onder andere: ervoor zorgdragen dat zowel kwalitatief als kwantitatief voldoende personele en materiële middelen beschikbaar zijn, dat verantwoordelijkheden helder zijn en dat er goede afstemming is tussen zorgprofessionals. Deze verantwoordelijkheid vertaalt zich in eisen die aan de zorgaanbieder in het kader van de Wkkgz worden gesteld.

Veilige zorg en goede kwaliteit

Een patiënt moet kunnen rekenen op veilige zorg. Om goede en veilige zorg te realiseren, moet een zorgaanbieder zorgen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de zorg. De Wkkgz stelt specifieke eisen ten aanzien van het gebruik van medische technologie. De zorgaanbieder moet taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en bekwaamheidseisen vastleggen voor degenen die hierbij betrokken zijn.

De zorgaanbieder en individuele professionals moeten (kunnen) leren van incidenten en calamiteiten. Daartoe moet de organisatie beschikken over een systeem voor het veilig (kunnen) melden van incidenten. Er geldt een wettelijke bescherming van melders, betrokken zorgprofessionals en gegevens in het (interne) VIM-systeem. Dit houdt in dat de gegevens uit het interne meldingssysteem niet openbaar zijn en dat de intern gemelde incidenten niet in een gerechtelijke procedure kunnen worden gebruikt (tenzij de informatie redelijkerwijs niet op een andere manier verkregen kan worden). Voor calamiteiten gelden andere eisen (zie: uitvoeringsbesluit Wkkgz). Deze moeten worden gemeld bij de IGJ (zie meldcode calamiteitenregeling IGJ).

Betrouwbare zorgprofessionals

De Wkkgz stelt in een aantal eisen aan de zorgaanbieder. Zo heeft de zorgaanbieder bij aanstelling van nieuwe medewerkers een vergewisplicht ten aanzien van functioneren in het verleden. Met elke zorgverlener of organisatie die voor de zorgaanbieder zorg verleent, moet een schriftelijke (arbeids-)overeenkomst worden afgesloten. In deze overeenkomst staan normen waaraan de zorgverlener moet voldoen. Daarnaast heeft de zorgaanbieder een meldplicht aan IGJ bij ontslag van een disfunctionerende medewerker en bij geweldsincidenten tegen patiënten. De minister stelt een register in voor zorgaanbieders (LRZa).

Duidelijke informatie voor patiënten

De patiënt heeft recht op goede informatie. De zorgaanbieder moet de patiënt informatie geven over de zorg die wordt geboden, bijvoorbeeld over de kwaliteit, ervaringen van patiënten en bewezen werkzaamheid en tarieven. Zorgaanbieders moeten over deze informatie beschikken en ook de mogelijkheid tot vergelijking bieden.

Transparante afhandeling van klachten

De zorgaanbieder moet voorzien in een laagdrempelige en transparante afhandeling van klachten. Wanneer een patiënt een klacht heeft, dient hij bij het indienen daarvan bijgestaan te worden door een onafhankelijk klachtenfunctionaris. De Wkkgz stelt ook eisen aan de termijn waarbinnen de klacht behandeld moet zijn en de zorgaanbieder tot een oordeel komt.

Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo)

In de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) staan de rechten en plichten van cliënt en hulpverlener, die voortvloeien uit de overeenkomst tot een geneeskundige behandeling. De wet regelt onder andere de informatieplicht, de toestemmingsvereiste, de vertegenwoordiging en positie van minderjarigen en de privacy. De Wgbo regelt hiermee de juridische relatie tussen hulpverlener en cliënt. Een aspect daarvan is de verplichting voor de hulpverlener om te voldoen aan en te handelen volgens de professionele standaard, zoals weergegeven in art. 7: 453 BW: “De hulpverlener dient bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.”

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verbeteren en bewaken. En om patiënten te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig werk van zorgprofessionals. Het uitgangspunt hierbij is dat zorgprofessionals in principe vrij zijn om hun werk uit te voeren, zolang ze bevoegd en bekwaam zijn. In deze wet staan bepalingen over zaken als registratie, herregistratie, voorbehouden handelingen, functionele zelfstandigheid en tuchtrecht.

Functioneel zelfstandig bevoegd

Wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen, nemen de verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen een bijzondere positie in vanuit artikel 39 van de Wet BIG. Voor beide beroepen is dit nader uitgewerkt in het Besluit functionele zelfstandigheid. Het besluit impliceert dat de wet verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen als beroepsgroepen zo deskundig vindt, dat zij zonder toezicht of tussenkomst van een zelfstandig bevoegde bepaalde handelingen mogen uitvoeren. Ambulanceverpleegkundigen mogen daarbij meer voorbehouden handelingen uitvoeren dan verpleegkundigen.

Voor de medisch hulpverlener acute zorg geldt momenteel (2024) een tijdelijke situatie. Tot de opname van de medisch hulpverlener in artikel 3 van de Wet BIG en de toekenning van een functionele zelfstandigheid, kan de medisch hulpverlener zijn functie uitvoeren binnen de mogelijkheden van de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG.

Zelfstandig bevoegd

De bijzondere deskundigheid van de Verpleegkundig Specialisten wordt in artikel 14 beschreven. De functies van Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant vallen voor hun zelfstandige bevoegdheid onder artikel 36 van de Wet BIG.

Niet zelfstandig bevoegd

Als ambulancezorgprofessional hebben de ambulancechauffeur, de chauffeur laag- en middencomplexe ambulancezorg en de verzorgende geen (functioneel) zelfstandige bevoegdheid. Zij zijn in de ambulancezorg dan ook niet bevoegd tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) is bedoeld voor mensen met een psychiatrische stoornis, die leidt tot gedrag dat ernstig nadeel veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Als er geen vrijwillige zorg mogelijk is omdat ernstig nadeel weg te nemen, kan worden bepaald dat onvrijwillige zorg mag worden toegepast. De Wvggz is een zorgwet en geen opnamewet. De zorg volgt de patiënt en kan ook toegepast worden zonder opname, op de plek waar de patiënt verblijft, zoals thuis. Gedwongen opname blijft wel mogelijk indien dit noodzakelijk is.

Wet zorg en dwang (Wzd)

Per 1 januari 2020 is de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, ook wel Wet zorg en dwang (Wzd), in werking getreden. De WZD regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). De Wzd vervangt de Bopz. De wet sluit beter aan bij de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking, waardoor mensen die hun wil niet meer kunnen uiten beter beschermd worden. De Wzd geldt niet alleen in zorginstellingen, maar ook in de thuissituatie, logeeropvang en in kleinschalige woonvormen.

Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) versterkt de positie van de mensen van wie gegevens worden verwerkt. De AVG is van toepassing als er sprake is van geheel of gedeeltelijke geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens. Daarnaast is de AVG van toepassing op de handmatige verwerking van persoonsgegevens die in een bestand zijn opgenomen of die bestemd zijn om daarin op te nemen. De nadruk ligt op de verantwoordelijkheid van organisaties om te kunnen aantonen dat zij zich aan de wet houden.

KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG RONDOM
PATIËNTEN MET ONBEGREPEN GEDRAG



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
8019 AE Zwolle

088 38 38 200

info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl