

# KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG RNDOM PSYCHIATRISCHE BEOORDELING





# INHOUDSOPGAVE

<b>Veelgebruikte termen en afkortingen</b>	<b>4</b>	<b>5 Verantwoordelijkheid en medisch management</b>	<b>18</b>
<b>Inleiding</b>	<b>7</b>	<b>6 Onderaannemers van de RAV</b>	<b>19</b>
<b>1 Zorgvraag centraal: patiënten en indicaties</b>	<b>9</b>	6.1 Bevoegdheid/bekwaamheid	19
1.1 Indicaties voor ambulancezorg	9	6.2 Samenwerkings- en kwaliteitsafspraken	19
1.2 Kenmerken en behoeftes patiënten	9	<b>7 Regionale afspraken en overleg</b>	<b>20</b>
1.3 Gerichte indicatie door behandelaar	9	7.1 Regionale invulling en afspraken over ambulancezorg	20
<b>2 Melding en indicatiestelling</b>	<b>11</b>	7.2 Samenwerkingsafspraken en regionaal ketenoverleg	20
2.1 Melding	11	<b>8 Informatievoorziening voor patiënten en naasten</b>	<b>21</b>
2.2 Triage en indicatiestelling	11	<b>9 Na- en bijscholing</b>	<b>22</b>
2.2.1 Reguliere triage en gerichte indicatiestelling	11	<b>10 Wettelijk kader ambulancezorg</b>	<b>23</b>
2.2.2 Overdracht van zorg door verpleegkundig centralist MKA	12	Bijlage 1	24
2.2.3 APH-triagist en samenwerking met ambulancezorg	13	Begeleidende werkgroep, meelezers en geconsulteerde partijen	
2.3 Beoordeling ter plaatse	13	Bijlage 2	25
2.4 Informeren van patiënten	13	Stroomschema MKA bij (vermoeden op) psychiatrische zorgvragen	
<b>3 Ambulancezorgverlening</b>	<b>14</b>	Bijlage 3	26
3.1 Vaardigheden en deskundigheid ambulancezorg-professionals	14	GGz- triagewijzer	
3.1.1 Alle vormen van ambulancezorg	14	Bijlage 4	27
3.1.2 Reguliere ambulancezorg	15	LPA-protocol Communicatie (SBAR)	
3.1.3 Ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening	15	Bijlage 5	28
3.2 Deskundigheid en bekwaamheid	15	Samenvatting van de voor dit kader belangrijkste wetten	
3.3 Materiaal en uitrusting	15		
3.3.1 Alle vormen van ambulancezorg	15		
3.3.2 Reguliere ambulancezorg	15		
3.3.3 Ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening	16		
3.4 Veiligheid en dwangzorg	16		
<b>4 Overdracht en ritverwerking</b>	<b>17</b>		
4.1 Overdracht	17		
4.2 Ritverwerking	17		

# VEELGEBRUIKTE 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 rondom psychiatrische hulpverlening. Hier volgt een opsomming van de meest gebruikte termen en afkortingen.

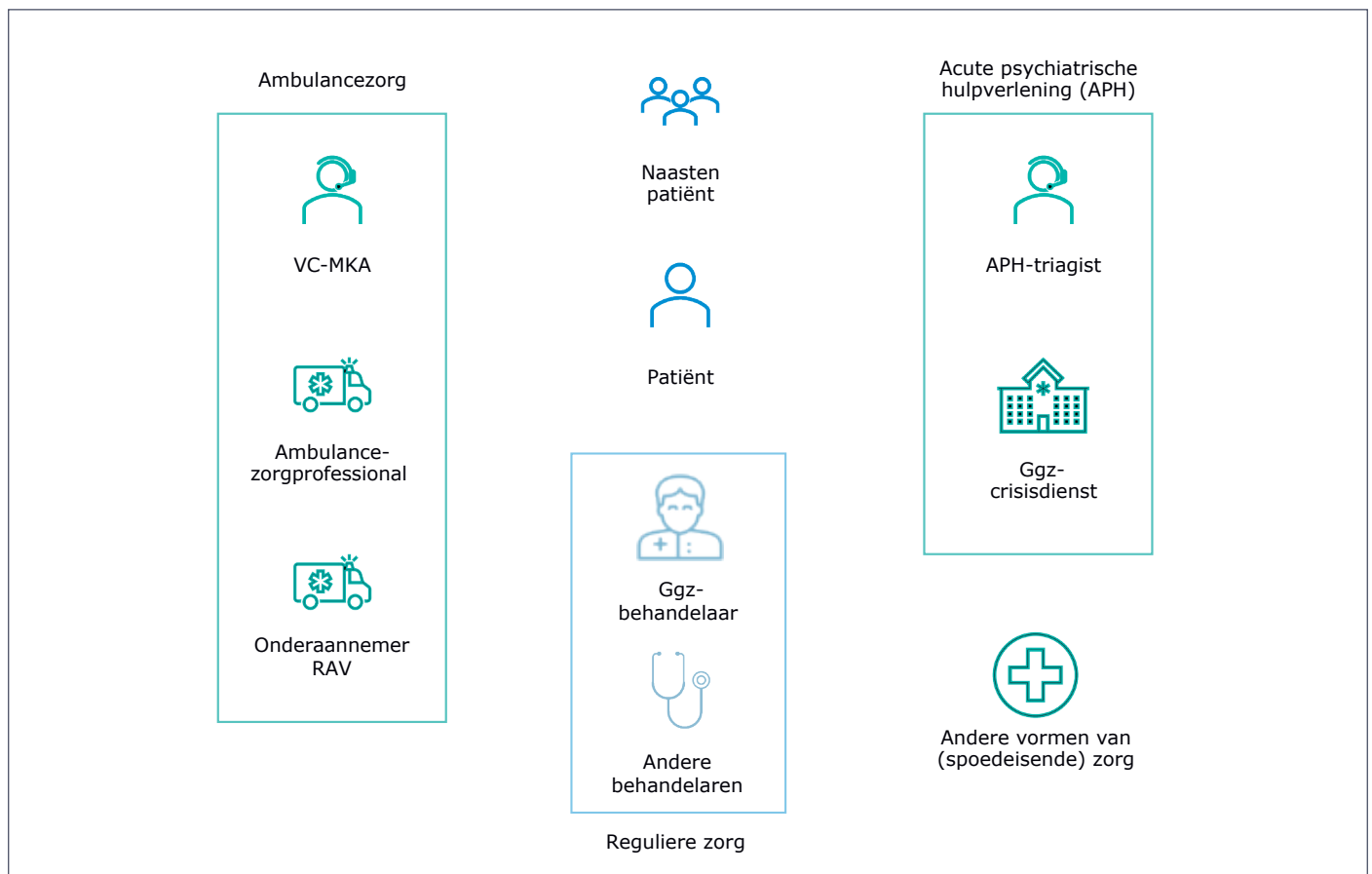
## Betrokken zorgprofessionals

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:** zorgverlener die ambulancezorg verleent (zie 'ambulancezorg'). De wettelijke term 'ambulancezorgprofessional' 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:** acut psychiatrische hulpverlener die op basis van de GGz-triagewijzer<sup>1</sup> een inschatting kan maken van de urgentie van een zorgvraag en de eventuele indicatie voor ambulancezorg.



Figuur 1: Meest betrokken zorgprofessionals bij ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling.

1. GGz-triagewijzer, 2019. Zie bijlage 3.

**Behandelaar:** zorgverlener die een behandelrelatie met een patiënt heeft, vaak als onderdeel van reguliere zorg. In dit kader vaak gebruikt voor de zorgverlener 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 en is in het bezit van het getuigschrift daartoe.

### Andere gehanteerde termen en afkortingen

**Ambulancezorg:** 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 ambulance<sup>2</sup>.

**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 hulplan 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.

**Generieke module acute psychiatrie (GMAP):** multidisciplinaire zorgstandaard. De GMAP beschrijft de inhoud en organisatie van hulpverlening voor mensen in een crisissituatie, die vermoedelijk een acute psychische stoornis hebben<sup>3</sup>.

**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.

**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.

2. Wet ambulancezorgvoorzieningen, 2020.

3. Generieke module acute psychiatrie, 2019.

**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.

**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 (**S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment, **R**ecommendation) 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 vervolgbeleid<sup>4</sup>.

**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, sinds 1 januari 2020 de opvolger van de Wet Bopz. 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.

<sup>4</sup>. Zie bijlage 4, protocol 12.1. Communicatie. LPA 8.1.

# INLEIDING

**Voor mensen die op korte termijn psychiatrisch beoordeeld moeten worden of dat net zijn, is regelmatig mobiele zorg nodig. Het gaat 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.**

De afgelopen jaren zijn voor deze personen regionaal nieuwe vormen van mobiele zorgverlening in de vorm van pilots beproefd. Door RAV's zelf, in samenwerking met ketenpartners en door andere mobiele zorgaanbieders, al dan niet in onderaannemerschap van een RAV. Ook zijn de mogelijkheden verkend om de verantwoordelijkheidsverdeling voor de regie van passende mobiele zorg voor en na psychiatrische beoordeling op een andere wijze in te richten. Recente beleidsbesluiten hebben er toe geleid dat na deze periode van experimenteren en verkennen, het inrichten van passende mobiele zorg voor deze kwetsbare patiëntengroep kan worden bestendigd.

In de zomer van 2020 heeft het ministerie van VWS besloten dat de regie over ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling nu en in de toekomst bij de RAV blijft liggen, met ruimte voor onderaannemers<sup>5</sup>.

Dit kwaliteitskader heeft als doel te beschrijven hoe dit deel van de mobiele zorgverlening in het raamwerk van ambulancezorg past en geeft richting aan de invulling. Het kwaliteitskader ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling vormt daarmee een aanvulling op de Nota goede ambulancezorg<sup>6</sup> en het Kwaliteitskader ambulancezorg<sup>7</sup>.

Eerder opgestelde modellen (vervoer en melding), standaarden (generieke module acute psychiatrie) en (concepten van) kwaliteitskaders (voor en na beoordeling) zijn in dit kwaliteitskader verwerkt.

Dit kwaliteitskader is tot stand gekomen in samenwerking met Verplegenden en Verzorgenden Nederland afdeling Ambulancezorg (V&VN Ambulancezorg) en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA). Daarnaast zijn ketenpartners betrokken bij de totstandkoming. MIND, de Nederlandse ggz en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben deelgenomen in de werkgroep en overige relevante partners zijn betrokken via een consultatieronde.

Het Kwaliteitskader ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling staat niet op zichzelf, maar vormt een 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 partner 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.

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

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

6. Nota goede ambulancezorg, 2018.

7. Kwaliteitskader ambulancezorg, 2019.

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. Denk onder andere aan de verdergaande samenwerking tussen ketenpartners rondom zorgcoördinatie. Dit kwaliteitskader dient op deze ontwikkelingen aangesloten te blijven. Het kwaliteitskader wordt dan ook periodiek geëvalueerd en indien nodig geactualiseerd.





# 1. ZORGVRAAG CENTRAAL: PATIËNTEN EN INDICATIES



**Dit kwaliteitskader gaat over patiënten die rondom psychiatrische beoordeling of tijdens hun psychiatrische behandeling ambulancezorg nodig hebben. Het betreft een brede groep patiënten, uiteenlopend van mensen met psychiatrische en/of lichamelijke problematiek tot psychogeriatrische problemen en verstandelijk beperkten. 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 (1.1). Vervolgens wordt nader ingegaan op de kenmerken en behoeftes van patiënten die de keuze voor ambulancezorg bepalen (1.2) en op de situaties waarin zorgprofessionals gericht kunnen indiceren en wanneer dit niet het geval is (1.3).

## 1.1 Indicaties voor ambulancezorg

We onderscheiden in dit kwaliteitskader in grote lijnen twee groepen patiënten:

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. Wanneer zowel psychiatrische als somatische zorg nodig zijn, heeft de somatische zorgverlening prioriteit.

Ambulancezorg voor patiënten die alleen somatische zorg nodig hebben, valt niet onder de reikwijdte van dit kwaliteitskader.

## 1.2 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 medicatie<sup>8</sup>);
- de mate van spoedeisendheid van de zorgvraag;
- de complexiteit van de zorgvraag;
- relevante gedrags- en gemoedskenmerken, zoals wegloupedrag, angst, agitatie en agressiviteit;
- de aanwezigheid van een juridisch kader onder de Wvvgz, Wzd, of een strafrechtelijke procedure of -maatregel.

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 maken<sup>9</sup>. 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.

## 1.3 Gerichte indicatie 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 behandelaar<sup>10</sup> gehad heeft. Indien dit het geval is, kan de behandelaar gericht ambulancezorg indiceren, toegespitst op de zorgvraag van de patiënt. Zo niet, dan is 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.

8. Generieke module acute psychiatrie, 2019.

9. Generieke module acute psychiatrie, 2019.

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

Het onderscheid tussen situaties waarin een behandelaar gericht ambulancezorg kan indiceren 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 beoordeling<sup>11</sup>. Het moment in het zorgpad van een persoon waarop ambulancezorg wordt geïndiceerd, is van ondergeschikt belang aan diens zorgvraag.

11. Zoals onder andere in het Voorlopig model vervoer.



## 2. MELDING EN INDICATIESTELLING



**Dit hoofdstuk volgt het zorgpad van personen die rondom psychiatrische beoordeling of tijdens psychiatrische behandeling ambulancezorg nodig kunnen hebben. Het hoofdstuk start met de melding (2.1) en gaat vervolgens in op het proces van triage en indicatiestelling en daaruit volgende urgenties (2.2). In 2.3. 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 2.4.**

### 2.1 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);
- 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.

De politie op de MKP schakelt meldingen door naar de MKA wanneer het lijkt te gaan om een levensbedreigende of spoedeisende situatie waarbij sprake is van (dreigende) gezondheidsschade<sup>42</sup>. Na een recent contact met een zorgverlener of tijdens behandeling komen meldingen bijna altijd via de crisisdienst of de eigen behandelaar van de patiënt.

### 2.2 Triage en indicatiestelling

Het proces van triage en indicatiestelling van ambulancezorg voor patiënten rondom psychiatrische beoordeling, verschilt in situaties waarin een behandelaar gericht ambulancezorg kan indiceren en in situaties wanneer dat niet zo is. In 2.2.1 worden de verschillende routes, indicaties en urgenties beschreven. In 2.2.2. 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 2.2.3.

#### 2.2.1 Reguliere triage en gerichte indicatiestelling

##### *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 urgenties<sup>43</sup> leiden:

1. Voor patiënten in een levensbedreigende situatie geldt een maximale responstijd van 15 minuten (A1-urgentie ambulancezorg, U1-urgentie in de GGz-triagewijzer).
2. Voor patiënten die zich niet in een levensbedreigende situatie bevinden, maar spoedeisende somatische zorg nodig hebben, geldt een responstijd van maximaal 30 minuten (A2-urgentie ambulancezorg).
3. 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

**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 2.2.3).

**13.** Momenteel loopt een traject om de urgentie-indeling van de ambulancezorg te herzien. Wanneer deze verbeterde urgentie-indeling wordt geïmplementeerd, wordt dit kwaliteitskader daarop aangepast.

psychiatrische beoordeling<sup>14</sup> elders<sup>15</sup> nodig is, geldt als streeftijd dat deze binnen 1 uur moet kunnen starten (U2 GGz-triagewijzer). Om dit mogelijk te maken wordt een responstijd van ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening binnen 30 minuten nagestreefd<sup>16</sup>.

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 indicatiestelling*

Wanneer de patiënt recent een contact heeft gehad met een behandelaar, is het mogelijk om ambulancezorg gericht te indiceren<sup>17</sup>. 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. Afhankelijk van de kenmerken en behoeftes van de patiënt kan de indicatiestelling door de behandelaar tot de volgende urgenties leiden:

4. Wanneer een patiënt ambulancezorg nodig heeft om ongeplande vervolgzorg mogelijk te maken, wordt een responstijd van maximaal 1 uur nagestreefd<sup>18</sup>. Dit kan ondermeer gaan om:
  - een ongeplande presentatie in een ziekenhuis, of opname in een sggz-instelling, VG-instelling, of verpleeghuis;
  - een patiënt met een juridische status<sup>19</sup>, met als onderdeel daarvan gedwongen opname, die terug moet naar een sggz-instelling, VG-instelling, of verpleeghuis.
5. Ambulancezorg tussen zorginstellingen als onderdeel van een psychiatrische behandeling is geplande ambulancezorg.

Bovenstaande wordt schematisch weergegeven in bijlage 2.

Met uitzondering van de spoedeisende, levensbedreigende situaties zijn de genoemde responstijden streeftijden. Voor niet-spoedeisende situaties (3 tot en met 5) 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 indiceert en 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. De aanvrager en verpleegkundig centralist MKA erkennen elkaars professionele oordeel. Discussie over eventuele onterechte aanvragen of afwijkingen van inzet vindt achteraf plaats.

Ambulancezorg dient in principe 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, dan is dit planbare ambulancezorg. Deze ambulancezorg vindt meestal binnen kantooruren plaats.

Ambulancezorg is alleen nodig wanneer dit uit telefonische triage of beoordeling ter plaatse noodzakelijk blijkt, of door een behandelaar geïndiceerd 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 coulanceregeling. Deze vormen van vervoer vallen buiten de reikwijdte van dit kwaliteitskader.

#### **2.2.2 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 hij/zij de melding doorschakelen naar de APH-triagist voor verdere ggz-triage (zie 2.2.3). Dit is alleen mogelijk in regio's waar

14. Crisisbeoordeling door acute psychiatrische hulpverlening.
15. Een eerste uitgangspunt in de GMAP 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 2.3.
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.
18. Voorlopig model vervoer, 2019. 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.
19. Een lopende maatregel voor gedwongen zorg onder de Wvvgz of Wzd.

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(enpost) of ggz-instelling of het geven van een zelfzorgadvies.

### 2.2.3 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 regel<sup>20</sup> 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 principe<sup>21</sup> 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. 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.

## 2.3 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. Zorgprofessionals<sup>22</sup> 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 MMA<sup>23</sup> 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.

## 2.4 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 doet, over de ambulancezorg die ingezet wordt en met welk doel. Als de behandelaar van de patiënt ambulancezorg indiceert, 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 aandacht voor de patiënt en diens behoeften.

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

21. 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.

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

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



## 3. AMBULANCEZORGVERLENING



**Dit hoofdstuk beschrijft de vaardigheden en deskundigheid van de ambulancezorgprofessionals (3.1) en de faciliteiten (3.2) 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 (3.3).**

In algemene zin is het van belang dat ambulancezorg voor mensen met een psychiatrische hulpvraag voldoet aan de uitgangspunten van humane mobiele zorg: bejegening volgens herstelondersteunende principes, prikkelarm en zoveel mogelijk zittend 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.

### **3.1 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 een (vermoeden van) een psychiatrische aandoening, 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 een psychische zorgvraag zijn, naast 'reguliere' ambulancezorgprofessionals<sup>24</sup>, 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 ervaring<sup>25</sup>.

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 en specifieke competenties die nodig zijn voor mensen met een somatische of 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 inzichtelijk welke vormen van ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling op welke niveaus beschikbaar zijn en op welke wijze passende en verantwoorde inzet van vaardigheden en deskundigheid geborgd is.

#### **3.1.1 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, inclusief<sup>26</sup>:
  - in staat zijn om te de-escaleren, te normaliseren, te stabiliseren;
  - beschikken over een goed inschattingsvermogen, kunnen relativeren en rust uitstralen;
  - 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.

<sup>24</sup>. Ambulancezorg: juiste zorg door de juiste zorgverlener, 2020.

<sup>25</sup>. Ministeriële regeling Wet ambulancezorgvoorzieningen, 2020.

<sup>26</sup>. Generieke module acute psychiatrie, 2019.

- praktijkkennis hebben van wet- en regelgeving rondom zorg en dwang en de geldende richtlijnen en protocollen<sup>27</sup> 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 kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg, het Raamwerk zorgdifferentiatie en het Landelijk protocol ambulancezorg.

### 3.1.2 Reguliere ambulancezorg

Voor patiënten die naast een psychiatrische zorgvraag ook somatische zorg nodig hebben, bepaalt de complexiteit van de 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 indicatiestelling door een behandelaar is geweest 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) protocollen<sup>28</sup>;
- kennis hebben over wanneer en hoe te sederen, en weten wanneer en hoe te fixeren, conform de geldende landelijke (en eventueel regionale) protocollen.

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.

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.

### 3.1.3 Ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening

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 vaardigheden<sup>29</sup> 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, zorgstandaarden, handboeken en dergelijke en handelen volgens de professionele beroepsstandaard.

### 3.2 Deskundigheid en bekwaamheid

De bevoegd-/bekwaamheden van ambulancezorgprofessionals zijn vastgelegd in wet- en regelgeving (o.m. Wet BIG, Wvvggz, Wzd), Nota goede ambulancezorg, het Kwaliteitskader ambulancezorg en het LPA. 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.

### 3.3 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.

#### 3.3.1 Alle vormen van ambulancezorg

Voor alle patiëntengroepen zijn de volgende eisen van toepassing<sup>30</sup>:

- 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 ontsnapingsrisico, waarbij het uitgangspunt is dat fixatie zoveel mogelijk voorkomen moet worden.

#### 3.3.2 Reguliere ambulancezorg

Wanneer er geen gerichte indicatiestelling door een behandelaar is geweest en ook somatische zorg nodig is tijdens ambulancezorg, is altijd de mogelijkheid tot liggend vervoer en uitrusting voor ALS nodig. In andere gevallen is dit alleen op indicatie nodig.

Indien er geen indicatie is om ALS-uitrusting aanwezig te hebben, is het kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg van toepassing<sup>31</sup>.

27. Landelijk protocol ambulancezorg (LPA) 8.1, 2016.

28. Protocol 'Onrust' en protocol 'Veilig vervoer psychiatrische patiënt', LPA 8.1.

29. Generieke module acute psychiatrie, 2019.

30. Generieke module acute psychiatrie (2019) en voorlopig model vervoer (2017).

31. Kwaliteitskader midden en laag complexe ambulancezorg, 2020, hoofdstuk 7.



### 3.3.3 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 aankleding<sup>32</sup>.

Regionaal zijn aanvullende faciliteiten denkbaar.

Voor deze vorm van ambulancezorg zijn de uiterlijke kenmerken van ambulancevoertuigen (o.a. kleur, striping en nummering<sup>33</sup>) en de mogelijkheid gebruik te kunnen maken van optische- en geluidsignalen geen vereiste.

### 3.4 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 vragen<sup>34</sup>. De politie vervoert personen rondom psychiatrische beoordeling niet, tenzij ze verdacht worden van een strafbaar feit. Dit neemt niet weg dat de politie ter assistentie aanwezig kan zijn tijdens ambulancezorg. In het regionaal overleg tussen ketenpartners worden afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling rondom veiligheid (zie 7.2). 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 Wvvgz of Wzd is vaak een indicatie dat het risico hierop groot is. Voor de indicatiestelling 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 indicatiestelling van passende ambulancezorg.

Met de inwerkingtreding van de Wvvgz 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 vigerend landelijk protocol

ambulancezorg<sup>35</sup> en de regionale afspraken die de RAV op basis van het wettelijk kader hierover met ketenpartners heeft gemaakt<sup>36</sup>.

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 maatregel<sup>37</sup>.

32. Voorlopig model vervoer, 2017.

33. Zie [www.striping.nl](http://www.striping.nl).

34. Generieke module acute psychiatrie, 2019.

35. LPA 8.1. protocol onvrijwillige zorg.

36. Zie hoofdstuk 7.

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





## 4. OVERDRACHT EN RITVERWERKING



**Dit hoofdstuk beschrijft eerst hoe de overdracht van patiënten rondom psychiatrische beoordeling verloopt en gaat vervolgens in op de vereisten van de ritverwerking.**

### 4.1 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 de SBAR-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 patiënt<sup>38</sup>.

### 4.2 Ritverwerking

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 ritverwerking.

Bij de verslaglegging en ritverwerking 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 6 wordt hier dieper op in gegaan.

<sup>38</sup>. Regionale aanvullingen zijn mogelijk, zoals relevante informatie over de woonsituatie of de sociale context van een patiënt.



## 5. VERANTWOORDELIJKHEID EN MEDISCH MANAGEMENT



**De medische verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling en tijdens psychiatrische behandeling, is niet anders dan voor andere vormen van ambulancezorg. Deze dient te voldoen aan de wettelijke eisen en de sectorale afspraken.**

De eisen en randvoorwaarden die sectoraal zijn vastgesteld met betrekking tot het medisch management, beschreven in het Professioneel statuut medisch management ambulancezorg<sup>39</sup>, 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; dit overleg kan met de MMA zelf zijn, maar in regionaal overleg met ketenpartners is de dienstdoend (ziekenhuis)psychiater ook een optie<sup>40</sup>;
- toezien op de uitvoering van het geformuleerde medisch beleid en toepassing van de zorginhoudelijke protocollen;
- toezien op de in de WGBO, Wvzgz en Wzd 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;
- medisch-inhoudelijke afstemming met ketenpartners.

<sup>39</sup>. Professioneel statuut medisch management ambulancezorg, 2013.

<sup>40</sup>. In enkele regio's wordt deze taak in deeltijd waargenomen door een verpleegkundig specialist.



## 6. ONDERAANNEMERS VAN DE RAV



**De RAV kan een deel van de ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling 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.**

### 6.1 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. Hierbij gaat het om competentie ter zake en relevante faciliteiten, niet over opleidingsniveau of jaren ervaring.

De onderaannemer moet kunnen aantonen dat de ingezette professionals die zorg of hulp leveren aan deze patiëntengroepen competent ter zake zijn.

### 6.2 Samenwerkings- en kwaliteitsafspraken

Wanneer de RAV een deel van de ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling 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 ritregistratie 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 informatiebeveiliging<sup>41</sup>.

<sup>41</sup>. Algemene verordening gegevensverwerking, 2018.



## 7. REGIONALE AFSPRAKEN EN OVERLEG



**Dit hoofdstuk gaat over de regionale organisatie van ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling en tijdens psychiatrische behandeling en de afspraken die de RAV hierover minimaal maakt met ketenpartners. Ook wordt ingegaan op het regionaal ketenoverleg.**

### 7.1 Regionale invulling en afspraken over ambulancezorg

De RAV is verantwoordelijk voor het bieden van verantwoorde en passende ambulancezorg aan personen rondom psychiatrische beoordeling en wanneer dit tijdens behandeling nodig is. De RAV houdt bij deze vorm van ambulancezorg rekening met de zorgbehoeftes van de verschillende patiëngroepen, 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 psychiatrische trainingen of scholing 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 psychiatrische beoordeling uitbestede 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.

### 7.2 Samenwerkingsafspraken en regionaal ketenoverleg

Zorg rondom psychiatrische beoordeling 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 beschreven<sup>42</sup>.

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 besproken<sup>43</sup>.

- 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 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.

<sup>42</sup>. Generieke module acute psychiatrie, 2019.

<sup>43</sup>. Inclusief afspraken over maximale responstijden.



## 8. INFORMATIEVOORZIENING VOOR PATIËNTEN EN NAASTEN



Voor patiënten en hun naasten dient helder te zijn wat zij van de ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling mogen verwachten. Informatie over deze zorg dient voor patiënten laagdrempelig toegankelijk te zijn. Het gebruik van patiëntenfolders 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 psychiatrische beoordeling;
- de wettelijke eisen met betrekking tot:
  - informatievoorziening;
  - toestemming;
  - dossiervorming;
  - privacy;
  - klachtenafhandeling.

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

Conform de wettelijke eisen en sectorale afspraken wordt periodiek cliënttevredenheid gemeten.

Deze eisen zijn ook van toepassing op eventuele onderaannemers.



## 9. NA- EN BIJSCHOLING



Om ambulancezorgprofessionals in staat te stellen passende zorg te leveren voor deze patiënten-groepen, 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:

- psychiatrische 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.



## 10. 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 5 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

## BEGELEIDENDE WERKGROEP, MEELEZERS EN GECONSULTEERDE PARTIJEN

### Begeleidende werkgroep en meelezers

Persoon	Organisatie	Rol
Bert Benthem		Onafhankelijk voorzitter
Fons Strijbosch	SiRM	Advies en ondersteuning
Margreet Hoogeveen	AZN	Ondersteuning
Maurice de Caluwé	AZN	Werkgroeplid
Kees Hendriks	AZN	Meelezer
Jan Willem de Boer	NVMMA	Werkgroeplid
Erick Oskam	NVMMA	Meelezer
Roos Flaming	NVMMA	Meelezer
Thijs Gras	V&VN Ambulancezorg	Werkgroeplid
Leo Klink	V&VN Ambulancezorg	Meelezer
Simone Melis	MIND	Werkgroeplid
Karen Griep	De Nederlandse ggz	Werkgroeplid
André Louw	De Nederlandse ggz	Meelezer
Maaïke Schapendonk	Zorgverzekeraars Nederland	Werkgroeplid
Jasper van Kuik	Zorgverzekeraars Nederland	Meelezer

### Geconsulteerde ketenpartners

InEen

Landelijk Netwerk Acute Zorg

Nederlandse Politie

Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie



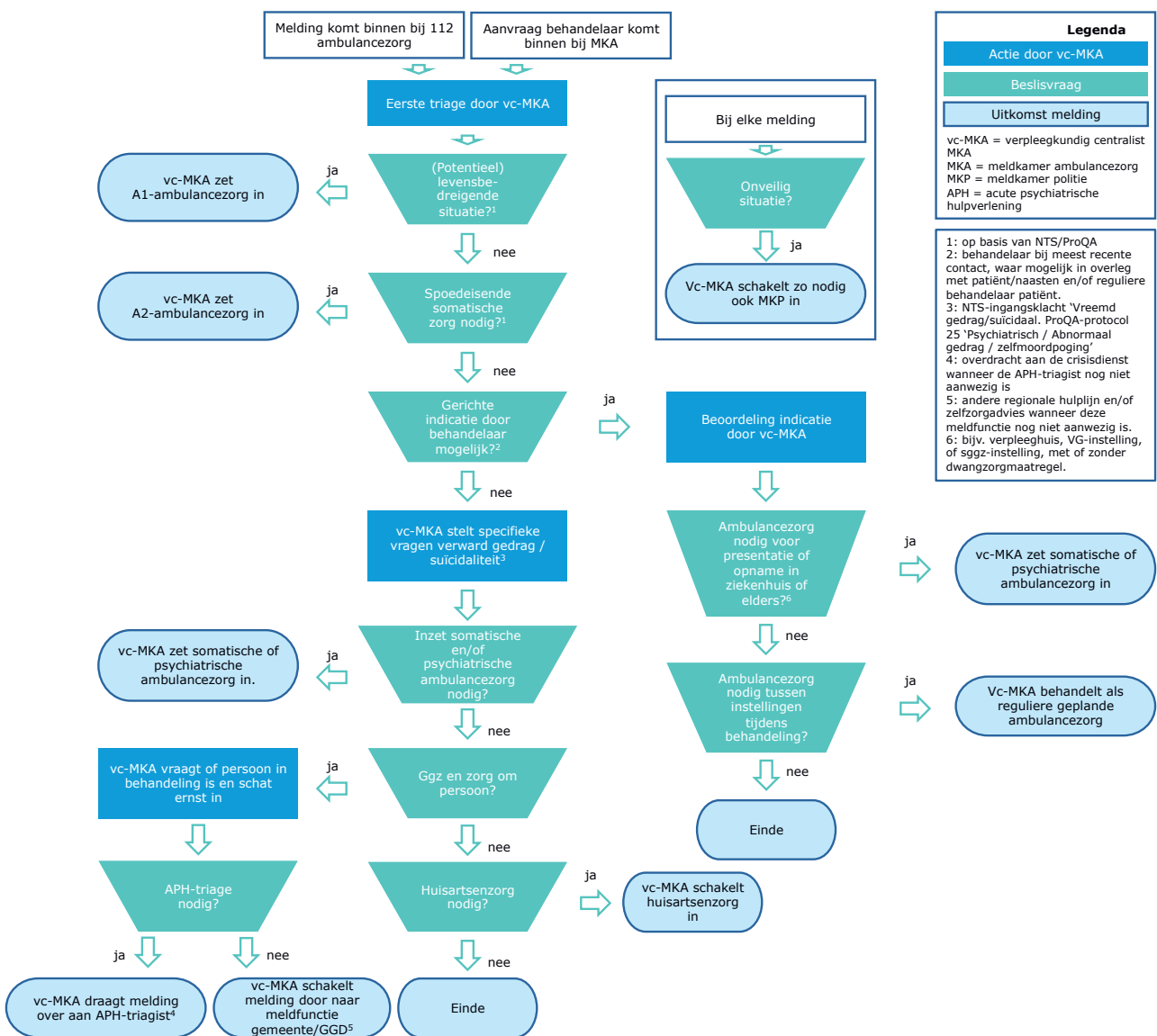
# BIJLAGE 2

## STROOMSCHEMA MKA BIJ (VERMOEDEN OP) PSYCHIATRISCHE ZORGVRAGEN

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.

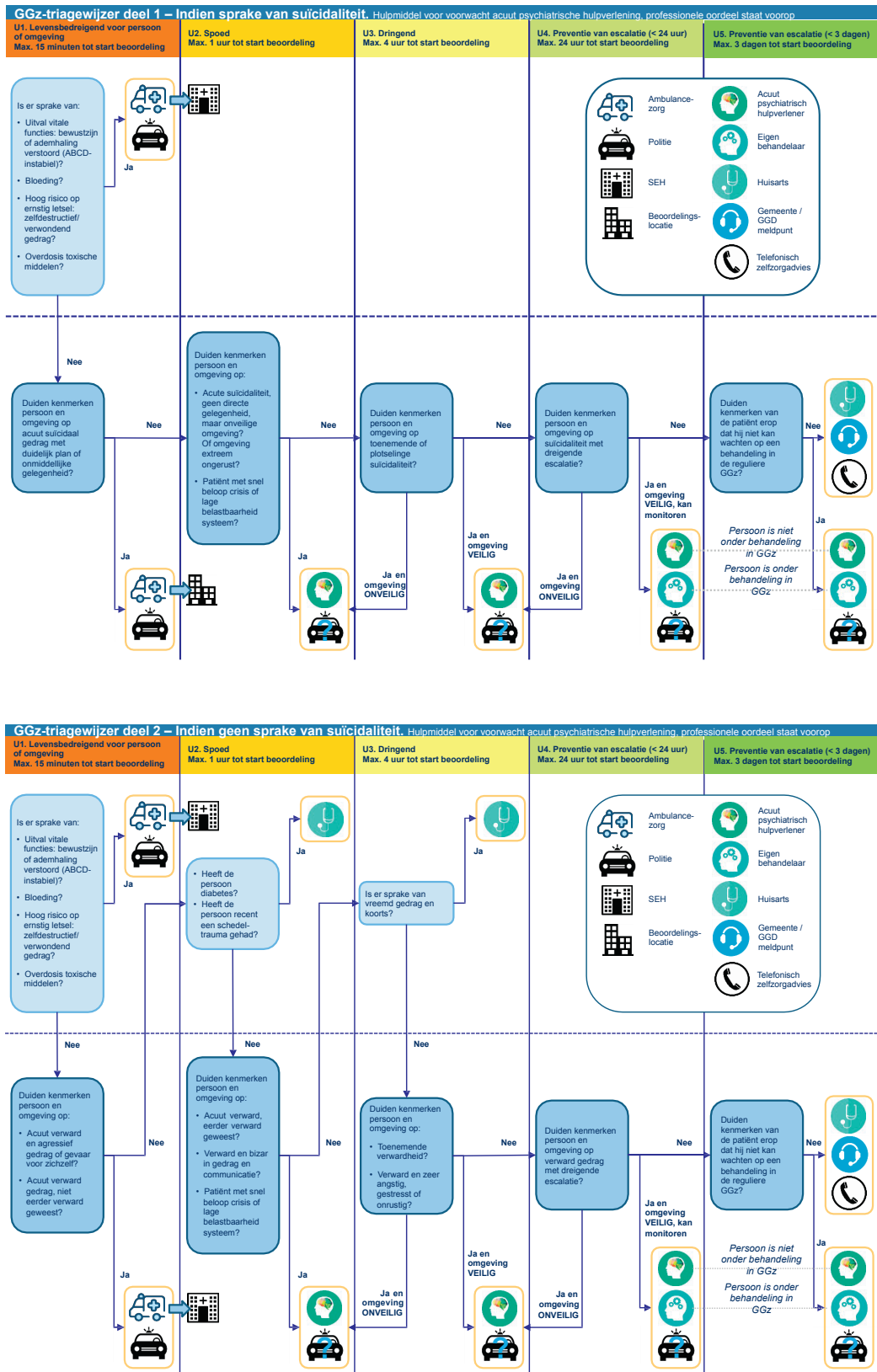
Dit schema biedt expliciet de ruimte om in sommige gevallen direct psychiatrische ambulancezorg in te zetten, uitgevoerd door de RAV zelf of een onderaannemer van de RAV. De voorwaarden hiervoor staan in 2.2.1 beschreven.

Bronnen: Voorlopig model melding (Vmm) en Generieke module acute psychiatrie (GMAP).



# BIJLAGE 3

## GGZ-TRIAGEWIJZER



# BIJLAGE 4

## LPA-PROTOCOL COMMUNICATIE (SBAR)

### 12.1

### Communicatie

SITRAP, vooraankondiging, overdracht, overleg of advies

#### Situation

- identificeer jezelf/reden van contact
- patiënt: geslacht, leeftijd
- event:
  - trauma: ongevalsmechanisme/letsel
  - non-trauma: toestandbeeld
- A B C D E

#### Background

- relevante voorgeschiedenis
- allergie
- infectierisico
- medicatie
- bijzonderheden

#### Assessment

- bevindingen/behandeling
- werkdiagnose

#### Recommendation

- verwachting/gewenste opvang
- repeat: bevestig afspraak

- bij SITRAP tenminste de S en R vermelden
- bij vooraankondiging tenminste de S en R vermelden en de geschatte aankomsttijd

#### bij alle EHGv:

- relevante medische informatie blijft achter bij de patiënt

#### bij EHGv en overdracht

- overdracht aan verantwoordelijk arts of verloskundige

# BIJLAGE 5

## SAMENVATTING VAN DE VOOR DIT KADER BELANGRIJKSTE WETTEN

### **Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv)**

De Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) is per 1 januari 2021 in werking getreden. De Wazv vervangt de Tijdelijke wet ambulancezorg. De Wazv beoogt zekerheid te bieden over ambulancevoorzieningen in de toekomst. Dit komt de continuïteit en kwaliteit, waaronder innovatie, van de ambulancevoorzieningen ten goede.

Als het gaat om ambulancezorg staan continuïteit en kwaliteit van de zorg voor de patiënt voorop. Ambulancezorg moet te allen tijde 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar en van goede kwaliteit zijn. Ambulancezorg is een cruciale schakel in de keten van acute zorg. De Wazv regelt drie belangrijke zaken om de continuïteit van ambulancezorg te waarborgen:

- één aanbieder per veiligheidsregio;
- aanbieders hebben een aanwijzing voor onbepaalde tijd;
- inkoop van ambulancezorg door zorgverzekeraars in representatie.

Het waarborgen van de continuïteit van ambulancezorg vergt sterke publieke waarborgen. Dat betekent in de eerste plaats dat in de wet wordt geregeld dat er per veiligheidsregio één aanbieder is, die niet alleen het alleenrecht heeft om ambulancezorg te leveren, maar ook de plicht heeft om deze zorg te leveren.

Ten tweede is de continuïteit gediend met het verlenen van aanwijzingen voor onbepaalde tijd aan de huidige aanbieders van ambulancezorg. Dit voorkomt discontinuïteit als gevolg van wisseling van aanbieders. Het geeft rust onder medewerkers en is van belang voor de kwaliteit van de zorg. Het geeft ook rust bij ketenpartners en bevordert investeringen in kwaliteit voor de langere termijn.

In de derde plaats vereist het belang van de continuïteit het voortzetten van inkoop van ambulancezorg door zorgverzekeraars in representatie, dat wil zeggen dat de twee grootste zorgverzekeraars in de regio inkopen namens alle zorgverzekeraars. Door deze wijze van inkoop zijn de beschikbaarheid van ambulancezorg en de financiering van die beschikbaarheid het beste gediend.

### **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 en vervangt de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. 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. Kerndoelstellingen van de Wkkgz zijn:

- veilige zorg en goede kwaliteit;
- laagdrempelige en transparante afhandeling van klachten;
- duidelijke informatie voor patiënten.

### **Goede zorg**

De kern van de Wkkgz wordt gevormd door het begrip 'goede zorg'. 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.

## **Goede organisatie van de zorgverlening**

Volgens de Wkkgz heeft de zorgaanbieder 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**

In de Wkkgz staat veiligheid centraal. Een patiënt moet kunnen rekenen op veilige zorg. Om dat te waarborgen, is een aantal eisen in de Wkkgz opgenomen. 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**

Patiënten die zorg nodig hebben, zijn aangewezen op zorgprofessionals. Zij moeten erop kunnen vertrouwen dat zij in veilige handen zijn. De Wkkgz stelt in dit kader 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, resultaten, bewezen werkzaamheid en tarieven. Zorgaanbieders moeten over deze informatie beschikken en ook de mogelijkheid tot vergelijking bieden. Zo vereist de Wkkgz dat een zorgaanbieder zoveel mogelijk instrumenten gebruikt die onderlinge vergelijking mogelijk maken, denk bijvoorbeeld aan patiëntveringsonderzoeken. Ook moet de zorgaanbieder de patiënt desgevraagd informeren over zijn rechten die uit de Wkkgz voortkomen. Ten slotte is de zorgaanbieder verplicht de patiënt te informeren over calamiteiten en incidenten, en dit vast te leggen in het patiëntendossier.

## **Transparante afhandeling van klachten**

De zorgaanbieder moet voorzien in een laagdrempelige en transparante afhandeling van klachten. Er moet een klachtenregeling zijn, die voldoet aan de wettelijke eisen. De regeling moet zijn opgesteld in overleg met patiëntvertegenwoordigers en beschikbaar zijn voor patiënten. 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. Ketenklachten dienen volgens de Wkkgz in gezamenlijkheid te worden behandeld. De zorgaanbieder moet aangesloten zijn bij een onafhankelijke door de minister erkende geschilleninstantie, tot wie de patiënt zich kan richten wanneer hij niet tevreden is met het oordeel van de zorgaanbieder. De geschilleninstantie kan een bindend advies of schadevergoeding opleggen.

## **Toezicht en handhaving**

Hoewel de instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg, blijft onafhankelijk toezicht op de naleving van de Wkkgz noodzakelijk. Dit is de taak van de IGJ. IGJ kan hiertoe diverse maatregelen treffen (referentie: Inspectie voor de Volksgezondheid, [www.igj.nl](http://www.igj.nl)).

nl). Extra aandacht heeft IGJ voor goed bestuur in de zorg (referentie: Kader goed bestuur, juli 2016). Raden van bestuur en raden van toezicht hebben een verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg.

### **Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)**

De Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) is sinds 1 april 1995 van kracht. De wet legt de rechten en plichten vast van cliënt en hulpverlener die voortvloeien uit de overeenkomst tot een geneeskundige behandeling. De wet regelt onder andere de informatieplicht, toestemmingsvereiste, vertegenwoordiging en positie van minderjarigen en de privacy. De WGBO regelt de juridische relatie tussen hulpverlener en cliënt. Eén aspect daarvan is de in de wet verankerde verplichting voor de hulpverlener om te voldoen aan en te handelen volgens de professionele standaard, de normen die zijn ontwikkeld in de beroepsgroep. Daarnaast verdient de dossierplicht van de hulpverlener nadere aandacht.

### **Standaarden en normen**

In de WGBO is de professionele standaard als norm voor het handelen van hulpverleners verankerd. In art. 7: 453 BW wordt dit als volgt verwoord: “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”. De WGBO gaat ervan uit dat er een behandelovereenkomst ontstaat tussen hulpverlener (centralist, ambulanceverpleegkundige) en de patiënt. De patiënt die een hulpvraag stelt, gaat een behandelovereenkomst aan met de RAV. Deze organisatie moet ervoor zorgen dat deze overeenkomst doorwerkt in de relatie centralist-cliënt en ambulanceverpleegkundige-patiënt. Op basis van de professionele standaard wordt beoordeeld of de centralist MKA of de ambulancezorgprofessional de zorg van een goed hulpverlener heeft gegeven, of hierin toerekenbaar tekort is geschoten.

### **Dossierplicht en beroepsgeheim**

Op grond van de bijzondere aard van zijn beroep heeft de hulpverlener een beroepsgeheim. Uit dat beroepsgeheim vloeit een geheimhoudingsplicht van de beroepsbeoefenaar voort. Handhaving van het beroepsgeheim is op twee manieren mogelijk gemaakt. Enerzijds heeft de hulpverlener een zwijgplicht tegenover ieder ander dan de patiënt. Anderzijds heeft de hulpverlener het verschoningsrecht dat hij voor de rechter kan inroepen bij een gerechtelijke procedure.

De zwijgplicht is onder andere vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst in artikel 7:457 BW.

### **Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)**

De Wet BIG heeft als doelstelling de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. Het Besluit functionele zelfstandigheid is een Algemene Maatregel van Bestuur bij de Wet BIG. De Wet BIG is op 1 december 1997 in werking getreden. De wet heeft als doelstelling de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de cliënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. De Wet BIG is, voor wat betreft de titelbescherming binnen de ambulancezorg, van toepassing op ambulanceverpleegkundigen, verpleegkundig centralisten MKA en artsen.

### **Voorbehouden handelingen**

Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg vrij is. Deze vrijheid geldt echter niet voor alle handelingen. Er zijn handelingen die de wetgever zodanig risicovol vindt, dat hij de uitvoering daarvan voorbehoudt aan artsen: de voorbehouden handelingen (art. 36 Wet BIG). De wet maakt een onderscheid tussen beroepsbeoefenaren die zelfstandig bevoegd zijn om deze voorbehouden handelingen uit te voeren, zoals artsen, en beroepsbeoefenaren die hiertoe niet zelfstandig bevoegd zijn, zoals verpleegkundigen. Wie niet zelfstandig bevoegd is, mag in opdracht van een zelfstandig bevoegde (lees: een arts) en onder bepaalde voorwaarden voorbehouden handelingen uitvoeren.

Op de ambulances en in de MKA zijn geen artsen aanwezig die een opdracht (aanwijzingen en instructies) kunnen verstrekken aan de ambulancezorgprofessionals. In de praktijk is het de verpleegkundig centralist MKA die de indicatie stelt voor de te verlenen

ambulancezorg, de urgentie bepaalt of een patiënt direct verwijst naar ketenpartners. De ambulanceverpleegkundige bepaalt vervolgens welke zorg respectievelijk welke (voorbehouden of risicovolle) behandeling de patiënt nodig heeft. De wettelijk vereiste opdracht van de arts aan de centralist MKA en ambulanceverpleegkundige om te handelen en op welke wijze, ligt binnen de ambulancezorg verankerd in richtlijnen en protocollen. Dit is bepalend voor de verantwoordelijkheden van de RAV-directie en de MMA ten opzichte van de totstandkoming, naleving en het houden van toezicht op een verantwoorde uitvoering van deze protocollen en standaarden, landelijk en regionaal.

Wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen, nemen de ambulanceverpleegkundigen een bijzondere positie in op grond van artikel 39 van deze wet. Dit is nader uitgewerkt in het Besluit Functionele Zelfstandigheid. Het artikel impliceert dat de wet de beroepsgroep verpleegkundigen zodanig deskundig acht, dat zij zonder toezicht of tussenkomst van de arts bepaalde handelingen mag uitvoeren. Met het oog op het functioneel zelfstandig uitvoeren van voorbehouden (en andere risicovolle) handelingen, blijft de opdracht van een arts vereist. Hetzelfde geldt voor de eis van bekwaamheid van de verpleegkundige. Functionele zelfstandigheid van een beroepsgroep betekent niet dat toezicht en tussenkomst van de arts niet meer mogelijk is.

De opdrachtgever en opdrachtnemer houden ieder hun eigen verantwoordelijkheid voor een zorgvuldige hulpverlening. Het blijft mogelijk dat de opdrachtnemer om toezicht of tussenkomst verzoekt of dat de opdrachtgever daar zelf toe besluit.

### **Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)**

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) trad op 1 januari 2020 in werking en vervangt de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) voor zover het gaat om 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 om dat ernstig nadeel weg te nemen, kan worden bepaald dat verplichte zorg mag worden toegepast. De ambulancezorg kan op verschillende momenten betrokken zijn in de verplichte zorg.

De Wvggz is een zorgwet en geen opnamewet. De Wvggz stelt de zorg centraal. Daardoor is een opname straks geen voorwaarde meer voor het verlenen van verplichte zorg. De zorg volgt de patiënt en kan ook toegepast worden zonder opname (dus ambulante), op de plek waar de patiënt is/verblijft, zoals thuis. Gedwongen opname blijft wel mogelijk als dit noodzakelijk is.

In de Wvggz is vastgelegd dat de patiënt zo veel mogelijk regie houdt. Daarvoor zijn verschillende manieren. Zoals verplichte zorg voorkómen door betrokkene een eigen plan van aanpak te laten maken. En betrokkene kan zelf aangeven welke verplichte zorg onder welke omstandigheden het minst schadelijk is met een zorgkaart of een zelfbindingsverklaring.

De Wet Bopz stelde gedwongen opname altijd centraal. Daardoor is (was) gedwongen zorg onder dat wettelijk regime alleen mogelijk als de patiënt gedwongen is opgenomen.

Voor de ambulancezorg zijn de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de Wet Bopz:

- inbewaringstelling (IBS) wordt crisismaatregel (CM), rechterlijke machtiging (RM) wordt zorgmachtiging (ZM);
- de Wvggz kent meer behandelmogelijkheden dan de Wet Bopz, zoals tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel en dat verplichte zorg ook ambulante kan zijn;
- de Wvggz kent meer zorghandelingen binnen de verplichte zorg, zoals het verrichten van medische controles en handelingen, het toepassen van therapeutische maatregelen (binnen bepaalde kaders) en het toedienen van voeding, vocht en medicatie;
- tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel is mogelijk gedurende maximaal 18 uur voor de crisismaatregel. Dit is inclusief ambulancezorg;
- men spreekt niet van 'gevaar' maar van 'ernstig nadeel' (andere definitie, strekking is hetzelfde);
- de Wvggz is er niet voor mensen met een psychogeriatrische aandoening (dementie) of een verstandelijke beperking. Tevens gaat de Wvggz niet over psychiatrische ziekten bij mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking waarbij deze aandoening of beperking op de voorgrond staat. Daarvoor geldt vanaf 2020 de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd).

### **Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)**

Sinds 25 mei 2018 is de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) van toepassing. Dat betekent dat in de hele Europese Unie (EU) dezelfde privacywetgeving geldt. De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) geldt niet meer. De AVG versterkt de positie van de mensen van wie gegevens worden verwerkt. Zij krijgen nieuwe privacyrechten en hun bestaande rechten worden sterker. Organisaties die persoonsgegevens verwerken krijgen meer verplichtingen. De nadruk ligt op de verantwoordelijkheid van organisaties om te kunnen aantonen dat zij zich aan de wet houden. Meer informatie over de AVG en de vereisten is te vinden op: <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/algemene-informatie-avg/algemene-informatie-avg>.



KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG  
AMBULANCEZORG RONDON  
PSYCHIATRISCHE BEOORDELING



**Ambulancezorg Nederland**

Veerallee 68  
8011 AE Zwolle

088 38 38 200

[info@ambulancezorg.nl](mailto:info@ambulancezorg.nl)  
[www.ambulancezorg.nl](http://www.ambulancezorg.nl)