



Voorlopig model vervoer

Advies SiRM over passend vervoer
voor personen met verward gedrag

Maart 2017

Aanbiedingsbrief bij 'Voorlopig model vervoer'

Met deze brief bieden wij u het 'Voorlopig model gepast vervoer voor personen met verward gedrag' aan. Het betreft een advies van SiRM – Strategies in Regulated Markets – aan ons, de betrokken branche- en beroepsorganisaties, en aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dit voorlopig model beschrijft de mogelijke gewenste situatie voor de middellange termijn uitgaande van de vervoersbehoefte van mensen met verward gedrag.

Eind 2017 - begin 2018 volgt de definitieve versie van dit model op basis van de resultaten van de vervoerspilots binnen het ZonMw-programma (Actieprogramma 'Lokale initiatieven mensen met verward gedrag'), de ervaringen met het voorlopig model in de praktijk in 2017 en de gemaakte keuzes op het gebied van de benodigde aanpassingen in de wetgeving en bekostiging.

Ons gezamenlijk doel is om in iedere regio 24/7 passende zorg en/of vervoer voor personen met verward gedrag te bieden. Wij als cliënt-, branche- en beroepsorganisaties benadrukken dat personen met verward gedrag die zorg en/of vervoer nodig hebben niet tussen wal en schip mogen vallen. De problematiek rondom personen met verward gedrag vraagt een integrale aanpak. Wij doen daarom een beroep op gemeenten, politie, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, ambulancezorg en aanbieders voor vervoer om hierin hun verantwoordelijkheid te nemen. Er dienen landelijke en regionale afspraken gemaakt te worden over investeringen in passende zorg en vervoer, waarbij rekening wordt gehouden met afspraken tussen de regio's onderling (voor bovenregionaal vervoer). Daarbij vragen wij aan de partijen om het streven naar betere preventie en zoveel mogelijk zorg in de thuissituatie (zonder onnodige vervoersbewegingen) niet uit het oog te verliezen.

Wij zien het voorlopig model als een leidraad en inspiratiebron om in 2017 creatieve en passende oplossingen in de regio te ontwikkelen voor mensen met verward gedrag, voor wie zorg en/of vervoer noodzakelijk is.

Het model biedt een kader voor de veldpartijen in de regio's om inzicht te krijgen in de doelgroepen waarvoor vervoer nodig is, wat de zorgbehoefte is tijdens het vervoer en welk vervoer (het meest) passend is. Dit kader zal vertaald moeten worden naar de regionale situatie. Het vervoer van personen met verward gedrag kan verbeterd worden door:

- Pilots te starten voor alternatieve vervoersvormen voor mensen die meer behoefte hebben aan psychiatrische hulpverlening tijdens het vervoer dan aan verpleegkundige zorg. Voor dit vervoer is nu nog geen passend wettelijk- en bekostigingskader. Om de organisatie van deze alternatieve vervoersvormen toch van start te laten gaan kunnen partijen binnen het ZonMw Actieprogramma 'Lokale initiatieven mensen met verward gedrag' subsidie aanvragen voor initiatieven op dit gebied.
- De zorgverlening binnen het huidige wettelijke kader (Twaz) te verbeteren. Hierbij dient bekeken te worden op welke wijze de ambulancediensten (en hun onderaannemers) hun kennis, faciliteiten en vaardigheden betreffende de personen met verward gedrag kunnen inzetten om de zorg en/of het vervoer te verbeteren.

Het voorlopig model kan pas een definitief advies worden als er voldoende resultaten uit de vervoerspilots en de praktijk zijn om het aan te scherpen. Omdat nog niet voldaan is aan alle randvoorwaarden voor implementatie, dient de implementatie van het model in fases te gebeuren. We beschrijven hieronder de randvoorwaarden voor implementatie.

Randvoorwaarden voor implementatie

1. *Goede organisatie van keten*

- Het vervoer van personen met verward gedrag betreft een schakel in de keten die een persoon met verward gedrag doorloopt. Vóór het vervoersmoment vindt signalering, melding en triage plaats. Het vervoer vindt plaats naar een beoordelingslocatie, instelling of naar huis. Bij de uitwerking van het definitieve vervoersmodel dient bekeken te worden hoe de overige bouwstenen zijn uitgewerkt om ervoor te zorgen dat het vervoerskader aansluit op de rest van de schakels in de keten. Een integrale benadering van alle bouwstenen van de aanpak voor personen met verward gedrag is daarmee van grote invloed op de implementeerbaarheid van de vervoersoplossingen uit dit model.
- Juiste triage en zorgcoördinatie door meldkamercentralisten, de voorwacht van de crisisdienst en artsen bij de huisartsenpost, spoedeisende hulp (SEH), het sociaal wijkteam en het OGGZ meldpunt is mede bepalend voor de implementeerbaarheid van de vervoersoplossingen uit dit model. De zorgbehoefte van een cliënt moet op een juiste wijze beoordeeld worden om de juiste en meest passende zorg in relatie tot het vervoer in te kunnen zetten. Om dit proces goed en eenduidig te laten verlopen is het belangrijk dat veldpartijen de behoefte aan hulpverlening en de urgentie hiervan op een systematische en eenduidige wijze beoordelen (op basis van de kenmerken van verwardheid van de persoon). In het project ‘Model melding’ gaan partijen met elkaar uitwerken hoe het proces rond de inschatting of triage van personen met verward gedrag het beste georganiseerd kan worden.

De uitkomst van het project ‘Model melding’ en die van het ‘Voorlopig Model vervoer’ moeten in overeenstemming gebracht worden met elkaar, zodat er een duidelijke koppeling gaat ontstaan tussen de zorgbehoefte van de persoon en de inzet van passende zorg en/of vervoer.

- In dit voorlopig model wordt uitgegaan van triage met behulp van de GGz-triagewijzer, waarmee de urgentie van de situatie van de persoon met verward gedrag wordt bepaald. Deze methodiek moet nog getoetst en geïmplementeerd worden door onder andere de GGz. Tevens moet er nog onderzocht worden in hoeverre andere partijen die triage uitvoeren (meldkamer, ambulancezorg, huisartsenposten, huisartsen, SEH’s, sociaal domein) hier gebruik van kunnen maken (onderdeel project Melding).

2. *Verankering in wetgeving en bekostiging*

- Er moeten op korte termijn keuzes gemaakt worden door het ministerie van VWS over de wettelijke verankering en de bekostiging van de zorg en het vervoer met psychiatrische hulpverlening.^a Duidelijk moet worden welke partij(en) verantwoordelijk zijn voor de organisatie van deze zorg en het vervoer, welke partijen (wettelijk) verantwoordelijk zijn voor de financiering van de zorg en het vervoer en welke middelen structureel beschikbaar gesteld zullen gaan worden voor de organisatie van de zorg en het vervoer na de pilotfase. Dit zal aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening een langere termijn perspectief bieden, zodat zij kunnen en willen investeren in bijvoorbeeld voertuigen en scholing van hulpverleners.

^{aa} Hieronder wordt verstaan vervoer met psychiatrische vaardigheden en faciliteiten voor mensen met psychiatrische, psychogeriatrische en/of verslavingsproblematiek al dan niet gecombineerd met een (licht) verstandelijke beperking.

- Zorgverzekeraars vinden de aanbeveling in het rapport dat in de gewenste situatie vervoer met psychiatrische hulpverlening door hen gecontracteerd gaat worden nog te voorbarig. Voordat dergelijke uitspraken over de inkoop gedaan kunnen worden dient eerst meer duidelijkheid geboden te worden over de (structurele) wettelijke aanspraak op dit vervoer en in welke mate dit vervoer impact heeft op de aanspraken in het kader van het ambulancevervoer en het GGz vervoer. Ook dient helderder gemaakt te worden welke taak of voorziening vanuit gemeenten geregeld/opgezet dient te worden.
- Bij opname in de wet (en de bekostiging) van vervoer met psychiatrische hulpverlening is verdere juridische uitwerking van psychiatrische hulpverlening tijdens het vervoer nodig. Het gaat onder andere om het verder definiëren van de deskundigheidsvereisten, waaraan de hulpverleners op het voertuig dienen te voldoen en aan welke eisen het voertuig moet voldoen.
- Gemeenten hebben de regie over het zoeken van oplossingen en het maken van afspraken met alle partijen voor die groep mensen die zonder specifieke zorgbehoefte vervoer nodig hebben.

3. *Inzicht in omvang van vervoer van personen met verward gedrag*

Er bestaat onduidelijkheid over de omvang van de groep personen met verward gedrag en de groep personen die georganiseerd vervoer nodig heeft. Het is daarom van belang om meer inzicht te krijgen in de aantallen per doelgroep die georganiseerd vervoer nodig heeft. Dit leidt tot meer helderheid over de kosteneffectiviteit van verschillende vormen van vervoer met psychiatrische hulpverlening. Alle aanbieders van deze zorg en/of vervoer dienen hiervoor een aantal zaken te registreren, waaronder de verleende zorg, het aantal ritten en de kenmerken van de personen die zij vervoeren.

Het verzamelen van informatie door alle partijen (binnen de regionaal gekozen oplossingen en pilots) is in dit kader essentieel om de problematiek, de zorgbehoefte en het gewenste vervoer voor de ‘personen met verward gedrag’ richting de toekomst duidelijker te kunnen definiëren.

4. *Uitvoering van actieplan voor verantwoordelijke partijen*

Partijen zullen een actieplan 2017 opstellen waarmee de ontbrekende randvoorwaarden ingevuld kunnen worden. Verantwoordelijke partijen zijn zowel de regulerende partijen – zoals het ministerie van VWS en de NZa – als de veldpartijen. De inhoud en uitvoering van het actieplan bepaalt op welke termijn de passende zorg en het passende vervoer voor personen met verward gedrag daadwerkelijk geïmplementeerd kan worden.

Namens:

Alzheimer Nederland, Ambulancezorg Nederland (AZN), Bureau Regioburgemeesters, GGD GHOR Nederland, GGZ Nederland (GGZNL), Ieder(in), Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Nationale Politie, Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGK), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Inhoud

Verhaal van ervaringsdeskundige.....	6
Managementsamenvatting.....	7
1 Inleiding.....	13
2 Uitgangspunten model vervoer.....	16
3 Aanpak model vervoer.....	19
4 Personen voor wie vervoer nodig is.....	21
4.1 Vervoer vóór beoordeling.....	22
4.2 Vervoer na beoordeling.....	23
4.3 Vervoer van persoon in behandeling.....	24
5 Vervoersbehoefte en hulpvraag.....	25
5.1 Aanpak.....	27
5.2 Vervoer vóór beoordeling.....	28
5.3 Vervoer na beoordeling.....	30
5.4 Vervoer van persoon in behandeling.....	34
6 Soorten vervoer.....	37
7 Passende vervoersoplossingen.....	41
7.1 Aanpak.....	42
7.2 Vervoer vóór beoordeling.....	42
7.3 Vervoer na beoordeling.....	44
7.4 Vervoer van persoon in behandeling.....	46
8 Vervoersoplossingen en wettelijk kader.....	48
8.1 Wettelijke basis voor passende vervoerders.....	48
8.2 Financiering van passende vervoersoplossingen.....	51
8.3 Contractering van passende vervoersoplossingen.....	54
8.4 Experimenteerruimte actieprogramma ZonMw.....	56
9 Conclusies.....	57
10 Aanbevelingen.....	63
10.1 Afspraken over passend vervoer.....	63
10.2 Wettelijke basis voor passende vervoerders.....	65
10.3 Financiering van passende vervoersoplossingen.....	66
10.4 Contractering van passende vervoersoplossingen.....	67
Literatuurverwijzingen.....	69

Verhaal van ervaringsdeskundige

Daar zit ik dan, in een grote vergaderzaal, met om mij een groep beleidsmakers vanuit alle zorghoeken die iets met dit project van doen hebben. De vergaderzaal bevindt zich in het Nationaal Ambulance en Eerste Hulp museum in Leiden, wat tegelijk ook de ambulancepost in die regio is. Tijdens het overleg over de beste manier van vervoeren van verwarde personen, kijk ik vanaf mijn plekje aan de tafel uit op een flink aantal van die gele wagens. Elke keer als mijn blik er naar afdwaalt, loopt er een rilling over mijn rug. Met enige regelmaat werd ik erin vervoerd, op momenten dat de stemmen in mijn hoofd zo schreeuwden en ik hun opdrachten niet meer kon negeren. Momenten waarop ik zo angstig was, zo bang om de controle kwijt te raken, voor zover ik die nog had. Niet meer wetend wat realiteit was, bang dat de stemmen in mijn hoofd gelijk hadden en de wereld ten onder zou gaan als ik niet zou luisteren. Ik moest van die brug vallen, in het water. Mijn leven offeren voor de wereldvrede. De consequenties zouden enorm zijn als ik niet zou luisteren. Maar sterven wilde ik niet. En dan begon elke keer weer de discussie met mijn hoofd. Belandde ik al discussiërend op die brug. Gelukkig is de politie altijd op tijd geweest, al ben ik soms letterlijk langs het randje gegaan.

Al starend naar de ambulances drijven de herinneringen boven. Aan de politiecel die volgde na de gehandboeide rit in de auto vanaf de brug, de crisisdienst die me daar kwam bezoeken, aan nog langer in die politiecel zitten tot de ambulance er was. Twee mensen in felgekleurd uniform die de cel binnen kwamen, terwijl ik zo bang was dat ik de wereld naar de verdoemenis had geholpen. Dan moest ik mee, die ambulance in. Op de brancard liggend het ritje naar de kliniek doorkomen.

Vaak waren er vriendelijke woorden, soms was er ook stilte en onbegrip. Misschien zelfs ook wel angst van hun kant. Bij mij bleef de discussie. Ik moest toch de wereld redden, kon en mocht het niet laten gebeuren dat ze me opsloten. Dan kwam er weer onrust en paniek, en nog meer angst.

Met een nauwelijks zichtbare beweging schud ik de gedachten van me af en focus ik mij weer op het overleg. Want hoe fijn is het dat ik mijn ervaringen nu kan en mag gebruiken in mijn werk. Binnen voorlichtingen, maar ook hier, waar het beleid voor de toekomst besproken wordt. Hoe goed is het dat we hierover nadenken. Ik ben al die agenten en ambulanceverpleegkundigen zo dankbaar, voor hun zorgen, hun voor mij soms levensreddende werk. Maar het zou fijn zijn als ik in de toekomst op een andere manier vervoerd wordt. Geen handboeien meer, geen overprikkelende ambulance. Natuurlijk, als het nodig is, dan liever wel die politieauto of ambulance als dat betekent dat ik in leven blijf. Maar bij beide heeft het personeel, hoewel ik hun intenties meestal als oprecht en betrokken heb ervaren, niet voldoende kennis voor het omgaan met verwarde mensen. Een hulpverlener die mij zou vervoeren, in een neutrale auto of bus, met alle vaardigheden die nodig zijn om met mij om te gaan. Zodat ik én minder angst voel tijdens mijn crisis, én na mijn crisis niet bij iedere langrijdende politieauto of ambulance het hart in mijn keel heb zitten. Een ideaal plaatje. Misschien niet geheel en altijd haalbaar, maar het feit dat ik er nu hier over mee mag denken en praten, geeft hoop. Op een toekomst waarin het anders geregeld is. Een toekomst waarin ik er hopelijk geen gebruik meer van hoeft te maken.

Inge Braamse-Boele, www.ingetikt.pro

Managementsamenvatting

Model vervoer is advies van SiRM aan betrokken branche- en beroepsorganisaties over passend vervoer voor personen met verward gedrag

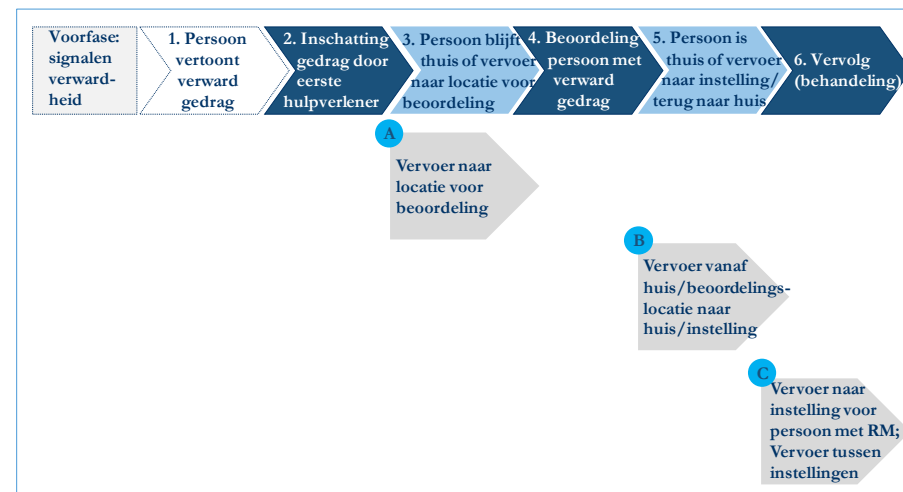
Het landelijk aanjaagteam Verwarde Personen heeft in 2016 negen bouwstenen gedefinieerd, waaronder de bouwsteen 'Vervoer'. Begin maart 2016 zijn betrokken branche- en beroepsorganisaties een werkgroep passend vervoer voor personen met verward gedrag gestart.^b Zij hebben in augustus 2016 SiRM gevraagd om de bouwsteen vervoer met het veld landelijk uit te werken. Dit heeft geleid tot voorliggend 'Model vervoer'. Het betreft een advies van SiRM aan de betrokken branche- en beroepsorganisaties, waarop zij op verschillende momenten commentaar hebben geleverd.

Model vervoer beschrijft passende vervoersoplossingen voor de middellange termijn en biedt richting voor de korte en lange termijn

Het model vervoer beschrijft georganiseerde vervoersoplossingen voor personen met (acuut) verward gedrag en onderscheidt oplossingen voor drie vervoersmomenten tijdens de keten die een persoon met (acuut) verward gedrag kan doorlopen (zie figuur). Het model vervoer beschrijft de *gemenste situatie voor de middellange termijn*, niet alle beschreven vervoersoplossingen zijn op dit moment implementeerbaar. Voor de *korte termijn* dienen partijen met elkaar in gesprek te gaan om het vervoer voor personen met verward gedrag zo goed mogelijk te organiseren met het model vervoer als richtinggevend document. Voor de *langere termijn* geldt dat er waarschijnlijk meer variëteit in aanbieders van passend vervoer zal zijn. Voor (toekomstige) aanbieders biedt dit model een 'programma van eisen' voor het vervoer omdat het de vervoersbehoefte en hulpvraag in kaart brengt voor personen met verward gedrag (zie hoofdstuk 5).

^b Ambulancezorg Nederland (AZN), GGZ-Nederland (GGZ-NL), het Landelijk Platform GGz (LPGGz), politie, Bureau regioburgemeesters, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Verpleegkundigen &

Drie vervoersmomenten die centraal staan in model vervoer



Het model beschrijft oplossingen voor vervoer waarvan een hulpverlener bepaalt dat het noodzakelijk is, maar dat bij voorkeur voorkomen wordt

Vervoersbewegingen dienen zoveel mogelijk voorkomen te worden door in te zetten op preventie en vroegsignalering, bijvoorbeeld door verbeterde telefonische en fysieke triage van meldingen van personen met verward gedrag. Onder regie van gemeentes werken partijen op dit moment aan een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag, waaronder preventie en vroegsignalering. Als er toch vervoersbewegingen optreden, bepalen hulpverleners in samenspraak met de persoon en zijn naaste de noodzaak van het georganiseerd vervoer. Vóór de beoordeling vindt alleen vervoer naar de beoordelingslocatie plaats als uit de triage blijkt dat dit vervoer noodzakelijk is. Ook na de beoordeling en voor personen in behandeling vindt alleen georganiseerd vervoer plaats als dit noodzakelijk is.

Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het kernteam van het landelijk aanjaagteam Verwarde Personen

Vervoersbehoefte en hulpvraag op het moment van vervoer van persoon met verward gedrag is de basis van advies over passende vervoersoplossingen

Personen met verward gedrag zijn gebaat bij zo min mogelijk vervoer. In sommige gevallen is vervoer toch nodig. Als het niet mogelijk is om gebruik te maken van eigen vervoer, organiseert de hulpverlener vervoer. Het is van belang dat dit georganiseerd vervoer zoveel mogelijk voldoet aan de drie uitgangspunten voor humaan vervoer: de bejegening voldoet aan de herstelondersteunende principes, een naaste kan meerijsen en het vervoer is zoveel mogelijk zittend en prikkelarm. We onderscheiden in het model vervoer 3 vervoersmomenten met per moment 3 tot 5 groepen personen voor wie georganiseerd vervoer nodig kan zijn. De vervoersbehoeften verschillen tussen de groepen.^c We beschrijven de vervoersmomenten en de groepen personen in hoofdstuk 4 en de vervoersbehoefte en hulpvraag tijdens het vervoer in hoofdstuk 5.

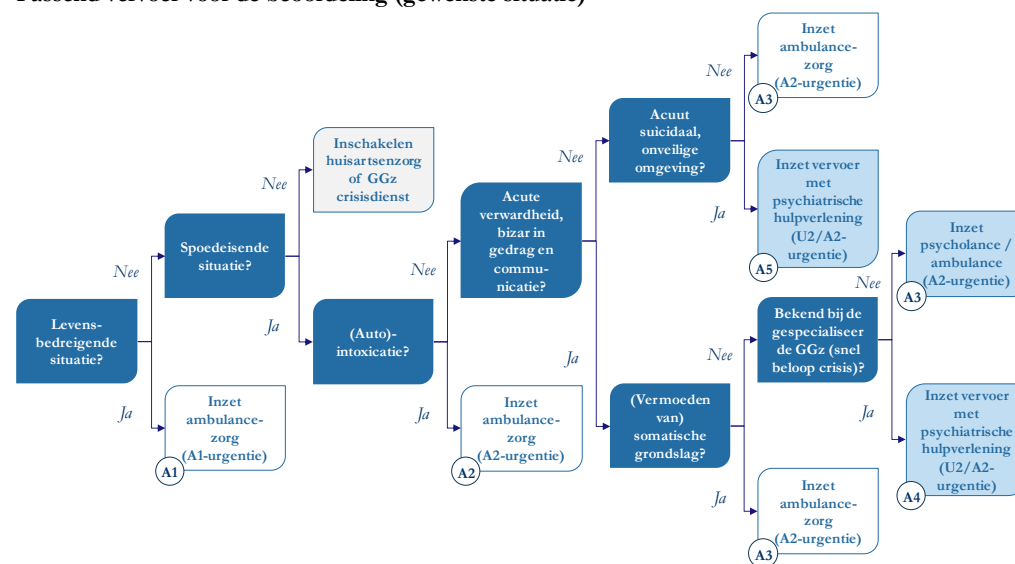
A Gewenste situatie vervoer vóór beoordeling Passend vervoer vóór beoordeling is afhankelijk van kenmerken persoon met verward gedrag en volgt uit (telefonische) triage

We gaan er in het model vervoer vanuit dat vervoer vóór de beoordeling alleen nodig is, wanneer een persoon direct spoedeisende hulp nodig heeft of de somatische/psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling binnen één uur dient te starten. De meest passende vervoerder is afhankelijk van de kenmerken van de persoon en de hulpvraag die de persoon op basis van zijn kenmerken tijdens het vervoer heeft: ambulancezorg of vervoer met psychiatrische hulpverlening (zie figuur). Ambulancezorg en de GGz of een zelfstandig vervoerder kunnen ook samen vervoer met psychiatrische hulpverlening bieden. Onder ‘vervoer met psychiatrische hulpverlening’ verstaan wij humaan vervoer met psychiatrische faciliteiten en vaardigheden tijdens het vervoer (zie hoofdstuk 6). Het gaat om

^c In de begeleidingscommissie is besloten om voorlopig de voorgestelde groepsindeling aan te houden. We toetsen de vervoersbehoeften per groep eind 2017/begin 2018 aan de hand van de monitoringresultaten van de ZonMw pilots in de regio's. Als blijkt dat de groepsindeling niet optimaal is, passen we de groepsindeling aan.

psychiatrische hulpverlening die eveneens passend is voor psychogeriatrische problematiek, licht verstandelijke beperking en/of verslavingsproblematiek. De RAV kan ook aanbieder zijn van vervoer met psychiatrische hulpverlening, mits de ambulancezorg voldoet aan de uitgangspunten voor humaan vervoer en beschikt over psychiatrische faciliteiten en vaardigheden. Voor personen met acuut verward gedrag die niet bekend zijn bij de gespecialiseerde GGz adviseren we de inzet van een psycholance. Alhoewel er geen (vermoeden van een) somatische grondslag is, kan dit door (telefonische) triage niet volledig uitgesloten worden. Een psycholance beschikt over een deel van de somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden van een ambulance en werkt nauw samen met de reguliere ambulances die als achtervang op kunnen treden.

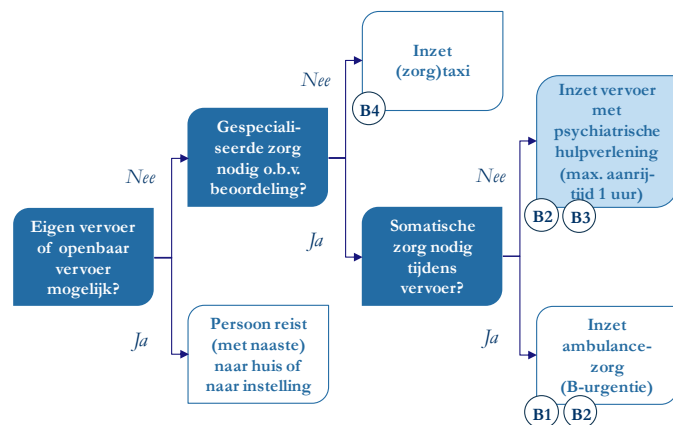
Passend vervoer vóór de beoordeling (gewenste situatie)



B Gewenste situatie vervoer ná beoordeling
Beoordelend hulpverlener bepaalt samen met persoon en naasten meest passende vervoer ná beoordeling op basis van behoeften persoon

Ná de somatische/psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling treedt er vaak een vervoersmoment op. De arts of verpleegkundige die de persoon beoordeeld heeft, bespreekt met de persoon (en zijn naaste) of de persoon veilig op eigen gelegenheid naar huis of naar de instelling voor opname kan reizen (zie figuur). Voor personen die niet direct gespecialiseerde zorg nodig hebben, maar niet veilig naar huis kunnen door bijvoorbeeld het ontbreken van een steunsysteem, zet de hulpverlener een (zorg)taxi in (B4). Voor personen die vooral somatische zorg nodig hebben tijdens het vervoer naar het ziekenhuis of verpleeghuis voor opname is de inzet van ambulancezorg het meest passend (B1 en deel B2). Als somatische zorg niet nodig is, maar psychiatrische vaardigheden tijdens het vervoer vooral van belang zijn, zet de hulpverlener vervoer met psychiatrische hulpverlening in (deel B2 en B3). Het gaat om vervoer naar een GGz-instelling (al dan niet met een in bewaring stelling (IBS)), een instelling voor verslavingszorg of verstandelijk gehandicapten (VG) instelling, maar ook vervoer naar huis met intensieve ambulante gespecialiseerde behandeling (zoals IHT).

Passend vervoer ná de beoordeling (gewenste situatie)

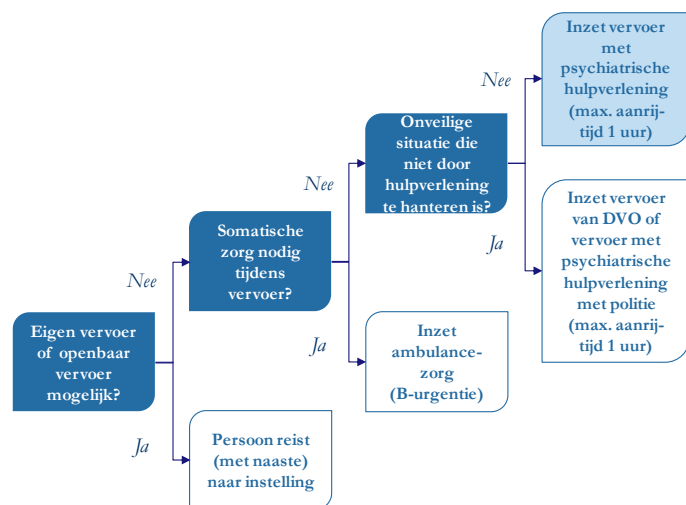


C Gewenste situatie vervoer tijdens behandeling
Behandelend arts instelling bepaalt (samen met persoon en naasten) meest passende vervoer voor persoon in behandeling op basis van situatie

Personen die onder behandeling zijn bij een GGz- of verslavingszorginstelling, een verpleeghuis of een VG-instelling kunnen in bepaalde situaties vervoer nodig hebben. Het gaat om personen met een Rechterlijke Machtiging (RM) die (terug)gebracht moeten worden naar een instelling, omdat zij ongeoorloofd afwezig zijn of zich niet aan de RM-voorwaarden gehouden hebben. Daarnaast treedt vervoer op bij patiënten die naar een andere instelling vervoerd moeten worden voor opname of een behandeling, het zogenaamde interklinisch vervoer. Het is de behandelend arts van de instelling die bepaalt of de persoon somatische zorg of psychiatrische hulpverlening nodig heeft tijdens het vervoer. Voor personen met een RM gaat de instelling eerst na of de persoon op eigen gelegenheid terug kan keren naar de instelling (zie onderstaande figuur). Als somatische zorg nodig is tijdens het vervoer, bijvoorbeeld bij interklinisch vervoer naar het ziekenhuis voor een behandeling, schakelt de arts ambulancezorg in. Als geen somatische zorg, maar psychiatrische hulpverlening nodig is tijdens het vervoer, schakelt de arts vervoer met psychiatrische hulpverlening in. In geval van een onveilige situatie die niet door de hulpverlening te hanteren is, kan de arts overwegen om de Dienst Vervoer en Ondersteuning (DVO) in te schakelen. Deze vervoerders kunnen goed omgaan met agressie en veiligheid creëren en richten zich in toenemende mate op vervoer en bejegening volgens de herstelondersteunende principes. Alternatief is vervoer met psychiatrische hulpverlening en ondersteuning van de politie.

Zie voor een uitgebreide beschrijving van de soorten vervoer en de passende vervoersoplossingen hoofdstuk 6 en 7.

Passend vervoer van persoon in behandeling (gewenste situatie)



Huidige situatie wettelijk kader Er bestaat op dit moment onvoldoende wettelijke basis voor het bieden van passend vervoer met psychiatrische hulpverlening


Als een persoon tijdens het vervoer zorg of hulpverlening ontvangt, valt dit vervoer op dit moment onder de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz). Een rechterlijke uitspraak uit 2013 benadrukt dat het vervoer van personen die zorg of hulpverlening ontvangen tijdens het vervoer al snel onder de Twaz valt. Alternatieve vervoerders die psychiatrische hulpverlening bieden tijdens het vervoer kunnen dit vervoer nu alleen bieden als onderaannemer van de RAV. De Twaz lijkt psychiatrische hulpverlening tijdens het vervoer immers als ambulancezorg aan te merken. De wetgever heeft op basis van de uitspraak in 2013 aanleiding gezien de Twaz aan te passen en ‘ambulancezorg’ scherper te definiëren. Deze verlengde Twaz kan mogelijkheden bieden voor alternatieve vervoerders door duidelijke afbakening en daarmee impliciete uitsluiting van vervoer met psychiatrische hulpverlening in de Twaz.

A **B** Huidige situatie contractering vóór en na beoordeling Door ontbreken wettelijke basis contracteren zorgverzekeraars nauwelijks vervoer met psychiatrische hulpverlening


Zorgverzekeraars kunnen voor het vervoer van personen die nog niet beoordeeld zijn op dit moment alleen ambulancezorg direct contracteren. Voor directe contractering van vervoer met psychiatrische hulpverlening ontbreekt een wettelijke basis. De zorgverzekeraar heeft ook voor het vervoer met psychiatrische hulpverlening van beoordeelde personen nauwelijks directe of indirecte – via de aanbieder van crisiszorg – contractermogelijkheden. Aanbieders van crisiszorg contracteren in de huidige situatie eveneens geen vervoer met psychiatrische hulpverlening voor beoordeelde personen door het ontbreken van een wettelijke basis en door het ontbreken van bekostiging.

B4 Huidige situatie contractering ná beoordeling Personen die geen zorg, maar toch georganiseerd vervoer nodig hebben, zijn afhankelijk van welwillendheid van gemeente of instelling


Georganiseerd vervoer voor personen die niet direct gespecialiseerde zorg of GGz nodig hebben, maar niet op eigen kracht naar huis kunnen, wordt op dit moment soms vergoed vanuit (coulance)regelingen van gemeentes/instellingen. Dergelijk vervoer wordt in de praktijk vaak door instellingen betaald (bijvoorbeeld door een ziekenhuis bij vervoer vanaf de SEH). Gemeentes spelen hierin vanuit de sluitende aanpak voor personen met verward gedrag eveneens een rol. Er zijn echter geen structurele afspraken over gemaakt en personen met een vervoersbehoefte zijn daarmee op dit moment afhankelijk van de welwillendheid van de gemeente of instelling.


 **C** **Huidige situatie contractering tijdens behandeling**
Instellingen zijn terughoudend bij inkopen van vervoer met psychiatrische hulpverlening voor personen bij hen in behandeling


Instellingen kopen reeds zelf vervoer in voor het (terug)brengen van personen met een RM die zich niet aan de voorwaarden gehouden hebben of voor interklinisch vervoer van personen die bij hen verblijven. Instellingen zijn op dit moment echter terughoudend bij het inkopen van dit vervoer door de hoge kosten per persoon die ermee gemoeid gaan. Bovendien lijken er perverse financiële prikkels te bestaan om ambulancezorg in te zetten, omdat dit voor rekening van de zorgverzekeraar is als er een medische noodzaak voor vervoer is.

 **Gewenste situatie wettelijk kader**
Wetgever dient samen met NZa na te gaan op welke manier zij vervoer met psychiatrische hulpverlening kunnen verankeren in de wet

Een verankering in wet en regelgeving (en de bekostiging) van vervoer met psychiatrische hulpverlening is nodig om duidelijkheid te scheppen voor inkopers en aanbieders van dergelijk vervoer. Uitsluiting van vervoer met psychiatrische hulpverlening van de (toekomstige) Wet ambulancezorg, zoals mogelijk in de verlengde Twaz, is ook een mogelijkheid. Op deze manier ontstaat er meer duidelijkheid voor huidige en potentiële (zelfstandige) aanbieders, wat waarschijnlijk leidt tot nieuwe toetreders en een grotere dekking in Nederland. De wetgever dient na te gaan op welke manier deze verankering het beste vorm kan krijgen. Als de taken en bevoegdheden van de NZa en/of de werkingssfeer van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) moeten worden aangepast, dient de wetgever dit in samenspraak met de NZa vorm te geven.

 **A** **Gewenste situatie contractering vóór beoordeling**
Verzekeraars contracteren ambulancezorg én andere aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening voor vervoer vóór beoordeling
Zorgverzekeraars en aanbieders van ambulancezorg maken afspraken over het vervoer van personen met verward gedrag vóór de beoordeling, waarbij sprake is van somatiek of somatiek nog niet uitgesloten is. Voor personen die meer baat hebben bij vervoer met psychiatrische hulpverlening (A4 en A5), maken zorgverzekeraars – nadat verankering in de wet en de bekostiging heeft plaatsgevonden – afspraken met vervoerders die dit vervoer kunnen bieden. Deze vervoerders kunnen ook RAV-en zijn, of een samenwerking tussen de GGz of een zelfstandig vervoerder met de RAV. Als er geen aanbieders van passend vervoer zijn, maakt de zorgverzekeraar afspraken met de regionale ambulancezorg over het bieden van passend vervoer voor personen met verward gedrag.

 **B** **Gewenste situatie contractering ná beoordeling**
Zorgverzekeraars maken direct of indirect afspraken met aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening ná de beoordeling
Zorgverzekeraars en aanbieders van ambulancezorg maken afspraken over het vervoer ná de beoordeling van personen die somatische zorg nodig hebben tijdens het vervoer (B1 en deel B2). Zorgverzekeraars contracteren daarnaast – nadat verankering in de wet en de bekostiging heeft plaatsgevonden – direct of indirect met aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening voor personen die daar meer baat bij hebben (deel B2 en B3). Aanbieders van dit vervoer ná de beoordeling zijn bijvoorbeeld zelfstandige vervoerders of GGz-organisaties. De contractering van vervoer met psychiatrische hulpverlening voor de groep personen die na de beoordeling gespecialiseerde zorg of GGz nodig hebben, hangt af van de uiteindelijke keuze van de manier van bekostiging van dit vervoer. Zorgverzekeraars contracteren dit vervoer direct als er specifieke prestaties gecreëerd worden, zij contracteren dit via aanbieders (van crisiszorg) als de bekostiging van dit vervoer onderdeel gaat vormen van een bestaand zorgproduct, zoals bijvoorbeeld de crisis-DBC.

 **C** **Gewenste situatie contractering tijdens behandeling**
Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben aandacht voor de impact van kosten van vervoer met psychiatrische hulpverlening voor instellingen

Hoewel instellingen reeds de mogelijkheid hebben om vervoer in te kopen voor personen die onder behandeling van hun instelling zijn, zijn ze hier terughoudend in. Instellingen dienen met zorgverzekeraars het gesprek aan te gaan op basis van aantallen en kosten voor dit vervoer. Zij geven daarbij aan op welke manier zij de ongeoorloofde afwezigheid van personen die met met een RM in de instelling verblijven proberen terug te dringen. Ook dienen partijen in dit kader met elkaar te bespreken op welke manier eventuele perverse financiële prikkels, die het inzetten van ambulancezorg aantrekkelijker maken dan het inzetten van alternatieve aanbieders van vervoer, weggenomen kunnen worden.

 **Van huidige naar gewenste situatie**
Totdat verankering in wet heeft plaatsgevonden kunnen partijen in het kader van het ZonMw Actieprogramma afspraken maken met vervoerders

Verankering in de wet (en bekostiging) kost tijd. In de tussentijd kunnen partijen gebruik maken van de experimenteerruimte die geboden wordt binnen het ZonMw Actieprogramma 'Lokale initiatieven mensen met verward gedrag'. Tijdens de looptijd van de pilots biedt VWS vervoersaanbieders de ruimte om van de wet en bestaande kwaliteitskaders af te wijken, mits de kwaliteit en toegankelijkheid gewaarborgd zijn. Binnen het ZonMw programma is voor 2017-2021 € 8 miljoen beschikbaar voor pilots door aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening niet zijnde een RAV. Op basis van de analyse van de huidige situatie bevelen wij aan om vervoerspilots vooral te richten op vervoer met psychiatrische hulpverlening:

A voor doelgroepen A4 en A5 vóór de beoordeling. Aandachtspunt hierbij is de ontwikkeling van vervoer met psychiatrische hulpverlening in landelijke gebieden.

B voor doelgroep B3 (en een deel van B2) ná de beoordeling. Aandachtspunten zijn daarbij passend vervoer in ANW-uren en bovenregionale vervoersbewegingen (die zoveel mogelijk voorkomen dienen te worden door voldoende capaciteit crisisbedden).

RAV-en kunnen passend vervoer voor personen met verward gedrag (verder) ontwikkelen met de € 6 miljoen per jaar die aan het premiekader ambulancezorg is toegevoegd. Om beter zicht te krijgen op aantallen en doelgroepen (zie ook hoofdstuk 4) dienen aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening het aantal en soort personen dat zij vervoeren en het verloop van het vervoer nauwgezet te registreren.

Van huidige naar gewenste situatie

Partijen in (acute) zorg- en veiligheidsketen dienen regionale afspraken te maken over passend vervoer en de manier van inzet van het vervoer (triage)

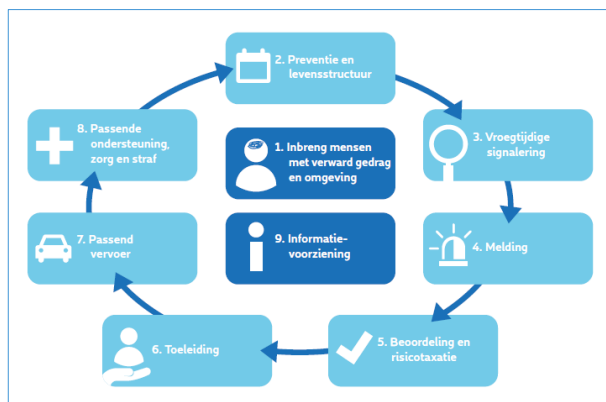
Partijen dienen vooral in te zetten op het voorkomen van vervoer van personen met verward gedrag. Dit vraagt van hulpverleningsorganisaties om zich onder regie van gemeentes fors in te zetten op preventie en vroegsignalering om vervoersbewegingen te voorkomen. Toch zullen er altijd vervoersbewegingen nodig blijven. Partijen in de (acute) zorg- en veiligheidsketen dienen daartoe in de regio voor de korte termijn en middellange termijn afspraken te maken over het aanbod van passend vervoer voor personen met verward gedrag. Zij zijn hier onder regie van het ROAZ mee gestart in het kader van de herverdeling van de € 6 miljoen per jaar die aan het premiekader ambulancezorg is toegevoegd. Ook alternatieve aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening dienen op regionaal niveau afspraken te maken met zorgaanbieders en gemeentes. Als passend vervoer niet beschikbaar is, richten beschikbare vervoerders zich op het passend maken van hun aanbod op de behoefte van personen met verward gedrag. Partijen werken met elkaar de triage uit, dat wil zeggen wie het vervoer voor personen met verward gedrag in kan en mag zetten en op welke manier zij dit doen. De GGz start in dit kader in 2017 met het toetsen en vervolgens implementeren van de GGz-triagewijzer.

1 Inleiding

Het landelijk aanjaagteam verwarde personen heeft negen bouwstenen gedefinieerd

In oktober 2015 benoemden de ministeries van VWS en VenJ en de VNG het aanjaagteam Verwarde Personen. Voornaamste doel van het aanjaagteam was het bevorderen van een sluitende aanpak per gemeente voor personen met verward gedrag. Het aanjaagteam heeft 'personen met verward gedrag' gedefinieerd als *mensen die grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen*. In 2016 bood het aanjaagteam haar tussenrapportages en eindrapportage aan. Het aanjaagteam presenteert daarin negen bouwstenen die gemeentes vorm moeten geven om te komen tot een sluitende aanpak (zie figuur), waaronder de [bouwsteen vervoer](#). Inmiddels is het aanjaagteam opgevolgd door een schakelteam om de aanpak op regionaal/lokaal niveau verder te begeleiden.

Negen bouwstenen voor sluitende aanpak personen met verward gedrag



^d Ambulancezorg Nederland (AZN), GGZ-Nederland (GGZ-NL), het Landelijk Platform GGZ (LPGGz), politie, Bureau regioburgmeesters, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het kernteam van het landelijk aanjaagteam Verwarde Personen

^e Het kan ook personen onder de 18 jaar betreffen.

Branche- en beroepsorganisaties hebben opdracht gegeven om bouwsteen vervoer landelijk uit te werken

Begin maart 2016 zijn betrokken branche- en beroepsorganisaties een werkgroep passend vervoer voor personen met verward gedrag gestart^d. Verschillende rapporten gaven aanleiding voor de organisaties om een werkgroep samen te stellen: de knelpuntenanalyse acute GGZ door SiRM, de evaluatie van het convenant tussen politie en GGZ Nederland, de eerste tussenrapportage van het aanjaagteam en het kwaliteitskader van Ambulancezorg Nederland (AZN) voor de acute psychiatrie.^{1,2,3,4} De werkgroep vervoer heeft VWS gevraagd SiRM in te schakelen om een landelijk model vervoer op te stellen. VWS heeft GGZ Nederland in augustus 2016 gevraagd om een subsidieaanvraag bij VWS in te dienen, zodat zij SiRM in konden schakelen.

Model vervoer beschrijft georganiseerde vervoersoplossingen voor personen met (acuut) verward gedrag

Het model vervoer beschrijft vervoersoplossingen voor personen, waarvan het vermoeden bestaat dat zij door bijvoorbeeld een somatische aandoening, psychiatrische aandoening, psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking verward gedrag vertonen.^e Het model vervoer beschrijft oplossingen voor *georganiseerd* vervoer. Het model richt zich daarom (met name) op acute situaties waarin de persoon georganiseerd vervoer nodig heeft^f. Als de verdenking is dat de persoon met verward gedrag een strafbaar feit heeft gepleegd, vindt in de regel vervoer door politie naar het politiebureau plaats.

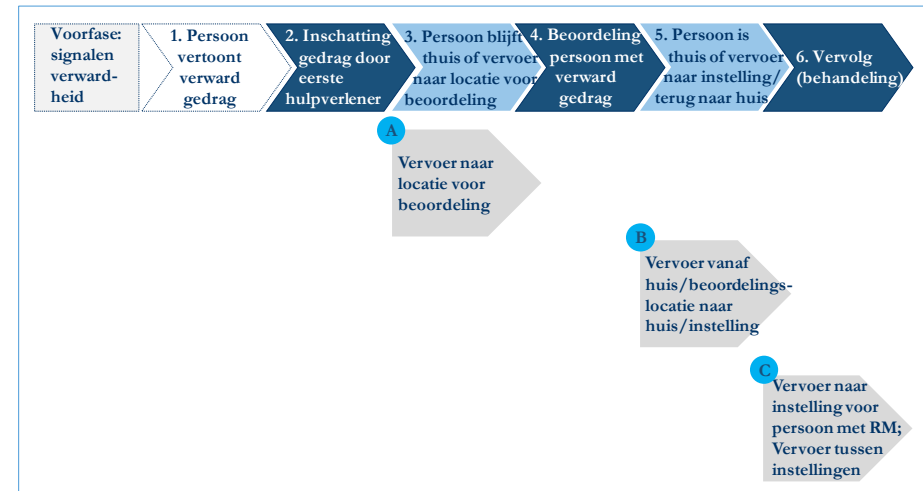
^f Het model beschrijft daarnaast niet-acuut vervoer tussen instellingen als de persoon in behandeling is bij de GGZ of verblijft in een verpleeg- of verstandelijk gehandicapteninstelling.

Model vervoer biedt oplossingen voor drie vervoersmomenten tijdens keten die een persoon met (acuut) verward gedrag kan doorlopen

Een persoon met acuut verward gedrag heeft veelal tijdens de voorfase al signalen van verward gedrag gegeven. Als hulpverleners, naast en de persoon zelf deze signalen tijdens de 'voorfase' adequaat oppakken, kunnen veel acute situaties worden voorkomen. Hulpverleners dienen zich actief op preventie te richten en onderlinge informatie-uitwisseling in het belang van de persoon te versterken. Als er ondanks de inzet op preventie toch een acute situatie ontstaat kan er op drie momenten in de keten georganiseerd vervoer nodig zijn (zie figuur):

- A** Vervoer vóór de somatische/psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling (stap 3): vanaf de openbare ruimte of vanaf huis naar een locatie voor somatische en/of psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling.
- B** Vervoer na de somatische/psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling door een arts (stap 5): vanaf huis of een beoordelingslocatie naar een instelling voor opname of vanaf de beoordelingslocatie naar huis/een time-outvoorziening/de maatschappelijke opvang/een uitslaapbed.
- C** Vervoer van personen in behandeling in de GGz of met verblijf in een verpleeg- of verstandelijk gehandicapteninstelling (stap 6): vervoer van (vermiste) personen met een Rechterlijke Machtiging (RM) terug naar de instelling en gepland vervoer tussen instellingen.

Drie vervoersmomenten die centraal staan in model vervoer



Model vervoer beschrijft gewenste situatie voor middellange termijn, niet alle beschreven vervoersoplossingen zijn op dit moment implementeerbaar

Het 'Model vervoer' beschrijft de gewenste situatie voor de middellange termijn. Het model gaat bijvoorbeeld uit van dat er (telefonische) triage plaatsvindt op basis van psychiatrische kenmerken van de persoon en dat er informatie voorhanden is over of de persoon bekend is bij de gespecialiseerde GGz. Dit is in de huidige situatie maar deels het geval. De GGz start in 2017 met het toetsen en het vervolgens implementeren van de GGz-triagewijzer. Het gebruik van de psychiatrische kenmerken voor de bepaling van de urgentie en de in te schakelen hulpverlening op de meldkamer politie en ambulance vormt onderdeel van het

project 'Model melding'. Dit project is eind 2016 gestart.⁸ Daarnaast doen we in het 'Model vervoer' aanbevelingen over verankering in de wet en de bekostiging van vervoer met psychiatrische hulpverlening. Deze verankering kost tijd.

Voor de korte termijn dienen partijen met elkaar in gesprek te gaan om het vervoer voor personen met verward gedrag te organiseren

Voor de korte termijn – vanaf 1 januari 2017 – constateren we dat het wettelijk kader niet helder is (zie hoofdstuk 8) en dat partijen met elkaar in gesprek dienen te gaan om het vervoer voor personen met verward gedrag te organiseren. De NZa heeft hier recent een handvat voor opgesteld: voor de AZN, ZN, het LNAZ, alle ROAZ-en, de RAV's en zorgverzekeraars.⁵ Het handvat beschrijft dat de RAV en representerende zorgverzekeraar(s) door de herverdeling van verantwoordelijkheden omtrent het vervoer van personen met verward gedrag aanvullende middelen kunnen aanvragen. Hiervoor is € 6 miljoen per jaar aan het premiekader ambulancezorg toegevoegd. Daarnaast is er in de komende 4 jaar in totaal € 8 miljoen beschikbaar gesteld voor 'experimenten' op het gebied van het vervoer van personen met verward gedrag door vervoersaanbieders niet zijnde een RAV.

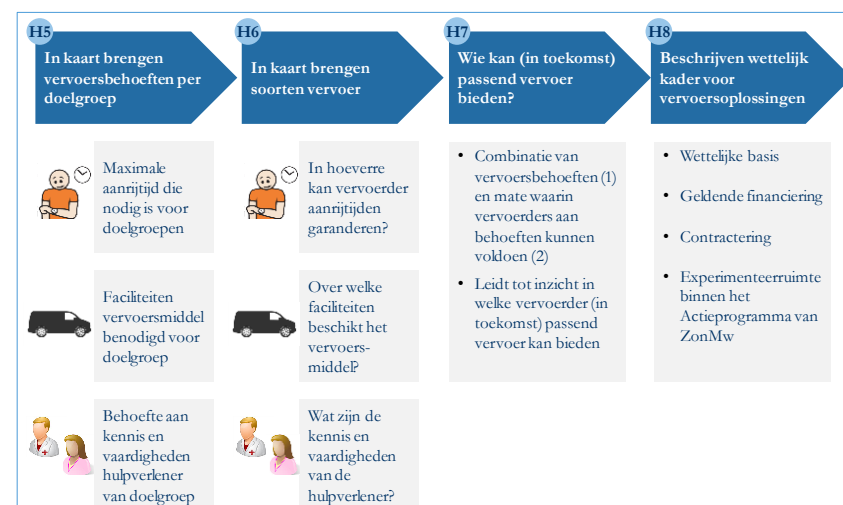
Leeswijzer

Dit landelijk model vervoer brengt passende vervoersoplossingen in kaart op basis van de vervoersbehoefte en zorg- en begeleidingsvraag van de persoon met verward gedrag. Hoofdstuk 4 beschrijft voor welke personen georganiseerd vervoer nodig kan zijn. In hoofdstuk 5 beschrijven we per doelgroep welke vervoersbehoefte er is en welke zorg- of begeleidingsvraag de persoon tijdens het vervoer heeft. Hoofdstuk 6 brengt in kaart in hoeverre vervoerders de vervoersbehoefte en zorgvraag op het vervoersmoment kunnen bieden. De passende vervoersoplossingen per doelgroep presenteren we vervolgens in hoofdstuk 7. In hoofdstuk 8 brengen we systematisch het wettelijk kader, de

⁸ Bij de aanscherping van het concept model eind 2017/begin 2018 kunnen de resultaten van de toets van de GGz-triagewijzer en het project 'Model melding' verwerkt worden in het model.

financiering en contractering voor de vervoersoplossingen in kaart. We geven daarbij ook aan wat er ten aanzien van deze thema's georganiseerd dient te worden om de vervoersoplossingen te kunnen invoeren. In hoofdstuk 9 en 10 komen de conclusies en aanbevelingen aan bod.

Onderwerpen hoofdstuk 5 tot en met 8



2 Uitgangspunten model vervoer

Verbeterde telefonische en fysieke triage van meldingen van personen met verward gedrag, kan vervoersbewegingen voorkomen

Vervoersbewegingen kunnen traumatisch zijn voor personen met verward gedrag. Zij zijn erbij gebaat om zo weinig mogelijk vervoerd te worden.³ Het is een taak van alle partijen om crisissituaties zoveel mogelijk te voorkomen door personen de juiste zorg en ondersteuning in de eigen omgeving te bieden ('een sluitende aanpak'), met onder andere aandacht voor preventie en vroegsignalering en voldoende mogelijkheden voor de inzet van intensieve zorg thuis. Een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag richt zich ook op het voorkomen van vervoersbewegingen door betere triage:

- *Telefonische triage*: verbeteren/verrijken van de informatie op basis waarvan hulpverleners bij meldpunten en centralisten in de meldkamer politie en ambulance de urgentie en de inzet van hulpverlening bepalen.

- *Fysieke triage ter plaatse*: snel inzetten van een hulpverlener met GGz-vaardigheden en een multidisciplinaire blik bij een telefonische melding waarbij een vermoeden van een psychiatrische stoornis bestaat. Vervoer naar een beoordelingslocatie kan hierdoor mogelijk voorkomen worden, doordat een psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling niet nodig blijkt op basis van de fysieke triage en door de de-escalerende werking van de fysieke triage.^h Om te zorgen dat de persoon wel de juiste hulp ontvangt, kan de hulpverlener de huisarts, wijkverpleegkundige of de eigen behandelaar inschakelen. Het verbeteren van telefonische en fysieke triage komt verder aan bod in het project 'Melding van personen met verward gedrag'.ⁱ

Vóór de beoordeling vindt alleen vervoer naar de beoordelingslocatie plaats als uit de triage blijkt dat dit vervoer noodzakelijk is

De beoordeling van een persoon met verward gedrag vindt bij voorkeur plaats in de thuissituatie om een goed beeld te krijgen van de aard van de verwardheid.^j ^k In sommige gevallen blijkt vervoer naar een locatie voor beoordeling toch noodzakelijk⁶:

- Uit de triage op basis van de kenmerken van de persoon en zijn omgeving blijkt een urgentiegraad^l van U2 Spoed (start beoordeling binnen 1 uur nodig) en de hulpverlening kan vanwege logistieke redenen niet binnen de maximale wachttijd van 1 uur bij de persoon thuis arriveren.

^h Bijvoorbeeld zoals in de pilot die uitgevoerd is in Eindhoven, waarbij vervoersbewegingen voorkomen werden door inzet van een rapid responder van de GGz-instelling bij meldingen van personen met verward gedrag.

ⁱ SiRM is eind oktober 2016 gestart met het project 'Melding'. In dit project brengt SiRM met betrokken branche- en beroepsorganisaties en hulpverleners in kaart hoe de behandeling van meldingen van personen met verward gedrag verbeterd kan worden zodat deze personen sneller de juiste hulpverlening krijgen.

^j In geval van vermoeden van psychiatrische problematiek vindt de beoordeling plaats door een SPV/verpleegkundig specialist en een A(N)IOS (of psychiater). Zie de Generieke module Acute Psychiatrie.

^k Bij het aantreffen van een persoon met verward gedrag in een openbare ruimte is soms vervoer naar de thuissituatie gewenst, zodat de beoordeling in de thuissituatie van de persoon plaats kan vinden.

^l Zie Bijlage 6. *GGz-triagemijzer*. Ambulancezorg gebruikt bij de triage een iets andere urgentie indeling. U0 en U1 komen overeen met A1 binnen de ambulancezorg. Voor personen met een U2 is de maximale aanrijtijd gemiddeld 30 minuten, overeenkomstig met A2 binnen de ambulancezorg.

- Uit de triage blijkt een hoge urgentie, waardoor de hulpverlening in overleg met de persoon en zijn naasten besluit dat het niet veilig is om de persoon thuis te laten wachten (bedreiging vitale functies, gevaar voor suicide/zelfbeschadiging en/of sterke mate van onrust of agressie).
- Wanneer thuis wachten op het arriveren van de hulpverlening leidt tot sterke onrust bij de persoon met verward gedrag en/of zijn naasten.
- Wanneer de persoon gedurende zijn verwarde situatie strafbare feiten gepleegd heeft.^m

Ook na de beoordeling en voor personen in behandeling vindt alleen georganiseerd vervoer plaats als dit noodzakelijk is

Ook na de beoordeling of als de persoon in behandeling is, kunnen vervoersbewegingen optreden. Het zijn triagisten en andere hulpverleners die in overleg met de persoon en zijn naasten bepalen of vervoer nodig is. Zij doen dit op basis van de kenmerken van de persoon en zijn omgeving. Personen met een sterk steunsysteem/naasten kunnen ook gebruik maken van eigen vervoer als naasten en hulpverleners inschatten dat dit veilig kan. Als eigen vervoer niet mogelijk of veilig is, organiseert de hulpverlener passend vervoer. Bij het besluit voor het in te zetten vervoersmiddel honoreert de hulpverlener zo veel mogelijk de wensen van de persoon met verward gedrag en zijn naasten. De wensen met betrekking tot het vervoer zijn soms vastgelegd in een [crisiskaart](#).

Dienst- of hulpverlener die vervoerder heeft ingeschakeld is tijdens wachttijd op vervoerder verantwoordelijk voor toezicht op de veiligheid

Als het nodig blijkt de persoon te vervoeren en eigen vervoer niet mogelijk is, organiseert de dienst- of hulpverlener die de persoon aan de telefoon heeft of fysiek bij de persoon aanwezig is passend vervoer. Als de dienst- of hulpverlener

^m In dit geval vindt in de regel vervoer door politie naar het politiebureau plaats.

fysiek aanwezig is bij de persoon blijft hij in principe bij de persoon en zijn naasten tot de vervoerder gearriveerd is en overdracht plaatsgevonden heeft (conform SBAR-methode).ⁿ Indien uit goed overleg met de persoon en zijn naasten volgt dat het veilig is om de persoon zonder aanwezigheid van de dienst- of hulpverlener thuis te laten wachten op de vervoerder, zorgt de dienst- of hulpverlener voor goede telefonische en schriftelijke overdracht aan de vervoerder (conform SBAR-methode) en stelt hij het telefoonnummer van de dienst- of hulpverlening beschikbaar aan de persoon en zijn naasten.

Er zijn afspraken in de keten over waar de vervoerder de persoon naartoe kan brengen

Als georganiseerd vervoer nodig is, is het van belang dat het voor de vervoerder helder is waar hij de persoon naartoe kan vervoeren. De vervoerder informeert de persoon en zijn naasten over de bestemming van het vervoer. De persoon dient vervolgens welkom te zijn op de locatie waar hij naartoe is gebracht. De vervoerder draagt de persoon over aan de hulpverlener op de bestemming. De bestemming is afhankelijk van de beoordeling die de persoon nodig heeft. Gaat het om een somatische beoordeling dan vindt er vervoer plaats naar de spoedeisende hulp (SEH). Is de somatiek al uitgesloten en heeft de persoon juist behoefte aan een psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling, dan vindt vervoer naar een beoordelingslocatie plaats. Welke locaties fungeren als beoordelingslocatie voor de psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling kan regionaal verschillen. Soms betreft het GGz-instellingen, in andere regio's vinden de beoordelingen op de SEH plaats. Betrokken ketenpartijen maken op dit moment samenwerkingsafspraken over deze beoordelingslocaties in het kader van de ontwikkeling van de sluitende aanpak en de generieke module Acute Psychiatrie.

ⁿ Als er sprake is van een acute onveilige situatie die door hulpverleners niet te hanteren is of sprake lijkt te zijn van het plegen van een strafbaar feit, schakelt de hulpverlener politie in.

Vervoer door de politie is niet passend voor personen met verward gedrag, afbouw vindt in 2017 plaats parallel met de komst van alternatieven

Partijen zijn het erover eens dat het uit oogpunt van humaniteit onwenselijk is als politie personen met verward gedrag (geboeid) vervoert of opsluit in de politiecel als de persoon geen strafbaar feit gepleegd heeft. Dit is stigmatiserend en het draagt niet bij aan het herstel van de persoon. Ook ontbreekt het vaak aan een juridische basis. Daarnaast is een gemeenschappelijk uitgangspunt dat personen niet tussen wal en schip mogen vallen, zolang alternatieven niet geregeld zijn. Om deze redenen is afgesproken dat in 2017 alternatieve vormen van vervoer en opvang worden opgebebouwd, zodat vervoer door politie en opvang in de politiecel vanaf 2017 kunnen afbouwen.^o Dit gebeurt in samenspraak met het lokaal gezag en in afstemming met partners (maatwerk per regio). De gemeente heeft de regie en de politie zit daarbij aan tafel. In (delen van) sommige politie-eenheden zijn alternatieven al gereed, andere eenheden werken nog aan planvorming of implementatie. Dit betekent dat het moment van feitelijke beëindiging van vervoer en opvang door politie per regio zal verschillen.

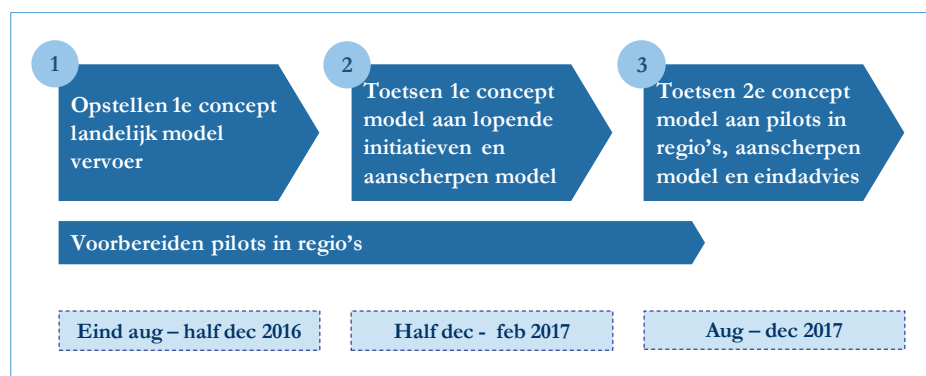
^o Voor verschillende vervoersbewegingen is politie al sinds de totstandkoming van het Convenant Politie - GGZ (2012) niet meer verantwoordelijk: het vervoer vanaf de beoordelingslocatie naar de instelling, het vervoer van personen met een RM terug naar de instelling en het vervoer tussen instellingen.

3 Aanpak model vervoer

SiRM voert het project uit in drie fases

We stellen het model vervoer op in drie fases. De eerste fase duurde tot half december 2016 en heeft geleid tot een eerste concept model vervoer. De informatie voor dit model hebben we verzameld in focusgroepen, interviews en door middel van desk research. In de tweede fase, die duurde tot en met februari 2017, inventariseerden we de knelpunten en succesfactoren bij lopende vervoers-initiatieven, zoals de psycholance in Amsterdam en het vervoersinitiatief van GGZ-NHN. Op basis van de inventarisatie hebben we het model vervoer aangescherpt tot een tweede concept. Dit concept kunnen partijen in de regio's gebruiken als handvat bij het maken van afspraken over vervoer van personen met verward gedrag. Eind 2017/begin 2018 volgt er een definitief model, door het aanscherpen van het model aan de hand van de eerste evaluatieresultaten die beschikbaar komen vanuit vervoerspilots in de regio's.

Drie fases en planning van project



SiRM toetst het landelijk model vervoer aan de praktijk: de lopende initiatieven en de ZonMw pilots

Vanaf december 2016 heeft VWS via het actieprogramma 'Lokale initiatieven mensen met verward gedrag' bij ZonMw subsidiegelden beschikbaar gesteld voor lokale, experimentele pilots voor gepast vervoer van personen met acuut verward gedrag. ZonMw geeft partijen de opdracht om bij de uitvoer van een pilot gegevens voor monitoring te verzamelen. SiRM gebruikt deze monitoring gegevens om het model eind 2017/begin 2018 te toetsen en aan te scherpen. Begin 2017 heeft al een eerste aanscherping plaatsgevonden van het model op basis van de ervaren successen en knelpunten bij reeds lopende vervoers-initiatieven.

Branche- en beroepsorganisaties begeleiden SiRM tijdens project door deelname in begeleidingscommissie

De betrokken branche- en beroepsorganisaties begeleiden SiRM tijdens het project door deel te nemen in de begeleidingscommissie. De begeleidingscommissie brengt haar kennis en expertise in en betreft haar achterban en bestuur tijdens het proces. We vergaderen in totaal zes keer met de begeleidingscommissie. In Bijlage 2. *Deelnemers aan begeleidingscommissie* vindt u een overzicht van de deelnemers aan de begeleidingscommissie.

Interviews met bestuurders geven inzage in belangen en ambities van betrokken partijen

Aan het begin van het project hebben we de bestuurders van de betrokken branche- en beroepsorganisaties geïnterviewd om de belangen en ambities van partijen te achterhalen en de verwachtingen af te stemmen (zie Bijlage 4. *Geïnterviewde bestuurders*). Dit stelt SiRM in staat om in het model vervoer creatieve oplossingen aan te dragen die aansluiten bij de vervoersbehoefte en gebaseerd zijn op de gedeelde belangen van de betrokken partijen.

Op basis van resultaten uit focusgroepen zijn de vervoersbehoefte, hulpvraag en soorten vervoer in kaart gebracht

In de eerste fase van het project hebben we focusgroepen met patiënten en naasten, hulp- en zorgverleners, personen namens de GGD en gemeente en politie georganiseerd. In deze focusgroepen hebben we inbreng over de vervoersbehoefte verzameld: wat is de gewenste maximale aanrijtijd per vervoersmoment en wat is de behoefte aan zorg en begeleiding tijdens het vervoer. Daarnaast hebben we tijdens de focusgroepen besproken in welke mate de verschillende soorten vervoerders kunnen voldoen aan de vervoersbehoefte. De inbreng vanuit de focusgroepen vormt een belangrijke basis voor hoofdstuk 5 tot en met 7 van het model vervoer. Voor een overzicht van de deelnemers aan de focusgroepen, zie Bijlage 3 *Deelnemers aan focusgroepen 29 september en 14 oktober*. De deelnemers aan de begeleidingscommissie hebben de inbreng van de focusgroep deelnemers in hun achterban getoetst. Aan de focusgroepen namen ervaringsdeskundigen vanuit de psychiatrie deel. Met Alzheimer Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland hebben wij telefonisch de vervoersbehoefte van personen met een verstandelijke handicap en personen met een psychogeriatrische aandoening systematisch doorgesproken.

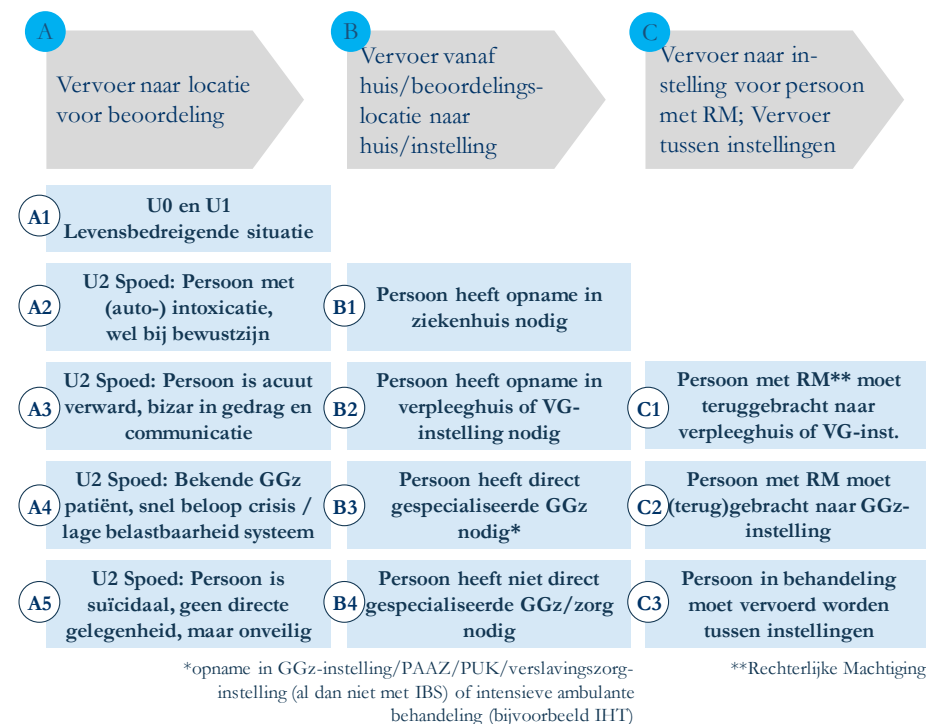
SiRM heeft juridische expertise ingeschakeld om de passende vervoersoplossingen in het wettelijk kader te plaatsen

In hoofdstuk 8 hebben we beschreven onder welke voorwaarden de vervoerders die de passende vervoersoplossingen kunnen leveren, het vervoer mogen bieden volgens de wet. Hierbij geven we aan of en zo ja welke onderdelen van de wet aangepast kunnen/moeten worden. Bij het schrijven van dit hoofdstuk hebben we juridische expertise ingeschakeld: advocaat Arthur de Groot van Coupriy.

4 Personen voor wie vervoer nodig is

Personen met verward gedrag zijn gebaat bij zo weinig mogelijk vervoer (zie hoofdstuk 2). In sommige gevallen is toch vervoer nodig. Als het niet mogelijk is om gebruik te maken van eigen vervoer, organiseert de hulpverlener vervoer. We onderscheiden in het model vervoer 3 vervoersmomenten met per moment 3 tot 5 groepen personen voor wie georganiseerd vervoer nodig kan zijn (zie figuur). De vervoersbehoeften verschillen tussen de groepen.^p We beschrijven de vervoersmomenten en de groepen personen in de volgende paragrafen.

Vervoersmomenten en groepen personen die centraal staan in model vervoer



^p In de begeleidingscommissie is besloten om voorlopig de voorgestelde groepsindeling aan te houden. We toetsen de vervoersbehoeften per groep eind 2017/begin 2018 aan de hand van de monitoringresultaten van de ZonMw pilots in de regio's. Als blijkt dat de groepsindeling niet optimaal is, passen we de groepsindeling aan.



4.1 Vervoer vóór beoordeling

Georganiseerd vervoer vóór de beoordeling vindt alleen plaats als de triage van de meldkamer of crisisdienst uitwijst dat het gaat om U0, U1 of U2

Georganiseerd vervoer vóór de somatische of psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling vindt alleen plaats als de persoon snel naar de SEH vervoerd moet worden of als de beoordeling snel dient te starten. Het gaat om de urgentiegraden U0 'Bedreiging vitale functies', U1 'Levensbedreigende situatie' en U2 'Spoed'. Het zijn de meldkamers politie en ambulance en de GGz-crisisdienst die dit op basis van triage bepalen. Voor urgentiegraden U0 en U1 (ambulance: A1) dient een ambulance binnen 15 minuten ter plekke te zijn om de persoon naar de SEH te vervoeren. U2 'Spoed' vraagt om een start van de somatische/psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling binnen één uur (ambulance: A2, zie voetnoot 1). Als er sprake is van een verdenking van het plegen van een strafbaar feit, vindt het vervoer door de politie naar een politiebureau plaats.

We gaan er vanuit dat vóór de beoordeling voor lagere urgenties, waaronder psychosociale problematiek, geen georganiseerd vervoer nodig is

In situaties waarin de start van de beoordeling iets langer op zich kan laten wachten (urgentiegraden U3 en U4, waaronder psychosociale problematiek) gaan we ervan uit dat geen georganiseerd vervoer naar een beoordelingslocatie gewenst is (zie ook hoofdstuk 2). Voor deze personen kan ondersteuning door maatschappelijk werk in de eigen omgeving van de persoon ingeschakeld worden. We toetsen deze aanname bij de aanscherping van het concept model eind 2017/begin 2018 aan de hand van de monitoringresultaten van de ZonMw pilots in de regio's.⁹ Indien blijkt dat voor personen met een lagere urgentiegraad toch georganiseerd vervoer nodig is, dan voegen we deze doelgroepen toe aan het model vervoer.

⁹ Ook de monitoring van het vervoer van personen met verward gedrag door de RAV's geeft meer inzage in het soort personen waarvoor georganiseerd vervoer nodig is en de aantallen per subgroep.

We onderscheiden in het model vier groepen met U2 Spoed voor de beoordeling[†]

Voor personen voor wie binnen één uur de somatische of psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling dient te starten kan georganiseerd vervoer naar een beoordelingslocatie nodig zijn. De meldkamer bepaalt de urgentie in overleg met de verwijzer (bijv. huisarts of voorwacht van de GGz-crisisdienst).

We onderscheiden vier groepen personen:

- A2** *Personen met (auto-)intoxicatie die wel bij bewustzijn zijn:* Deze personen zijn onder invloed van alcohol, drugs of medicijnen en de somatische beoordeling dient binnen één uur te starten. Na de somatische beoordeling kan een psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling volgen.
- A3** *Personen die acuut verward zijn en bizar in gedrag in communicatie.* Bij deze personen is vaak nog niet duidelijk welke onderliggende oorzaak leidt tot het verwarde gedrag. De personen vormen vaak een gevaar voor zichzelf en/of de omgeving. Bij patiënten die niet bekend zijn in de gespecialiseerde GGz dient somatiek eerst uitgesloten te worden, voordat een psychiatrische/psychosociale beoordeling plaats kan vinden.
- A4** *Bekende GGz-patiënten met een snel beloop van de crisis en een lage belastbaarheid van het systeem (niet onder invloed).* Het gaat om personen van wie bekend is dat zij snel decompenseren of waarvan de hulpverlening weet dat hun omgeving niet in staat is om met de crisis om te gaan.

[†] De omschrijving van de kenmerken van personen met een U2 spoed (zie Bijlage 6. *GGz-triagewijzer*) zal naar verwachting eind 2017 worden aangescherpt op basis van de praktijktest van de GGz-triagewijzer.



- A5** *Suïcidale personen die geen directe gelegenheid hebben, maar zich bevinden in een onveilige omgeving (niet onder invloed).* Het gaat om personen die niet direct suïcide kunnen plegen, maar die mogelijkheid wel snel op kunnen zoeken. Ze bevinden zich in een onveilige omgeving, doordat zij bijvoorbeeld alleen of in het gezelschap van kinderen zijn. De spoedurgentie kan ook bepaald zijn, doordat de omgeving van de persoon extreem ongerust is.

4.2 Vervoer na beoordeling

We onderscheiden in model drie groepen ná beoordeling voor personen die direct gespecialiseerde GGz of zorg nodig hebben

Georganiseerd vervoer na de beoordeling kan plaatsvinden als de hulpverlener in overleg met de persoon en zijn naasten bepaalt dat vervoer naar een instelling voor opname nodig is. Het kan ook vervoer naar huis/een time-outvoorziening/een maatschappelijke opvang/een uitslaapbed betreffen voor personen die direct gespecialiseerde intensieve ambulante behandeling nodig hebben, zoals Intensive Home Treatment (IHT). Personen met een sterk steunsysteem/naasten kunnen ook gebruik maken van eigen vervoer als de hulpverlener, de persoon en zijn naasten inschatten dat dit veilig kan. We onderscheiden drie groepen personen:

- B1** *Personen die een opname in het ziekenhuis nodig hebben i.v.m. een somatische oorzaak:* Voor deze personen volgt uit de beoordeling dat het verwarde gedrag een somatische oorzaak heeft en georganiseerd vervoer naar een ziekenhuis nodig is.
- B2** *Personen die een opname in een verpleeghuis of VG-instelling nodig hebben:* Voor deze personen volgt uit de beoordeling dat georganiseerd vervoer naar een verpleeghuis of verstandelijk gehandicapten (VG)-instelling voor opname nodig is.

- B3** *Personen die direct gespecialiseerde GGz nodig hebben:* Voor deze personen volgt uit de beoordeling dat de persoon een opname (al dan niet met een inbewaringstelling (IBS)) in een GGz-instelling/Psychiatrische Afdeling van een Academisch Ziekenhuis (PAAZ)/Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK)/verslavingszorginstelling of een direct startende intensieve ambulante behandeling (bijvoorbeeld IHT) nodig heeft en dat vervoer naar de instelling of de eigen woonomgeving nodig is.

- B4** **Daarnaast beschrijven we passend vervoer voor de groep voor wie vervoer van de beoordelingslocatie naar huis/time-outvoorziening/maatschappelijke opvang/uitslaapbed nodig is**

Voor personen die beoordeeld zijn op een beoordelingslocatie kan georganiseerd vervoer terug naar huis, een time-outvoorziening, de maatschappelijke opvang of een uitslaapbednodig zijn op basis van kenmerken van de persoon. Het gaat om *personen die niet direct gespecialiseerde GGz of zorg nodig hebben*. De noodzaak voor georganiseerd vervoer hangt af van de kenmerken van de persoon en het al dan niet hebben van een steunsysteem/naasten. Dit eventuele vervoer zal zich vooral voordoen in de avond-, nacht en weekenduren (ANW-uren). Hulpverleners in de focusgroepen noemden als voordelen van ondersteunen bij het vervoer van de beoordelingslocatie naar huis dat dit leidt tot meer inzicht in de aard van de verwardheid en tot een betere overdracht aan het eigen steunsysteem/de naasten van de persoon.



4.3 Vervoer van persoon in behandeling

We onderscheiden in model twee groepen personen die zich niet aan de voorwaarden van een RM gehouden hebben

Personen met een RM die zich niet aan de voorwaarden van de machtiging gehouden hebben en bijvoorbeeld ongeoorloofd afwezig zijn bij de instelling hebben vaak georganiseerd vervoer (terug) naar de instelling nodig. We onderscheiden hierbij twee groepen personen:

- C1** *Persoon met RM moet teruggebracht naar verpleeghuis of VG-instelling:* Het gaat om personen met een psychogeriatrische aandoening of personen met een verstandelijke beperking die ongeoorloofd afwezig zijn bij het verpleeghuis of de VG-instelling.
- C2** *Persoon met RM moet (terug)gebracht naar GGz-instelling:* Het gaat om personen met een RM (psychiatrie) die zich niet aan de voorwaarden van de RM gehouden hebben en vervoer (terug) naar de GGz-instelling nodig hebben.^s

C3 We beschrijven daarnaast passend vervoer voor de groep voor wie tijdens de behandeling gepland vervoer nodig is

Een persoon kan vervoer nodig hebben tussen instellingen voor bijvoorbeeld overplaatsing naar een andere instelling of voor een poliklinische behandeling. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om vervoer van een GGz-instelling of verpleeghuis naar een ziekenhuis of vervoer tussen GGz-instellingen. Het vervoer betreft gepland vervoer. Het kan hierbij ook gaan om personen met een RM die vervoer tussen instellingen nodig hebben.

^s Binnen doelgroep C2 vallen ook de personen die opgenomen zijn met een IBS en weggelopen zijn bij de instelling.

5 Vervoersbehoefte en hulpvraag

We beschrijven hieronder eerst de hoofdconclusies van dit hoofdstuk. In paragraaf 5.1 lichten we toe op welke manier de vervoersbehoefte en hulpvraag in kaart is gebracht. In de volgende paragrafen onderbouwen we de hoofdconclusies.



Personen met verward gedrag en hun naasten vragen om passend vervoer dat zoveel mogelijk voldoet aan uitgangspunten humaan vervoer

Personen met verward gedrag en hun naasten geven aan dat passend vervoer gebaseerd is op drie uitgangspunten voor humaan vervoer:

- *De bejegening voldoet aan de herstelondersteunende principes:* de vervoerder maakt contact met de persoon, toont begrip, creëert rust, veiligheid en vertrouwen, en betreft het oordeel van de persoon met verward gedrag en zijn naaste(n) zoveel mogelijk. Dit draagt bij aan het terugdringen van sederen en vastmaken in verband met verzet (drang en dwang toepassen).
- *Een naaste kan meerijden:* Als een naaste mee wil rijden, dan bieden vervoerders deze mogelijkheid als het veilig kan.
- *Het vervoer is zoveel mogelijk zittend en prikkelarm:* Personen die geen liggend vervoer nodig hebben vanwege een (mogelijk) somatische grondslag of liggend vervoer wensen, ontvangen zittend vervoer. Het uiterlijk van het vervoermiddel is niet stigmatiserend (o.a. geen herkenbaar GGz-logo aanwezig)[†], er is in het vervoermiddel zo min mogelijk zware apparatuur op ooghoogte en de vervoerders maken alleen indien dit noodzakelijk is gebruik van portofoons tijdens het vervoer.

[†] De ervaringsdeskundigen die betrokken waren tijdens het project gaven aan het uiterlijk van een ambulance of politie stigmatiserend en vaak ook intimiderend te vinden. Er zijn echter ook ervaringsdeskundigen die aangeven



Maximale aanrijtijd is vooral kort voor personen met verward gedrag vóór de beoordeling, omdat het urgentiegraad U2 'Spoed' betreft

De vervoersbehoefte en hulpvraag bestaat, naast de uitgangspunten van humaan vervoer, de faciliteiten van het voertuig en de vaardigheden van de hulpverlener, uit de maximaal acceptabele aanrijtijd. Deze maximale aanrijtijd is kort voor de groepen waarvoor vervoer nodig is vóór de beoordeling (zie figuur volgende bladzijde). Het betreft immers personen met een U0, U1 of U2 urgentie, waarvoor de somatische of psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling minimaal binnen een uur moet starten.

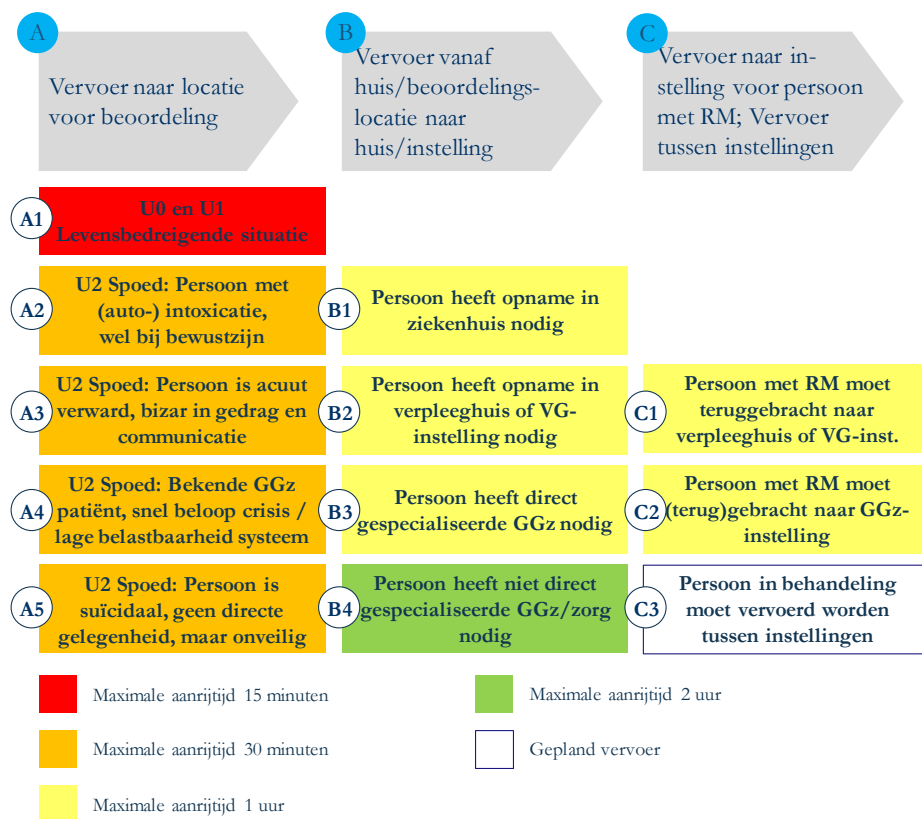


Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden tijdens het vervoer zijn alleen nodig wanneer somatiek nog niet uitgesloten is of sprake is van somatiek

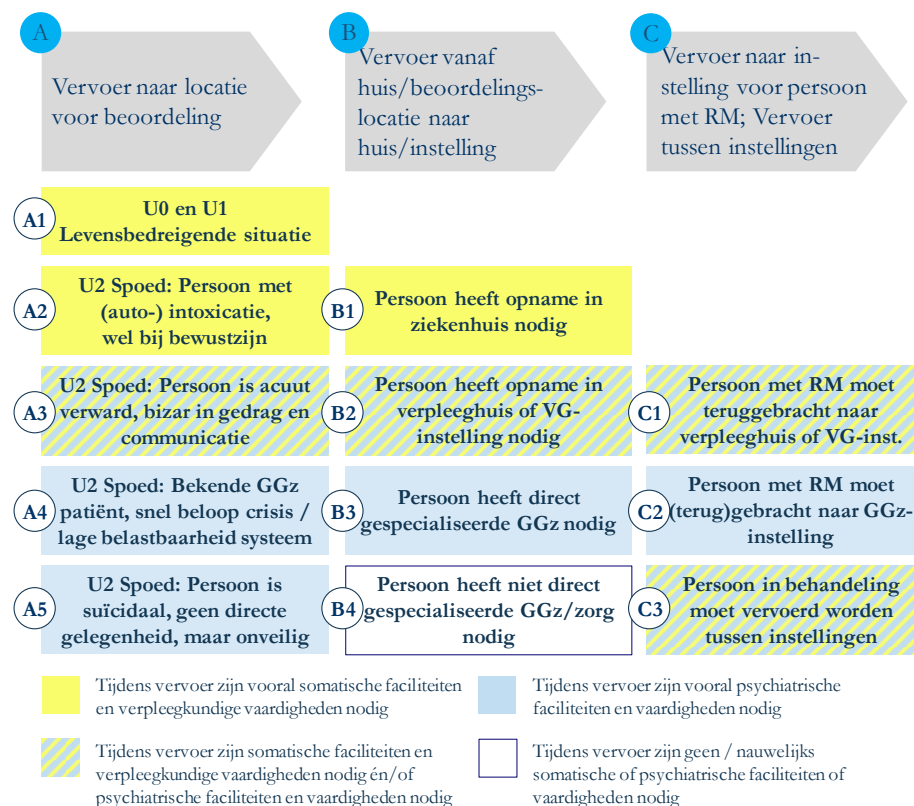
Als er georganiseerd vervoer nodig is voor personen met verward gedrag, is het van belang dat het vervoer voldoet aan de vervoersbehoefte van de persoon en de hulpvraag op het moment van vervoer. De aanwezigheid van somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden is alleen nodig als het gaat om bedreigde vitale functies of een levensbedreigende situatie, in gevallen waar nog niet is uitgesloten of de oorzaak van het verwarde gedrag een somatische is of als na de beoordeling blijkt dat somatische zorg tijdens het vervoer nodig is (zie figuur volgende bladzijde). Tijdens andere vervoersbewegingen is vooral psychiatrische hulpverlening van belang voor de persoon.

een ander vervoersmiddel dan de ambulance juist stigmatiserend te vinden en die hechten aan de herkenbaarheid van het vervoersmiddel en het hulpverlenersuniform.

Maximale aanrijtijd per groep



Vervoersbehoefte en hulpvraag per groep^a



^a Naast de somatische en psychiatrische faciliteiten en vaardigheden is het voor iedere groep van belang dat het vervoer voldoet aan de uitgangspunten humaan vervoer (bejegening voldoet aan herstelondersteunende principes, een naaste kan meerijsen, en het vervoer is zoveel mogelijk zittend en prikkelarm).

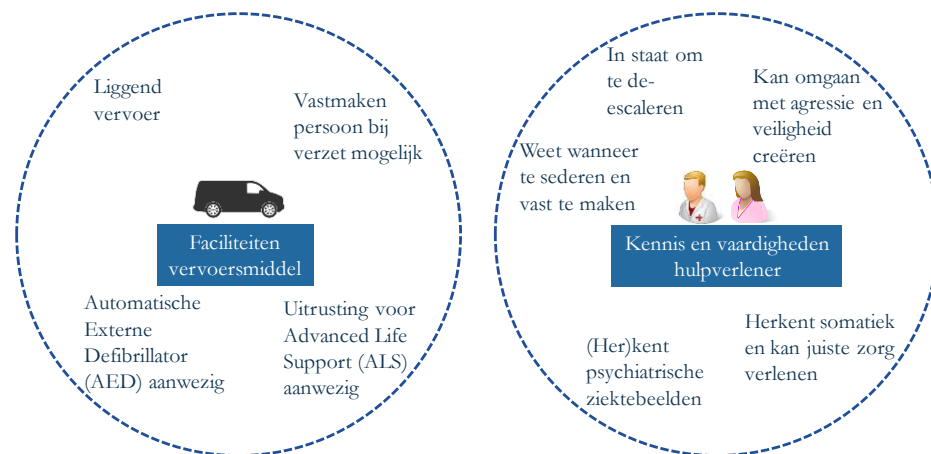
5.1 Aanpak



Vervoersbehoefte en hulpvraag op het moment van vervoer zijn bepaald aan hand van 9 elementen

We hebben per groep in kaart gebracht welke faciliteiten in het vervoermiddel en kennis en vaardigheden bij de hulpverlener nodig zijn. We onderscheiden vier verschillende faciliteiten – grotendeels geïnspireerd op faciliteiten die een ambulance biedt – en vijf soorten kennis en/of vaardigheden (zie figuur).^v

Faciliteiten vervoersmiddel en kennis en vaardigheden hulpverlener



^v Voor de vaardigheid 'Weet wanneer te sederen en vast te maken' is het van belang dat de hulpverlener een goede risicotaxatie kan maken (bijvoorbeeld o.b.v. de Broset Violence Checklist) en de richtlijn 'Vrijheidsbeperkende interventies' kent en toe kan passen.



Maximale aanrijtijd van de vervoerder is gebaseerd op kenmerken van de persoon en zijn omgeving

De maximale aanrijtijd op de vervoerder verschilt per groep. Over het algemeen geldt dat de urgentie voor het vervoer hoger is, naarmate het risico op gezondheidsverlies toeneemt. Bij een hogere urgentie en een hoger risico op gezondheidsverlies is de maximale aanrijtijd voor de persoon lager. Hulpverleners hoeven over het algemeen alleen bij personen met een hoge urgentiegraad te wachten. De reden van het wachten bij de persoon is immers het hoge risico op gezondheidsverlies dat – samen met de kenmerken van de omgeving – eveneens bepaalt dat de aanrijtijd op de vervoerder korter moet zijn.

Dit hoofdstuk beschrijft conclusies, nadere onderbouwing in bijlage 7

In dit hoofdstuk beschrijven we per vervoersmoment de vervoersbewegingen die voorkomen en de belangrijkste conclusies ten aanzien van de maximale aanrijtijd, de benodigde faciliteiten in het vervoermiddel en de benodigde kennis en vaardigheden van de hulpverlener op het vervoermiddel. In Bijlage 7. *Vervoersbehoefte en hulpvraag per doelgroep* vindt u de onderbouwing van de conclusies in dit hoofdstuk: gedetailleerde overzichten met de vervoersbehoefte en hulpvraag per groep.

5.2 Vervoer vóór beoordeling



Vóór de beoordeling vindt vooral vervoer van de openbare ruimte/thuis naar de beoordelingslocatie plaats

Zowel binnen als buiten kantooruren vindt vaak vervoer van de openbare ruimte naar de beoordelingslocatie plaats (na fysieke triage en eventuele stabilisatie ter plaatse). Vervoer van thuis naar de beoordelingslocatie vindt buiten kantooruren vaker plaats dan binnen kantooruren. Een van de oorzaken hiervan is dat de reguliere zorg buiten kantooruren vaak niet beschikbaar is. Een andere oorzaak is dat de vraag naar een beoordeling zich vaker voor lijkt te doen in de avond. Naast het vervoer naar de beoordelingslocatie vindt zowel binnen als buiten kantooruren regelmatig vervoer van de openbare ruimte/thuis naar het ziekenhuis plaats. Tot slot vindt soms vervoer van de openbare ruimte naar de thuissituatie van de persoon plaats. Deelnemers aan de focusgroepen gaven aan dat zij deze vervoersbeweging erg gewenst vinden.



Passend vervoer vóór de beoordeling is zoveel mogelijk gebaseerd op de uitgangspunten voor humaan vervoer

Voor alle groepen voor wie georganiseerd vervoer nodig kan zijn vóór de beoordeling geldt dat het vervoer zoveel mogelijk voldoet aan de uitgangspunten voor humaan vervoer. De bejegening van vervoerders is gericht op de herstelondersteunende principes en de vervoerder biedt de mogelijkheid om een naaste mee te laten rijden. Ook betreft het zoveel mogelijk zittend en prikkelarm vervoer. Dit laatste is lastiger te realiseren bij personen met een (auto-)intoxicatie en personen voor wie de oorzaak van het verward gedrag nog onbekend is en somatisch zou kunnen zijn: voor deze personen kunnen liggend vervoer en somatische faciliteiten nodig zijn.

Vervoer personen vóór beoordeling: uitgangspunten humaan vervoer

Uitgangspunten humaan vervoer	Deel groep met behoefte			
	Persoon met (auto-)intoxicatie	Persoon is acuut verward	Bekende GGz patiënt	Suïcidale persoon
Bejegening voldoet aan herstelondersteunende principes	●	●	●	●
Naaste kan meerijden	●	●	●	●
Zittend vervoer en prikkelarm	◐	◐	●	●



Persoon voor wie vervoer nodig is vóór beoordeling kan maximaal 30 minuten wachten op de vervoerder

Vervoer naar een beoordelingslocatie is in het algemeen alléén nodig voor personen met een U0, U1 of U2 'Spoed' urgentiegraad (zie hoofdstuk 2 en 4). Aangezien bij U0 en U1 sprake is van een levensbedreigende situatie geldt voor personen met een U0 of U1 een wettelijke maximale aanrijtijd van 15 minuten. Voor personen met een U2 geldt dat sprake is van een spoedsituatie en dat de beoordeling binnen 1 uur moet starten. Om deze reden is de maximale wachttijd op het vervoer voor deze personen in principe 30 minuten. Specifieke kenmerken van de persoon of zijn omgeving kunnen soms een iets langere wachttijd acceptabel maken.

A2

U2 Spoed: Persoon met (auto-) intoxicatie, wel bij bewustzijn

Voor personen met een (auto-)intoxicatie zijn tijdens het vervoer vooral somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden nodig

Als uit de (telefonische en fysieke) triage blijkt dat de persoon een (auto-)intoxicate heeft en de somatische toestand eerst aandacht vergt, vindt vervoer naar de SEH plaats. Tijdens het vervoer zijn vaak somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden nodig. Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden zijn deels nodig (zie tabel).

Persoon met (auto-)intoxicatie: benodigde faciliteiten en vaardigheden

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Deel groep met behoefte	Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Deel groep met behoefte
Liggend vervoer	●	Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	●
Automatische Externe Defibrillator (AED) aanwezig	●	Hv is in staat om te de-escaleren	●
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS) aanwezig	●	Hv kan omgaan met agressie en veiligheid creëren	●
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg verlenen	●	Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	●
		Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	●

A3

U2 Spoed: Persoon is acuut verward, bizar in gedrag en communicatie

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden zijn nodig tijdens vervoer wanneer somatische grondslag bij acuut verwarde persoon niet uit te sluiten is

Als de persoon die acuut verward gedrag vertoont niet eerder in crisis is geweest en als een somatische grondslag niet (telefonisch en fysiek ter plaatse) uit te sluiten is, vindt vervoer naar de SEH plaats. De persoon heeft in dit geval allereerst behoefte aan somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden. Als een somatische grondslag wel (telefonisch en fysiek ter plaatse) uit te sluiten is, zijn deze somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden vaak niet nodig. Zowel voor personen voor wie de somatische grondslag uitgesloten is als voor personen voor wie de somatische grondslag nog niet uitgesloten is, zijn psychiatrische kennis en vaardigheden gewenst (zie tabel).

Personen is acuut verward: benodigde faciliteiten en vaardigheden

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Deel groep met behoefte		Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Deel groep met behoefte	
	Som. niet uitgesloten	Somatiek uitgesloten		Som. niet uitgesloten	Somatiek uitgesloten
Liggend vervoer	●	○	Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	●	●
Automatische Externe Defibrillator (AED)	●	●	Hv is in staat om te de-escaleren	●	●
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS)	●	○	Hv kan omgaan met agressie en veiligheid	●	●
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg	●	●	Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	●	●
			Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	●	●

A4 A5

U2 Spoed: Bekende GGz patiënt, snel beloop crisis/lage belastbaarheid systeem & Persoon is suïcidaal, geen directe gelegenheid, maar onveilig

Voor bekende GGz-patiënten en suïcidale personen (niet onder invloed) zijn tijdens het vervoer vooral psychiatrische vaardigheden van belang

Als bekende GGz-patiënten die vaker in crisis zijn geraakt acut verward gedrag vertonen, is het aannemelijk dat de oorzaak van het gedrag psychiatrisch is. De voornaamste behoeften van deze persoon tijdens het vervoer zijn daarom kennis en vaardigheden op psychiatrisch gebied (onder andere in staat zijn om te de-escaleren en (her)kennen van psychiatrische ziektebeelden, zie tabel). Sederen en vastmaken bij verzet (het toepassen van dwang) zijn niet gewenst. In sommige gevallen kan het echter toch nodig zijn. De hulpverlener moet daarom een goede risicotaxatie kunnen maken en in voorkomende gevallen weten wanneer en hoe te sederen en vast te maken. Voor wat betreft de faciliteiten van het vervoermiddel geldt dat het soms mogelijk moet zijn om de persoon vast te maken in verband met verzet. Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden zijn bij bekende GGz-patiënten nauwelijks nodig. Hetzelfde geldt voor personen die suïcidaal zijn.

Bekende patiënt en suïcidale persoon: benodigde faciliteiten en vaardigheden

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Deel groep met behoefte		Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Deel groep met behoefte	
	Bekende patiënt	Suïcidale persoon		Bekende patiënt	Suïcidale persoon
Liggend vervoer	○	○	Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	◐	◐
Automatische Externe Defibrillator (AED)	◐	◐	Hv is in staat om te de-escaleren	●	●
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS)	○	○	Hv kan omgaan met agressie en veiligheid	◐	◐
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg	◐	◐	Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	◐	◐
			Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	●	●

5.3 Vervoer na beoordeling



Na de beoordeling vindt vooral vervoer van thuis/de beoordelingslocatie naar de instelling (behandellocatie) plaats

Na de beoordeling vindt vooral vervoer van thuis/de beoordelingslocatie naar de GGz-instelling binnen de regio plaats. Buiten kantooruren vindt dit vervoer vaker plaats dan binnen kantooruren. Een belangrijke oorzaak van dit verschil is dat de vraag naar een psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling zich vaker voor lijkt te doen in de avond. Zowel binnen als buiten kantooruren vindt soms vervoer vanaf thuis/de beoordelingslocatie naar een verpleeghuis, een VG-instelling, ziekenhuis, of een GGz-instelling buiten de regio plaats. Vanuit de vervoersbehoefte geldt dat vervoer naar een GGz-instelling buiten de regio alleen plaats dient te vinden, indien de persoon hier onder behandeling is (geweest). Voor personen die beoordeeld zijn op een beoordelingslocatie kan vervoer naar huis, een time-outvoorziening, de maatschappelijke opvang of een uitslaapbed nodig zijn op basis van kenmerken van de persoon. Dit geldt voornamelijk voor personen met een laag steunsysteem/weinig naasten. Het vervoer naar huis vindt buiten kantooruren vaker plaats dan binnen kantooruren, doordat er dan minder mogelijkheden zijn voor gebruik van openbaar vervoer.



Passend vervoer na de beoordeling is zoveel mogelijk gebaseerd op de uitgangspunten voor humaan vervoer

Voor alle groepen voor wie georganiseerd vervoer nodig kan zijn na de beoordeling geldt dat het vervoer zoveel mogelijk voldoet aan de uitgangspunten voor humaan vervoer. Personen hebben behoefte aan een bejegening gericht op de herstelondersteunende principes (empathisch en communicatief vermogen van de hulpverlener), de mogelijkheid om een naaste mee te laten rijden en zoveel

mogelijk zittend en prikkelarm vervoer. Dit laatste is echter niet te realiseren voor personen voor wie uit de beoordeling blijkt dat zij liggend vervoer nodig hebben.

Vervoer personen na beoordeling: uitgangspunten humaan vervoer

Uitgangspunten humaan vervoer	Deel groep met behoefte			
	Opname in ziekenhuis nodig	Opname in verpleeghuis of VG-inst.	Direct gespecialiseerde GGz	Niet direct gespecialiseerde zorg
Bejegening voldoet aan herstelondersteunende principes	◐	●	●	◐
Naaste kan meerijden	●	●	●	◐
Zittend vervoer en prikkelarm	○	◐	●	◐



Persoon voor wie direct gespecialiseerde GGz nodig is, kan maximaal 1 uur wachten op de vervoerder, anders maximale wachttijd van 2 uur

Voor personen voor wie uit de beoordeling volgt dat een opname in een instelling of een intensieve ambulante behandeling nodig is, geven patiënten, naasten en hulpverleners aan dat de maximale wachttijd op het vervoer in de regel 1 uur is. Een langere wachttijd dan 1 uur kan in het geval van een GGz-opname leiden tot een verminderde motivatie, waardoor de kans dat een vrijwillige opname verandert in een gedwongen opname toeneemt. Specifieke kenmerken van de persoon of zijn omgeving kunnen soms een iets langere wachttijd acceptabel maken. Als uit de beoordeling blijkt dat gespecialiseerde GGz of zorg niet direct nodig is, kan toch georganiseerd vervoer nodig zijn. Bijvoorbeeld omdat de persoon geen steunsysteem heeft en daarom niet veilig met eigen vervoer naar huis, naar een time-outvoorziening, de maatschappelijke opvang of een uitslaapbed kan. De

hulpverlener organiseert in voorkomende gevallen vervoer voor deze persoon. In deze gevallen lijkt een wachttijd van 2 uur meestal acceptabel.

B1

Persoon heeft opname in ziekenhuis nodig

Als opname in het ziekenhuis nodig is, heeft persoon tijdens eventueel vervoer somatische zorg nodig

Als na de beoordeling blijkt dat de persoon opgenomen moet worden in het ziekenhuis vanwege somatische redenen bevindt de persoon zich meestal al op de SEH. Als dit niet het geval is of als de persoon naar een ander ziekenhuis vervoerd moet worden, heeft de persoon op het vervoersmoment behoefte aan somatische faciliteiten – liggend vervoer, AED en ALS uitrusting – en een hulpverlener die somatiek herkent en de juiste verpleegkundige zorg kan verlenen (zie tabel).

Opname in het ziekenhuis nodig: benodigde faciliteiten en vaardigheden

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Deel groep met behoefte	Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Deel groep met behoefte
Liggend vervoer	●	Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	◐
Automatische Externe Defibrillator (AED) aanwezig	●	Hv is in staat om te de-escaleren	◐
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS) aanwezig	◐	Hv kan omgaan met agressie en veiligheid creëren	◐
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg verlenen	●	Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	○
		Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	○

B2

[Persoon heeft opname in verpleeghuis of VG-instelling nodig](#)

Persoon die opname in verpleeghuis of VG-instelling nodig heeft, kan zowel somatische als psychiatrische hulpverlening nodig hebben tijdens vervoer

Als de beoordeling resulteert in een opname in een verpleeghuis of VG-instelling, heeft de persoon tijdens het vervoer gemiddeld behoefte aan somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden. Daarnaast is de verwarde oudere persoon of persoon met een verstandelijke handicap gebaat bij een hulpverlener met psychiatrische vaardigheden tijdens het vervoer (zie tabel). Voor personen met dementie die begeleiding ontvangen van een casemanager dementie en voor wie de mantelzorger van de persoon niet kan aangeven wat de vervoersbehoeften zijn, is voorafgaand aan de keuze voor het vervoer contact met de casemanager gewenst. De casemanager kent de persoon en zijn steunsysteem goed en is hierdoor in staat om mee te denken over welk vervoer het meest passend is.

Opname in verpleeghuis/VG-instelling nodig: benodigde faciliteiten en vaardigheden

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Deel groep met behoefte	Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Deel groep met behoefte
Liggend vervoer		Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	
Automatische Externe Defibrillator (AED) aanwezig		Hv is in staat om te de-escaleren	
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS) aanwezig		Hv kan omgaan met agressie en veiligheid creëren	
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg verlenen		Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	
		Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	

B3

[Persoon heeft direct gespecialiseerde GGz nodig](#)

Voor vervoer voor personen die direct gespecialiseerde GGz nodig hebben, is vooral hulpverlener met psychiatrische vaardigheden nodig

Personen die na de beoordeling vervoer naar een GGz-instelling/PAAZ/PUK/verslavingszorginstelling (al dan niet met IBS) of vervoer naar huis voor een intensieve ambulante behandeling (bijvoorbeeld IHT) nodig hebben, hebben tijdens het vervoer vooral behoefte aan psychiatrische kennis en vaardigheden. Zij hebben nauwelijks behoefte aan somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden (zie tabel).

Persoon heeft direct gespecialiseerde GGz nodig: benodigde faciliteiten en vaardigheden

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Deel groep met behoefte	Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Deel groep met behoefte
Liggend vervoer		Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	
Automatische Externe Defibrillator (AED) aanwezig		Hv is in staat om te de-escaleren	
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS) aanwezig		Hv kan omgaan met agressie en veiligheid creëren	
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg verlenen		Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	
		Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	

B4Persoon heeft niet direct gespecialiseerde GGz/zorg nodig**Voor vervoer van beoordelingslocatie naar huis/time-outvoorziening/maatschappelijke opvang/uitslaapbed zijn weinig faciliteiten en vaardigheden nodig**

Wanneer een persoon niet direct gespecialiseerde GGz of zorg nodig heeft, maar toch niet op eigen gelegenheid naar huis, een time-outvoorziening, de maatschappelijke opvang of een uitslaapbed kan, dan hoeft de vervoerder aan minder eisen te voldoen (zie tabel). Personen hebben vooral de behoefte aan zittend, prikkelarm vervoer dat de mogelijkheid biedt om een naaste mee te laten rijden (uitgangspunten humaan vervoer). Voor wat betreft de kennis en vaardigheden van de hulpverlener is het soms van belang dat deze kan de-escaleren. Het gaat er echter vooral om dat de hulpverlener beschikt over sterke sociale vaardigheden en rust, veiligheid en vertrouwen creëert.

Persoon heeft niet direct gespecialiseerde GGz of zorg nodig: benodigde faciliteiten en vaardigheden

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Deel groep met behoefte	Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Deel groep met behoefte
Liggend vervoer	<input type="radio"/>	Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	<input type="radio"/>
Automatische Externe Defibrillator (AED) aanwezig	<input type="radio"/>	Hv is in staat om te de-escaleren	<input type="radio"/>
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS) aanwezig	<input type="radio"/>	Hv kan omgaan met agressie en veiligheid creëren	<input type="radio"/>
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg verlenen	<input type="radio"/>	Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	<input type="radio"/>
		Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	<input type="radio"/>

5.4 Vervoer van persoon in behandeling



Vervoer van personen met RM naar instelling vindt plaats vanaf thuis, beoordelingslocatie en openbare ruimte

Zowel binnen als buiten kantooruren vindt soms vervoer van personen met een RM (terug) naar de instelling plaats als zij zich niet aan de voorwaarden van de RM gehouden hebben. Dit vervoer kan plaatsvinden vanaf thuis, de beoordelingslocatie^w of vanaf de openbare ruimte. Mogelijke instellingen waarnaar het vervoer van de persoon plaatsvindt, zijn GGz-instellingen binnen/buiten de regio, verpleeghuizen, VG-instellingen en ziekenhuizen. De ervaren knelpunten bij het vervoer van personen met een RM zijn huidig groter bij vervoer naar een instelling buiten de regio en bij vervoer buiten kantooruren: bij vervoer buiten de regio zijn vervoerders langer onderweg en buiten kantooruren is er een lagere beschikbaarheid van vervoersmiddelen en vervoerders.



Passend vervoer tijdens behandeling is zoveel mogelijk gebaseerd op de uitgangspunten voor humaan vervoer

Voor alle groepen voor wie georganiseerd vervoer nodig kan zijn tijdens de behandeling geldt dat het vervoer zoveel mogelijk voldoet aan de uitgangspunten voor humaan vervoer: De bejegening van vervoerders is gericht op de herstelondersteunende principes, het vervoersmiddel biedt de mogelijkheid om een naaste mee te laten rijden en het vervoer is zoveel mogelijk zittend en prikkelarm. Dit laatste is lastiger te realiseren voor personen die vervoer naar een verpleeghuis nodig hebben: deze personen hebben vaak liggend vervoer nodig.

^w Als de persoon hier tijdelijk naartoe gebracht is om vervolgens vervoerd te kunnen worden naar de instelling. Alzheimer NL geeft aan dat voor personen met dementie afspraken met verpleeghuizen gewenst zijn over tijdelijke opvang: opvang tot duidelijk is wie de persoon is en in welk verpleeghuis hij verblijft.

Vervoer personen tijdens behandeling: uitgangspunten humaan vervoer

Uitgangspunten humaan vervoer	Deel groep met behoefte		
	RM terug naar verpleeghuis of VG-inst.	RM terug naar GGz-instelling	Vervoer tussen instellingen
Bejegening voldoet aan herstelondersteunende principes	●	●	●
Naaste kan me rijden	●	●	●
Zittend vervoer en prikkelarm	◐	●	◐



Maximale wachttijd voor persoon met RM is in meeste gevallen 1 uur, vervoer tussen instellingen betreft gepland vervoer

Voor personen met een RM is de maximale wachttijd op het vervoer gemiddeld 1 uur. Wanneer de hulpverlener de persoon aantreft in een openbare ruimte en/of wanneer de persoon zich actief verzet tegen het vervoer kan een kortere wachttijd nodig zijn. Wanneer de persoon thuis of bij een beoordelingslocatie aangetroffen wordt en hij zich niet actief verzet tegen het vervoer (terug) naar de instelling kan een langere wachttijd dan 1 uur acceptabel zijn. Vervoer van personen die in behandeling zijn tussen GGz-instellingen betreft gepland vervoer. Dit vervoer vindt daarom meestal binnen kantooruren plaats.

C1

[Persoon met RM moet teruggebracht naar verpleeghuis of VG-instelling](#)

Ongeoorloofd afwezige PG patiënten of personen met LVB kunnen tijdens terugbrengen somatische zorg nodig hebben

Voor personen die verblijven in een verpleeghuis of een VG-instelling, vermist zijn en terug naar de instelling gebracht moeten worden, kan tijdens het vervoer behoefte aan somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden zijn: Voor personen die met een RM verblijven in een verpleeghuis is soms liggend vervoer nodig, moet een AED aanwezig zijn en kan een uitrusting voor ALS nodig zijn. Personen met een psychogeriatrische aandoening en verstandelijk beperkte personen zijn gebaat bij een hulpverlener die beschikt over psychiatrische vaardigheden (zie tabel). Ook voor dit vervoersmoment is voor personen met dementie die begeleiding ontvangen van een casemanager dementie en voor wie de mantelzorger van de persoon niet kan aangeven wat de vervoersbehoeften zijn, afstemming met de casemanager gewenst, zodat deze mee kan denken over de meest passende vervoersvorm.

Persoon met RM verpleeghuis/VG-instelling: benodigde faciliteiten en vaardigheden

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Deel groep met behoefte	Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Deel groep met behoefte
Liggend vervoer		Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	
Automatische Externe Defibrillator (AED) aanwezig		Hv is in staat om te de-escaleren	
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS) aanwezig		Hv kan omgaan met agressie en veiligheid creëren	
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg verlenen		Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	
		Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	

C2

[Persoon met RM moet teruggebracht naar GGz-instelling](#)

Tijdens vervoer van GGz-patiënten met RM (terug) naar de instelling zijn vooral psychiatrische vaardigheden en faciliteiten nodig

Voor personen in behandeling met een RM die zich niet aan de voorwaarden van de RM gehouden hebben, zijn over het algemeen nauwelijks specifieke somatische faciliteiten in het vervoermiddel nodig. Psychiatrische vaardigheden, zoals de-escaleren, zijn meestal van belang. Het sederen en vastmaken van een persoon bij verzet zijn ongewenst. Bij aanhoudend verzet kan dit echter toch nodig zijn. Hulpverleners moeten daarom een goede risicotaxatie kunnen maken en weten wanneer en hoe te sederen en vast te maken (toepassen dwang). Wanneer de hulpverlener beoordeelt dat vastmaken nodig is, moet het vervoermiddel beschikken over de faciliteiten hiervoor (zie tabel).

Persoon met RM GGz-instelling: benodigde faciliteiten en vaardigheden

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Deel groep met behoefte	Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Deel groep met behoefte
Liggend vervoer		Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	
Automatische Externe Defibrillator (AED) aanwezig		Hv is in staat om te de-escaleren	
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS) aanwezig		Hv kan omgaan met agressie en veiligheid creëren	
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg verlenen		Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	
		Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	










C3

[Persoon in behandeling moet vervoerd worden tussen instellingen](#)

Bij vervoer persoon in behandeling tussen instellingen zijn voornamelijk psychiatrische kennis en vaardigheden van hulpverlener nodig

Bij het vervoer van personen in behandeling tussen instellingen zijn meestal weinig somatische faciliteiten nodig. Het is voor de persoon van belang dat de hulpverlener beschikt over psychiatrische vaardigheden en onder andere in staat is om te de-escaleren. De hulpverlener moet daarnaast een goede risicotaxatie kunnen maken en in voorkomende gevallen weten wanneer en hoe te sederen en vast te maken: hij moet in deze gevallen beschikken over de hiervoor benodigde vaardigheden en faciliteiten (zie tabel).

Vervoer tussen instellingen: benodigde faciliteiten en vaardigheden

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Deel groep met behoefte	Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Deel groep met behoefte
Liggend vervoer		Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	
Automatische Externe Defibrillator (AED) aanwezig		Hv is in staat om te de-escaleren	
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS) aanwezig		Hv kan omgaan met agressie en veiligheid creëren	
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg verlenen		Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	
		Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	

6 Soorten vervoer

In dit hoofdstuk beschrijven we in hoeverre de verschillende soorten vervoerders voldoen aan de vervoersbehoefte en hulpvraag: de maximale aanrijtijd, faciliteiten, kennis, vaardigheden en uitgangspunten humaan vervoer. Hierbij onderscheiden we de volgende vervoerders en de vervoermiddelen die zij voor personen met verward gedrag inzetten (zie Bijlage 8. *Vervoersinitiatieven* voor meer informatie over deze initiatieven):

- Politie – Politieauto
- RAV – Ambulance
- RAV – Psycholance (een zorgambulance, met als vervoerders een SPV van de crisisdient en een zorgambulancechauffeur)
- Vervoer van en door een GGz-instelling – Personenauto
- Zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening – Personenbus (bijvoorbeeld personenbus GGZ Vervoersdienst, personenbus GGZ Opweg, crisauto BAS Ambulanceservice)
- Vervoer van en door de GGD/gemeente – Personenbus
- Aanbieders van (zorg)taxivervoer (niet specifiek voor GGz) – Personenauto (bijvoorbeeld patiëntenvervoer van Connexxion)
- Dienst Vervoer en Ondersteuning - Personenbus

We beschrijven in dit hoofdstuk wat de vervoerders op dit moment kunnen bieden. Daarbij gaan we uit van wat de vervoerders in de nabije toekomst kunnen bieden op basis van de regionale initiatieven op het gebied van vervoer. We gaan ervan uit dat deze initiatieven zich op meer plekken in Nederland zullen

ontwikkelen. In Bijlage 9. *Faciliteiten, kennis en vaardigheden per vervoerder* vindt u de onderbouwing van de conclusies in dit hoofdstuk. In hoofdstuk 7 beschrijven we de passende vervoersoplossingen per doelgroep, waarbij voor sommige doelgroepen een samenwerkingsvorm tussen verschillende vervoersaanbieders het meest passend blijkt.



Ambulance en politie kunnen 24/7 aanrijtijd van 30 minuten realiseren

Momenteel zijn er in Nederland twee vervoerders die altijd een aanrijtijd van 30 minuten kunnen realiseren: de politie en de ambulance.^x De ervaring in Amsterdam leert dat een psycholance onder uitvoer van een RAV in een grootstedelijk gebied ook een aanrijtijd van 30 minuten kan realiseren. Vervoerders van GGz-instellingen en zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening kunnen soms een aanrijtijd van 30 minuten realiseren, over het algemeen ligt de aanrijtijd met spoed op 1 uur. De overige vervoerders kunnen een aanrijtijd van 1 uur in ongeveer in de helft van de situaties realiseren. Over het algemeen kunnen alle vervoerders een aanrijtijd van 2 uur garanderen.



Vervoerders van GGz-instellingen en zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening voldoen beste aan uitgangspunten humaan vervoer

Vervoerders van GGz-instellingen en zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening voldoen aan alle uitgangspunten van humaan

^x Ambulancezorg heeft aangegeven zich te willen conformeren aan de aanrijtijden uit dit model. Dit betekent dat de vervoersbewegingen met een maximale aanrijtijd van 30 minuten een A2 urgentie krijgen.

vervoer: de bejegening voldoet aan de herstelondersteunende principes, een naaste kan meerijden en de vervoerders bieden zittend en prikkelarm vervoer. De RAV met de psycholance, vervoerders van de GGD/gemeente en vervoerders van de Dienst Vervoer en Ondersteuning voldoen grotendeels aan deze uitgangspunten.^y Met de inzet van een reguliere ambulance voldoet de RAV minder aan de uitgangspunten van humaan vervoer: het betreft geen zittend en prikkelarm vervoer. Ook is de bejegening van een deel van de ambulancemedewerkers op dit moment nog onvoldoende herstelondersteunend. De ambulancezorg werkt aan verbetering hiervan: In het Kwaliteitskader '(acute) psychiatrie ambulancezorg' is opgenomen dat in de opleidingen en bij-/nascholing tot MKA-, ambulance-verpleegkundige en ambulancechauffeur meer aandacht moet worden besteed aan de omgang met en begeleiding van (acute) psychiatrische patiënten. Politie voldoet niet aan de uitgangspunten humaan vervoer. Ook (zorg)taxivervoerders voldoen hier vaak niet aan (zie tabel).

Mate waarin vervoerder uitgangspunten humaan vervoer kan realiseren

Uitgangspunten humaan vervoer	Mate waarin vervoerder uitgangspunten humaan vervoer kan realiseren							
	Politie - politie-auto	RAV - Ambulance	RAV - Psycho-lance	GGz- instelling	Zelfst. vervoerder met psych. hulpvl.	GGD / gemeente	(Zorg) taxi-vervoer	Vervoer door DVO
Bejegening voldoet aan herstelondersteunende principes	○	◐	●	●	●	◐	◐	◐
Naaste kan meerijden	○	●	●	●	●	●	●	●
Zittend vervoer en prikkelarm	○	○	◐	●	●	●	●	◐

^y Deelnemers aan de focusgroepen gaven aan het vervoersmiddel RAV-psycholance minder prikkelarm te vinden dan vervoersmiddelen van GGz-instellingen en zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening, doordat de RAV-psycholance het uiterlijk van een ambulance heeft.



Ambulance bevat alle somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden, in psycholance is ook liggend vervoer mogelijk

Voor wat betreft de somatische faciliteiten van het vervoermiddel is alleen in de ambulance een uitrusting voor ALS aanwezig. Liggend vervoer is zowel in de ambulance als in de psycholance mogelijk. Hulpverleners op de ambulance en psycholance zijn het beste in staat om somatiek te herkennen en de juiste verpleegkundige zorg te verlenen.^z (zie tabel)

Mate waarin vervoerder somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden kan realiseren (zie Bijlage 9 voor onderbouwing)

Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden	Mate waarin vervoerder som. faciliteiten en vaardigheden kan realiseren							
	Politie - politie-auto	RAV - Ambulance	RAV - Psycho-lance	GGz- instelling	Zelfst. vervoerder met psych. hulpvl.	GGD / gemeente	(Zorg) taxi-vervoer	Vervoer door DVO
Liggend vervoer	○	●	●	○	○	○	○	○
Automatische Externe Defibrillator (AED) aanwezig	●	●	●	◐	◐	○	○	●
Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS) aanwezig	○	●	○	○	○	○	○	○
Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg verlenen	○	●	◐	◐	◐	○	○	○

^z Ambulancepersoneel heeft de kennis en de vaardigheden om een fysieke somatische triage te kunnen doen en de patiënt te bewaken d.m.v. observatie en eventuele monitoring onderweg.



GGz-instellingen, zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening en psycholance van RAV bieden meeste psychiatrische vaardigheden

Vervoerders van GGz-instellingen, zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening en hulpverleners op de psycholance van de RAV bieden de meeste psychiatrische kennis en vaardigheden tijdens het vervoer: zij zijn in staat om te de-escaleren en (her)kennen psychiatrische ziektebeelden (zie tabel). Vervoerders van GGz-instellingen, hulpverleners op de psycholance van de RAV en een deel van de zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening weet daarnaast een goede risicotaxatie te maken ofwel wanneer te sederen en vast te maken. Deze hulpverleners kunnen gemiddeld omgaan met agressie en veiligheid creëren. Ambulancechauffeurs en – verpleegkundigen bieden deels psychiatrische kennis en vaardigheden, maar zijn over het algemeen (nog) minder goed in staat om te de-escaleren, in het (her)kennen van psychiatrische ziektebeelden en in het omgaan met agressie en veiligheid creëren.^{aa} Politie kan goed omgaan met agressie en veiligheid creëren, maar bezit over het algemeen minder psychiatrische kennis en vaardigheden. Hetzelfde geldt (vooralsnog) voor hulpverleners op de personenbus van de Dienst Vervoer en Ondersteuning.^{bb} Vervoerders van de GGD/gemeente en aanbieders van (zorg)taxivervoer bieden meestal geen psychiatrische kennis en vaardigheden tijdens het vervoer. Wanneer het nodig is om een persoon vast te maken, is dit niet mogelijk in de personenauto van de GGz-instelling, bij een deel van de zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening, de personenbus van de GGD/gemeente en bij aanbieders van (zorg)taxivervoer.

^{aa} Hierbij bestaan grote verschillen tussen ambulancemedewerkers. De AZN, de NVMMa en V&VN Ambulancezorg onderkennen dat in de huidige opleiding te weinig aandacht is voor de omgang met personen met psychosociale en psychiatrische aandoeningen en klachten. In het Kwaliteitskader ‘acute’ psychiatrie ambulancezorg’ is daarom opgenomen dat in de opleidingen en bij-/nascholing tot MKA-,

Mate waarin vervoerder psychiatrische faciliteiten en vaardigheden kan realiseren (zie Bijlage 9 voor onderbouwing)

Psychiatrische faciliteiten en vaardigheden	Mate waarin vervoerder psych. faciliteiten en vaardigheden kan realiseren							
	Politie - politie-auto	RAV - Ambulance	RAV - Psycho-lance	GGz-instelling	Zelfst. vervoerder met psych. hulpvl.	GGD / gemeente	(Zorg) taxi-vervoer	Vervoer door DVO
Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	●	●	●	●	●	○	○	●
Hv is in staat om te de-escaleren	○	●	●	●	●	○	○	●
Hv kan omgaan met agressie en veiligheid creëren	●	●	●	●	●	○	○	●
Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	○	●	●	●	●	○	○	○
Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	○	●	●	●	●	○	○	○

Mate waarin zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening kunnen voldoen aan vervoersbehoeften verschilt tussen aanbieders

De beschrijving van de mate waarin zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening kunnen voldoen aan de vervoersbehoefte en hulpvraag is gebaseerd op gesprekken met BAS Ambulanceservice, de GGZ Vervoersdienst en GGZ Opweg. De GGZ Vervoersdienst was in 2012 de eerste zelfstandige aanbieder van vervoer voor personen met verward gedrag in Nederland en heeft daarmee circa vijf jaar ervaring met dit vervoer. BAS Ambulanceservice en GGZ Opweg zijn recent gestart met het aanbieden van vervoer van personen met verward gedrag.

ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur meer aandacht moet worden besteed aan de omgang met en begeleiding van (acute) psychiatrische patiënten.

^{bb} De Dienst Vervoer en Ondersteuning geeft aan dat zij bereid is om de psychiatrische kennis en vaardigheden van vervoerders te vergroten indien dit nodig is.

De mate waarin zelfstandige aanbieders op dit moment kunnen voldoen aan de vervoersbehoefte en hulpvraag verschilt per aanbieder:



Uitgangspunten humaan vervoer: Het vervoer van alle drie de zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening voldoet aan de uitgangspunten humaan vervoer.



Maximale aanrijtijd: De GGZ Vervoersdienst heeft meestal een aanrijtijd van 45 minuten tot 1,5 uur (inclusief paraat team). BAS Ambulanceservice en GGZ Opweg kunnen binnen een halfuur een team paraat hebben om te gaan rijden en hebben hiermee gemiddeld een langere aanrijtijd dan de GGZ Vervoersdienst.



Faciliteiten vervoersmiddel: BAS Ambulanceservice biedt de meeste faciliteiten in het vervoersmiddel ('de crisisauto'): in tegenstelling tot bij de andere zelfstandige vervoerders is vastmaken bij verzet mogelijk, is een AED aanwezig^{cc} en zijn zuurstof- en saturatiebewaking aanwezig.



Kennis en vaardigheden hulpverlener: BAS Ambulanceservice en GGZ Opweg zetten psychiatrisch verpleegkundigen in bij het vervoer. De GGZ Vervoersdienst zet GGz-agogen (SPW-4/SPH'ers) in bij het vervoer.^{dd} Psychiatrisch verpleegkundigen weten wanneer te sederen en vast te maken (risicotaxatie), zij herkennen deels somatiek en kunnen deels somatische zorg verlenen. Dit is minder het geval bij GGz-agogen. Voor de overige psychiatrische vaardigheden kunnen zowel psychiatrisch verpleegkundigen als GGz-agogen voldoen aan de vervoersbehoefte.

^{cc} GGZ Opweg gaf aan een AED aan te schaffen en dat hun vervoerders getraind zijn in het gebruik van een AED. GGZ Vervoersdienst is hier ook toe bereid indien uit de vervoersbehoefte blijkt dat dit gewenst is. Een deel van de vervoerders van de GGZ Vervoersdienst is getraind in het gebruik van een AED.

Mate waarin zelfstandige vervoerders met psych. hulpv. voldoen aan behoeften

(zie Bijlage 9 voor onderbouwing)

Categorie	Behoeft	Mate waarin vervoerder behoefte kan realiseren			
		Zelfstandige aanbieders: Totaal	BAS Ambulanceservice	GGZ Vervoersdienst	GGZ Opweg
Uitgangspunten humaan vervoer	Bejegening voldoet aan herstelondersteunende principes	●	●	●	●
	Naaste kan meerijden	●	●	●	●
	Zittend vervoer en prikkelarm	●	●	●	●
Maximale aanrijtijd	30 minuten	◐	○	◐	○
	1 uur	◑	◑	◑	◑
	2 uur	●	●	●	●
Faciliteiten van vervoersmiddel	Liggend vervoer	○	◐	○	○
	Vastmaken persoon bij verzet mogelijk	◑	●	○	○
	Automatische Externe Defibrillator (AED) aanwezig	◑	●	◐	◑
	Uitrusting voor Advanced Life Support (ALS) aanwezig	○	◑	○	○
Kennis en vaardigheden hulpverlener	Hv is in staat om te de-escaleren	●	●	●	●
	Hv kan omgaan met agressie en veiligheid creëren	◑	●	◑	◑
	Hv weet wanneer te sederen en vast te maken	◑	●	◐	●
	Hv herkent somatiek en kan juiste somatische zorg verlenen	◑	◑	○	◑
	Hv (her)kent psychiatrische ziektebeelden	●	●	●	●

^{dd} Indien hierom gevraagd wordt, kan de GGZ Vervoersdienst een verpleegkundige inzetten bij het vervoer.

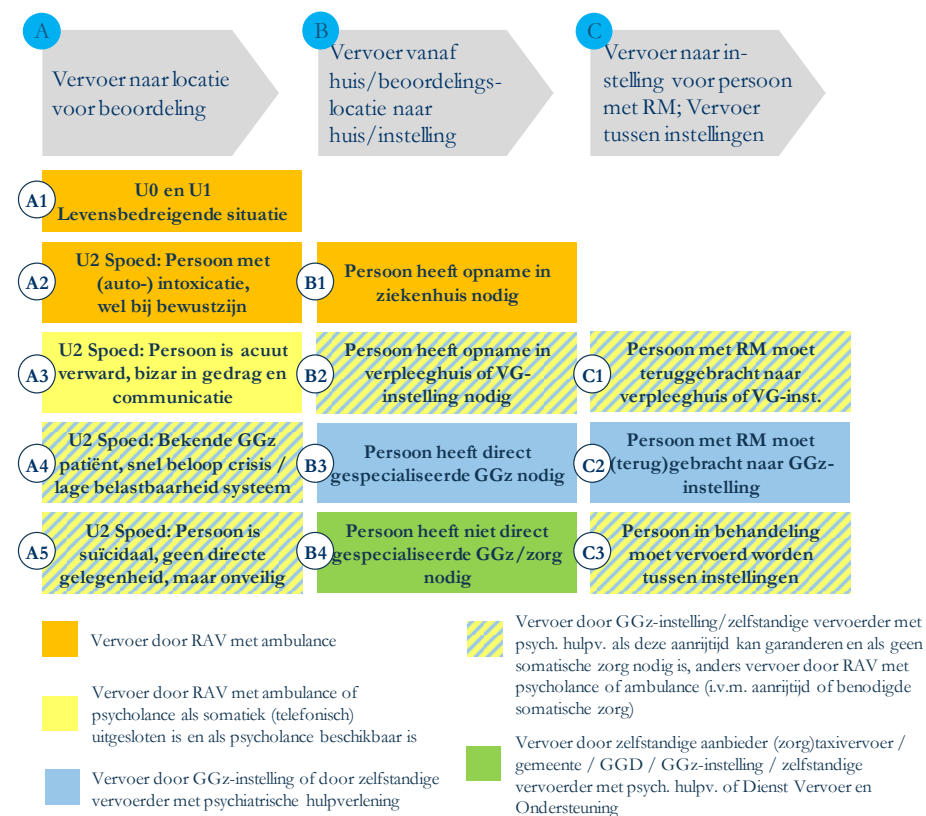
7 Passende vervoersoplossingen

We beschrijven hieronder eerst de hoofdconclusie van dit hoofdstuk. In paragraaf 7.1 lichten we toe op welke manier we de passende vervoersoplossingen hebben bepaald. In de volgende paragrafen onderbouwen we de hoofdconclusies.

Vervoerders met GGz-vaardigheden bieden meest passend vervoer, inzet ambulance als somatiek niet uitgesloten is en bij korte aanrijtijden

In zijn algemeenheid geldt dat vervoerders met specifieke GGz kennis en vaardigheden het meest passend vervoer kunnen bieden aan personen met verward gedrag (zie figuur). In gevallen waar een aanrijtijd van maximaal 30 minuten aanvaardbaar is (vóór beoordeling), is de inzet van/samenwerking met reguliere ambulances nodig, omdat alleen zij een dergelijke aanrijtijd kunnen garanderen. Zij vormen ook een achtervang voor een eventuele psycholance. Daarnaast is de inzet van een ambulance nodig als de oorzaak van het verwarde gedrag mogelijk somatisch is. Er dient in het geval van de inzet van een ambulance aandacht te zijn voor aanwezigheid van GGz-vaardigheden op de ambulance en voor het prikkelarm maken van de ambulance, bijvoorbeeld door zware apparatuur af te dekken met een plaat met een foto van de omgeving (voorbeeld: RAV IJsseland).

Passende vervoersoplossing per groep



Politie vervoert persoon met verward gedrag alleen bij een verdenking van een strafbaar feit; politie kan assistentie verlenen in acute, onveilige situaties die door hulpverleners niet te hanteren zijn

Voor alle doelgroepen geldt dat als sprake is van een acute onveilige situatie, de vervoerder assistentie kan vragen van de politie als hulpverleners zelf niet in staat zijn de situatie te hanteren. De politie kan meerijsen op het voertuig of met een politieauto achter de vervoerder aanrijden. Als de verdenking is dat de persoon met verward gedrag een strafbaar feit heeft gepleegd, vindt in de regel vervoer door politie naar het politiebureau plaats.

7.1 Aanpak

Vervoersbehoefte en hulpvraag van persoon gecombineerd met aanbod van vervoerders leidt tot meest passende vervoersoplossing

We hebben in hoofdstuk 5 beschreven wat de vervoersbehoefte en hulpvraag per vervoersmoment zijn van personen met verward gedrag. We hebben daarbij drie tot vier groepen onderscheiden per vervoersmoment (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 6 hebben we beschreven welke aanrijtijden, faciliteiten en kennis en vaardigheden de verschillende vervoerders kunnen bieden. In dit hoofdstuk brengen we de vervoersbehoefte/hulpvraag en wat vervoerders kunnen bieden samen, zodat we de meest passende vervoersoplossingen per doelgroep kunnen bepalen. Dit hoofdstuk beschrijft conclusies, de nadere onderbouwing per doelgroep treft u in Bijlage 10. *Passende vervoersoplossingen per doelgroep.*

7.2 Vervoer vóór beoordeling

A1

In geval van bedreiging van vitale functies of een levensbedreigende situatie is vervoer per ambulance het meest passend

Als de kenmerken wijzen op een bedreiging van de vitale functies of een levensbedreigende situatie, vindt het vervoer plaats door een ambulance. De ambulance beschikt over de benodigde somatische faciliteiten en de verpleegkundige vaardigheden. Bovendien is de ambulance samen met de politie de enige die een aanrijtijd van 15 minuten kan halen.

A2

U2 Spoed: Persoon met (auto-) intoxicatie, wel bij bewustzijn

Voor personen met een U2 en een (auto-)intoxicatie is vervoer door de RAV het meest passend om persoon naar SEH te brengen

Voor personen met een U2 (spoed) die een (auto-)intoxicatie hebben, geldt een maximale aanrijtijd van de vervoerder van 30 minuten. Er vindt vervoer naar de SEH plaats om de toxiciteit van de middelen die zijn ingenomen te bepalen. Tijdens het vervoer zijn vaak somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden nodig. Vervoer door de RAV met een ambulance is daarom het meest passend. Het is hierbij wel van belang dat er aandacht blijft voor het scholen van ambulancechauffeurs- en verpleegkundigen in het verder ontwikkelen van de GGz-vaardigheden, ofwel het de-escaleren en het omgaan met agressie en veiligheid creëren.

A3U2 Spoed: Persoon is acuut verward, bizar in gedrag en communicatie**Voor personen met een U2 en acuut verward gedrag voor wie somatiek nog niet uitgesloten is, is vervoer door een RAV het meest passend**

Als een persoon acuut verward gedrag vertoont en de kenmerken van de persoon en zijn omgeving vragen om een start van de beoordeling binnen een uur (U2), is de gewenste maximale aanrijtijd van de vervoerder 30 minuten. Als een somatische grondslag niet (telefonisch en fysiek ter plaatse) uit te sluiten is, vindt vervoer naar de SEH plaats. Hierbij is het van belang dat er somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden aanwezig zijn in het voertuig: Personen voor wie de somatische grondslag niet uit te sluiten is, hebben vaker liggend vervoer, een AED en een uitrusting voor ALS nodig. Voor deze personen is vervoer door de RAV met een ambulance daarom het meest passend. Tegelijkertijd geldt dat voor deze personen het meestal ook van belang is dat de hulpverleners op het voertuig kunnen de-escaleren, dat zij om kunnen gaan met agressie en veiligheid kunnen creëren en dat ze psychiatrische ziektebeelden kunnen (her)kennen. Aandachtspunt bij de inzet van een ambulance is daarom het zoveel mogelijk prikkelarm maken van het voertuig en het verder scholen van ambulancechauffeurs en -verpleegkundigen op het gebied van GGz-vaardigheden. Indien de somatische grondslag wel (telefonisch en/of fysiek ter plaatse) uit te sluiten is, zijn somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden vaak niet nodig en kan de RAV ook een psycholance inzetten als deze beschikbaar is voor een aanrijtijd binnen 30 minuten.

A4**A5**U2 Spoed: Bekende GGz patiënt, snel beloop crisis/lage belastbaarheid systeem & Persoon is suïcidaal, geen directe gelegenheid, maar onveilig**Bekende GGz-patiënten of suïcidale personen (niet onder invloed) zijn het meest gebaat bij vervoerder met psychiatrische hulpverlening met de RAV op achtergrond**

Voor personen met een U2 Spoed urgentie die bekend zijn bij de GGz (en bijvoorbeeld al eerder in crisis zijn geweest) geldt dat zij vooral behoefte hebben aan psychiatrische kennis en vaardigheden tijdens het vervoer. Ook suïcidale personen hebben vooral behoefte aan hulpverleners met GGz-vaardigheden. Vervoerders van GGz-instellingen en zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening kunnen deze vaardigheden het beste bieden. Tegelijkertijd is het voor deze personen gewenst dat de vervoerder binnen 30 minuten arriveert. Een dergelijke aanrijtijd kan alleen door de RAV gegarandeerd worden. Het aantal personen met verward gedrag vóór de beoordeling is onvoldoende groot om een derde vervoerdersnetwerk te rechtvaardigen dat een dergelijke korte aanrijtijd kan garanderen. Voor bekende GGz-patiënten en suïcidale personen (geen directe gelegenheid, maar omgeving onveilig) is vervoer door een vervoerder met psychiatrische hulpverlening met op de achtergrond de RAV het meest passend. De meldkamer schakelt vervoer door een GGz-instelling, een zelfstandige vervoerder met psychiatrische hulpverlening of een psycholance van de RAV in. Als deze voertuigen niet beschikbaar zijn voor een aanrijtijd binnen 30 minuten, dan schakelt de meldkamer een reguliere ambulance in om de aanrijtijd toch te kunnen halen. Bij voorkeur rijdt in dat geval een hulpverlener van de GGz, bijvoorbeeld een SPV, mee. Als dit niet mogelijk is, is er extra aandacht voor scholing van ambulanceverpleegkundigen om hun kennis en vaardigheden op het gebied van de-escaleren, omgaan met agressie en het (her)kennen van psychiatrische ziektebeelden te vergroten.

In dunbevolkte gebieden is scholing van ambulanceverpleegkundigen in GGz-vaardigheden extra nodig

In diverse regio's zijn er relatief weinig personen met verward gedrag vóór de psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling die acuut vervoer nodig hebben. In deze regio's kan het ondoelmatig zijn om een psycholance te organiseren en is het wellicht niet haalbaar voor GGz-instellingen of zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening om acuut vervoer te bieden (maximale aanrijtijd van 30 minuten). De RAV zal in dat geval actief in dienen te zetten op het bevorderen van de GGz deskundigheid van de ambulanceverpleegkundigen. Het bevorderen van de deskundigheid van ambulanceverpleegkundigen op dit gebied is door de AZN recent in zijn algemeenheid in gang gezet. Aandachtspunt bij de inzet van een ambulance is daarnaast het zoveel mogelijk prikkelarm maken van het voertuig.

7.3 Vervoer na beoordeling

B1

[Persoon heeft opname in ziekenhuis nodig](#)

Voor vervoer naar ziekenhuis is ambulance meest passend

Als na de beoordeling blijkt dat de persoon opgenomen moet worden in het ziekenhuis vanwege somatische redenen en de persoon zich hier nog niet bevindt, kan hij behoefte hebben aan somatische zorg tijdens het vervoer. De ambulance kan de faciliteiten en vaardigheden hiervoor het beste bieden en biedt daarom voor deze doelgroep het meest passende vervoer.

B2

[Persoon heeft opname in verpleeghuis of VG-instelling nodig](#)

Passend vervoer voor personen die een opname in een verpleeghuis of een VG-instelling nodig hebben, is afhankelijk van hun kenmerken

Als de beoordeling resulteert in een opname in een verpleeghuis of VG-instelling, kan het zijn dat de persoon behoefte heeft aan somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden tijdens het vervoer. Dit blijkt uit de beoordeling van de arts, kan voor personen met dementie nader bepaald worden op basis van overleg met de casemanager dementie, en is dus bekend bij het inzetten van de vervoerder. Als er geen somatische zorg nodig is tijdens het vervoer, is de verwarde oudere persoon of persoon met een verstandelijke handicap vooral gebaat bij een hulpverlener met psychiatrische vaardigheden. Ook hebben deze personen vaak behoefte aan een bejegening gericht op herstelondersteunende principes, de mogelijkheid om een naaste mee te laten rijden en prikkelarm vervoer. Voor personen die een opname nodig hebben, maar geen somatische zorg nodig hebben tijdens het vervoer, zijn zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening het meest passend. Zij kunnen een maximale aanrijtijd van 1 uur over het algemeen halen.

B3

Persoon heeft direct gespecialiseerde GGz nodig

Voor personen die direct gespecialiseerde GGz (al dan niet met IBS) nodig hebben, is vervoer van GGz-instelling of zelfstandige vervoerder met psychiatrische hulpverlening meest passend

Nadat een persoon beoordeeld is door een arts kan vervoer naar een instelling nodig zijn. Ook kan georganiseerd vervoer naar huis nodig zijn voor een persoon die een intensieve ambulante behandeling krijgt (bijvoorbeeld IHT). Al gebeurt dit alleen in uitzonderingsgevallen, het kan noodzakelijk zijn om de persoon te sederen. Een AED is in uitzonderingsgevallen nodig. Voor de groep met een intensieve psychiatrische vervolgbehandeling is het van belang dat de hulpverleners beschikken over psychiatrische vaardigheden. De gewenste maximale wachttijd is 1 uur. Vervoerders van een GGz-instelling en zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening kunnen voor deze personen passend vervoer bieden. Deze vervoerders bieden een prikkelarm voertuig, een naaste kan me rijden en de bejegening van de persoon voldoet aan herstelondersteunende principes. Personen met verward gedrag hebben behoefte aan continuïteit in de hulpverlening. Het is daarom te overwegen om de verpleegkundige die (mede) de beoordeling uitgevoerd heeft ook (mede) het vervoer uit te laten voeren. Vervoer door de RAV is alleen passend als een psycholance beschikbaar is; vervoer per ambulance is minder passend voor de doelgroep voor wie uit de beoordeling blijkt dat zij een intensieve psychiatrische vervolgbehandeling nodig hebben.

B4

Persoon heeft niet direct gespecialiseerde GGz/zorg nodig

Voor personen voor wie gespecialiseerde GGz/zorg niet direct nodig is, is soms vervoer nodig. Vervoer hoeft niet over specifieke faciliteiten en vaardigheden te beschikken

Ook als de persoon geen gespecialiseerde GGz/zorg krijgt, kan het zijn dat er georganiseerd vervoer naar huis, een time-outvoorziening, een maatschappelijke opvang of uitslaapbed nodig is na de beoordeling. De noodzaak voor georganiseerd vervoer hangt af van de kenmerken van de persoon en het al dan niet hebben van een steunsysteem/naasten. Het voertuig hoeft niet over specifieke faciliteiten te beschikken. Voor wat betreft de kennis en vaardigheden van de hulpverlener is het soms van belang dat deze kan de-escaleren. Het gaat er echter vooral om dat de chauffeur/begeleider beschikt over sterke sociale vaardigheden en rust, veiligheid en vertrouwen creëert. Vervoer door aanbieders van (zorg)taxivervoer (bijv. Connexxion) kan passend zijn voor deze personen. Ook vervoer van en door de gemeente of GGD kan voor deze groep personen geschikt zijn. Vervoerders van een GGz-instelling en zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening kunnen eveneens voor deze personen passend vervoer bieden.

7.4 Vervoer van persoon in behandeling

C1

[Persoon met RM moet teruggebracht naar verpleeghuis of VG-instelling](#)

Passend vervoer voor personen met een RM die ongeoorloofd afwezig zijn bij een verpleeghuis of een VG-instelling, is afhankelijk van hun kenmerken

Als een verwarde oudere persoon of een persoon met een verstandelijke handicap met een RM vermist is bij de instelling en vervoer terug naar de instelling nodig heeft, is de gemiddelde gewenste maximale aanrijtijd 1 uur. Voor personen die in een verpleeghuis verblijven, zijn vaak somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden nodig.^{ee} Vervoer per ambulance is in dat geval het meest passend. Hierbij is bevordering van de deskundigheid van ambulancechauffeurs en -verpleegkundigen in GGz-vaardigheden een aandachtspunt: personen die met een RM in een verpleeghuis verblijven, hebben naast de somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden behoefte aan psychiatrische vaardigheden tijdens het vervoer. Voor personen met een RM die ongeoorloofd afwezig zijn bij de VG-instelling zijn somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden meestal niet nodig. Het is voor deze personen van belang dat zij vervoer ontvangen dat voldoet aan de uitgangspunten humaan vervoer en dat hulpverleners op het vervoersmiddel beschikken over psychiatrische vaardigheden. Vervoer van een zelfstandige aanbieder van vervoer met psychiatrische hulpverlening is voor deze personen het meest passend.

^{ee} Voor personen met dementie is voorafgaand aan de keuze voor het vervoer contact met de casemanager gewenst, indien de mantelzorger van de persoon niet kan aangeven wat de vervoersbehoeften zijn. De

C2

[Persoon met RM moet teruggebracht naar GGz-instelling](#)

Voor GGz-patiënten met RM die vervoer (terug) naar instelling nodig hebben, is vervoer door vervoerder met psychiatrische hulpverlening meest passend

Voor personen in behandeling met een RM bij de GGz die zich niet aan de voorwaarden van de RM gehouden hebben en vervoer (terug) naar de instelling nodig hebben, zijn psychiatrische vaardigheden nodig: een hulpverlener die kan de-escaleren, om kan gaan met agressie, veiligheid kan creëren, psychiatrische ziektebeelden kan (her)kennen en weet wanneer te sederen en vast te maken (risicotaxatie).. De gemiddelde gewenste maximale wachttijd is 1 uur. Vervoer van en door een GGz-instelling en zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening zijn het meest passend. Een aandachtspunt voor vervoer door een GGz-instelling en een deel van de zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening is het ontbreken van de mogelijkheid om iemand vast te maken bij verzet. Mocht het van belang zijn om de persoon vast te kunnen maken, vanwege een onveilige situatie die ondanks inspanningen van hulpverleners tot de-escalatie niet te hanteren is, dan zou de hulpverlener de Dienst Vervoer en Ondersteuning (DVO) in kunnen schakelen voor vervoer per personenbus.

casemanager kent de persoon (en zijn steunsysteem) goed en is hierdoor in staat om mee te denken over welk vervoer het meest passend is

C3

[Persoon in behandeling moet vervoerd worden tussen instellingen](#)

Meest passende interklinisch vervoer is vervoer door een GGz-instelling of een zelfstandige aanbieder van vervoer met psychiatrische hulpverlening

Bij het vervoer van personen in behandeling tussen instellingen zijn meestal weinig somatische faciliteiten nodig. Als deze nodig zijn, weet de behandelaar dit van tevoren, omdat het gepland vervoer betreft. Sederen en vastmaken bij verzet zijn ongewenst, maar kunnen soms toch nodig zijn. De behandelaar die de vervoerder inschakelt, dient van tevoren in te schatten of dit voor de betreffende persoon nodig kan zijn (risicotaxatie). Het is van belang dat de hulpverlener op het vervoermiddel beschikt over GGz-vaardigheden. Het kan daarnaast meerwaarde voor de persoon hebben om een ervaringsdeskundige mee te laten rijden tijdens het vervoer. De meest passende vervoerders – als geen somatische zorg nodig is – zijn vervoer van en door de GGz-instelling en zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening.

8 Vervoersoplossingen en wettelijk kader

Personen met verward gedrag zijn gebaat bij zo min mogelijk vervoersmomenten. Voor personen die op specifieke momenten toch georganiseerd vervoer nodig hebben, beschrijven we in hoofdstuk 7 passende vervoersoplossingen. In dit hoofdstuk:



brengen we in kaart of er voor de vervoerders die passend vervoer bieden momenteel een *wettelijke basis* bestaat,



onder welke *financiering* het vervoer per doelgroep huidig valt,



op welke manier de *contractering* met zorgverzekeraars, instellingen en de gemeente op dit moment plaatsvindt en



de *experimenteeruimte* die er de komende jaren is voor vervoersoplossingen binnen het Actieprogramma van ZonMw.

8.1 Wettelijke basis voor passende vervoerders

Als een persoon tijdens het vervoer zorg of hulpverlening ontvangt, valt dit vervoer onder de Tijdelijke wet ambulancezorg

Volgens de *Tijdelijke wet ambulancezorg* (Twaz), die sinds 2013 van kracht is en waarschijnlijk tot en met 2019 geldt, is de RAV de enige zorginstelling die vervoer van personen die tijdens het vervoer zorg ontvangen, mag bieden. Per veiligheidsregio is er één RAV aangewezen die ambulancezorg mag bieden. Er zijn 25 veiligheidsregio's in Nederland. Andere vervoersaanbieders in de regio mogen geen ambulancezorg bieden, behalve als zij daartoe een overeenkomst met de RAV hebben afgesloten. Ambulancezorg mag alleen ingezet worden in opdracht van de meldkamer ambulancezorg (MKA). De MKA kan eventueel ander vervoer inzetten dan de ambulance als deze vervoerder geregistreerd is bij de meldkamer. Dit kan enkel met een overeenkomst met de RAV.

Een rechterlijke uitspraak uit 2013 benadrukt dat het vervoer van personen die zorg of hulpverlening ontvangen tijdens het vervoer onder de Twaz valt

Het Gerechtshof 's-Hertogenbosch geeft op 6 augustus 2013 aan dat de wettelijke termen 'zorg' en 'hulp verlenen' in de Twaz ruim uitgelegd dienen te worden⁷. De begrippen zijn in de Twaz niet nader omschreven. Onder hulpverlening valt volgens het Gerechtshof in elk geval ook het vervoeren, plaatsen en overdragen van patiënten in de zorgketen. Begeleiding door een bijrijder, waarbij een te vervoeren persoon wordt omgeven met praktische zorg en toewijding (halen en brengen van/naar voertuig, praatje maken, geruststellen), bevindt zich volgens de uitspraak duidelijk op hoger niveau dan de dienstverlening door bijvoorbeeld een taxichauffeur. Het Gerechtshof schaaft dergelijke begeleiding door een bijrijder onder hulpverlening in de zin van de Twaz.

De minister kan een vrijstelling verlenen aan alternatieve vervoerders

In artikel 11 van de Twaz is geregeld dat de minister in een ministeriële regeling⁸ vrijstellingen van de wet kan vastleggen. Daarin zijn geen beperkingen opgenomen: de minister kan voor alle verplichtingen uit de wet uitzonderingen maken, er is geen beperking in de wet opgenomen waar de vrijstelling over kan gaan. De toelichting op de wet spreekt over een relatief grote groep (mogelijke) vrijstellingen, bijvoorbeeld voor vervoer met een incidenteel karakter of vervoer waarvoor geen medische of verpleegkundige begeleiding noodzakelijk is. Een vrijstelling moet dan wel uitdrukkelijk in de regeling worden opgenomen en kan niet een apart besluit zijn. Hiermee is in de huidige wetgeving ruimte om het vervoer van personen met verward gedrag in de toekomst vrij te stellen van de verplichtingen in de Twaz.

Alternatieve vervoerders die psychiatrische hulpverlening bieden tijdens het vervoer kunnen dit vervoer nu alleen bieden als onderaannemer van de RAV

Er zijn op alle vervoersmomenten groepen personen die baat hebben bij vervoer door vervoerders met GGz-expertise vervoer door GGz-instellingen of zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening (zie hoofdstuk 7). Als psychiatrische hulpverlening nodig is tijdens het vervoer kunnen vervoerders, niet zijnde de RAV, dit vervoer niet (althans niet zonder vrijstelling) bieden binnen de huidige wetgeving. Het betreft immers ambulancezorg in de zin van de Twaz. Zij kunnen dit huidig alleen bieden als onderaannemer van de RAV.

B4 Alternatieve vervoerders kunnen ook vervoer met alleen begeleiding slechts beperkt bieden binnen de huidige wetgeving

Als uit de somatische of psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling blijkt dat de persoon *niet direct gespecialiseerde GGz nodig heeft*, kan georganiseerd vervoer naar huis, een time-outvoorziening, maatschappelijke opvang of een uitslaapbed toch nodig zijn. De hulpverlener organiseert alleen vervoer als het niet anders kan omdat de persoon bijvoorbeeld geen steunsysteem (naasten) heeft. Er is voor deze personen niet zozeer hulpverlening nodig, wel is een juiste bejegening van belang. De ruime uitleg die het Gerechtshof 's-Hertogenbosch aan het begrip 'hulpverlening' toekent, lijkt in de weg te staan van een brede toepassing van vervoer zonder hulpverlening maar met begeleiding.

^{ff} De Twaz wordt verlengd mits het parlement daarmee instemt.

De tijdelijke wet lijkt psychiatrische hulpverlening tijdens het vervoer als ambulancezorg aan te merken

In voorgaande hoofdstukken beschrijven we over welke kennis en vaardigheden hulpverleners dienen te beschikken en welke faciliteiten het vervoersmiddel moet bevatten. De wet is echter niet helder over of het inzetten van de psychiatrische vaardigheden en faciliteiten betekent dat zorg wordt geleverd tijdens het vervoer. De Twaz spreekt over 'Ambulancezorg: zorg, erop gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen'. Hieruit is niet eenduidig af te leiden of bijvoorbeeld de-escaleren en het (her)kennen van psychiatrische ziektebeelden zorg betreft. Uit de uitspraak van het Gerechtshof 's-Hertogenbosch lijken we af te kunnen leiden dat psychiatrische hulpverlening tijdens het vervoer ambulancezorg betreft..

De wetgever heeft op basis van de uitspraak in Den Bosch aanleiding gezien de Twaz aan te passen en 'ambulancezorg' scherper te definiëren

De Twaz wordt in 2018 verlengd^{ff}, een verlenging die doorloopt tot en met 2019. De nieuwe permanente wet ambulancezorg dient per 2020 gereed te zijn (zie figuur volgende pagina). Het wetsvoorstel 'Verlenging en wijziging van de Tijdelijke wet ambulancezorg' zoals dat op 29 november 2016 is ingediend, betreft niet alleen een tweejarige verlenging van de tijdelijke ordening van de ambulancezorg, maar ook een verbetering van de definitie van ambulancezorg. Het wetsvoorstel bevat een definitie van 'ambulancezorgprofessionals'. Achtergrond van de voorgenomen verbetering is de uitspraak van het Gerechtshof 's-Hertogenbosch. In een ministeriële regeling gebaseerd op het nieuwe artikel 10a Twaz zal de wetgever verduidelijken wat onder 'ambulancezorgprofessionals' wordt verstaan en onderscheid kunnen maken tussen verschillende categorieën ambulancezorg.

Tijdslijn wetgeving ambulancezorg



De verlengde Twaz kan mogelijkheden bieden voor alternatieve vervoerders

Door 'ambulancezorgprofessionals' nader te definiëren, wordt in de verlengde Twaz mogelijk duidelijker welke zorg of hulpverlening niet binnen de ambulancezorg valt. Wanneer vormen van patiëntenvervoer niet expliciet genoemd worden als een categorie van ambulancezorg vallen deze buiten de werking van de Twaz. Deze vormen kunnen vervolgens door andere partijen worden uitgevoerd, zo volgt uit de memorie van toelichting op het wetsvoorstel. Dit biedt mogelijk vanaf 2018 ruimte aan alternatieve vervoerders om passend vervoer te bieden aan personen met verward gedrag zonder dat zij onderaannemer zijn van de RAV. De psychiatrische hulpverlening die zij bieden tijdens het vervoer en het vervoer valt in dat geval onder de Zvw of onder (coulance)regelingen van gemeentes of instellingen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg: ook op psychiatrische hulpverlening tijdens vervoer

De IGZ houdt toezicht op de Nederlandse gezondheidszorg. De inspectie heeft deze taak op grond van de Gezondheidswet. Daarin staat dat toezicht moet worden gehouden op de naleving van ongeveer twintig wetten, waaronder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Twaz. In de Twaz is dat nog eens apart vastgelegd en daarmee geldt toezicht en handhaving (ook) voor het daadwerkelijk verlenen van zorg. Dat is volgens de toelichting op de Twaz alles in de reeks van eerste hulp, stabilisatie, vervoer tot en met plaatsen en overdragen van patiënten in de keten van zorg. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg, op grond van risico's en incidenten. Het toetsen door de IGZ vindt plaats op grond van wetten, regels en normen die onder andere door het veld zelf zijn opgesteld.

Politie blijft op basis van de Politiewet – handhaving rechtsorde en verlenen hulp – een rol houden bij het vervoer van personen met verward gedrag

De politie heeft als wettelijke taak, zoals beschreven in de Politiewet 2012, de daadwerkelijke handhaving van de rechtsorde en het verlenen van hulp aan hen die deze behoeven. Vanuit die taak blijft de politie een rol houden bij een deel van het vervoer van personen met verward gedrag.:

- Het vervoer van personen naar het politiebureau, omdat er een redelijk vermoeden bestaat dat zij een strafbaar feit hebben gepleegd.
- Het verlenen van assistentie aan vervoerders als er sprake is van een acute, onveilige situatie die door de hulpverleners niet te hanteren is.

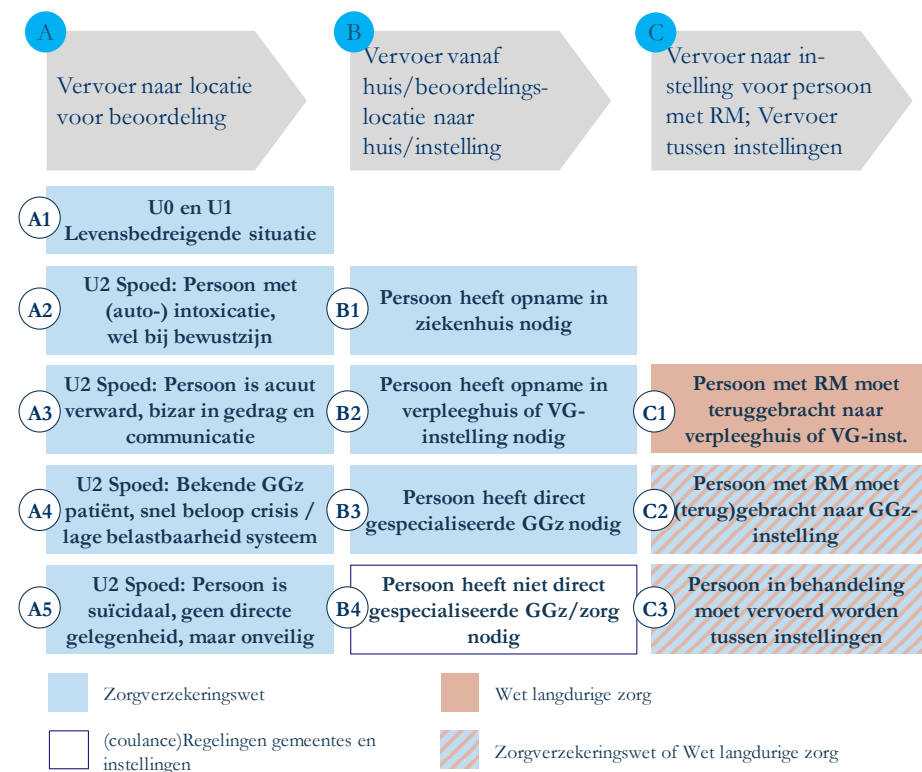
In Bijlage 11. *Vervoersoplossingen en wettelijk kader* treft u een tabel aan met de relevante wetsartikelen en de interpretatie die geleid heeft tot de conclusies in deze paragraaf.

8.2 Financiering van passende vervoersoplossingen

Financiering van vervoersbewegingen met zorg of hulpverlening, valt onder de Zvw of Wlz en vervoer met begeleiding onder regelingen van gemeentes of instellingen

De meeste groepen verwarde personen voor wie georganiseerd vervoer nodig is, hebben somatische zorg of psychiatrische hulpverlening nodig tijdens het vervoer. Als de persoon die georganiseerd vervoer nodig heeft nog niet in een instelling verblijft, valt eventueel vervoer met zorg of hulpverlening onder de Zvw (zie figuur). Het gaat om de personen voor wie de somatische of psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling binnen een uur dient te starten (A1-5), om personen die na de beoordeling direct gespecialiseerde GGz of opname in een verpleeghuis, VG-instelling of ziekenhuis nodig hebben (B1-3) en om personen met een RM die onder voorwaarden thuis verblijven, maar zich niet aan de voorwaarden gehouden hebben (deel C2). Voor personen die verblijven in een instelling kunnen zowel de Zvw als de Wlz van toepassing zijn (C1-3). Voor de groep personen voor wie tijdens het vervoer geen zorg of hulpverlening nodig is, maar die wel begeleid vervoer nodig hebben, valt het vervoer in de regel onder (coulance)regelingen van gemeentes of instellingen.

Geldend financieringsstelsel per groep



De vervoersbewegingen met psychiatrische hulpverlening die we in dit model vervoer beschrijven, zijn niet expliciet opgenomen in de wetgeving of bekostiging

Op basis van de Zvw en de Wlz vergoeden zorgverzekeraars en zorgkantoren expliciet de volgende soorten patiëntenvervoer (zie tabel op volgende pagina):

- ambulancezorg,
- zittend ziekenvervoer voor 5 specifieke patiëntengroepen
- vervoer van en naar de dagbesteding van patiënten die in een instelling verblijven.

De vervoersbewegingen met psychiatrische hulpverlening die we in dit model vervoer beschrijven zijn niet expliciet opgenomen in de wetgeving of bekostiging. Voor vervoer van en door de GGz-instelling geldt op dit moment dat personeelskosten van vervoer door hulpverleners van de crisisdienst en de afschrijvingskosten van vervoersmiddelen onder de crisis-DBC vallen. De kosten voor aanpassing van voertuigen voor personen die psychiatrische hulpverlening nodig hebben, vormen geen onderdeel van de tarieven. Het gaat bijvoorbeeld om de inkoop van C2000-communicatiemiddelen, het aanmelden in het C2000-netwerk en de kosten voor trainingen.

B4 Voor personen voor wie gespecialiseerde GGz/zorg niet direct nodig is, lijkt gemeentelijke financiering vanuit de Wmo niet geschikt, omdat het geen planbare vervoersbewegingen betreft

Een persoon die vanwege een beperking ondersteuning van de gemeente nodig heeft voor vervoer, kan deze ondersteuning aanvragen bij het Wmo-loket.⁹ Er zijn in dit kader bijvoorbeeld voorzieningen voor collectief vervoer en personen kunnen een vergoeding voor vervoerskosten aanvragen. Het gaat in dit geval om planbaar vervoer. Het model vervoer beschrijft echter geen planbare vervoersbewegingen. De Wmo biedt als zodanig weinig voor de hand liggende mogelijkheden voor het vergoeden van de vervoersbewegingen in dit model. In

gemeentelijke begrotingen kunnen dergelijke posten bijvoorbeeld ‘ondergebracht’ worden in paragrafen als Zorg en Welzijn of Openbare Orde en Veiligheid. Er zijn ook voorbeelden van budgetten die bij wijkteams zijn ondergebracht of onder een subsidieregeling vallen. Instellingen brengen de financiering/facturatie bijvoorbeeld onder in grootboeken als kwaliteits-management, veiligheid, administratieve organisatie, verblijfszorg, (ambulante) behandeling of bij voorzieningen voor niet inbare debiteuren.

Huidige financiering en bekostiging van patiëntenvervoer

Soort patiëntenvervoer	Wettelijke grondslag	Financiering	Bekostiging
Ambulancezorg	Artikel 2.13 van het Besluit Zorgverzekeringswet	Zorgverzekeraars vergoeden over het algemeen vervoer door een ambulance binnen de Zvw wanneer de ambulance de persoon naar een Zvw-instelling, naar een Wlz-instelling of naar een Jeugdzorg instelling vervoert en zorg nodig heeft tijdens het vervoer. Daarnaast wordt de ambulancezorg vergoed wanneer de ambulance de persoon vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of een andere zorginstelling vervoert voor een onderzoek, een behandeling of het aanschaffen van een prothese ¹⁰ .	De NZa beschrijft in haar Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening de prestaties en tarieven die gelden voor ambulancezorg ¹¹ .
Zittend ziekenvervoer	Artikel 2.14 van het Besluit Zorgverzekeringswet	Vijf patiëntengroepen kunnen een vergoeding vragen voor vervoer dat samenhangt met hun aandoening of beperking: <ol style="list-style-type: none"> 1. patiënten met nierdialyse, 2. patiënten die chemotherapie of radiotherapie krijgen, 3. personen in een rolstoel, 4. slechtziende personen en 5. jongeren met complexe somatische problematiek of lichamelijke handicap 	Zittend ziekenvervoer valt niet onder de tarief- en prestatiereregulering van de NZa er gelden vrije tarieven die aanbieders en zorgverzekeraars onderling met elkaar afspreken.
Vervoer dagbesteding	Geen expliciete vermelding in Zvw of Wlz ⁸⁸	Er bestaat voor personen die langer dan een jaar zijn opgenomen in een GGZ-instelling of die verblijven in een Wlz-instelling een toeslag 'Vervoer dagbesteding'. Deze toeslag geldt voor patiënten die zijn aangewezen op zorg met dagbesteding, voor wie de dagbesteding wordt aangeboden op een andere locatie dan waar de patiënt verblijft.	De NZa noemt de toeslag voor het vervoer dagbesteding expliciet in het document 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten' ¹²

⁸⁸ Alleen voor het vervoer van personen met een handicap naar de dagbesteding in Artikel 9.1 van de Regeling aanwijzing inzake invoering prestatiebekostiging intramurale langdurige zorg op grond van zorgzwaartepakketten.

8.3 Contractering van passende vervoersoplossingen

Zorgverzekeraars en aanbieders van crisiszorg contracteren vervoer met psychiatrische hulpverlening nu nauwelijks, door ontbreken wettelijke basis

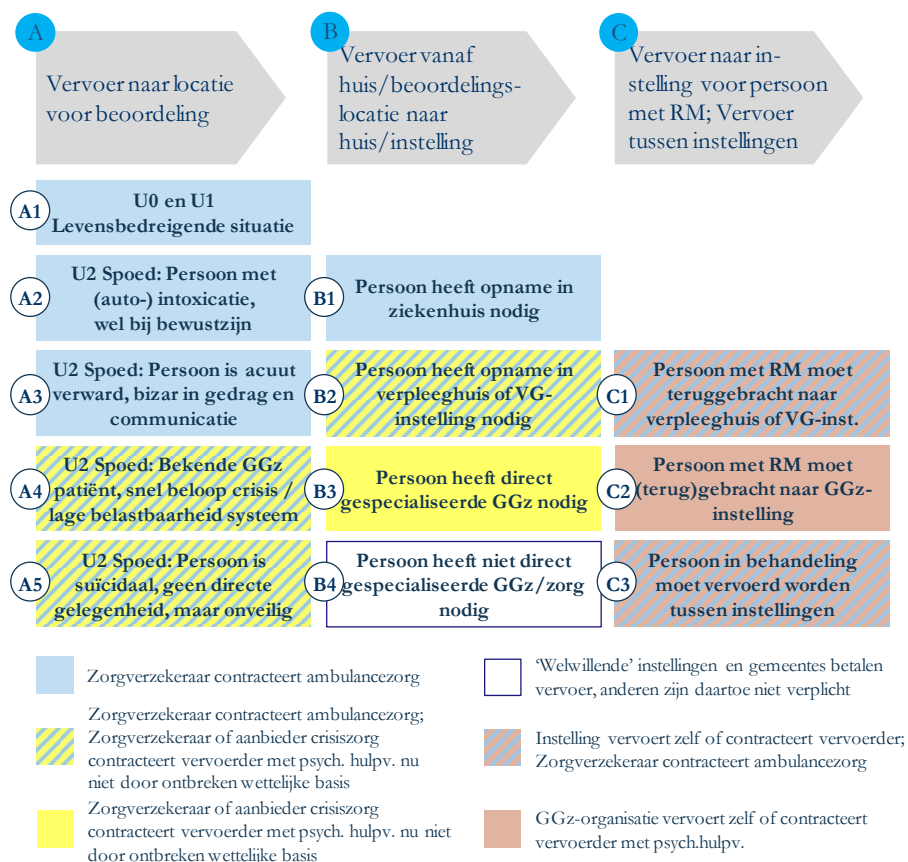
De huidige contractering van het vervoer van personen met verward gedrag in het kader van de Zvw en de Wlz is afhankelijk van de doelgroep (zie onderstaande figuur): :

- A** *Zorgverzekeraars* dienen vervoerders direct te contracteren als er nog geen zorgproduct is geopend voor de persoon, oftewel als er nog geen behandelovereenkomst is van de persoon met een hulpverlener. Dit geldt voor personen die nog niet beoordeeld zijn. Verzekeraars kunnen op dit moment alleen ambulancezorg direct contracteren voor personen die nog niet beoordeeld zijn. Voor directe contractering van vervoer met psychiatrische hulpverlening is geen wettelijke basis. Ook voor beoordeelde personen heeft de zorgverzekeraar op dit moment nauwelijks mogelijkheden om vervoer met psychiatrische hulpverlening direct of indirect – via de aanbieder van crisiszorg – te contracteren.
- B** *Aanbieders van crisiszorg*, contracteren in de huidige situatie geen vervoer met psychiatrische hulpverlening voor beoordeelde personen door het ontbreken van een wettelijke basis en bekostiging.

C *Instellingen* kunnen in de huidige situatie vervoer met psychiatrische hulpverlening zelf contracteren voor personen die onder de behandelverantwoordelijkheid van hun instelling vallen. De instelling waar de persoon met RM onder behandeling is, heeft een verantwoordelijkheid om te zorgen dat de persoon zich aan de voorwaarden van de RM houdt. Dit spraken de politie en GGZ NL ook af in hun convenant in 2012¹³. Ook voor het interklinisch vervoer maken instellingen afspraken met vervoerders. De ervaring leert echter dat instellingen terughoudend zijn met het inzetten van vervoer met psychiatrische hulpverlening, omdat zij dit uit de reguliere DBC-inkomsten moeten betalen.

B4 Gemeentes of instellingen betalen op dit moment in enkele gevallen het vervoer van personen die tóch georganiseerd vervoer nodig hebben na de beoordeling terwijl zij niet direct gespecialiseerde zorg nodig hebben (bijvoorbeeld buiten ANW-uren en bij ontbreken steunsysteem). Dergelijk vervoer wordt in de praktijk vaak door instellingen betaald (bijvoorbeeld door een ziekenhuis bij vervoer vanaf de SEH). Gemeentes spelen hierin vanuit de sluitende aanpak voor personen met verward gedrag eveneens een rol. Gemeentes en instellingen maken hierover afspraken met aanbieders van (zorg)taxivervoer. De gemeente of instelling kan hiervoor een (coulance)regeling treffen. Er zijn echter geen structurele afspraken over gemaakt en personen met een vervoersbehoefte zijn daarmee afhankelijk van de welwillendheid van de gemeente of instelling.

Huidige contractering soort vervoer per groep



Zorgverzekeraars maken op dit moment bij de contractering met RAV's geen onderscheid naar somatische zorg of psychiatrische hulpverlening

Op dit moment sluiten representerende zorgverzekeraars voor het (acute) vervoer van patiënten in een regio contracten af met de RAV die het monopolie heeft in de betreffende regio. Zij doen dit op basis van de prestaties en tarieven van de NZa. Zorgverzekeraars maken in de contractering geen expliciet onderscheid naar het verlenen van somatische zorg of psychiatrische hulpverlening tijdens het vervoer. Zij kunnen in de huidige situatie geen vervoerders, anders dan de RAV, contracteren die passend vervoer met psychiatrische hulpverlening bieden aan een persoon met verward gedrag die niet in een instelling verblijft. Alternatieve aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening kunnen dit vervoer enkel als onderaannemer van de RAV bieden.

Instellingen kunnen zelf vervoer inkopen voor personen die bij hen verblijven, wel is aandacht nodig voor deze kosten bij contractering

Instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor het contracteren van vervoer voor personen die onder behandeling van hun instelling zijn. Instellingen die het vervoer van personen met een RM, die zich niet aan de voorwaarden gehouden hebben, of interklinisch vervoer betalen, doen dit vanuit de reguliere klinische DBC-/ZZP-inkomsten. Zij vervoeren zelf of schakelen hiervoor ambulancezorg of zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening in. Instellingen zijn echter terughoudend bij het inkopen van dit vervoer door de hoge kosten. Er lijken daarnaast perverse financiële prikkels te zijn die het inzetten van ambulancezorg aantrekkelijk maken. Als het vervoer betreft naar een andere GGz instelling, ziekenhuis of thuis dan is de rekening van ambulancezorg in geval van medische noodzaak voor de verzekeraar in plaats van de instelling. Tijdens de contractonderhandelingen tussen de zorgverzekeraars/zorgkantoren en de instellingen zijn de kosten van dergelijk vervoer vaak geen expliciet onderwerp omdat ze geen relevant deel van de totale kosten betreffen. Het is van belang dat instellingen die door inhoudelijke keuzes, zoals het minder toepassen van

vrijheidsbeperkende maatregelen, relatief hoge vervoerskosten hebben, dit aankaarten in de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraar/het zorgkantoor. Zorgverzekeraars en zorgkantoren dienen aandacht te hebben voor eventuele knelpunten voor instellingen die hierdoor ontstaan en voor eventuele perverse financiële prikkels bij de inzet van ambulancezorg.

8.4 Experimenteerruimte actieprogramma ZonMw

Binnen het ZonMw programma is voor 2017-2021 € 8 miljoen beschikbaar voor pilots door aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening niet zijnde een RAV

Het Kabinet stelt vanaf 2017 structureel € 30 miljoen extra per jaar beschikbaar ter ondersteuning van de aanpak verwarde personen (totaal € 150 miljoen).¹⁴ Een groot deel hiervan (in totaal 48 miljoen euro voor de periode 2017-2021) is gereserveerd voor het ZonMw Actieprogramma 'Lokale initiatieven mensen met verward gedrag'. De vervoerslijn in het programma is erop gericht om aanbieders niet zijnde een RAV ruimte te geven om te experimenteren met vervoer met psychiatrische hulpverlening. Er is specifiek voor vervoer de komende 4 jaar in totaal € 8 miljoen beschikbaar voor pilots. De eerste subsidieoproep in het kader van dit programma is begin december 2016 gesloten.

Tijdens de looptijd van de pilots biedt VWS vervoersaanbieders de ruimte om van de wet en bestaande kwaliteitskaders af te wijken, mits de kwaliteit en toegankelijkheid gewaarborgd zijn

De voorstellen die ZonMw ontvangt op het gebied van vervoer zal een daarvoor opgerichte programmacommissie toetsen. De commissie toetst op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de voorgestelde vervoerspilots. Tijdens de looptijd van het programma biedt het ministerie van VWS de vervoersaanbieders de ruimte om van de wet (met name Twaz) en bestaande kwaliteitskaders (bijvoorbeeld over deskundigheidsvereisten) af te wijken. De vervoersaanbieders dienen in de voorstellen voor de pilots wel duidelijk te omschrijven op welke manier zij de benodigde kwaliteit en toegankelijkheid van het vervoer voor personen met verward gedrag waarborgen.

9 Conclusies

Het model vervoer beschrijft oplossingen voor situaties die bij voorkeur voorkomen worden, bijvoorbeeld door betere preventie of fysieke triage

Vervoersbewegingen kunnen traumatisch zijn voor personen met verward gedrag. Zij zijn erbij gebaat om zo weinig mogelijk vervoerd te worden. Gemeentes werken aan een sluitende aanpak voor deze personen, die onder andere gericht is op preventie en vroegtijdige signalering. Betere preventie en signalering leidt op termijn tot minder vervoersbewegingen. Verbeterde triage van meldingen van personen met verward gedrag kan eveneens vervoersbewegingen voorkomen. Bijvoorbeeld door fysieke triage ter plekke door een SPV. Bij vervoer ná een eventuele beoordeling zijn het hulpverleners die in overleg met de persoon en zijn naasten bepalen of vervoer nodig is. Personen met een sterk steunsysteem/naasten kunnen ook gebruik maken van eigen vervoer als dit veilig is.



Somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden tijdens het vervoer zijn alleen nodig wanneer sprake is van somatiek of somatiek nog niet uitgesloten is

We onderscheiden in het model 3 vervoersmomenten met per moment 3 tot 5 groepen personen voor wie georganiseerd vervoer nodig kan zijn. Per groep zijn door middel van focusgroepen de vervoersbehoeften in kaart gebracht. Georganiseerd vervoer dient te voldoen aan de uitgangspunten voor humaan vervoer: de bejegening voldoet aan herstelondersteunende principes, een naaste kan meerijsen en het vervoer is zoveel mogelijk zittend en prikkelarm.

^{hh} U0 en U1 komen overeen met A1 binnen de ambulancezorg. Voor personen met een U2 is de maximale aanrijtijd gemiddeld 30 minuten, overeenkomstig met A2 binnen de ambulancezorg.

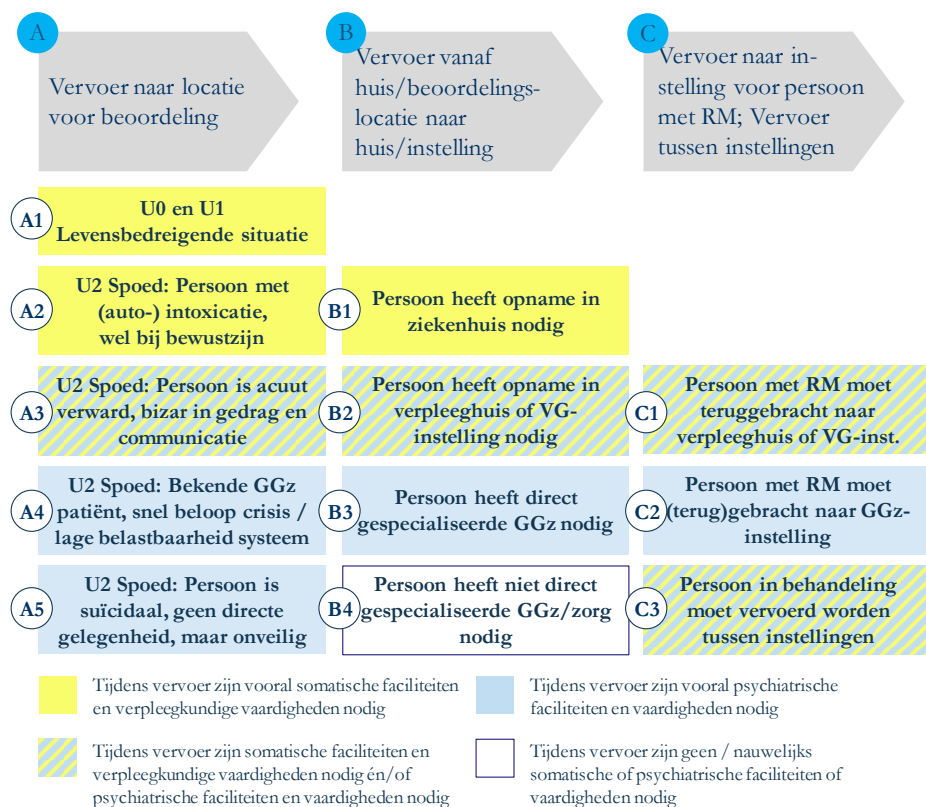
Daarnaast dient het vervoer te voldoen aan de hulpvraag op het moment van vervoer. De aanwezigheid van somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden is alleen nodig als het gaat om een levensbedreigende situatie, in gevallen waar nog niet is uitgesloten of de oorzaak van het acuut verwarde gedrag een somatische is, of als een (beoordelend) arts bepaalt dat somatische zorg tijdens het vervoer nodig is (zie figuur). Tijdens andere vervoersbewegingen is vooral psychiatrische hulpverlening van belang voor de persoon.



Korte acceptabele aanrijtijd is vooral van belang voor personen die nog niet beoordeeld zijn met een levensbedreigende of spoed urgentie

Naast de uitgangspunten van humaan vervoer, de faciliteiten van het voertuig en de vaardigheden van de hulpverlener, is de maximaal acceptabele aanrijtijd van belang. Deze is maximaal 30 minuten voor de groepen waarvoor vervoer nodig is vóór de beoordeling. Het betreft immers personen met een U0, U1 of U2 urgentie^{hh}, voor wie de somatische of psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling minimaal binnen een uur moet starten (voor U0 en U1 geldt een maximale aanrijtijd van 15 minuten).

Vervoersbehoefte en hulpvraag per groep



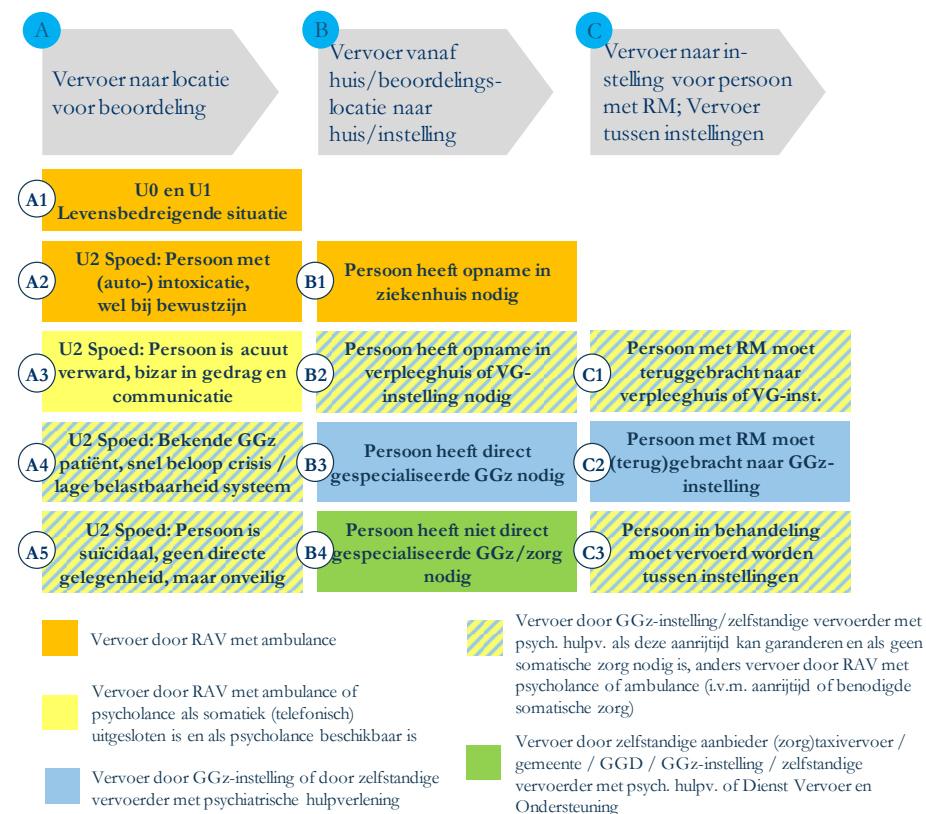
Vervoerders voldoen op dit moment in meer of mindere mate aan de vervoersbehoefte en hulpvraag van personen met verward gedrag

Als het gaat om het realiseren van korte aanrijtijden, zijn politie en ambulance daar het beste toe in staat: Zij kunnen 24/7 een aanrijtijd van 30 minuten realiseren. Vervoerders van GGz-instellingen en zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening voldoen het beste aan de uitgangspunten van humaan vervoer: de bejegening conform herstelondersteunende principes, een naaste kan meedelen en zoveel mogelijk zittend en prikkelarm vervoer. Wat betreft faciliteiten van het voertuig en vaardigheden van de hulpverlener, bevat de ambulance als enige vervoerder alle somatische faciliteiten en verpleegkundige vaardigheden en is in een psycholance ook liggend vervoer mogelijk. GGz-instellingen, zelfstandige vervoerders met psychiatrische hulpverlening en de psycholance van de RAV bieden daarentegen de meeste psychiatrische vaardigheden. In dit 'Model vervoer' scharen wij de drie huidige zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening voor de overzichtelijkheid onder één noemer. De mate waarin de zelfstandige vervoerders kunnen voldoen aan de vervoersbehoefte en hulpvraag verschilt echter per aanbieder (zie hoofdstuk 6).

Vervoerders met GGz kennis en vaardigheden bieden meest passende vervoer, ambulance speelt vooral rol als somatiek niet uitgesloten is en bij korte maximale aanrijtijden

In zijn algemeenheid geldt dat vervoerders met specifieke GGz kennis en vaardigheden het meest passende vervoer kunnen bieden aan personen met verward gedrag (zie figuur en tabel op volgende pagina). In gevallen waar een aanrijtijd van maximaal 30 minuten gewenst is (vóór beoordeling), is de inzet van/samenwerking met reguliere ambulances nodig, omdat alleen zij een dergelijke aanrijtijd kunnen garanderen. Zij vormen ook een achtervang voor een eventuele psycholance. Daarnaast is de inzet van een ambulance nodig als de oorzaak van het verwarde gedrag mogelijk somatisch is. Er dient in het geval van de inzet van een ambulance aandacht te zijn voor aanwezigheid van GGz-vaardigheden op de ambulance en voor het prikkelarm maken van de ambulance.ⁱⁱ

Passende vervoersoplossing per groep



ⁱⁱ Bijvoorbeeld door zware apparatuur af te dekken met een plaat met een foto van de omgeving (voorbeeld: RAV IJsselland).

Passende vervoerders per groep

Vervoersmoment	Doelgroep	Is vervoerder passend voor doelgroep?							
		Politie - Politieauto	RAV - Ambulance	RAV - Psycholance	Vervoer van en door GGz-instelling - Personenauto	Zelfstandige aanbieders vervoer met psychiatrische hulpverlening - Personenbus	Vervoer van en door GGD / gemeente - Personenbus	Zelfstandige (zorg)taxivervoer - Personenauto	Dienst Vervoer en Ondersteuning - Personenbus
A. Vervoer vóór beoordeling	Persoon met (auto-) intoxicatie, wel bij bewustzijn	●	●	●	●	●	●	●	●
	Persoon is acuut verward, bizar in gedrag en communicatie; somatiek niet uitgesloten	●	●	●	●	●	●	●	●
	Persoon is acuut verward, bizar in gedrag en communicatie; somatiek uitgesloten	●	●	●	●	●	●	●	●
	Bekende GGz patiënt, snel beloop crisis of lage belastbaarheid systeem	●	●	●	●	●	●	●	●
	Persoon is suïcidaal, er is geen directe gelegenheid, maar omgeving onveilig	●	●	●	●	●	●	●	●
B. Vervoer na beoordeling	Persoon heeft opname in ziekenhuis nodig	●	●	●	●	●	●	●	●
	Persoon heeft opname in verpleeghuis of VG-instelling nodig	●	●	●	●	●	●	●	●
	Persoon heeft direct gespecialiseerde GGz nodig	●	●	●	●	●	●	●	●
	Persoon heeft niet direct gespecialiseerde GGz/zorg nodig	●	●	●	●	●	●	●	●
C. Vervoer van persoon in behandeling	Persoon met RM moet teruggebracht naar verpleeghuis of VG-instelling	●	●	●	●	●	●	●	●
	Persoon met RM moet teruggebracht naar GGz-instelling	●	●	●	●	●	●	●	●
	Persoon in behandeling moet vervoerd worden tussen instellingen	●	●	●	●	●	●	●	●



Er bestaat onvoldoende wettelijke basis voor het bieden van passend vervoer, verlengde Twaz zorgt mogelijk voor meer duidelijkheid

Als een persoon tijdens het vervoer zorg of hulpverlening ontvangt, valt dit vervoer onder de Twaz. Een rechterlijke uitspraak uit 2013 benadrukt dat het vervoer van personen die zorg of hulpverlening ontvangen tijdens het vervoer al snel onder de Twaz valt. Alternatieve vervoerders die psychiatrische hulpverlening bieden tijdens het vervoer kunnen dit vervoer nu alleen bieden als onderaannemer van de RAV. Ook wanneer alternatieve vervoerders alleen begeleiding bieden tijdens het vervoer kunnen zij dit slechts beperkt bieden binnen de huidige wetgeving. De tijdelijke wet lijkt psychiatrische hulpverlening tijdens het vervoer immers als ambulancezorg aan te merken. De wetgever heeft op basis van de uitspraak in 2013 aanleiding gezien de Twaz aan te passen en ‘ambulancezorg’ scherper te definiëren. Deze verlengde Twaz kan mogelijkheden bieden voor alternatieve vervoerders door duidelijke afbakening en daarmee impliciete uitsluiting van vervoer met psychiatrische hulpverlening.



Er is geen expliciete vermelding van vervoer met psychiatrische hulpverlening in wetgeving of bekostiging

Financiering van vervoersbewegingen met zorg of hulpverlening, valt onder de Zvw of Wlz. Vervoer met begeleiding betreft geen zorg of hulpverlening en valt daarmee in de regel onder (coulance)regelingen van gemeentes of instellingen. In de Zvw en/of de bekostiging zijn slechts drie soorten patiëntenvervoer expliciet opgenomen, te weten ambulancezorg (Besluit Zvw), zittend ziekenvervoer voor 5 specifieke patiëntengroepen (Besluit Zvw) en vervoer naar dagbesteding voor patiënten in een instelling (Prestatiebeschrijvingen zorgzwaartepakketten NZa). De vervoersbewegingen met psychiatrische hulpverlening die we in dit model vervoer beschrijven zijn niet expliciet opgenomen in de wetgeving of bekostiging.



Zorgverzekeraars en aanbieders crisiszorg contracteren vervoer met psychiatrische hulpverlening nu nauwelijks, er is een wettelijke basis nodig om dit te stimuleren

Zorgverzekeraars kunnen voor vervoer van personen die nog niet beoordeeld zijn op dit moment alleen ambulancezorg direct contracteren. Voor directe contractering van vervoer met psychiatrische hulpverlening ontbreekt een wettelijke basis. De zorgverzekeraar heeft ook voor het vervoer met psychiatrische hulpverlening van beoordeelde personen nauwelijks directe of indirecte – via de aanbieder van crisiszorg – contractermogelijkheden. Aanbieders van crisiszorg contracteren in de huidige situatie eveneens geen vervoer met psychiatrische hulpverlening voor beoordeelde personen door het ontbreken van een wettelijke basis en bekostiging. Als vervoer met psychiatrische hulpverlening door een duidelijke, expliciete keuze of afbakening van de wetgever buiten de werking van de verlengde Twaz valt, kunnen verzekeraars dit vervoer direct of indirect contracteren met alternatieve aanbieders, zoals GGz-instellingen of zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening, of met de RAV (bijvoorbeeld psycholance).



Personen die geen zorg maar toch georganiseerd vervoer nodig hebben, zijn nu afhankelijk van welwillendheid van de gemeente of instelling, er zijn structurele afspraken nodig

Georganiseerd vervoer voor personen die niet direct gespecialiseerde GGz/zorg nodig hebben, maar niet op eigen kracht naar huis kunnen, wordt op dit moment soms vergoed vanuit (coulance)regelingen van gemeentes/instellingen. Dergelijk vervoer wordt in de praktijk vaak door instellingen betaald (bijvoorbeeld door een ziekenhuis bij vervoer vanaf de SEH). Gemeentes spelen hierin vanuit de sluitende aanpak voor personen met verward gedrag eveneens een rol. Er zijn echter geen structurele afspraken over gemaakt en personen met een vervoersbehoefte zijn daarmee afhankelijk van de welwillendheid van de gemeente of instelling.



Instellingen zijn terughoudend bij inkopen van vervoer voor personen bij hen in behandeling, aandacht tijdens contractering met verzekeraars nodig

Instellingen kopen reeds zelf vervoer in voor het (terug)brengen van personen met een RM die zich niet aan de voorwaarden gehouden hebben of voor interklinisch vervoer van personen die bij hen verblijven. Instellingen zijn echter terughoudend bij het inkopen van dit vervoer door de hoge kosten per persoon die ermee gemoeid gaan. Bovendien lijken er perverse financiële prikkels te bestaan om ambulancezorg in te zetten omdat dit voor rekening van de zorgverzekeraar is als er medische noodzaak is. Er is daarom aandacht nodig voor de kosten van vervoer van personen in behandeling tijdens de contractering met zorgverzekeraars.

10 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk beschrijven we aanbevelingen voor de middellange termijn die grotendeels volgen uit de conclusies die we in hoofdstuk 9 trokken. We onderscheiden de volgende categorieën aanbevelingen:

- Organisatie van passend vervoer voor personen met verward gedrag.
- Wettelijke basis voor passende vervoerders die eerst geborgd dient te worden, voordat partijen het vervoer met psychiatrische hulpverlening kunnen contracteren.
- Financiering van passende vervoersoplossingen.
- Contractering van passende vervoersoplossingen.

Voor de korte termijn – vanaf 1 januari 2017 – dienen partijen met elkaar in gesprek te gaan om het vervoer voor personen met verward gedrag te organiseren. De NZa heeft hier recent een handvat voor opgesteld: voor de AZN, ZN, het LNAZ, alle ROAZ-en, de RAV's en zorgverzekeraars.¹⁵ Het handvat beschrijft dat de RAV en representerende zorgverzekeraar(s) door de herverdeling van verantwoordelijkheden omtrent het vervoer van personen met verward gedrag aanvullende middelen kunnen aanvragen. Hiervoor is € 6 miljoen per jaar aan het premiekader ambulancezorg toegevoegd. Partijen dienen daarnaast toe te werken naar de gewenste middellange termijn situatie. In dit kader is er in de komende 4 jaar in totaal € 8 miljoen beschikbaar gesteld voor 'experimenten' op het gebied van het vervoer van personen met verward gedrag door vervoersaanbieders niet zijnde een RAV.

10.1 Afspraken over passend vervoer

Onder regie van gemeentes zetten hulpverleningsorganisaties in op preventie en vroegsignalering om vervoersbewegingen te voorkomen

Het is van belang om vervoersbewegingen te voorkomen door in te zetten op preventie en vroegsignalering. Vervoersbewegingen kunnen traumatisch zijn voor personen met verward gedrag. Zij zijn erbij gebaat om zo weinig mogelijk vervoerd te worden. Gemeentes hebben een regisserende rol bij het ontwikkelen van een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag, waar preventie en vroegsignalering een belangrijk onderdeel van uitmaken. De verantwoordelijkheid voor het realiseren van een sluitende aanpak vóór 1 oktober 2018 ligt bij alle betrokken ketenpartners, zowel lokaal als regionaal, met een regierol voor de gemeentes. Het landelijk Schakelteam (opvolger van het Aanjaagteam) stimuleert een sluitende aanpak, ondersteunt het realiseren ervan, adresseert knelpunten, communiceert en monitort¹⁶.

Partijen in de acute zorg- en veiligheidsketen maken in de regio afspraken over het aanbod van passend vervoer voor personen met verward gedrag

Partijen dienen in de regio afspraken met elkaar te maken over het aanbod van vervoer aan personen met verward gedrag. Zij kunnen hiervoor de tabel 'Passende vervoerders per groep' in het hoofdstuk Conclusies (zie pagina 57) gebruiken. Partijen in de acute zorg- en veiligheidsketen bezien met elkaar welke aanbieders

van vervoer er zijn in een regio en of er voldoende aanbod is.^{jj} Wanneer meerdere aanbieders passend vervoer bieden, wordt bij voorkeur de meest doelmatige aanbieder ingezet. Overleg kan plaatsvinden op het niveau van de GGz-regio's. ROAZ'en spelen hierbij een overstijgende rol: zij dragen zorg voor het faciliteren van overleg, het delen van informatie en het vastleggen van afspraken en het monitoren daarvan. Aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening, niet zijnde de RAV, maken afspraken met de meldkamer over hun inzet bij acuut vervoer.

Als passend vervoer niet beschikbaar is, dienen beschikbare vervoerders hun aanbod aan te sluiten op de behoefte van personen met verward gedrag

In uitgestrektere regio's met minder inwoners zijn waarschijnlijk weinig personen met verward gedrag vóór de psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling die georganiseerd vervoer nodig hebben. In deze regio's kan het ondoelmatig zijn om een psycholance te organiseren en is het wellicht niet haalbaar voor GGz-instellingen of zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening om acuut vervoer te bieden (maximale aanrijtijd 30 minuten). De RAV dient in dat geval actief in te zetten op het bevorderen van de GGz-deskundigheid van de ambulanceverpleegkundigen.^{kk} Aandachtspunt bij de inzet van een ambulance is daarnaast het zoveel mogelijk prikkelarm maken van het voertuig.^{ll} Ook voor vervoer met psychiatrische hulpverlening ná de beoordeling en vervoer tijdens de behandeling kan het zijn dat in bepaalde regio's het meest passende vervoer niet beschikbaar is. In dit geval dienen aanbieders van (minder passend) vervoer zich te richten op het zoveel mogelijk vervullen van de uitgangspunten humaan vervoer en het hebben van de benodigde psychiatrische vaardigheden.

^{jj} Om binnen de populatie van personen met verward gedrag ook voor personen met PG- of VG-problematiek passend vervoer te kunnen bieden, is het aan te bevelen dat (een deel van) de vervoerders met psychiatrische hulpverlening en ambulancezorg kennis hebben van (de omgang met) deze problematiek.

Partijen werken met elkaar uit wie het vervoer voor personen met verward gedrag in kan en mag zetten en op welke manier zij dit doen

Uitgangspunt van dit model is dat georganiseerd vervoer alleen ingezet wordt als het noodzakelijk is. Partijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) dienen verder uit te werken welke persoon of organisatie de inzet van passend vervoer bepaalt en de manier waarop. Dit verschilt per vervoersmoment:

- A** *Vóór de beoordeling* lijken de meldkamers politie en ambulance en de crisisdienst de meest aangewezen organisaties om te bepalen of vervoer ingezet wordt. Of de genoemde partijen inderdaad vervoer mogen indiceren en op basis waarvan werken partijen verder met elkaar uit. Het model gaat uit van (telefonische) triage op basis van psychiatrische kenmerken van de persoon en dat er informatie voorhanden is over of de persoon bekend is bij de gespecialiseerde GGz. Dit is in de huidige situatie maar deels het geval. De voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening start in 2017 met het toetsen en het vervolgens implementeren van de GGz-triagewijzer. Het gebruik van de psychiatrische kenmerken voor de bepaling van de urgentie en de in te schakelen hulpverlening op de meldkamer politie en ambulance vormt onderdeel van het project 'Model melding'. Dit project is eind 2016 gestart.
- B** *Na de beoordeling en tijdens de behandeling* is het de beoordelend arts of verpleegkundige die bepaalt of vervoer nodig is. Partijen dienen met elkaar overeen te komen of het inzetten van de vervoerder vervolgens nog via de meldkamer verloopt.

^{kk} Naast de algemene verbetering van GGz-vaardigheden van ambulancemedewerkers ingezet door de AZN (zie het Kwaliteitskader '(acute) psychiatrie ambulancezorg').

^{ll} Bijvoorbeeld door zware apparatuur af te dekken met een plaat met een foto van de omgeving (voorbeeld: RAV IJsselland).

Aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening registreren het aantal en soort personen dat zij vervoeren en het verloop van het vervoer

Er bestaat onduidelijkheid over de omvang van de groep personen met verward gedrag die georganiseerd vervoer nodig hebben. In dit model vervoer hebben wij een aantal groepen personen onderscheiden naar vervoersmoment. We beschikken echter niet over het aantal personen dat het betreft per groep. Het is van belang om meer inzicht te krijgen in aantallen per soort personen met verward gedrag dat georganiseerd vervoer nodig heeft. Dit leidt tot meer inzicht in de kosteneffectiviteit van verschillende vormen van vervoer met psychiatrische hulpverlening, zoals de psycholance. Aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening dienen het aantal en het soort personen dat zij vervoeren te registreren. Ook het verloop van het vervoer is van belang, bijvoorbeeld: 'Werd de aanrijtijd behaald?', 'Is er gebruik gemaakt van sedatie of vastmaken?'. Het registreren kan onderdeel uitmaken van de monitoring door de RAV's (hiervoor is via ZonMw € 6,- miljoen per jaar beschikbaar gesteld), en als onderdeel van de monitoring van de experimenten in het kader van het ZonMw programma (zie Bijlage 12. *Te registreren gegevens vervoerspilots*). Op basis hiervan kan de huidige indeling van personen met verward gedrag die georganiseerd vervoer nodig hebben aangescherpt worden en kan er een inschatting gemaakt worden van het aantal personen per groep. Hierbij dient ook geverifieerd te worden of voor personen met een lagere urgentiegraad (U3 of U4/psychosociale problematiek) inderdaad geen georganiseerd vervoer nodig is (zie paragraaf 4.1).

10.2 Wettelijke basis voor passende vervoerders

De wetgever dient aandacht te hebben voor een duidelijkere afbakening van ambulancezorg in de verlengde Twaz en de Wet ambulancezorg vanaf 2020

Doordat de RAV's op dit moment de enige zorgaanbieders zijn die vervoer met zorg mogen leveren aan personen die niet in instellingen verblijven (met uitzondering van zittend ziekenvervoer), heeft passend vervoer voor personen met verward gedrag door aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening weinig voet aan de grond gekregen. De verlengde Twaz en vervolgens de Wet ambulancezorg die vanaf 2020 ingaat, dienen een duidelijkere afbakening te bevatten van de (verschillende categorieën) van ambulancezorg.

De wetgever dient samen met de NZa na te gaan op welke manier zij het vervoer met psychiatrische hulpverlening expliciet kunnen verankeren in de wet (en bekostiging) of uitsluiten van de wet ambulancezorg

Een verankering in wet en regelgeving (en de bekostiging) van vervoer met psychiatrische hulpverlening is nodig om duidelijkheid te scheppen voor inkopers en aanbieders van dergelijk vervoer. Uitsluiting van dergelijk vervoer van ambulancezorg, zoals mogelijk in de verlengde Twaz, is ook een mogelijkheid. Op deze manier ontstaat er meer duidelijkheid voor huidige en potentiële (zelfstandige) aanbieders, wat waarschijnlijk leidt tot nieuwe toetreders en een grotere dekking in Nederland. De wetgever dient na te gaan op welke manier deze verankering het beste vorm kan krijgen en dient dat in samenspraak met de NZa vorm te geven als de taken en bevoegdheden van de NZa en/of de werkingssfeer van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) moet worden aangepast. Grofweg zijn het twee opties:

- *Expliciete opname* in wet en regelgeving, zoals bijvoorbeeld door de betreffende doelgroep(en) toe te voegen als één of meerdere patiëntengroepen die aanspraak kunnen maken op zittend ziekenvervoer.^{mm}
- *Uitsluiting van werking* wet ambulancezorg: Door ‘ambulancezorg-professionals’ nader te definiëren en vervoer met psychiatrische hulpverlening niet expliciet te noemen als een categorie van ambulancezorg.

De keuze voor de manier van verankering in wet en regelgeving is afhankelijk van de mate van regulering die gewenst is. Expliciete opname in wet en regelgeving (en dan bij voorkeur op het niveau van een wet in formele zin) biedt de mogelijkheid om wettelijk uniforme kwaliteitseisen en tarieven vast te leggen. Uitsluiting betekent dat het vervoer met psychiatrische hulpverlening niet onder de werking van de wet ambulancezorg valt en daarmee vrijgelaten wordt aan de markt (binnen grenzen van mededinging en aanbesteding). Bij expliciete opname van het vervoer in wet en regelgeving kunnen verschillende soorten bekostiging horen: specifieke prestaties voor vervoer met psychiatrische hulpverlening of opname van het vervoer in bestaande zorgproducten zoals de crisis-DBC en de verblijfszorgproducten (zoals vervoer dagbesteding).^{mm}

^{mm} Indien bepaalde vervoersstromen buiten de Twaz, maar onder de aanspraak vervoer komen te vallen, dan geldt een NZa-prestatie-regulering alleen als de vervoersstroom genoemd wordt in het Besluit Uitbreiding en Beperking werkingssfeer (BUB) Wmg.

Er is bij verankering in de wet (en bekostiging) aandacht nodig voor de deskundigheidsvereisten van psychiatrische hulpverlening en de bepaling van de inzet van vervoer

Bij opname in de wet (en de bekostiging) is verdere juridische uitwerking van psychiatrische hulpverlening tijdens het vervoer nodig. Het gaat om het verder definiëren van de deskundigheidsvereisten waaraan de hulpverleners op het voertuig dienen te voldoen en aan welke eisen het voertuig moet voldoen. Daarnaast is het van belang om in de wet op te nemen wie de vervoerder in mag schakelen.

10.3 Financiering van passende vervoersoplossingen

Gemeentes en instellingen maken onderling afspraken over de organisatie en financiering van vervoer van personen zonder steunsysteem die, na de beoordeling, geen gespecialiseerde zorg nodig hebben

Na de beoordeling kunnen sommige personen zonder steunsysteem georganiseerd vervoer nodig hebben, ook al hebben ze niet direct gespecialiseerde GGz/zorg nodig. Dit komt vooral voor tijdens ANW-uren. De gemeente speelt vanuit het bieden van een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag een regierol bij het organiseren van vervoer voor deze groep personen. Zij gaan hierover in gesprek met instellingen in hun gemeente. Gemeentes gaan in dit kader na vanuit welke (coulance)regelingen zij dit vervoer kunnen (en mogen) betalen.

^{mm} Deze vorm van bekostiging heeft in eerste instantie niet de voorkeur van de NZa. Het uitgangspunt van de bekostiging is een integrale prestatie waarin alle kosten verdisconteerd zijn. Daarvan wordt afgeweken als een activiteit kostenverstorend werkt. De activiteit wordt bij sommige patiënten wél en sommige patiënten niet toegepast. Het wel of niet toepassen heeft verstorende kosteneffecten.

10.4 Contractering van passende vervoersoplossingen

We beschrijven in deze paragraaf de contractering van passend vervoer van personen met verward gedrag op middellange termijn (zie figuur). We gaan hierbij uit van een wettelijke verankering of een concrete afbakening van vervoer met psychiatrische hulpverlening buiten de wet ambulancezorg.

A Zorgverzekeraars contracteren aanbieders van ambulancezorg en vervoerders met psychiatrische hulpverlening direct voor vervoer van personen vóór beoordeling

Zorgverzekeraars en aanbieders van ambulancezorg maken afspraken over vervoer van verwarde personen, waarbij sprake is van somatiek of somatiek nog niet uitgesloten is (doelgroepen A1 t/m A3). Het gaat om personen die nog niet beoordeeld zijn. Voor personen die meer baat hebben bij vervoer met psychiatrische hulpverlening (doelgroepen A4 en A5: bekende GGz-patiënten of acuut suïcidale personen), maken zorgverzekeraars afspraken met vervoerders die dit kunnen bieden. Aandachtspunt hierbij is de maximale aanrijtijd van 30 minuten om te waarborgen dat de psychiatrische/multidisciplinaire beoordeling binnen één uur kan starten. De RAV zelf kan ook besluiten om dit vervoer aan te bieden (buiten de werking van de wet ambulancezorg). Zorgverzekeraars en aanbieders zullen in de contracten afspreken wie de aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening in mag schakelen (zie ook paragraaf 10.1). Als er geen alternatieve vervoerders zijn, maakt de zorgverzekeraar afspraken met ambulancezorg over passend vervoer van doelgroepen A4 en A5. Totdat het vervoer met psychiatrische hulpverlening expliciet opgenomen of afgebakend is in de wet (en de bekostiging) kunnen zorgverzekeraars in het kader van het ZonMw Actieprogramma afspraken maken met vervoerders.

Gewenste contractering soort vervoer per groep



B **Zorgverzekeraars contracteren direct of indirect aanbieders van vervoer ná de beoordeling, afhankelijk van de gekozen bekostiging**

Zorgverzekeraars en aanbieders van ambulancezorg maken afspraken over het vervoer ná de beoordeling van personen die somatische zorg nodig hebben tijdens het vervoer (doelgroep B1 en een deel van B2). De contractering van vervoer met psychiatrische hulpverlening voor de groep personen die na de beoordeling gespecialiseerde zorg of GGz nodig hebben (een deel van B2 en B3) hangt af van de keuze van de manier van bekostiging van dit vervoer:

- *Specifieke prestaties voor vervoer met psychiatrische hulpverlening:* zorgverzekeraars en aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening maken afspraken over het vervoer van deze personen.
- *Opname van het vervoer in bestaande zorgproducten:* Het vervoer van personen die direct gespecialiseerde zorg nodig hebben na de beoordeling zou onderdeel kunnen vormen van de crisis-DBC die de beoordelend arts opent voor de persoon. Wanneer het vervoer onderdeel uitmaakt van de DBC, is de GGz-organisatie waar de crisisdienst onderdeel van is verantwoordelijk voor de organisatie van het vervoer. De crisisdienst kan op deze manier eventueel vervoer na de beoordeling zelf uitvoeren of een contract afsluiten met een zelfstandige vervoerder met psychiatrische hulpverlening.

Verankering in de wet (en bekostiging) kost tijd. In de tussentijd kunnen aanbieders gebruik maken van de experimenteerruimte die geboden wordt binnen het ZonMw Actieprogramma ‘Lokale initiatieven mensen met verward gedrag’ voor 2017-2021.

C **Instellingen maken afspraken met aanbieders van vervoer van personen bij hen in behandeling; Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben aandacht voor de impact van deze kosten**

Hoewel instellingen reeds de mogelijkheid hebben om vervoer in te kopen voor personen die onder behandeling van hun instelling zijn, zijn ze hier terughoudend in. Vooral het (terug)vervoeren van personen met een RM die zich niet aan de voorwaarden gehouden hebben, kan tot hoge kosten leiden. Deze kosten vallen binnen de reguliere DBC/ZZP, maar instellingen geven aan dat zij de kosten niet kunnen dekken uit het zorgproduct. Instellingen dienen de discussie aan te gaan met zorgverzekeraars op basis van aantallen en kosten. Zij moeten daarbij aangeven op welke manier zij de ongeoorloofde afwezigheid van personen die met een RM in de instelling verblijven proberen terug te dringen. In dit kader dienen partijen ook met elkaar te bespreken op welke manier perverse financiële prikkels, die het inzetten van ambulancezorg aantrekkelijk maken, weggenomen kunnen worden.

Literatuurverwijzingen

- ¹ Strategies in Regulated Markets SiRM (2015) Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten. Februari 2015.
- ² De Nationale Politie en GGZ Nederland (2016) Evaluatie Landelijk Convenant Politie GGZ Nederland 2012. April 2016.
- ³ Aanjaagteam Verwarde Personen (2016) Tussenrapportage ‘Samen doorpakken’. Op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak voor en met mensen met verward gedrag.’ Januari 2016.
- ⁴ Ambulancezorg Nederland (2015) Kwaliteitskader (acute) psychiatrie ambulancezorg. September 2015.
- ⁵ NZa (2016) Handvat NZa t.b.v.afspraken in ROAZ over vervoer verwarde personen.
- ⁶ Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2016) Generieke module Acute Psychiatrie.
- ⁷ ECLI:NL:GHSHE:2013:3651.
- ⁸ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 16 oktober 2012, nr. CZ-3131585, houdende nieuwe eisen inzake de ambulancezorg (Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg).
- ⁹ Ieder(in) (2015). Vervoer in goede banen. Handreiking voor lokale belangenbehartigers.
- ¹⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/vervoer>.
- ¹¹ Nederlandse Zorgautoriteit (2016) Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening 2016, BELEIDSREGEL BR/CU-7148.
- ¹² NZa (2016). Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten, BELEIDSREGEL CA-BR-1607c, Bijlage 22 bij circulaire Care/Wlz/16/11c.
- ¹³ De vereniging GGZ Nederland en Raad van Korpschefs (2012), Convenant Politie – GGZ NL.
de Raad van Korpschefs van de politie, gevestigd te De Bilt, ten deze vertegenwoordigd door de heer B.
Rookhuijzen, portefeuillehouder Gebiedsgebonden Politie van de Raad van Korpschefs, verder te noemen Raad van Korpschefs
- ¹⁴ Schippers (2016). Brief aan de Tweede Kamer: Reactie tweede tussenrapportage Aanjaagteam verwarde personen, 1024118-155676-CZ.
- ¹⁵ NZa (2016) Handvat NZa t.b.v.afspraken in ROAZ over vervoer verwarde personen.
- ¹⁶ Niemand tussen wal en schip (2016). Schakelprogramma, Schakelteam voor personen met verward gedrag.