



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Betrokken organisaties.....	4
Inleiding.....	5
1. Melding en triage	9
1.1 Melding	9
1.2 Triage op de meldkamer ambulancezorg.....	9
1.3 APH-triagist en samenwerking met ambulancezorg	11
2. Mobiele zorgverlening	14
2.1 Patiëntgroepen	14
2.2 Zorgverleners en hun vaardigheden en deskundigheid	15
2.3 Verantwoordelijkheid en medisch management	16
2.3.1 Medische verantwoordelijkheid en medisch management.....	16
2.3.2 Bevoegdheid/bekwaamheid en kwaliteit onderaannemers	16
2.4 Materiaal en uitrusting.....	17
2.5 Veiligheid en dwangzorg	17
2.5.1 Rol van de politie	17
2.5.2 Gedwongen zorg	18
3. Overdracht en ritverwerking	19
3.1 Eisen aan overdracht.....	19
3.2 Ritverwerking	19
4. Regionale afspraken en overleg	21
4.1 Regionale afspraken over mobiele zorg voor psychiatrische beoordeling	21
4.2 Regionaal overleg ketenpartners.....	22
4.3 Informatievoorziening voor patiënten en naasten.....	22
5. Scholing en toezicht	23
5.1 Na- en bijscholing	23
5.2 Organisatorische aspecten van het medisch management	23
6. Wettelijk kader ambulancezorg	24
Literatuurverwijzingen	25
Bijlagen	26
Bijlage 1. Begeleidende werkgroep en meelezers.....	27
Bijlage 2. GGz- triagewijzer	29



Bijlage 3. Voorbeeld SBAR-kaartje.....	31
Bijlage 4. Samenvatting van de voor dit kader belangrijkste wetten.....	32
Tijdelijke wet ambulancezorg (tWaz)	32
Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz)	32
Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)	34
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)	35
Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)	36
Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).....	37



Betrokken organisaties





Inleiding

Voor mensen die op korte termijn psychiatrisch beoordeeld moeten worden, is vaak vervoer met zorgverlening 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. Goede zorg voor deze personen stelt eisen aan de houding en professionele kennis van een zorgverlener en vraagt om passende mobiele zorg.

Vervoer en mobiele zorg vóór en na psychiatrische beoordeling zijn in Nederland op dit moment voorbehouden aan de RAV's. Sinds 2017 worden voor deze patiënten regionaal ook andere vormen van mobiele zorg uitgetoetst, met subsidie van ZonMw. Door RAV's zelf, bijvoorbeeld met psycholances, en door andere vervoersaanbieders, al dan niet in onderaannemerschap van een RAV. Hiermee wordt de breed gedragen wens ingevuld om in passende mobiele zorg te voorzien voor personen met verward gedrag. Staatssecretaris Blokhuis is voornemens de regionale regie over mobiele zorg vóór beoordeling in de toekomst bij de RAV te laten met ruimte voor onderaannemers¹. Het ministerie van VWS besluit naar verwachting voorjaar 2020 of de regie over mobiele zorg ná beoordeling en tijdens psychiatrische behandeling in de toekomst bij de RAV blijft of elders komt te liggen.

Om deze ontwikkelingen samen met de voorlopige modellen vervoer (Vmv)² en -melding (Vmm)³ en de generieke module Acute Psychiatrie (GMAP)⁴ structureel in de mobiele zorgverlening in te bedden, heeft AZN in samenwerking met Verplegenden en Verzorgenden Nederland afdeling Ambulancezorg (V&VN Ambulancezorg) en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) het Kwaliteitskader '(acute) psychiatrie ambulancezorg' uit 2015 geactualiseerd. Hiervoor is een begeleidende werkgroep⁵ ingericht. Ook ketenpartners zijn betrokken bij de totstandkoming van de kwaliteitskader, door middel van interviews met bij deze zorg betrokken partijen⁶ en een feedbackronde.

Het nieuwe kwaliteitskader geeft richting aan de invulling van deze vorm van ambulancezorg. Het kwaliteitskader vormt een aanvulling voor deze specifieke doelgroep op de Nota goede

¹ Kamerbrief staatssecretaris Blokhuis over vervoer van personen met verward gedrag d.d. 25-6-2019

² Voorlopig model Vervoer, 2017, <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/ketensamenwerking/passende-zorg-voor-personen-met-verward-gedrag>

³ Voorlopig model melding, 2017, <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/ketensamenwerking/passende-zorg-voor-personen-met-verward-gedrag>

⁴ Generieke module acute psychiatrie, 2017, <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/ketensamenwerking/passende-zorg-voor-personen-met-verward-gedrag>

⁵ De samenstelling van de werkgroep 'Kwaliteitskader mobiele zorg vóór psychiatrische hulpverlening' is te vinden in bijlage 1.

⁶ De betrokken ketenpartners staan vermeld in bijlage 1.



ambulancezorg uit 2018⁷ en het Kwaliteitskader ambulancezorg uit 2019⁸ en is lijn met het Vmv, het Vmm en de GMAP. Om het kwaliteitskader zo bondig mogelijk te houden, wordt regelmatig naar deze bronnen verwezen door middel van een voetnoot.

Het Kwaliteitskader Mobiele zorg vóór psychiatrische beoordeling staat niet op zich maar vormt een onderdeel van de multidisciplinaire zorg rondom psychiatrische beoordeling en behandeling. Om deze mobiele zorg goed te kunnen verlenen, dient een aantal randvoorwaarden geregeld te zijn, zoals onder andere in de randvoorwaarden van de GMAP beschreven. Een belangrijke voorwaarde is goede samenwerking met politie, APH-triagisten, en zorgprofessionals binnen de acute GGZ. Deze samenwerking dient uit te gaan van wederzijds vertrouwen, maar vereist ook dat iedere partner zijn haar verantwoordelijkheid invulling geeft. Een andere belangrijke randvoorwaarde voor dit kwaliteitskader is de regionale beschikbaarheid van een locatie voor crisisbeoordeling.

Het kwaliteitskader bestaat uit twee delen. Het A-deel beschrijft het primaire zorgproces en de gewenste kwaliteit van zorg bij melding en triage, bij de zorgverlening ter plaatse, tijdens vervoer en bij de overdracht. Dit deel is bedoeld voor gebruik in de dagelijkse praktijk, onafhankelijk of de RAV de zorgaanbieder is, of een onderaannemer. Het B-deel beschrijft de organisatorische aspecten en het wettelijk kader dat op deze vorm van zorg van toepassing is. In het B-deel wordt ook specifiek aandacht besteed aan de afspraken tussen RAV en onderaannemer, wanneer de RAV voor (een deel van) deze zorg een onderaannemer contracteert.

Om te benadrukken dat ambulancezorg meer inhoudt dan alleen vervoer naar een zorginstelling wordt in dit kwaliteitskader gesproken van 'mobiele zorg'. Deze term kan in dit kwaliteitskader als synoniem worden beschouwd met de wettelijke term 'ambulancezorg'. Wanneer de mobiele zorg alleen psychiatrische hulpverlening betreft, spreken we over 'vervoer met psychiatrische hulpverlening' (VPH). Dit in navolging van het NZa-advies over bekostiging van vervoer met psychiatrische hulpverlening.⁹ VPH valt ook onder het wettelijk begrip 'ambulancezorg'. Wanneer dit document spreekt van onderaannemers, worden hiermee direct door de RAV gecontracteerde (zorg)organisaties bedoeld die een deel van de zorg namens de RAV uitvoeren.

In tegenstelling tot de GMAP, het Vmv en het Vmm spreekt dit kader van 'responstijd' in plaats van 'aanrijtijd', conform de definitie in het Uniform Begrippenkader Ambulancezorg (UBK)¹⁰. Gelet op

⁷ Nota goede ambulancezorg, 2018. <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/goede-zorg>

⁸ Kwaliteitskader Ambulancezorg, 2019. <https://www.ambulancezorg.nl/themas/actieplan-ambulancezorg/kwaliteit/kwaliteit>

⁹ NZa-advies Bekostiging van vervoer met psychiatrische hulpverlening, december 2019. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_296698_22/1/

¹⁰ Uniform Begrippenkader Ambulancezorg, 2013. <https://www.ambulancezorg.nl/themas/ambulancezorg-in-nederland/product-ambulancezorg/ambulancezorg>

hoe het Vmv in de bijlage het begrip aanrijtijd definieert, komt dit overeen met de term responstijd uit het UBK¹¹.

Dit kwaliteitskader gaat niet over de bekostiging en inkoop van zorg, maar alleen over gewenste kwaliteit, organisatie en samenwerking.

Tegelijkertijd met het actualiseren van dit kwaliteitskader is ook een kwaliteitskader 'Vervoer met psychiatrische hulpverlening ná psychiatrische beoordeling'¹² ontwikkeld. De documenten sluiten inhoudelijk op elkaar aan. Mogelijk kunnen in de toekomst beide documenten worden samengevoegd.

¹¹ Het UBK definieert responstijd als 'de som van de tijdsduur voor aanname en uitgifte op de MKA, de uitruktijd en de aanrijtijd'.

¹² Het concept Kwaliteitskader 'Vervoer met psychiatrische hulpverlening na beoordeling' is in februari 2020 aangeboden aan AKWA.

Deel A -

Kwaliteit van mobiele zorgverlening vóór psychiatrische beoordeling





1. Melding en triage

Dit hoofdstuk volgt het zorgpad van personen die een psychiatrische beoordeling nodig hebben, van melding via triage tot inzet van ambulancezorg. Voor deze doelgroep is het waar mogelijk van belang om de tijd te nemen voor triage omdat dit de kans vergroot op de meest passende zorginzet. Ambulancezorg is geïndiceerd wanneer verpleegkundige en/of medische begeleiding voorafgaand aan die beoordeling noodzakelijk is. Omdat de kenmerken en hulpbehoefte van deze doelgroep vaak veranderen voor en/of tijdens de mobiele zorg¹³, is flexibiliteit tijdens de triage van belang.

1.1 Melding

De verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg (vc-MKA) kan via verschillende routes een melding ontvangen over een persoon bij wie acute psychiatrische problematiek vermoed wordt:

- Via personen zelf of naasten/omstanders (112),
- Via de politie, ter plaatse of via de meldkamer politie (MKP),
- Via de acuut psychiatrische hulpverlening (APH)-triagist indien al regionaal aanwezig,
- Via de crisisdienst, huisarts/huisartsenpost (HAP) of andere ketenpartners,
- Via de eigen RAV, wanneer een ambulance-eenheid (bijvoorbeeld rapid responder) ter plaatse vraagt om inzet van een andere vorm van ambulancezorg

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.

1.2 Triage op de meldkamer ambulancezorg

De vc-MKA 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 vervoersbehoefte van deze patiënten op het moment van triage, is de basis van de keuze voor een passende inzet van mobiele zorg. Dit is afhankelijk van de kenmerken van de patiënt. Uit de triage volgt een urgentie, al dan niet gevolgd door inzet van ambulancezorg:

- Voor patiënten in een levensbedreigende situatie geldt een maximale responstijd van 15 minuten (A1-urgentie ambulancezorg, U1-urgentie in de GGz-triagewijzer¹⁴)¹⁵.

¹³ Overal waar in dit kader van 'mobiele zorg' gesproken wordt, kan dit als synoniem voor het wettelijk begrip 'ambulancezorg' gelezen worden. Zie de inleiding voor verdere toelichting.

¹⁴ Zie bijlage 2 voor de GGz-triagewijzer

¹⁵ Voorlopig model vervoer



- 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).
- 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 psychiatrische beoordeling nodig is, geldt dat deze binnen 1 uur moet kunnen kan starten (U2 GGz-triagewijzer). Hiervoor wordt een maximale responstijd VPH van 30 minuten nagestreefd. Specifieke kenmerken van de patiënt of zijn omgeving kunnen soms in overleg met verwijzer en/of patiënt een iets langere wachttijd acceptabel maken¹⁶.
- Voor sommige patiënten bij wie binnen 4 uur gestart moet worden met psychiatrische beoordeling (U3-urgentie in de GGz-triagewijzer) kan ook georganiseerd vervoer nodig zijn. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**¹⁷ Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij verwarde en/of suïcidale patiënten die niet thuis beoordeeld kunnen worden, bij zeer grote onrust, of bij een onveilige omgeving. In deze gevallen overlegt de vc-MKA met verwijzer en/of patiënt over de best passende inzet van mobiele zorg. De responstijd die zij hierbij afspreken moet het mogelijk maken om binnen 4 uur te starten met psychiatrische beoordeling.

Vervoer voorafgaand aan psychiatrische beoordeling is alleen nodig wanneer dit uit triage noodzakelijk blijkt. Fysieke triage ter plaatse is hierbij van grotere waarde dan telefonische triage. Patiënten worden zoveel mogelijk thuis psychiatrisch beoordeeld¹⁸.

Wanneer de vc-MKA oordeelt dat ambulancezorg niet nodig is, maar wel vermoedt dat er sprake is van ggz-problematiek en dat de patiënt snel hulpverlening nodig heeft, dan kan de vc-MKA de melding doorschakelen naar de APH-triagist voor verdere ggz-triage. 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 noodzakelijk organiseert de APH-triagist alsnog via de MKA vervoer dat binnen 30 minuten ter plaatse kan arriveren.¹⁹

Als de vc-MKA oordeelt dat het niet nodig is om snelle hulpverlening in te schakelen, maar zich wel zorgen maakt om de persoon, schakelt hij/zij de melding door naar de gemeente/GGD-meldfunctie. Dit is alleen mogelijk in regio's waar al een gemeente/GGD-meldfunctie is. Dit doet de vc-MKA ook voor personen die al bekend zijn bij de OGGZ of het sociale wijkteam. Andere mogelijke uitkomsten zijn doorschakeling naar de huisarts(enpost) of ggz-instelling, of het geven van een zelfzorgadvies.

Bovenstaande staat schematisch beschreven in figuur 1 op pagina 13.

¹⁶ Generieke module acute psychiatrie (GMAP)

¹⁷ Generieke module Acute Psychiatrie (GMAP)

¹⁸ Zoals afgesproken in de GMAP.

¹⁹ Voorlopig model melding.



De vc-MKA, de APH-triagist, ambulancezorgprofessionals of andere zorgverleners ter plaatse kunnen de politie vragen om assistentie te verlenen wanneer de zorgverlener vindt dat er sprake is van reële dreiging van gevaar en/of een noodsituatie die zij zelf ondanks opschaling niet onder controle kunnen krijgen.²⁰ Opschaling draait om een inspanningsverplichting door de zorgverleners door bijvoorbeeld extra mensen mee te nemen op huisbezoek of assistentie in te roepen.²¹ Evaluatie van terechte of onterechte politieassistentie vindt achteraf plaats. De politie vervoert geen patiënten tenzij ze verdacht worden van een strafbaar feit.

1.3 APH-triagist en samenwerking met ambulancezorg

De APH-triagist heeft als doel te bepalen, bij voorkeur met de persoon zelf en zijn naaste, welke hulpverlening 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 regel²² over informatie van de patiënt, zoals een crisiskaart, crisisafspraken, contactgegevens eigen behandelaar, eventuele juridische titel en/of vooraanmelding. De vc-MKA overlegt waar relevant met de APH-triagist.

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. Wanneer ambulancezorg of vervoer met psychiatrische hulpverlening (VPH) nodig is, vraagt de APH-triagist dit aan bij de MKA. De vc-MKA neemt een beslissing over de inzet op verzoek van de APH-triagist en vraagt eventueel nader uit, om beter te begrijpen welke inzet nodig is. Samenwerken op basis van vertrouwen is het leidende principe: de MKA volgt in principe²³ het professionele oordeel van de APH-triagist. De vc-MKA heeft echter een eigenstandige verantwoordelijkheid om uiteindelijk een beslissing te nemen. Discussie vindt achteraf plaats bij evaluatie van casuïstiek.²⁴ Zie bijlage 2. voor een stroomschema van de GGz-triagewijzer.

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.

Wanneer bij triage op locatie blijkt dat er geen noodzaak is voor vervoer naar een andere locatie, kan in overleg met de MMA of de crisispsychiater worden besloten om de persoon niet te vervoeren. De ambulancezorgprofessional draagt zorg voor overdracht aan een passende

²⁰ Generieke module acute psychiatrie

²¹ (Gewelds)incidenten bij behandelsituaties – Handreiking tot samenwerking tussen GGZ en politie (2019)

²² Afhankelijk van de regionale organisatie van de acute-ggz-keten.

²³ De vc-MKA kan gemotiveerd van het oordeel van de APH-triagist afwijken. Voorbeelden van gronden waarop de centralist van de aanvraag kan afwijken zijn specifieke kenmerken van de patiënt (zoals beschreven in paragraaf 1.2), (on)beschikbaarheid van de gevraagde modaliteit en veiligheidsoverwegingen.

²⁴ Voorlopig model melding

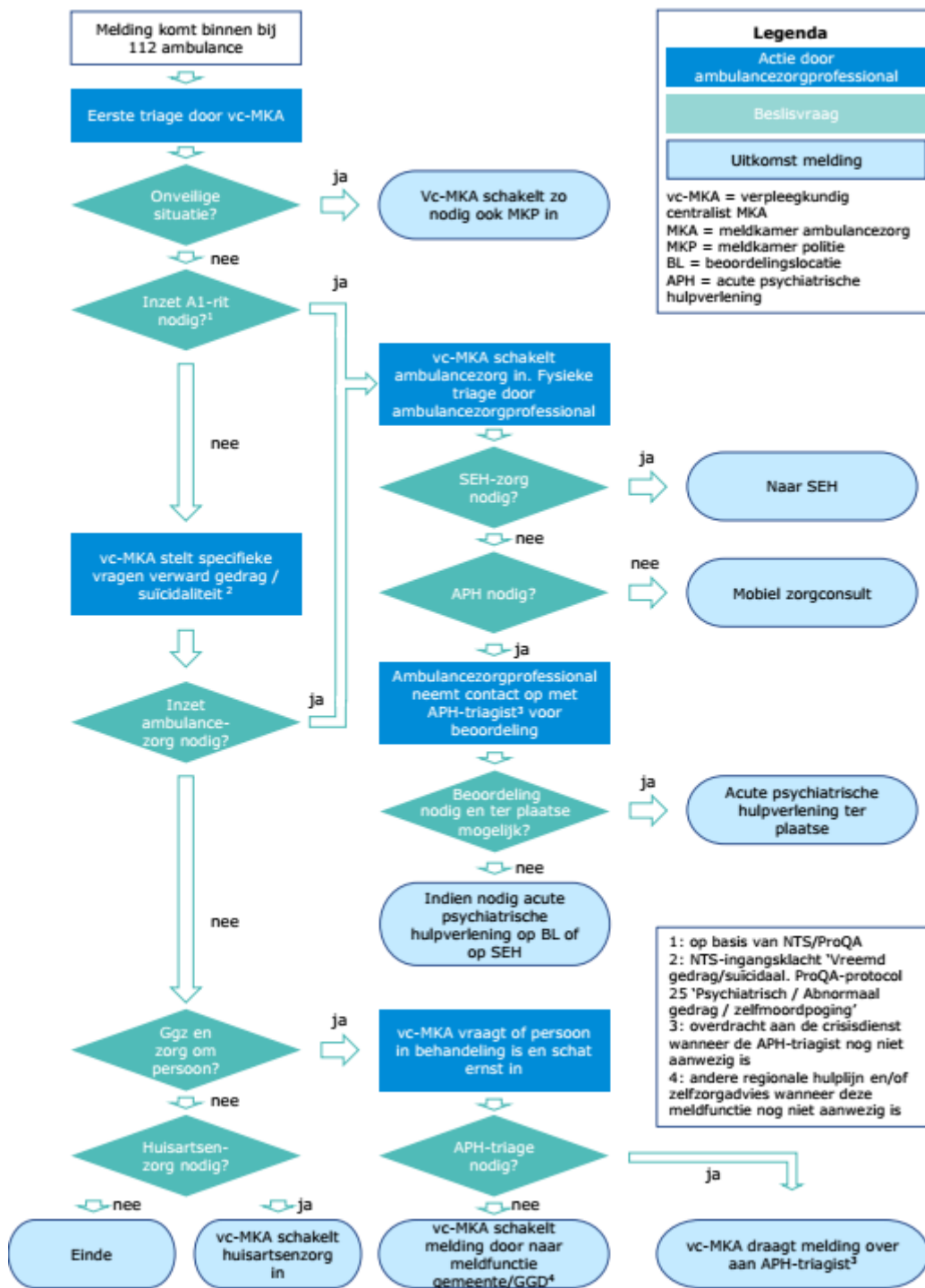


AMBULANCEZORG
NEDERLAND

ketenpartner of instantie (huisarts, GGZ, GGD, verslavingszorg of maatschappelijk werk) of neemt hiervoor contact op met de APH-triagefunctie.



Figuur 1. Telefonische behandeling melding bij MKA van personen met vermoeden op acute psychiatrische problematiek. Bron: Voorlopig model melding, 2017.





2. Mobiele zorgverlening

De keuze door de vc-MKA voor inzet van zorg en/of vervoer voorafgaand aan beoordeling wordt bepaald door patiëntkenmerken ten tijde van triage, maar is een dynamisch proces. Dit hoofdstuk beschrijft patiëntgroepen op basis van hun kenmerken, welke vorm van zorgverlening en/of vervoer zij nodig hebben en de keuze tussen uitvoerders van deze mobiele zorgverlening. Het hoofdstuk gaat niet over patiënten voor wie geen mobiele zorgverlening voorafgaand aan psychiatrische beoordeling nodig is.

De kwaliteit van de ambulancezorg voor deze patiënten vereist specifieke deskundigheid. Ook in een crisissituatie is preventie van dwangtoepassing het uitgangspunt. Ongeacht de kenmerken van de patiënt en welke vorm van mobiele zorgverlening wordt ingezet, moet de zorg zoveel mogelijk voldoen aan de uitgangspunten van humaan vervoer: bejegening volgens herstelondersteunende principes²⁵, prikkelarm en zoveel mogelijk zittend vervoer, en de mogelijkheid om een naaste mee te laten rijden. Zo moet (verdere) fysieke of psychische schade voor de patiënt worden voorkomen.

2.1 Patiëntgroepen

We onderscheiden twee groepen patiënten **vóór** psychiatrische beoordeling:

1. Patiënten

- o die zich in een **levensbedreigende situatie** bevinden,
- o die zich niet in een direct levensbedreigende situatie bevinden, maar wel binnen 30 minuten vervoer **met somatische zorg** nodig hebben.

2. Patiënten

- o die zich **niet** in een direct levensbedreigende situatie bevinden en bij wie er (telefonisch) **geen** aanwijzingen zijn voor (andere) acute somatiek, maar wel binnen 30 minuten **VPH** nodig hebben,
- o die **VPH zonder genormeerde responstijd** nodig hebben om binnen 4 uur met beoordeling te kunnen starten, bijvoorbeeld omdat ze niet thuis beoordeeld kunnen worden, bij zeer grote onrust, of bij een onveilige omgeving.

Onder de tweede patiëntengroep vallen patiënten met vermoeden op acute psychiatrische problematiek waarbij er (telefonisch) **geen aanwijzingen zijn voor acute somatiek, bekende ggz-patiënten** en **suïcidale patiënten**. Juist voor deze groep is VPH geschikt.

²⁵ Onder herstelondersteunende principes vallen onder andere contact maken met de persoon, begrip tonen en respectvol benaderen, rust, veiligheid en vertrouwen creëren en het oordeel van de persoon en zijn naasten zoveel mogelijk betrekken. Zie: generieke module Acute Psychiatrie.



2.2 Zorgverleners en hun vaardigheden en deskundigheid

Bij de keuze voor de inzet van zorgverleners is hun competentie belangrijker dan een specifiek professioneel profiel, hoewel deze sterk samenhangen. RAV's en onderaannemers kunnen zelf de inzet van zorgverleners bepalen mits ze aantoonbaar competent zijn op ten minste de onderstaande vaardigheden en deskundigheid. Zorgverleners dienen deze competenties aan te tonen door met goed gevolg relevante opleidingen, trainingen of cursussen doorlopen te hebben.

De vaardigheden en deskundigheid van ambulancezorgprofessionals en andere zorgverleners moeten patiëntgericht zijn en afgestemd op de behoefte van patiënten. Specifiek voor de zorg voor patiënten waarbij een psychiatrische aandoening vermoed wordt, betekent dit dat zorgverleners ook competent moeten zijn op het gebied van psychiatrische aandoeningen. Ook is geduld met, en empathie voor mensen in psychiatrische crisissituaties en aansluiten bij diens behoeftes gevraagd.

Voor zorg aan beide patiëntgroepen zijn de volgende vaardigheden en deskundigheid van belang:

- Het herkennen van gedrag passend bij psychiatrische ziektebeelden.
- Algemene vaardigheden en -kunde van ambulancezorgprofessionals en andere hulpverleners, inclusief:
 - o In staat zijn om te de-escaleren, te normaliseren, te stabiliseren.
 - o Beschikken over een goed inschattingsvermogen, kunnen relativeren en rust uitstralen.²⁶
 - o Om kunnen gaan met agressie en rust en veiligheid kunnen creëren met zo min mogelijk drang en dwang.⁴ Hiervoor is het van belang dat de hulpverlener een goede risicotaxatie kan maken (
 - o Overleggen, samenwerking zoeken en de grenzen van bevoegdheden kennen.
- Praktijkkennis hebben van wet- en regelgeving rondom zorg en dwang en de geldende richtlijnen en protocollen²⁷ te kennen toe kunnen passen voor zover bevoegd en bekwaam.

Voor zorg voor patiënten uit groep 1 zijn verder de volgende vaardigheden en deskundigheid van belang:

- Het herkennen van somatiek en de juiste somatische zorg kunnen verlenen, inclusief ALS.
- Weten wanneer en hoe te sederen en te fixeren, conform de geldende landelijke protocollen²⁸
- Het voorkomen van sedatie en fixatie is hierbij altijd het uitgangspunt.

²⁶ Generieke module Acute Psychiatrie

²⁷ Landelijk protocol ambulancezorg 8.1.(2016), factsheet Wvggz/Wzd en ambulancezorg, in ontwikkeling (1^e kwartaal 2020 gereed).

²⁸ Landelijk protocol ambulancezorg 8.1. (2016) protocol 'Onrust' en protocol 'Veilig vervoer psychiatrische patiënt'. <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/protocollen-en-richtlijnen/landelijk-protocol-ambulancezorg>



De vereiste vaardigheden en deskundigheid zijn verder beschreven in andere sectorale documenten, waaronder de nota Goede ambulancezorg, het Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg, en het Landelijk Protocol Ambulancezorg.

2.3 Verantwoordelijkheid en medisch management

2.3.1 Medische verantwoordelijkheid en medisch management

De medische verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de verleende zorg aan patiënten voor, tijdens en na mobiele zorg voorafgaand aan psychiatrische beoordeling is niet anders dan voor andere vormen van ambulancezorg.

De eisen en randvoorwaarden die sectoraal zijn vastgesteld met betrekking tot het medisch management, beschreven in het professioneel statuut medisch management ambulancezorg²⁹ zijn ook van toepassing op (mobiele) zorg voorafgaand aan psychiatrische beoordeling. Voor het primaire zorgproces vloeien hier onder meer de volgende taken van de MMA uit voort met betrekking tot deze differentiatie:

- Garanderen dat een zelfstandig bevoegde 24/7 bereikbaar is voor ambulancezorg-professionals voor overleg. Dit overleg kan met de MMA zelf zijn, maar in regionaal overleg met ketenpartners is overleg over deze patiëntengroep met een dienstdoend (ziekenhuis)psychiater ook een optie.
- Toezien op de uitvoering van het geformuleerde medisch beleid en toepassing van de zorginhoudelijke protocollen.
- Toezien op de in de WGBO, Wvvgz en Wzd vastgelegde rechten en plichten van patiënt en zorgverlener.
- Toezien op de bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners.

2.3.2 Bevoegdheid/bekwaamheid en kwaliteit onderaannemers

De bevoegdheid/bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals en andere zorgverleners zijn onder meer vastgelegd in wet- en regelgeving (o.m. Wet BIG, Wvvgz, Wzd), de nota 'Goede Ambulancezorg', het Kwaliteitskader Ambulancezorg en het LPA.

De RAV en/of onderaannemer moet kunnen aantonen dat ambulancezorgprofessionals en andere hulpverleners die zorg of hulp leveren aan deze patiëntengroepen competent ter zake zijn.

Wanneer een onderaannemer een deel van de mobiele zorg voorafgaand aan psychiatrische beoordeling namens de RAV uitvoert, wordt van deze zorg en vervoer minstens dezelfde kwaliteit

²⁹ Professioneel statuut medisch management ambulancezorg (2013) AZN en NVMMA.



gevraagd als aan de RAV zelf. Aspecten waarover contractuele afspraken gemaakt moeten worden met onderaannemers zijn opgenomen in deel B.

2.4 Materiaal en uitrusting

De kenmerken van de patiënt, en vooral de vraag of somatische en/of psychiatrische zorg mogelijk moet zijn tijdens vervoer, bepalen de keuze voor de inzet van vervoersmodaliteiten en faciliteiten:

1. Voor patiënten uit groep 1 is inzet van een reguliere ambulance met liggend vervoer en uitrusting voor ALS nodig. Soms is het nodig patiënten vast te kunnen maken. Deze mobiele zorg wordt door de RAV geleverd.
2. Voor patiënten uit groep 2 moet gekozen worden tussen zittend en liggend vervoer, waarbij liggend vervoer haast nooit nodig is en indien mogelijk vermeden moet worden. Ook moet gekozen worden of de optie tot fixatie nodig is. Deze keuzes gelden ook voor personen met vermoeden op acute psychiatrische problematiek bij wie er (telefonisch) geen aanwijzingen zijn voor acute somatiek. Tot slot moet een AED aanwezig zijn. Deze mobiele hulpverlening kan geleverd worden door een onderaannemer van de RAV of door de RAV zelf.

Patiënten worden prikkelarm en zoveel mogelijk zittend vervoerd zolang dit medisch verantwoord is. Ook moet de optie geboden worden om naasten mee te laten rijden als dit gewenst is en wanneer de veiligheid van hulpverleners niet in het geding is.

2.5 Veiligheid en dwangzorg

Deze paragraaf beschrijft eerst de rol van de politie in de mobiele zorg voor personen met vermoeden op acute psychiatrische problematiek voorafgaand aan psychiatrische beoordeling. Daarna beschrijft het de medische verantwoordelijkheid en rol van dwangzorg in de zorgverlening aan deze patiënten.

2.5.1 Rol van de politie

Bij reële dreiging van gevaar en/of noodsituaties die niet zelf beheersbaar te krijgen zijn, kunnen de MKA, ambulancezorgprofessionals, andere zorgverleners ter plaatse de en APH-triagist de politie om assistentie vragen. De politie vervoert personen rondom psychiatrische beoordeling niet, tenzij ze verdacht worden van een strafbaar feit. Over de juistheid van deze inschatting vindt eventueel achteraf evaluatie plaats.



2.5.2 Gedwongen zorg

Met het in werking treden van de Wet verplichte ggz (Wvggz) en Wet zorg en dwang (Wzd) per 1-1-2020 is gedwongen zorg voorafgaand aan een juridische zorgmaatregel, zoals in de praktijk al gebeurt, wettelijk vastgelegd. Ambulancezorgprofessionals en andere zorgverleners handelen conform dit wettelijke kader en de regionale werkafspraken die de RAV, op basis van het wettelijk kader en de sectorale afspraken³⁰, hierover met ketenpartners heeft gemaakt. In hoofdstuk 6 in deel B wordt hier dieper op in gegaan.

³⁰ De sectorale handreiking/factsheet 'Ambulancezorg en Wvggz en Wzd' (nadere uitwerking van de voorlopige factsheet Wvgg, december 2019), eerste kwartaal 2020 gereed.



3. Overdracht en ritverwerking

3.1 Eisen aan overdracht

De zorgverleners dragen de patiënt over volgens SBAR-methodiek met expliciete aandacht voor gedragskenmerken, bejegingsadvies en juridische status, eventueel met regionale aanvullingen zoals relevante informatie over de woonsituatie of sociale context van een patiënt.

Patiënten worden warm overgedragen; alleen in uitzonderingsgevallen kan hier gemotiveerd van worden afgezien. De aanmelder of vervoerder blijven verantwoordelijkheid voor de patiënt tot deze aan respectievelijk een vervoerder of zorgverlener op de bestemming is overgedragen.

Voorbeelden van ketenpartners waar patiënten door de vervoerder aan overgedragen kunnen worden zijn (een beoordelingslocatie van) de ggz-crisisdienst en de SEH.

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

3.2 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.

Onderaannemers die een deel van de mobiele zorg voorafgaand aan psychiatrische beoordeling namens de RAV uitvoeren dragen zorg voor administratieve verwerking van ritten en van overdracht conform hun afspraken met de RAV. In hoofdstuk 4 in deel B wordt hier dieper op in gegaan.

Bij de verslaglegging en ritverwerking nemen de zorgverleners de wettelijke vereisten rondom privacybescherming in acht.

Deel B -

Organisatie mobiele zorgverlening vóór psychiatrische beoordeling





4. Regionale afspraken en overleg

Dit hoofdstuk dient ter verheldering van de regionale organisatorische aspecten van mobiele zorg voorafgaand aan psychiatrische beoordeling. Het beschrijft de verantwoordelijkheid die de RAV heeft om regionaal passende mobiele zorg te bieden, de wijze waarop de RAV hier invulling aan kan geven en de afspraken die de RAV hierover minimaal met partners dient te maken. Wat uitgebreider wordt ingegaan op het overleg met ketenpartners. Ten slotte komt de algemene informatievoorziening voor patiënten en naasten aan bod.

4.1 Regionale afspraken over mobiele zorg voor psychiatrische beoordeling

De RAV is verantwoordelijk voor het bieden van passende mobiele zorg aan personen met vermoeden op acute psychiatrische problematiek, vóór psychiatrische beoordeling. De RAV houdt bij deze vorm van mobiele zorgverlening rekening met de zorgbehoeftes van de verschillende patiëntgroepen, de in te zetten zorgvorm en de daaraan verbonden maximale responstijden, zoals beschreven in hoofdstuk 2. Ook rondom de triage kan de RAV invulling geven aan samenwerking en passende zorg, door intensievere samenwerking met ketenpartners middels zorgcoördinatie. Ook kunnen RAV's extra psychiatrische trainingen of scholing organiseren voor ambulancezorgprofessionals.

Voor de organisatie van de mobiele zorgverlening voor personen met vermoeden op acute psychiatrische problematiek zijn er voor de RAV verschillende mogelijkheden. RAV's kunnen zo zelf uitwerken of ze passende mobiele zorg voor deze patiëntgroepen doelmatig op kunnen zetten door óf bestaande voertuigen geschikt te maken, óf een onderaannemer in te zetten, óf zelf nieuwe modaliteiten in te zetten.

Wanneer de RAV een deel van de mobiele zorg voorafgaand aan psychiatrische beoordeling uitbesteedt aan een onderaannemer, moeten de afspraken hierover schriftelijk worden vastgelegd. Deze afspraken moeten minstens gaan over de zorginhoudelijke aspecten behandeld in deel A, en over inzet- en uitsluitcriteria, kwaliteitscontrole, gegevensregistratie, periodieke evaluatie en incident- en klachtafhandeling.

De RAV maakt de aard en omvang van de regionale vraag naar VPH en de geleverde kwaliteit van mobiele zorgverlening inzichtelijk.



4.2 Regionaal overleg ketenpartners

De RAV heeft de plicht om sluitende regionale afspraken te maken over passend en doelmatig vervoer met hulpverlening voor alle in hoofdstukken 1 en 2 benoemde patiëntgroepen. 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 komen ten minste de evaluatie van de afspraken, de bespreking van casuïstiek en onderlinge verwijzingen aan bod. Ook worden in dit overleg afspraken gemaakt over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de APH-triagist en wordt de informatie-uitwisseling tussen ketenpartners besproken.

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. De GMAP vermeldt in het hoofdstuk 'Samenwerking' de partijen die aan dit overleg deel moeten nemen. Tot slot is het van belang dat elke ketenpartner in dit overleg een zichtbaar en makkelijk bereikbaar aanspreekpunt heeft.

4.3 Informatievoorziening voor patiënten en naasten

Voor patiënten en hun naasten dient helder te zijn wat zij van de mobiele zorg voorafgaand aan psychiatrische beoordeling mogen verwachten. Informatie over deze zorgdifferentiatie dient voor patiënten dan ook 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 voorafgaand aan psychiatrische beoordeling
- De wettelijke eisen met betrekking tot:
 - o Informatievoorziening
 - o Toestemming
 - o Dossievorming
 - o Privacy

Deze zijn vastgelegd in de nota Goede Ambulancezorg, en ook van toepassing op de mobiele zorg voorafgaand aan psychiatrische beoordeling. Dit geldt ook voor wettelijke eisen met betrekking tot klachtenbehandeling. Het meten van cliënttevredenheid is een verplichting die RAV's kennen in het kader van de Wkkgz en geldt ook voor eventuele onderaannemers.



5. Scholing en toezicht

Dit hoofdstuk gaat in op hoe scholing en de organisatorische aspecten van medisch management bijdragen aan passende (mobiele) zorg voorafgaand aan psychiatrische beoordeling.

5.1 Na- en bijscholing

Om ambulancezorgprofessionals of andere zorgverleners in staat te stellen passende zorg te leveren voor deze patiëntengroepen, kan na- en bijscholing nodig zijn. Het is relevant om hierbij ervaringsdeskundigen / naasten te betrekken.³¹ Deze na- en bijscholing kan gericht zijn op:

- Psychiatrische vaardigheden en deskundigheid zoals in hoofdstuk 2 beschreven: het herkennen van gedrag passend bij psychiatrische ziektebeelden en hoe hiernaar te handelen, 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.
- Praktijkkennis van wet- en regelgeving rondom zorg en dwang.
- Regionale ketenafspraken en zorgpaden voor psychiatrische patiënten.
- Regelmatige interne en/of ketenbrede casuïstiekbesprekingen.

5.2 Organisatorische aspecten van het medisch management

De eisen en randvoorwaarden die sectoraal zijn vastgesteld met betrekking tot het medisch management, en zijn verwoord in de nota Goede Ambulancezorg, zijn ook van toepassing op (mobiele) zorg voorafgaand aan psychiatrische beoordeling. De organisatorische taken van de MMA met betrekking tot deze differentiatie 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.

³¹ Generieke module Acute Psychiatrie



6. Wettelijk kader ambulancezorg

De volgende wetten en verordeningen zijn (vooral) op de ambulancezorg van toepassing. 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/>.

- Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz)
- 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 (Wtz)



Literatuurverwijzingen

Generieke module Acute Psychiatrie³²

Voorlopig model melding³³

Voorlopig model vervoer³⁴

NZa-advies 'Bekostiging van vervoer met psychiatrische hulpverlening'³⁵

GGZ-triagewijzer³⁶

Kwaliteitskader ambulancezorg³⁷

Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg²⁶

Nota 'Goede Ambulancezorg'³⁸

Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige³⁹

Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Verpleegkundig Centralist Meldkamer Ambulancezorg²⁸

Uniform Begrippenkader Ambulancezorg⁴⁰

³² <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie/samenvatting-en-tools>

³³ <https://vng.nl/publicaties/voorlopig-model-melding-personen-met-verward-gedrag>

³⁴ <https://www.sirm.nl/publicaties/passend-vervoer-voor-personen-met-verward-gedrag>

³⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_296698_22/1/

³⁶ <https://www.sirm.nl/publicaties/ggz-triagewijzer>

³⁷ <https://www.ambulancezorg.nl/themas/actieplan-ambulancezorg/kwaliteit/kwaliteit>

³⁸ <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/goede-zorg>

³⁹ <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/bekwaamheid>

⁴⁰ <https://www.ambulancezorg.nl/themas/ambulancezorg-in-nederland/proces-ambulancezorg>



Bijlagen

- 1 Begeleidende werkgroep en meelezers
- 2 GGz-triagewijzer
- 3 Voorbeeld SBAR-kaartje
- 4 Samenvatting van de voor dit kader belangrijkste wetten



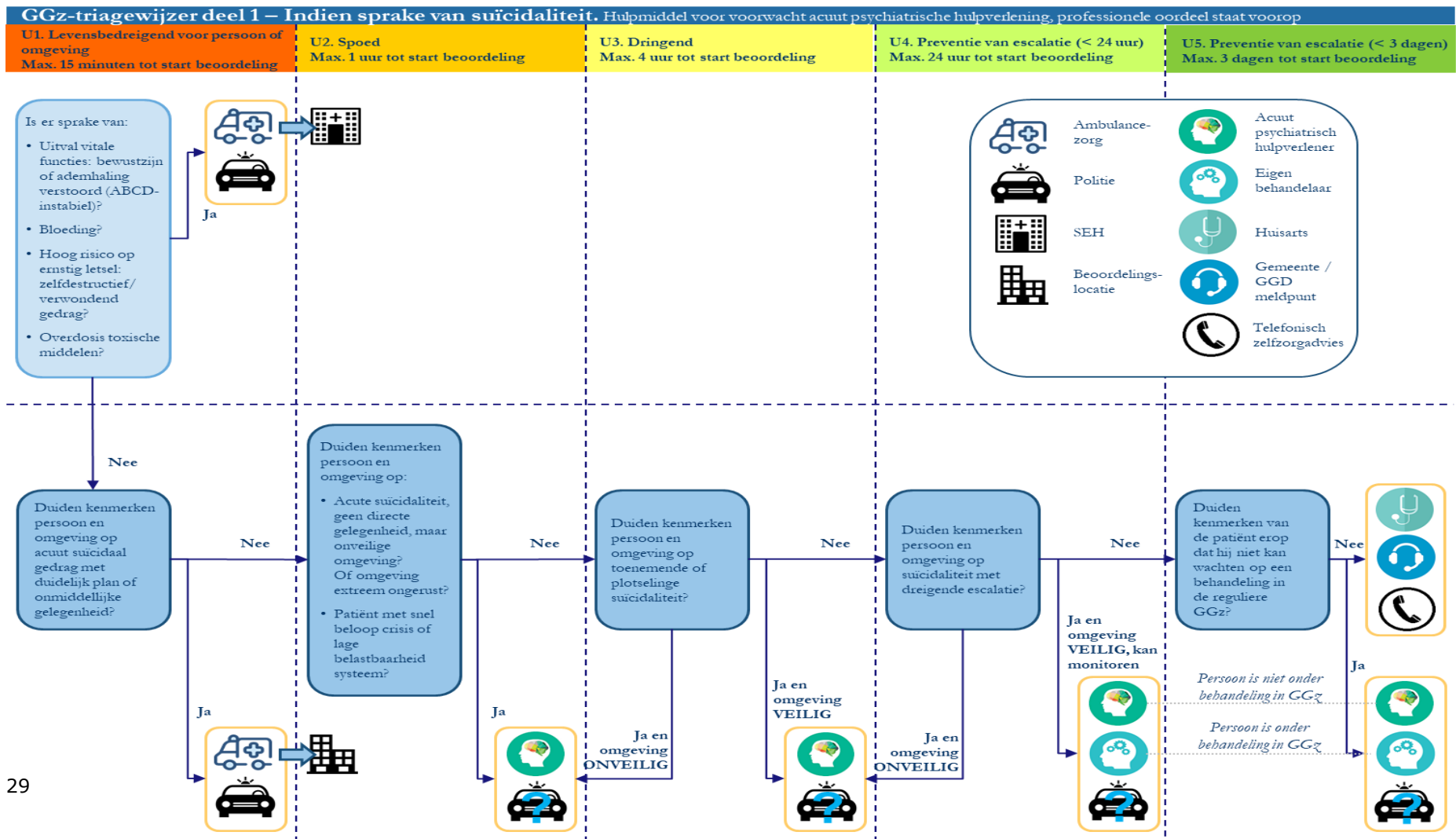
Bijlage 1. Begeleidende werkgroep en meelezers

Naam	Organisatie	Functie
Werkgroepleden		
Ina Bolt	UMCG Ambulancezorg, namens V&VN Ambulancezorg	Ambulanceverpleegkundige
Jan Willem de Boer	UMCG Ambulancezorg, namens NVMMA	Psychiater/MMA
Maurice de Caluwé	AmbulanceZorg Limburg-Noord, namens AZN	Ambulanceverpleegkundige/ beleidsadviseur
Linda Elias	Ambulance Amsterdam, namens AZN	Ambulanceverpleegkundige/ teammanager MKA
Kees Hendriks	UMCG Ambulancezorg, namens AZN	Projectleider psycholance
Leo Klink	Ambulance IJsselland, namens V&VN Ambulancezorg	Ambulanceverpleegkundige
Wim Pijnenborg	RAV Brabant Midden-West-Noord, namens AZN	Kwaliteitsmanagementadviseur
Peter van den Berg	Ambulancezorg Gelderland-Midden, namens AZN	Physician assistant/ medisch adviseur
Joram van Heijst	RAV Hollands Midden, namens AZN	Ambulancechauffeur/ beleidsmedewerker
Manja Wilschut	RAVU, namens V&VN Ambulancezorg	Ambulanceverpleegkundige
Meelezers		
Pierre van Grunsven	Ambulancezorg Gelderland-Zuid, namens NVMMA	Arts/MMA
Erick Oskam	Ambulancedienst Zuid-Holland-Zuid, namens NVMMA	SEH-arts/MMA
Jaco Schelhaas	GGZ Drenthe	APH-triagist/ psycholance verpleegkundige
Niels Voorn	GGZ Drenthe	APH-triagist/ psycholance verpleegkundige
Harm van de Pas	RAV Brabant Midden-West-Noord, namens NVMMA	SEH-arts/MMA
Betrokken Ketenpartners		
Lotte Frans-Kits	MIND	
Karen Griep	GGZ Nederland	



David Baden	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen	
Astrid Scholl	InEen	
Frank Hoogendijk	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	
Jasper van Kuik	Zorgverzekeraars Nederland	
Arold Reusken	Landelijk Netwerk Acute Zorg	
Henk van Dijk	Nationale Politie	

Bijlage 2. GGz- triagewijzer





GGZ-triagewijzer deel 2 – Indien geen sprake van suïcidaliteit. Hulpmiddel voor verwacht acuut psychiatrische hulpverlening, professioneel oordeel staat voorop

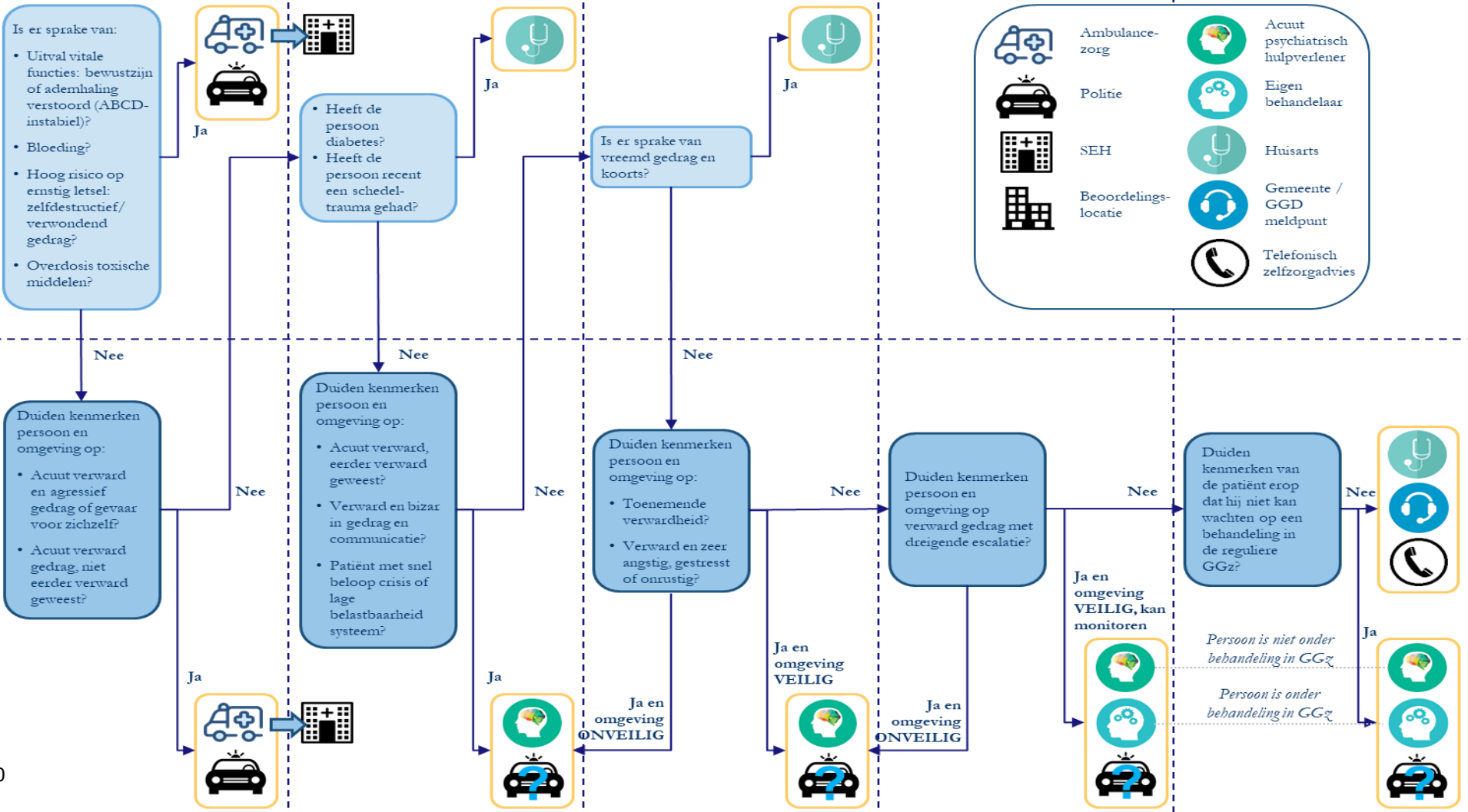
U1. Levensbedreigend voor persoon of omgeving
Max. 15 minuten tot start beoordeling

U2. Spoed
Max. 1 uur tot start beoordeling

U3. Dringend
Max. 4 uur tot start beoordeling

U4. Preventie van escalatie (< 24 uur)
Max. 24 uur tot start beoordeling

U5. Preventie van escalatie (< 3 dagen)
Max. 3 dagen tot start beoordeling





Bijlage 3. Voorbeeld SBAR-kaartje

Notities overdracht		
S	M / V Leeftijd:.....jr Naam:..... Reden komst:.....	
	A:..... B: Ademhalingsfreq...../min Sat.....%	
	C: Cap refill:.....s Pols...../min RR.....mmHG	
	D: E.....M.....V..... Pupil..... Glucose.....mmol	
	E: Temp.....°C.....	
B	VG:..... Med:..... Allergie:.....	
	A	Med ambu:..... Handelingen:..... Werkdiagnose:.....
	R	Aanbevelingen:.....
REPEAT REPEAT		



Bijlage 4. Samenvatting van de voor dit kader belangrijkste wetten

Tijdelijke wet ambulancezorg (tWaz)

Per 1 januari 2013 is de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) in werking getreden. De Twaz zou gelden voor een periode van vijf jaar. In 2017 is de Twaz verlengd tot 2020. In 2019 is een conceptwetsvoorstel gedeeld met AZN en andere betrokken partijen. Opzet is dat per 1 januari 2021 een nieuwe wet ambulancezorg in werking treedt. Tot die tijd geldt de Twaz.

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 zorgverleners 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 zorgverleners. 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 zorgverleners 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 zorgverleners

Patiënten die zorg nodig hebben, zijn aangewezen op zorgverleners. 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 patiëntervaringsonderzoeken. 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). 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 Behandelingsovereenkomst 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 ambulancezorgverleners. 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)⁴¹

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 dat 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.

⁴¹ Deze informatie is afkomstig uit de voorlopige Factsheet Wvggz van AZN (20 dec2019). Medio 2020 zal een definitieve factsheet worden uitgebracht. Streven is om aspecten die in de voorlopige factsheet nog onvoldoende toegelicht kunnen worden, daarin duidelijk te kunnen weergeven.



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 Wvvgz kent meer behandel mogelijkheden dan de Wet Bopz, zoals tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel en dat verplichte zorg ook ambulante kan zijn;
- De Wvvgz 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 vervoer door de ambulance;
- Men spreekt niet van 'gevaar' maar van 'ernstig nadeel' (andere definitie, strekking is hetzelfde);
- De Wvvgz is er niet voor mensen met een psychogeriatrische aandoening (dementie) of een verstandelijke beperking. Tevens gaat de Wvvgz 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).

Overgangsjaar

Er geldt een overgangsjaar voor deze nieuwe wetgeving, waardoor ook voor de ambulancesector er de nodige tijd is om de wetgeving te integreren en uitgebreid kennis van te nemen. De Wet Bopz blijft van toepassing op alle machtigingen die verleend zijn voor 1 januari 2020. Deze overgangperiode geldt zolang de machtiging geldig is, maar maximaal twaalf maanden, dus uiterlijk tot 1 januari 2021.

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>