

Kwaliteitskader

(acute) psychiatrie ambulancezorg

1. Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), GGZ Nederland (GGZ NL), Landelijk Platform GGZ (LPGGZ), Ambulancezorg Nederland (AZN) en de Politie vinden dat de zorg rondom het vervoer van patiënten, waarbij een (acute) psychiatrische aandoening verondersteld wordt, moet worden verbeterd.

Voor deze patiënten die door hun psychiatrische problematiek (ernstig) verslechteren in hun gezondheidssituatie kan vervoer noodzakelijk zijn. Dit vervoer moet zo aangenaam en laagdrempelig zijn als mogelijk. Het vervoer kan zijn een eigen vervoermiddel, vervoer door een naast betrokkene, begeleid vervoer of ambulancezorg. Wensen en voorkeuren van de patiënt zijn hierbij zoveel mogelijk leidend.

In opdracht van het ministerie van VWS heeft het bureau SIRM in 2014 onderzoek gedaan naar de knelpunten en verbetervoorstellen in de keten van de (acute) geestelijke gezondheidszorg. Dit mede op basis van de inventarisatie van de door partijen in de (acute) GGZ-zorg aangedragen knelpunten in de dagelijkse praktijk.

De convenanten, het SIRM rapport en de knelpunten uit het Netwerk Keten Acute Zorg GGZ (VWS), zijn voor Ambulancezorg Nederland aanleiding geweest, om vanuit haar verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg, dit kwaliteitskader/beleidsdocument op te stellen. Dit document beperkt zich tot de gesignaleerde knelpunten uit het SIRM rapport ten aanzien van ambulancezorg.

Doel van dit kader is om eenduidige, landelijke kwaliteitsnormen voor de ambulancezorg vast te stellen voor patiënten waarbij een (acute) psychiatrische aandoening verondersteld wordt. Hierbij is rekening gehouden met regionale verschillen en verschillende toepassingsmogelijkheden. Met dit kader wordt tevens beoogd dat er meer duidelijkheid ontstaat bij alle direct betrokken ketenpartners (GGZ, Politie, etc.).

De overige knelpunten genoemd in het SIRM rapport, zoals o.m. het gebrek aan adequate opvanglocaties voor acute patiënten waarbij een psychiatrische aandoening verondersteld wordt, is een primaire verantwoordelijkheid van andere ketenpartners.

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de coördinatie tussen de ketenpartners (netwerk acute zorg GGZ).

2. Inzet ambulancezorg

Uitgangspunt is dat ambulancezorg voor (acute) patiënten, waarbij een psychiatrische aandoening verondersteld wordt, geïndiceerd is wanneer er dusdanige symptomen in relatie tot de aard van de problematiek (b.v. angstig en/of verward) zijn dat daarvoor deskundige verpleegkundige begeleiding noodzakelijk is.

De kwaliteit van de ambulancezorg voor deze patiënten vereist specifieke deskundigheid in dikwijls complexe situaties. Ook in een crisissituatie is preventie van alle vormen van dwangtoepassingen het uitgangspunt. De zorg behoort humaan en de-escalerend te gebeuren waarbij verdere fysieke of psychische schade voor de patiënt wordt voorkomen.

2.1. Triage

Het dynamische proces van urgentie bepalen en het vervolgtraject indiceren. Triage dient eenduidig te zijn en afgestemd op de behoefte van de patiënt. De triage eindigt in een indicatiestelling, al dan niet gevolgd door de inzet van een zorgverlener en/of een zorgadvies. Ter ondersteuning van het triageproces maakt de centralist gebruik van een triagemethodiek, het gehanteerde systeem dient te voldoen aan de landelijk vastgestelde criteria.

Bij een melding met betrekking tot psychiatrie wordt beoordeeld of ambulancezorg is geïndiceerd of dat er wordt doorverwezen naar de huisarts of de GGZ.

In geval van reëel gevaar wordt de politie door de MKA ingeschakeld.

Ter plaatse volgt beoordeling of de patiënt naar de SEH of naar een psychiatrische beoordelingslocatie gebracht moet worden, of dat kan worden volstaan met Eerste hulp Geen Vervoer (EHGV) en overdracht.

2.2. Inzet ambulancezorg

2.2.1 Indicaties (op hoofdlijnen):

- de patiënt is in relatie tot de aard van de problematiek te angstig en/of verward om zelfstandig te kunnen reizen;
- de patiënt heeft op basis van een acuut psychiatrisch beeld medicatie gehad waardoor, met het oog op somatische reacties, medische-/verpleegkundige observaties en interventies nodig kunnen zijn;
- de patiënt heeft ook somatische problematiek (bijvoorbeeld (auto)intoxicatie of automutilatie);
- in geval van IBS/RM inzet op indicatie van de verantwoordelijke psychiater: kans op impulsief handelen op basis van wanen, hallucinaties of suicidaliteit.

2.2.2 Categorieën vervoer:

- Opvang/vervoer vanaf een crisislocatie naar een eerste opvanglocatie;
- Opvang/vervoer van patiënten van eerste opvang naar een andere locatie (o.m. vrijwillig, IBS, RM);
- Interklinisch vervoer tussen psychiatrische instellingen;
- Vervoer van psychiatrische patiënten met somatische problematiek (acuut en overplaatsing).

2.2.3 Aandachtspunten:

- Politie vervoert zo min mogelijk mensen met verward gedrag of psychiatrische problematiek;
- Zorg is gericht op normalisering van de situatie, de-escalerende behandeling en zoveel mogelijk zittend vervoer;
- Attitude en bejegening van patiënten is gericht op versterking van eigen kracht en volgens herstel ondersteunende principes;
- Competenties van het personeel en inrichting van het voertuig meer afgestemd worden op de specifieke zorgvraag van deze doelgroep;
- Er is eenduidigheid wie voor welk vervoer van acute en niet acute patiënten verantwoordelijk is. Daarbij zijn er wel regionale verschillen en toepassingen mogelijk.

3. Deskundigheid

In de nota 'Verantwoorde ambulancezorg' heeft de ambulancesector vastgelegd dat de deskundigheid van ambulancezorgprofessionals dient te zijn afgestemd op de zorgvraag van de patiënt. Specifiek voor de zorg voor patiënten waarbij een psychiatrische aandoening verondersteld wordt, betekent dit dat ambulanceprofessionals ook competent moeten zijn op het gebied van psychosociale- en psychiatrische aandoeningen.

De bevoegdheid en bekwaamheid van de meldkamer-, ambulanceverpleegkundige en de -chauffeur zijn onder meer gerelateerd aan de bepalingen in de wet en regelgeving (o.m. Wet BIG, Wet BOPZ), Verantwoorde Ambulancezorg en het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA); (zie bijlage; relevante protocollen LPA8).

In de 'Regeling Erkenning Opleidingen CZO'¹ zijn op hoofdlijnen de opleidingseisen voor meldkamerverpleegkundige en ambulanceverpleegkundige en de ambulancechauffeur vastgelegd.

Specifieke verantwoordelijkheden en taakomschrijving ambulanceverpleegkundige:

- herkent psychiatrische ziektebeelden;
- stemt verpleegkundige zorg af op de zorgbehoefte van het moment
- is in staat om met behulp van gesprekstechniek of fysiek te de-escaleren;
- is in staat om sedatie en fixatie te indiceren en toe te passen.

Specifieke focus, verantwoordelijkheden en taakomschrijving ambulancechauffeur:

- assisteert de ambulanceverpleegkundige en handelt conform instructie
- herkent vreemd gedrag;
- is in staat in samenwerking met de verpleegkundige te de-escaleren;
- assisteert bij sedatie en fixatie.

¹

- Deskundigheidsgebied & Eindtermen en de specifieke opleidingseisen van de opleiding tot verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg
- Deskundigheidsgebied & Eindtermen en de specifieke opleidingseisen van de opleiding tot ambulanceverpleegkundige.
- Deskundigheidsgebied & Eindtermen en de specifieke opleidingseisen van de opleiding tot ambulancechauffeur (september 2015 gereed)

4. Differentiatie

4.1. Inleiding

Op grond van de Tijdelijke Wet Ambulance Zorg (TWAZ) is de directeur van de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) verantwoordelijk voor het vervoer van patiënten met psychiatrische problematiek waarvoor medische-/verpleegkundige begeleiding geïndiceerd is.

De TWAZ biedt de RAV de ruimte voor zorgdifferentiatie onder bepaalde voorwaarden.

De directeur van de RAV kan besluiten zorg te differentiëren binnen de organisatie en/of op onderdelen deze uit te besteden aan een andere zorgaanbieder (onderaannemer), mits wordt voldaan wordt aan de deskundigheidseisen zoals beschreven in hoofdstuk 3.

Onderstaande artikelen uit de TWAZ zijn relevant m.b.t. deze differentiatie:

- *Artikel 5 lid 3 heeft betrekking op gedifferentieerde vormen van ambulancezorg. De meldkamer kan bij de hulpverlening aan zieken en gewonden andere vervoermiddelen inschakelen dan ambulances of daartoe uitgeruste motorvoertuigen, voor zover deze bij de meldkamer zijn geregistreerd.*
- *Artikel 11 betreft het maken van schriftelijke afspraken door de RAV met ketenpartners, ten behoeve van het leveren van verantwoorde zorg.*

Het streven naar 'zorg op maat' heeft inmiddels geleid tot diverse vormen van differentiatie binnen de ambulancezorg. Naast 'zorg op maat' zijn kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid essentiële aspecten bij zorgdifferentiatie.

4.2. Differentiatie hulpvragen

Binnen de gestelde deskundigheidseisen en randvoorwaarden zijn er m.b.t. differentiatie voor de 'psychiatrische ambulancezorg' verschillende mogelijkheden:

- een dedicated RAV-team (evt. interregionaal)²;
- inzet van een onderaannemer; indien gekozen wordt voor uitbesteding dient de onderaannemer door de RAV te worden getoetst aan de eisen van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (TWAZ) en de wet Kwaliteitswet Zorginstellingen (WKZ).

De RAV directie bepaalt beleidsmatig vooraf door wie, wanneer en op welke wijze gedifferentieerde hulp wordt ingezet:

- Niet gescreende hulpvragen³:
 - urgentie A1: inzet door RAV;
 - urgentie A2: inzet door RAV;
- Gescreende hulpvragen⁴:
 - urgentie A1: inzet door RAV;
 - urgentie A2: inzet door RAV of onderaannemer;
 - urgentie B: inzet door RAV of onderaannemer.

² Zoals de psycholance RAV Amsterdam Amstelland

³ Hulpvragen van nog onbekende patiënten die rechtstreeks via 112 worden gemeld door patiënt of diens omgeving

⁴ Hulpvragen door een professionele hulpverlener (huisarts, psychiater, GGZ-medewerker, etc.)

4.3. Randvoorwaarden en kwaliteitseisen onderaannemer

De RAV blijft verantwoordelijk indien wordt besloten een onderaannemer in te zetten. Het is derhalve van belang dat de randvoorwaarden en kwaliteitseisen waaronder deze zorg wordt verleend vooraf helder zijn.

4.3.1 Randvoorwaarden

- De onderaannemer begeleidt – in opdracht van de MKA - patiënten met psychiatrische problematiek waarvoor psychiatrische verpleegkundige zorg is geïndiceerd.
- De beschikbaarheid van de onderaannemer wordt regionaal overeengekomen.
- Door de RAV en de onderaannemer wordt een kader opgesteld op basis waarvan een systematische, periodieke beoordeling en verbetering van de kwaliteit van de geleverde diensten kan plaatsvinden.

4.3.2 Kwaliteitseisen personeel

Verpleegkundige:

- herkent psychiatrische ziektebeelden;
- stemt de verpleegkundige zorg af op de zorgbehoefte van het moment;
- is in staat om met behulp van gesprekstechniek of fysiek te de-escaleren;
- is in staat om sedatie en fixatie te indiceren en toe te passen;
- BIG geregistreerde verpleegkundige;
- aantoonbare ervaring in GGZ (SPV of GGZ verpleegkundige);
- kan de relevante protocollen van het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) toepassen;
- bekend met GGZ zorgketen;
- getraind in BLS/AED.

Chauffeur:

- assisteert de verpleegkundige en handelt conform instructie
- herkent vreemd gedrag;
- is in staat in samenwerking met de verpleegkundige te de-escaleren;
- assisteert bij sedatie en fixatie;
- kan met de communicatiemiddelen werken;
- is getraind in BLS/AED en eerste hulpverlening.

4.3.3 Eisen voertuig

Het voertuig dat wordt gebruikt is bij voorkeur prikkelarm ingericht met basic-life support materiaal, de mogelijkheid om te fixeren en te sederen en de ademhaling te ondersteunen na sedatie indien noodzakelijk.

4.3.4 Zorgproces en zorginhoud

Uitvoering uitsluitend in opdracht van de MKA.

Protocollair werken

Het handelen dient conform het vigerende Landelijke Protocol Ambulancezorg te geschieden aangevuld met regionale afspraken die door de RAV zijn vastgelegd.

Uitsluitcriteria

- Vervoer met A1-urgentie;
- Vervoer van patiënten met (dreigende) stoornissen van vitale functies;
- Vervoer van patiënten na diagnostiek of behandeling, waarbij continue monitorbewaking geïndiceerd is.

Vervoer en overdracht

Voorafgaand, tijdens het vervoer en de overdracht moet de noodzakelijke en relevante informatie conform SBAR (LPA) worden vastgelegd.

Registratie

- begeleider registreert en verwerkt alle relevante gegevens zoals rittijden, persoonsgegevens, haal- en brengadres en verloop tijdens vervoer;
- begeleider meldt klachten, incidenten en calamiteiten direct bij de directie van de RAV.

Na overleg met de instantie die de aanvraag heeft gedaan kan het vervoer door onderaannemer worden geweigerd wanneer de situatie is veranderd dan wel anders wordt ingeschat. Dit wordt per direct aan de MKA gemeld. Indien tijdens het vervoer problemen ontstaan wordt contact opgenomen met de MKA. De MKA centralist beslist over de vervolgstappen.

4.3.5 Medisch management

- de RAV houdt periodiek toezicht op de afgesproken kwaliteitseisen zoals met de onderaannemer zijn overeengekomen;
- De onderaannemer kan te allen tijde gegevens aan de RAV verstrekken welke van invloed zijn op de kwaliteit van de geleverde zorg en de bevoegd/bekwaamheid van het personeel.

4.3.6 Evaluatie

Het kwaliteitskader '(acute) psychiatrie ambulancezorg' wordt na 1 jaar met betrokken partijen geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

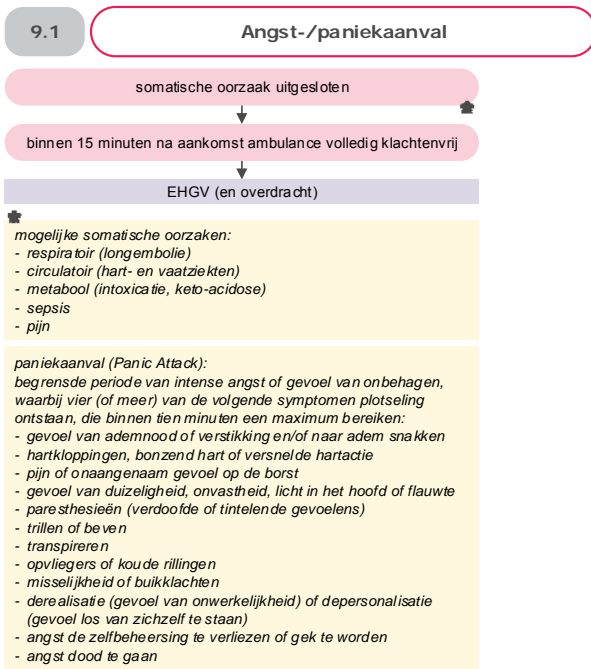
Partijen:

Intern: V&VN AZ, NVMMA, bestuurscommissie kwaliteit AZN.

Extern: Crisisdiensten GGZ, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Landelijk Platform GGz (LPGGz), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Politie, Ineen (w.o. Huisartsenposten) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Bijlage 1

Overzicht van protocollen psychiatrie LPA8 (maart 2014)



9.1 Angst-/paniekaanval (VLPA)

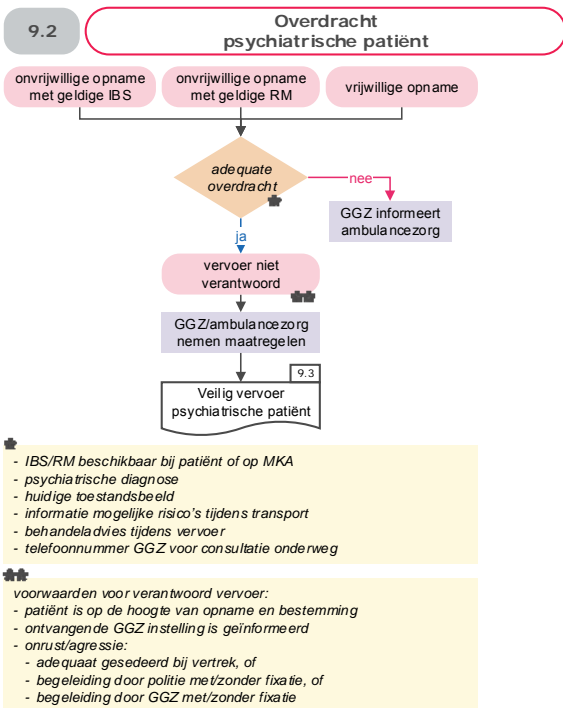
Samenvatting
Bij een paniekaanval dient uitgesloten te worden dat er een somatische aandoening is die verantwoordelijk is voor de angstklachten; een zorgvuldige anamnese en onderzoek zijn noodzakelijk.
Let op: een normaal ECG sluit cardiaal lijden niet uit. De klachten moeten volledig verdwenen zijn binnen 30 minuten na aanvang van de aanval. In de praktijk betekent dit dat de patiënt volledig klachtenvrij is binnen 15 minuten na aankomst van de ambulance.

Gebruikte richtlijnen en literatuur

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV/IV
- Garssen B, Buikhuisen M, van Dyck R. Hyperventilation and panic attacks. Am J Psychiatry. 1996;153:513-8
- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 2001;158:1568-78.
- Hornsveld HK, Garssen B, Fiedeldij Dop MJC, Van Spiegel PI, De Haes JJCJ. (1996) Double-blind placebo-controlled study of the hyperventilation provocation test and the validity of the hyperventilation syndrome. Lancet. 1996;348:154-8
- Mandy Jones et al. Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in adults. The Cochrane Library Online Paper. 2011
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Trimbos-instituut, 2013. www.ggzrichtlijnen.nl
- NHG-Standard Angst (M62). Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), 2012. www.nhg.org
- Van Vliet IM, Van Balkom AJLM, Schruers KRJ. 'Hyperventilatiesyndroom': veelal goed behandelbare paniekstoornis. Ned Tijdschr Geneesk. 2004; 148:1369-72

Expert opinie
De expertgroep is van mening dat de term 'Hyperventilatiesyndroom' voor aanvallen met velerlei lichamelijke klachten, verouderd is. De veronderstelling was dat de verkeerde ademhaling een verstoring van het kooldzuur-/zuurstofevenwicht in het bloed teweegbracht, en daarmee de klachten veroorzaakte. Met het verdwijnen van het wetenschappelijk bewijs voor de onderliggende pathogenese van het hyperventilatiesyndroom is de diagnose 'paniekstoornis' meer naar de voorgrond gekomen.
NB. Tachypneu wordt eerst beoordeeld als insufficiënte ademhaling in het protocol Breathing.

Achtergrondinformatie
Angst is een normale reactie op een angstaanjagende gebeurtenis. Angst stelt het lichaam in staat om te reageren door activatie van het autonome zenuwstelsel. Het lichaam wordt geprepareerd voor een 'fight or flight' reactie, met versnelde hartslag en ademhaling, verhoogde spierspanning en soms paniek.
Een paniekaanval kan passen binnen een paniekstoornis: recidiverende, onverwachte paniekaanvallen. Bij oudere patiënten is er een groter risico op een somatische aanpak als verklaring voor de klachten, terwijl de kans op een eerste angst-/paniekaanval op latere leeftijd kleiner is. Ook bij oudere patiënten met een bekende paniekstoornis alert blijven: er kan een nieuwe somatische aandoening ontstaan.
Bij een angst-/paniekaanval is het belangrijk dat de aanval self-limiting is. Uit onderzoek blijkt re-breathing geen meerwaarde te hebben ten opzichte van een rustige benadering met zorgvuldige aandacht voor de klachten van de patiënt. Als er geen sprake is van angst of paniek, of als de klachten niet volledig verdwenen zijn binnen 15 minuten, dan is vervoer en overdracht voor verder onderzoek op de SEH nodig.



9.2 Overdracht psychiatrische patiënt (VLPA)

Samenvatting
De psychiatrische patiënt is in de eerste plaats patiënt en heeft recht op zorg. De MKA stelt de medische indicatie voor ambulancetzorg onafhankelijk van een dwangmaatregel als:

- het psychiatrische beeld (kans op impulsief handelen op basis van wanen, hallucinaties of suïcidaliteit) deskundige begeleiding noodzakelijk maakt;
- patiënt te angstig of te verward is om zelfstandig te reizen;
- patiënt medicatie gehad heeft waarvoor verpleegkundige observatie nodig is;
- er somatische redenen zijn voor ambulancetzorg.

Gebruikte richtlijnen en literatuur

- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). 1992. www.wetten.overheid.nl
- Convenant Politie-GGZ 2012. www.ggznederland.nl

Expert opinie
De expertgroep baseert dit protocol op de wet- en regelgeving rond de GGZ. Regionaal kunnen aanvullende afspraken gemaakt worden.

Achtergrondinformatie

	IBS	RM	Vrijwillig
Psychiatrische noodzaak voor verpleegkundige begeleiding	Ja BOPZ, politie moet zich laten bijstaan	soms	soms

In Bewaring Stelling (IBS): artikel 20 van de wet BOPZ luidt: 'Het ten uitvoer leggen van de IBS draagt de burgemeester op aan één of meer ambtenaren aangesteld voor de uitvoering van de politietaken, die zich voorzien van de bijstand van één of meer personen met kennis van de zorg voor personen die gestoord zijn in hun geestesvermogens. Het ten uitvoer leggen' gaat over het toepassen van dwang, een ambulancemedewerker mag geen geweld gebruiken. Bij een IBS is sprake van een medische indicatie.
Rechterlijke machtiging (RM): psychiatrische patiënten met een RM hebben niet altijd een medische indicatie voor ambulancetzorg. Als er wel een ambulancetzorg-indicatie is, dan valt dat onder de Zorgverzekeringswet: "ongeoorloofd afwezige BOPZ-patiënten hebben aanspraak op ambulancetzorg".
Vrijwillige opname: patiënten kunnen verward en angstig zijn en/of psychotisch of suïcidaal zonder opname te weigeren en dus zonder dat een IBS noodzakelijk is. Ook dan is er een ambulancetzorg-indicatie. Als bij aanvang blijkt dat een vrijwillig op te nemen patiënt ondanks aandringen niet vrijwillig opgenomen wil worden, vindt - als uitgangspunt - geen vervoer plaats. De crisisdienst wordt ingeschakeld.
Opname volgens Artikel 60 van de BOPZ: op grond van verstandelijke beperking of in de psychogeriatric. Er is geen sprake van vrijwilligheid, maar ook niet van gericht verzet. Ambulancetzorg vindt met 'rechte rug' plaats.

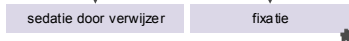
De veiligheid voor ambulancebemanning en patiënt moet gegarandeerd zijn. Dit vereist goed overleg en waar nodig assistentie. Een politiebureau is geen zorginstelling en kan een psychiatrische patiënt niet de juiste zorg bieden. Ambulancemedewerkers hebben geen arrestatiebevoegdheid maar wel een inspanningsverplichting (deskundige overdracht) om ervoor te zorgen dat de patiënt veilig terecht komt in een zorginstelling. Als de patiënt tijdens het vervoer weg wil, dan wordt zo mogelijk de patiënt toch meegevoerd naar de bestemming. Is aandrang niet voldoende, dan moet de politie ingeschakeld worden. Indien een patiënt weggeloopt tijdens het verlenen van ambulancetzorg dan is er sprake van overmacht.

- vóór vertrek zoveel mogelijk de-escaleren
- geruststellen, laten ontladen
- vragen of patiënt crisiskaart heeft en deze adviezen zoveel mogelijk volgen
- rustig en duidelijk blijven
- eerlijke informatie geven over wat er gaat gebeuren
- grenzen stellen

- onrust beheersbaar
- coöperatief
- niet geladen
- niet agressief

- onrustig
- oninvoelbaar
- niet coöperatief
- geladen
- agressief

- neem minst ingrijpende noodmaatregel
- overweeg politieassistentie



4.2

Onrust

- alleen ter afwending van acuut gevaar; zo kort mogelijk
- informeer patiënt en familie; onderbouwing noteren op ritformulier
- geen buikligging na toedienen sedatie
- overweeg bij vervoer gefixeerde patiënt begeleiding door politie of GGZ

bestemming:

- somatische component: SEH
- psychiatrische beoordeling: veilige locatie volgens regionale afspraken
- geplande opname: GGZ instelling

Samenvatting

Veilig vervoer begint met observatie en een goede inschatting van de toestand van de patiënt. Neem hiervoor de tijd. Alleen begeleiding is niet in alle gevallen toereikend, soms zijn ondersteuning en aanvullende beschermende maatregelen nodig om de veiligheid van patiënt en/of ambulance team te waarborgen. Dit kan zijn in de vorm van fixatie en/of sedatie, waarbij patiënt en familie altijd goed geïnformeerd moeten worden over de noodmaatregel. Het toepassen van een dergelijke noodmaatregel is voor de patiënt heel ingrijpend, probeer dit zo rustig mogelijk te doen en blij uitleg geven aan de patiënt. Ingrijpende vormen van sedatie en fixatie zijn voorbehouden aan GGZ en politie. Voor de verantwoording van het handelen is nauwkeurige verslaglegging in het ambulance patiëntdossier vereist.

Gebruikte richtlijnen en literatuur

- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). 1992. www.wetten.overheid.nl
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Expert opinion

De expertgroep beveelt aan om een verward persoon zonder somatische problematiek die geen strafbare feiten heeft gepleegd op een veilige locatie te (laten) beoordelen. Dit is idealiter op een gespecialiseerde psychiatrische spoedopvang. In de praktijk betreft het echter vaak een politiebureau. Over de precieze gang van zaken bestaan regionale afspraken.

Achtergrondinformatie

Houd er rekening mee dat een opname in een psychiatrische kliniek, zeker een gedwongen opname, ingrijpend is.

Agressie, boosheid en verzet kunnen voortkomen uit (extreme) angst, bijvoorbeeld op grond van een verstoorde realiteitszin bij een ernstige psychose.

In sommige regio's heeft de patiënt een crisiskaart met informatie over gewenst handelen in crisissituaties. Probeer "naast" de patiënt te blijven staan waarmee het gevoel van vertrouwen en rust kan worden bereikt.

De psychiatrische ziektebeelden die in de ambulancezorg het meeste worden tegengekomen zijn: depressies, bipolaire stoornissen (manisch depressieve patiënten), schizofrenie en andere psychotische stoornissen, o.a. paranoiale psychosen en persoonlijkheidsproblematiek waarvan de borderline persoonlijkheid de bekendste is.

Afhankelijk van het ziektebeeld is de benadering verschillend.

Suïcidale patiënt of patiënt die zich suïcidaal uit niet alleen achterlaten, ook als het risico mee lijkt te vallen. Bij patiënt met tentamen suïcide (TS) met medicatie, waarbij er twijfel is of de medicijnen ingenomen zijn, is nadere beoordeling op de SEH nodig. Ook bij een patiënt met een borderlinestoornis is waakzaamheid geboden. Deze patiënten kunnen vervallen in recidiverend, automutilerend gedrag; ook kan een TS-patiënt theateraal over komen.

Een manische patiënt moet begrensd worden; bijvoorbeeld in wat voor het vervoer nog gepakt en gedaan kan worden. Wees hierin kort en duidelijk. Een manische patiënt kan een geagiteerde ondertoon hebben en boos reageren, ga hier niet op in en blijf rustig en duidelijk.

De psychotische patiënt is vaak angstig en kan van uit deze angst agressief zijn. Boos worden geeft nog veel meer angst. Houd wanneer de patiënt oninvoelbaar is altijd rekening met impulsief gedrag omdat de patiënt onderliggend erg geladen en/of angstig kan zijn. Neem de nodige voorzorgsmaatregelen voor het veilig vervoeren van de patiënt. Binnen de ambulancezorg hebben deze patiënten behoefte aan een vriendelijke en rustige benadering, aan duidelijkheid en vooral aan veiligheid.

**Handreiking
(acute) psychiatrie ambulancezorg**

knelpunten en oplossingsrichtingen

1. Inleiding

Uitgangspunt van het kwaliteitskader is dat de zorg voor patiënten waarbij een psychiatrische aandoening wordt verondersteld onderdeel is van de reguliere ambulancezorg (lees: 'Verantwoorde ambulancezorg'). In het kwaliteitskader zijn de vereiste deskundigheid en bekwaamheid voor de (acute) psychiatrische ambulancezorg, indien er verpleegkundige begeleiding is geïndiceerd, nader omschreven. Onderstaand worden de knelpunten in de dagelijkse praktijk beschreven en worden oplossingsrichtingen aangedragen.

2. Knelpunten

2.1. SiRM rapport

In opdracht van het ministerie van VWS heeft het bureau SIRM in 2014 onderzoek gedaan naar de knelpunten en verbetervoorstellen in de keten van de (acute) geestelijke gezondheidszorg. Dit mede op basis van de inventarisatie van de door partijen in de (acute) GGZ-zorg aangedragen knelpunten in de dagelijkse praktijk. In het SiRM-rapport worden 20 knelpunten beschreven die zich voor doen omtrent de verwijzing, het vervoer en de beoordeling van patiënten waarbij een psychiatrische aandoening verondersteld wordt. Een aantal hiervan is relevant voor de ambulancezorg (in volgorde van prioriteit):

Handelingsverlegenheid bij ambulanceprofessionals

Dit kan het gevolg zijn van een gebrek aan kennis en vaardigheden en/of stigmatisering van patiënten waarbij een psychiatrische aandoening verondersteld wordt.

Ambulanceverpleegkundigen zijn vaak onvoldoende in staat om te de-escaleren. Dit resulteert regelmatig in het gebruik van – soms onnodige – drang- en dwangmaatregelen en sedatie van de patiënt. Dit is niet altijd in het belang van de patiënt en soms tegen het behandeladvies van de beoordelende psychiater in. De oorzaak van deze knelpunten kan worden veroorzaakt doordat er onvoldoende kennis is op dit terrein.

Ambulancepersoneel onvoldoende in staat te de-escaleren

AZN, crisisdiensten, GGZ-NL, de Politie en V&VN geven aan dat ambulanceverpleegkundigen vaak onvoldoende in staat zijn om te de-escaleren. De partijen geven aan dat in de opleiding ambulanceverpleegkundige tegenwoordig te weinig aandacht besteedt wordt aan de omgang met patiënten waarbij een psychiatrische aandoening wordt verondersteld. Hierdoor zijn ambulanceverpleegkundigen niet ervaren met de-escaleren. Dit resulteert vaak in sedatie van de patiënt om de veiligheid van het ambulancepersoneel te waarborgen. Dit is echter niet altijd in het belang van de patiënt zelf en is soms tegen het behandeladvies van de beoordelende psychiater in.

Vervoer door politie van (acute) verwarde patiënten

Vervoer door politie is ongeschikt voor acute GGZ-patiënten: het kan onnodig stigmatiserend werken en is niet in het belang van de patiënt.

Door de politie is in de afgelopen jaren een toename geconstateerd van het aantal verwarde personen. In 2013 en 2014 waren dit er ca. 52.000 respectievelijk 60.000. Een deel daarvan heeft acute medisch-/verpleegkundige zorg nodig. Een groot deel van het vervoer van verwarde personen die acute zorg nodig heeft, wordt vanaf de crisislocatie momenteel door de politie uitgevoerd. Ca. 70% van deze patiënten belandt in een politiecel voordat ze eventueel terecht kunnen in de zorg. De verwachting is dat het aantal de komende jaren dit aantal verder zal stijgen bij ongewijzigd beleid.

Verantwoordelijke voor terugbrengen RM-patiënt is onduidelijk

AZN, Politie en crisisdiensten geven aan dat het onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor het terugbrengen van een RM-patiënt in crisis die weggelopen is uit een instelling. Inzet van ambulancezorg wordt vaak ingeroepen om deze personen te vervoeren, hoewel er niet altijd sprake is van een verpleegkundige indicatie om dit daadwerkelijk met een ambulance te doen. Crisisdiensten geven aan dat de verantwoordelijkheid voor vervoer van deze personen formeel de politie is, maar dat de verantwoordelijkheid meer verschoven is naar de zorginstelling in de afgelopen jaren.

2.2. Gesignaleerde knelpunten uit het Netwerk Keten Acute Zorg GGZ (VWS)

- Vervoer van psychiatrische patiënten krijgt niet die prioriteit die nodig is. Triage en inzetbaarheid voor acuut verwarde patiënten wordt vaak ten onrechte als minder urgent beoordeeld;
- Goede, gerichte professionele zorg voor psychiatrische patiënten is van invloed op een positief herstel o.a. door het beperken van sedatie, dwang- en drang maatregelen.
- (Acuut) verwarde patiënten worden te snel gesedeerd en vastgesnoerd zonder dat daarvoor noodzaak aanwezig is;
- Bij meldingen 'acute psychiatrie' wordt door de MKA vaak eerst de Politie als first responder ingezet;
- Politie, acute diensten GGZ en RAV's ervaren wederzijds dat er (te) lang gewacht moet worden op de beschikbaarheid c.q. inzet van de zorg. De beeldvorming bestaat dat het stellen van andere prioriteiten hiervan een van de oorzaken is;
- Buiten kantoor tijden is de beschikbaarheid te beperkt. Dit betreft vooral het interregionaal vervoer i.c. het overplaatsen naar een andere GGZ-instelling;
- De expertise van de ambulancezorg is voornamelijk gericht op somatische zorg en mindere mate op de zorg voor psychiatrische patiënten. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg;
- Het mandaat voor ambulancezorg op grond van de TWAZ van medisch, verpleegkundige geïndiceerde zorg biedt wel mogelijkheden voor een gedifferentieerde ambulancezorg maar wordt vrijwel nog niet toegepast.

3. Oplossingsrichtingen

3.1. Landelijk en regionaal

Per regio zijn er sterke verschillen welke knelpunten zich voordoen, hoe groot de knelpunten zijn, welke oplossing het meest geschikt is voor het knelpunt en op welke manier partijen aan de oplossing kunnen werken.

De organisatie van de keten is per regio anders: in sommige regio's is één crisisdienst verantwoordelijk voor de acute GGZ, in andere regio's hebben verschillende instellingen afspraken gemaakt over crisiszorg. Het profiel van personen waarvoor verwijzers de crisisdienst bellen lijkt te verschillen per regio. Het aandeel personen in crisis gezien door de crisisdienst dat uiteindelijk opgenomen wordt, vertoont grote variatie per regio. Het is daarom aan te raden dat partijen regio specifieke knelpunten oppakken in de regio binnen de kaders van landelijke afspraken.

3.2. Landelijk

- *Best practices*

De ervaringen van regio's waar al een aanvang is gemaakt met het oplossen van de gesignaleerde knelpunten zullen worden gemonitord. De monitoring van de resultaten wordt uitgevoerd door AZN, GGZ Nederland, LPGGZ en Politie. Het Netwerk Acute GGZ-Zorg (VWS) wordt – als klankbordgroep - periodiek geïnformeerd.

De resultaten van de pilots worden, in samenspraak met de regionale ketenpartners (acute) GGZ, getoetst. Op basis van de uitkomsten wordt het kwaliteitskader 'acute psychiatrie ambulancezorg' zo nodig bijgesteld.

- *Convenant*

Het convenant tussen GGZ Nederland en Politie 'Vervoer psychiatrische patiënten' (2012) wordt in 2015 geëvalueerd. Hierin staat onder meer dat de politie verantwoordelijk is voor het vervoer van de crisislocatie naar de eerste opvanglocatie. Dit is –uit oogpunt van patiëntbelang - onjuist omdat er in feite sprake is van gezondheidszorg, alhoewel er in de openbare ruimte er vrijwel altijd sprake zal zijn van samenwerking met de Politie.

Ambulancezorg Nederland heeft bij GGZ NL en Politie aangegeven, dat ze nauw betrokken wil worden bij de herziening van de actualisatie van dit convenant.

- *Verantwoorde ambulancezorg*

Het kwaliteitskader 'ambulancezorg (acute) psychiatrie' wordt door AZN bij de herziening van de nota 'Verantwoorde ambulancezorg' opgenomen.

- *Scholing*
 - In 'Regeling Erkenning Opleidingen CZO', waarin de specifieke opleidingseisen van de opleidingen tot meldkamerverpleegkundige, ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur⁵ zijn vastgelegd, staat dat deze competent moeten zijn op het gebied van psychosociale- en psychiatrische aandoeningen of klachten.
 - Binnen het deskundigheidsgebied & eindtermen wordt door de opleidingscommissie bezien of de gestelde eisen voor (acute) psychiatrische patiënten voldoende zijn geborgd voor de functies van MKA-, ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur.
 - In de opleidingen en bij-/nascholing tot MKA-, ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur moet meer aandacht worden besteed aan de omgang en begeleiding met (acute) psychiatrische patiënten.

3.3. Regionaal

- *Pilotproject Psycholance Amsterdam*
 RAV Ambulance Amsterdam is gestart met een pilot met de 'Psycholance'. Deze pilot is opgezet door partners in de crisisketen: GGD Vangnet en Advies, Politie, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam en RAV Ambulance Amsterdam.
 Doel is om de zorg voor deze specifieke doelgroep te verbeteren door middel van de inzet van een dedicated-team waardoor dwang en drang worden teruggedrongen en gelijktijdig de veiligheid voor patiënt en medewerkers wordt verhoogd.
 De psycholance is een zorgambulance, bemnst door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van de SPA en een zorgambulance chauffeur.

 VWS heeft aangegeven, dat voortzetting van de 'Psycholance' alleen mogelijk is indien dit wordt ingebed in een sectorbreed kwaliteitskader psychiatrie.
- *ROAZ*
 Vrijwel elke ROAZ regio heeft een focusgroep 'Acute Psychiatrie'. De RAV maakt hier met de ketenpartners regio-specifieke afspraken over de triage, verwijzing, verantwoordelijkheidsverdeling, overdracht, informatieuitwisseling en de overlegstructuur.
- *Scholing*
 De RAV start intern een GGZ-scholingstraject voor alle ambulanceprofessionals.
- *Differentiatie*
 Op grond van de Tijdelijke Wet Ambulance Zorg (TWAZ) kan de directeur van de RAV besluiten het vervoer van patiënten waarbij een psychiatrische aandoening verondersteld wordt gedeeltelijk - zijnde A2 en B urgenties - uit te besteden aan een andere zorgaanbieder ('Vervoerder GGZ').
 In het kwaliteitskader '(acute) psychiatrische ambulancezorg' staan de randvoorwaarden en kwaliteitseisen beschreven.

⁵ Definitieve vaststelling september 2015