



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) gezondheidsschade¹². 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 urgenties¹³ 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 beoordeling¹⁴ elders¹⁵ 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 nagestreefd¹⁶.

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 indiceren¹⁷. 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 nagestreefd¹⁸. 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 status¹⁹, 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 regel²⁰ 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 principe²¹ 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. Zorgprofessionals²² 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 MMA²³ 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 crisisspsychiater of andere achterwacht zijn.