

**35 471 Regels inzake de organisatie,
beschikbaarheid en kwaliteit van
ambulancevoorzieningen (Wet
ambulancezorgvoorzieningen)**

**Nr. 41 VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK
OVERLEG**

Vastgesteld 12 november 2025

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 11 september 2025 over wijziging van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen in verband met de uitoefening van de meldkamerfunctie (Kamerstuk 35 471, nr. 40).

De vragen en opmerkingen zijn op 9 oktober 2025 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 12 november 2025 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de wijziging van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen in verband met de uitoefening van de meldkamerfunctie en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie zijn zich bewust van de tekorten aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt en begrijpen in deze zin de aanpassing in de regeling ambulancevoorzieningen, echter zijn genoemde leden nog niet overtuigd dat de huidige wijziging de juiste weg is. Vanuit het werkveld horen deze leden ook dat de druk op de centralisten groot is, maar ook wordt daarbij aangegeven dat vacatures nog steeds goed opgevuld worden. Hoeveel vacatures zijn er momenteel landelijk voor de functie van verpleegkundig meldkamercentralist? Hoe lang staan deze vacatures gemiddeld open? Wat is de verhouding tussen vacatures op meldkamers die werken met de Nederlandse Triage Standaard (NTS) tegenover de meldkamers die werken met ProQA?

Is het aantal vacatures gestegen met de komst van het Zorg Coördinatie Centrum (ZCC)? Hoe verhouden deze vacaturecijfers zich tot elkaar? Immers is er met de komst van de ZCC's een 'extra laag' aan centralisten bijgekomen. Hoeveel centralisten werken er in het hele land op de verschillende ZCC's? Hoeveel ZCC's zijn er inmiddels? Graag een opsomming van de locaties. Op hoeveel locaties zijn deze ZCC's fysiek geïntegreerd in de meldkamer ambulancezorg? Waarom is er wel of juist niet gekozen voor fysieke integratie van ZCC en meldkamer?

Is de minister bekend met de volgende conclusie: 'Het proces van indirecte communicatie, waarbij de meldkamer geen direct contact heeft met de verpleegkundige die triage doet, is kwetsbaar voor interpretaties en fouten die onder druk gemaakt kunnen worden', welke voortkomt uit het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) over de Fremantle Highway? Kan de minister hier een reactie op geven, aangaande de situatie dat het ZCC en een meldkamer niet naast elkaar op één locatie werken? Aangezien het voor de rijdende diensten soms heel lastig is om nadere informatie of verduidelijking te vragen bij een inzet. Welke oplossing

heeft de minister hiervoor? Is de minister het met de conclusie van het OvV eens? Indien nee, waarom niet?

De doelstelling van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (de wet BIG) is tweeledig: het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg. Wettelijke regulering van beroepen vindt alleen plaats voor beroepsbeoefenaren die risicovolle handelingen verrichten of als dat vanuit het perspectief van patiëntveiligheid nodig is. Triage op de meldkamer wordt gedefinieerd als risicovolle handeling zoals ook beschreven in het kwaliteitskader inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg.

Als een van de randvoorwaarden van de nieuwe regeling geldt dat er altijd een BIG-geregistreerd ambulancezorgprofessional (zoals een verpleegkundige) op de meldkamer aanwezig moet zijn om complexe casuïstiek over te kunnen nemen. Graag een uitgebreide toelichting hoe dit er in de praktijk gaat uitzien? Genoemde leden hebben namelijk het beeld dat deze BIG-geregistreerde ambulancezorgprofessional ook zijn/haar eigen telefoongesprekken voert. Bij consultatie door een niet BIG-geregistreerde collega, zal deze dan moeten wachten totdat de gesprekken dit toelaten. Juist wanneer iedere seconde telt kan dit toch niet de bedoeling zijn? Hoe ziet de minister dit?

Het feit van op elkaar moeten wachten tot de telefoongesprekken dit toelaten en het feit dat consultatie op zich al kostbare tijd in beslag neemt, lijkt genoemde leden juist niet de situatie waar we heen moeten. Klopt het, dat de BIG-geregistreerde collega zelf ook telefoongesprekken aanneemt dan wel uitgeeft? Of is deze vrijgespeeld om collega's over te kunnen nemen? Indien dit het geval is, is dat niet juist het onder benutten van arbeidspotentieel? Hoe gaat het wanneer er meerdere gesprekken tegelijk overgenomen dienen te worden en er maar één BIG-geregistreerd ambulancezorgprofessional aanwezig is? Kan de minister zich bedenken wat deze situatie doet met het mentale welzijn van de betreffende centralisten? Alsmede met de zorgvrager of ambulanceverpleegkundige van de rijdende dienst aan de andere kant van de lijn, die op antwoorden wachten?

De leden van de PVV-fractie horen van centralisten van meerdere meldkamers in Nederland dat zij juist deze extra druk en verantwoordelijkheid die zij als 'achterwacht' van de niet BIG-geregistreerde nieuwe collega's er niet bij kunnen hebben. Kan de minister daarop reageren? Als aandachtspunt kwam al uit de pilot dat de emotionele belasting voor de niet- verpleegkundigen hoog is, 'aangezien bij de 112-lijn voor burgers vaak sprake is van heftige emoties en paniek'. Dit heeft tijdens de pilot al geleid tot het aanbrengen van meer variatie in het werk voor deze niet-verpleegkundigen, door het doen van neventaken. Ziet de minister hier ook de risico's van grote uitval en het ontwikkelen van psychische klachten bij het personeel, met alle risico's van dien? Waarom heeft men met deze uitkomst uit de pilot niet geconcludeerd dat deze wijziging in de regeling hierom misschien toch niet zo'n goed idee is? Kan de minister uitleggen hoe hij de verhoudingen tussen de emotionele belasting van de BIG-geregistreerde collega tegenover de niet BIG-geregistreerde collega ziet?

Momenteel ligt er ook een wetswijziging bij de Kamer voor van de Wet BIG, in verband met het opnemen van de medisch hulpverlener acute zorg in de lijst van registerberoepen (Kamerstuk 36 832). Dit draagt eveneens bij aan het aantal werknemers dat de vacatures op de meldkamer kan vullen, echter zelfstandig en volwaardig omdat de medisch hulpverlener acute zorg het klinisch redeneren wel beheerst. Genoemde leden vinden dit een mooie ontwikkeling en begrijpen niet goed waarom daarnaast nu deze wijziging op de regeling wordt ingesteld. Hoe kijkt de minister hier tegenaan?

In de brief van de minister wordt al aangegeven dat ongeveer de helft van de meldkamers in Nederland werkt met NTS (de Nederlandse Triage Standaard) en de andere helft met ProQA. Het belangrijkste verschil is dat ProQA een geautomatiseerd, gestuurd systeem is dat de triagist verplicht, dit strikt te volgen om de spoed te bepalen, terwijl NTS een ondersteunend richtlijnsysteem is met meer ruimte voor klinisch redeneren van de triagist. Bij NTS is meer sprake van passende zorg, zou men kunnen stellen, juist door de mogelijkheid van klinisch redeneren. ProQA is dus sturend en meer 'hard', terwijl NTS een flexibelere, ondersteunende rol heeft voor de triagist bij het bepalen van de urgentie van een melding. Kan de minister in cijfers aangeven wat de landelijke verschillen zijn in aantallen

tussen NTS en ProQA, in: geannuleerde ritten, eerste hulp geen vervoer, verwijzing naar de huisarts?

Daarnaast ontvangen deze leden graag een landelijke vergelijking tussen NTS en ProQA op basis van de urgentie toewijzing, klopte de urgentie toewijzing met de urgentie die de ambulanceverpleegkundige aan de situatie gaf? Indien deze cijfers niet beschikbaar zijn, had hier dan niet eerst onderzoek naar gedaan moeten worden alvorens tot deze wijziging over te gaan? Waarom is daar in dat geval niet voor gekozen?

Het sturende karakter van ProQA maakt dat men het klinisch redenen niet hoeft te beheersen, echter vanuit het werkveld op zowel meldkamers als vanuit de rijdende dienst horen genoemde leden al jaren dat er bij ProQA ook vaak sprake is van overtriage of juist van onder triage door een gebrek aan klinisch redeneren. Deelt de minister deze mening? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? Kent de minister ook de geluiden uit het werkveld dat centralisten juist graag werken met NTS omdat zij dan hun expertise meer kwijt kunnen, juist door het klinisch redeneren en daardoor meer kwaliteit van zorg en ook meer passende zorg in gang kunnen zetten?

Alhoewel het voorstel van deze wijziging op de regeling ambulancezorgvoorzieningen in verband met de uitoefening van de meldkamerfunctie sympathiek lijkt in het oplossen van personele problemen, voorzien genoemde leden op de lange termijn juist grotere problemen ontstaan. Door het gebrek aan klinisch redeneren is er een grotere kans op onder triage, doordat 'domweg' de stappen van het systeem gevolgd worden. Hierbij kunnen de gevolgen voor de zorgvrager groot zijn, door onder behandeling en tijdsverlies. Indien het hier om veiligheidszaken gaat kan zelfs het team van de ambulance niet volledig geïnformeerd op pad gestuurd worden en in onveilige situaties belanden.

Aan de andere kant is er kans op overtriage door een gebrek aan klinisch redeneren, waarbij het gevolg is dat ambulances hun rijtijden niet meer halen waardoor een cascade van ellende op gang komt. Wanneer ambulances hun rijtijden structureel niet voldoende halen, komen er ambulances bij, naast het feit dat dit extra druk geeft op de begroting, verergert dit de personele tekorten. Juist deze vacatures worden namelijk gevuld met de schaarse gespecialiseerd verpleegkundigen uit de ziekenhuizen. Men verplaatst dus uiteindelijk het personele probleem, welke ook nog eens

gepaard gaat met een aanzienlijke kostenpost aan materiaal en middelen. Graag een reactie van de minister op dit punt.

Meerdere reacties onder de internet consultatie bij deze wijziging deelden de bovenstaande geschetste situaties, met name dat meer dan geregeld een rit onder een hogere urgentie wordt uitgegeven dan dat deze passend is bij de daadwerkelijke klachten en diagnose van de patiënt bij gebruik van ProQA. Wat bij de consultaties opvalt is dat juist de aandachtspunten die vanuit het werkveld lijken te komen, geen gehoor vinden. De minister schrijft letterlijk in zijn brief: 'De consultatie heeft niet geleid tot een inhoudelijke aanpassing van de wijzigingsregeling'. Waarom worden deze argumenten vanuit het veld niet meegenomen in de besluitvorming? Zou de minister dit alsnog willen doen? Ziet de minister ook het risico dat wanneer er niet naar het werkveld geluisterd wordt, personeel juist de sector verlaat?

Enkele reacties bij de internet consultatie beschouwen deze wijziging als een uitholling en onderschatting van het beroep. De minister geeft aan deze opvatting niet te delen, begrijpt de minister dat met de argumentatie die hierbij gegeven wordt de verpleegkundigen niet zitten te wachten op een rol als vraagbaak/coach of een rol in een verlengde triage bij twijfelgevallen? Naast de rol van 'achterwacht, vraagbaak en coach' wordt het hiermee gecreëerde loopbaanperspectief van de centralisten als argument beschouwd voor het behoudt van ervaren professionals binnen de meldkamer. Kan de minister aangeven welk loopbaanperspectief hij exact bedoeld?

In het kwaliteitskader inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg, lezen genoemde leden dat bij het geven van een (Zorg) advisering punt 4 en 5 dit gedaan dient te worden door iemand met een diploma verpleegkunde of een diploma medisch hulpverlener acute zorg. Hoe gaat dit er in de praktijk uitzien wanneer een niet BIG-geregistreerd ambulancezorgprofessional dit telefoontje heeft aangenomen?

De conclusies in het rapport van mei 2025 van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de hulpverlening op de Fremantle Highway kunnen wat de leden van de PVV-fractie betreft breder gezien worden en benadrukken het belang van goed geschoold personeel op de meldkamers. Enkele conclusies uit het betreffende rapport zijn:

- ‘Een kwetsbare bezetting bij verschillende ketenpartners leidde bij de hulpverlening aan de Fremantle Highway tot een gebrek aan (of soms tot vertraging van) een gedeeld beeld. Ook zorgde het voor gebrekkige coördinatie en regie en was er beperkt ruimte voor toetsing van (risico)afwegingen en besluitvorming’.
 - ‘Doordat de meldkamer vanaf de eerste melding een beperkt beeld had van de brand en de gevolgen hiervan, konden de meldkamercentralisten niet anticiperen op de mogelijke effecten van het incident’.
 - ‘De communicatie tussen ketenpartners is soms indirect en de procedures bevatten geen maatregelen om de risico’s daarvan te beheersen’.
 - Mede doordat de SAR-verpleegkundige de medische status van de slachtoffers vanaf de reddingsboot op eigen initiatief (klinisch redeneren en buiten protocol om denken) communiceerde was de opvang van de slachtoffers uit de reddingsboten soepel en snel.
- Het incident speelde zich onder andere af op Meldkamer Noord-Nederland, waar men werkt met ProQA, alhoewel het klinisch redeneren in het rapport niet is onderzocht laten de conclusies uit het rapport het belang van klinisch kunnen redeneren wel zien. Graag een reactie hierop van de minister, alsmede op de bovenstaande conclusies uit het rapport.

De minister geeft aan dat er altijd de mogelijkheid is om te wisselen van protocol, genoemde leden zijn echter van mening dat de centralist dan wel de kennis en kunde moet hebben om dit ook daadwerkelijk juist in te kunnen schatten en te kunnen doen. Hierbij is klinisch redeneren wel degelijk van belang. Is de minister dit met genoemde leden eens?

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) vraagt bij deze wijziging van de regeling ambulancezorgvoorzieningen in verband met de uitoefening van de meldkamerfunctie ook om nadere uitwerking en aandacht voor de implementatie op NTS-meldkamers. Hoe gaat hier vorm aan worden gegeven? In de brief lezen genoemde leden ook dat de IGJ daarnaast twee opmerkingen over het kwaliteitskader had, deze zijn doorgeleid aan Ambulancezorg Nederland (AZN, de branchevereniging). Zij gaan hier opvolging aan geven en dit verduidelijken of aanvullen in de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Genoemde leden willen weten welke twee opmerkingen de IGJ heeft gedaan en wat daar tot nu toe al mee gedaan is? Waarom wordt toch tot

invoering overgegaan wanneer blijkbaar aan het kwaliteitskader nog niet voldaan is?

Meldkamers die nu NTS gebruiken zullen volgens de minister een gedegen aanpak moeten kiezen om volledig te kunnen profiteren van de wijziging, waarop door de leverancier van NTS al is gereageerd met doorontwikkelingen van meer geprotocolleerde modules. Waarom is de minister zo gericht op meer geprotocolleerd werken waarbij de expertise van klinisch redeneren niet de aandacht krijgt die het verdient? Genoemde leden zijn ervan overtuigd dat de reacties bij de internetconsultatie en die zij horen vanuit het werkveld hierover gaan wanneer men spreekt over 'uitholling van het beroep'. Waarom deelt de minister deze mening niet? Wat is volgens de minister de waarde van klinisch redeneren?

De leden van de PVV-fractie lezen nergens iets terug over de financiële gevolgen van deze wijziging. Kan de minister hierover opheldering geven? Aangezien de meldkamer een integraal onderdeel van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) is, en bekostigd wordt middels budgetbekostiging. Is de budgetfinanciering hier per 1 januari 2026 op aangepast? Hoe wordt dit geregeld?

Een niet BIG-geregistreerd ambulancezorgprofessional zal, naar deze leden aannemen minder hoog ingeschaald worden dan een BIG-geregistreerd ambulancezorgprofessional. Klopt dit? Komen deze 'meevallers' ten gunste van de VWS-begroting (waar ze niet terug te vinden zijn) of blijft dit geld bij de RAV of de zorgverzekeraar hangen? Hoe komt het dat hierover nergens iets vermeld staat, terwijl de wijziging al in januari 2026 ingaat?

Kan de minister bovenstaande vragen beantwoorden voor 13 november 2025?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van voorgenomen wijziging van de Regeling ambulancevoorzieningen. Deze leden zijn blij om te lezen dat er concrete stappen worden genomen om de meldkamer te ontlasten. Zij hebben nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de emotionele belasting voor niet-verpleegkundigen hoog is bij het doen van triage voor de spoedzorg, aangezien meldingen vaak gepaard gaan met heftige emoties en paniek. Wat verklaart dat dit voor verpleegkundigen wel te verdragen is? Op welke manier kan worden bijgedragen aan de emotionele weerbaarheid (bijvoorbeeld door een training), zodat niet-verpleegkundigen geen mentale klachten krijgen van deze belangrijke taak?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er nog geen pilot is gedaan met triagesysteem NTS. Hoe is de minister voornemens om ervoor te zorgen dat de meldkamers die met dit systeem werken een soepele overgang kunnen maken, op het moment dat ook niet-verpleegkundigen door deze wijziging de triage op zich kunnen nemen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben kennisgenomen van het besluit om de functie-eisen voor de triage in de meldkamer te versoepelen, bijvoorbeeld door ook niet-BIG-geregistreerde medewerkers de triage in de meldkamer te laten uitvoeren. Deze leden hebben begrip voor het doel dat de minister hiermee wil bereiken, namelijk het tegengaan van het personeelstekort in de sector, maar maken zich desalniettemin grote zorgen over de effecten van deze maatregel op de kwaliteit en continuïteit van zorg.

De leden van de NSC-fractie vragen de minister eerst om te reflecteren op het verzoek van de commissie van VWS om geen onomkeerbare stappen te zetten ten aanzien van de wijziging van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen. Zal de minister dit verzoek honoreren? Zo ja, wat betekent dit voor de door de minister gewenste ingangsdatum van 1 januari 2026?

De leden van de NSC-fractie maken zich ondanks de pilot zorgen over de invloed van deze maatregel op de kwaliteit van de triage. Het correct beoordelen van een melding is essentieel voor het juist behandelen hiervan, daarom vinden deze leden dat het essentieel is om zorgvuldig om te gaan met eventuele wijzigingen van dit systeem, aangezien een dergelijke wijziging een groot verschil kan maken in de medische uitkomst. Vindt de minister deze pilot voldoende bewijs om een beslissing van dergelijke omvang te nemen?

Welke andere aanwijzingen heeft de minister dat deze maatregel niet negatief zal uitpakken?

Voor meldkamers met een NTS triagesysteem is nog geen pilot uitgevoerd, zo laat de minister weten. De leden van de NSC-fractie vinden dit zorgwekkend, aangezien juist bij dit triagesysteem een beroep wordt gedaan op medische kennis en ervaring. Deze leden zien dan ook weinig tot geen bewijs en argumenten in de toelichting waardoor de minister het verantwoord acht om ook bij deze meldkamers deze maatregel te implementeren. Er valt te lezen dat de IGJ ook soortgelijke zorgen heeft geuit. Hierop lijkt echter niet gereageerd te zijn. Klopt het dat de minister de pilot bij meldkamers met een ProQA triagesysteem ook gebruikt om de effectiviteit van de maatregel bij NTS meldkamers te onderbouwen? Kan de minister duidelijk uiteenzetten waarom hij vertrouwen heeft dat deze maatregel ook bij NTS meldkamers niet zal leiden tot een vermindering van de kwaliteit van zorg? Is het niet roekeloos om deze maatregel in te voeren zonder goed zicht te hebben op de gevolgen bij deze meldkamers, met het oog op de grote verschillen tussen deze systemen? Kan de minister onderscheid maken tussen de twee soorten triagesystemen bij de implementatie van deze maatregel?

De leden van de NSC-fractie lezen dat er altijd wel een verpleegkundig centralist aanwezig is voor complexere vragen. Wanneer wordt deze verpleegkundig centralist betrokken in de triage? Bij ongeveer welk percentage van de gesprekken wordt hier gebruik van gemaakt volgens de pilot?

Ook wordt er gesteld dat door de hoge werkdruk die volgt uit de arbeidskrapte, er te weinig tijd is om de kennis en kunde van medewerkers op niveau te houden door middel van scholing. De leden van de NSC-fractie begrijpen dit probleem, maar vragen zich of er ook niet juist meer scholing nodig zal zijn wanneer de vereiste BIG-registratie wordt losgelaten. Kan de minister reflecteren op deze schijnbare spanning?

De leden van de NSC-fractie constateren dat de emotionele belasting voor niet-verpleegkundigen hoog is en dat daarom meer werkvariatie is aangebracht. Kan de minister toelichten op welke wijze deze werkvariatie structureel wordt geborgd via neventaken? Wordt daarnaast het aantal aaneengesloten 112-triages voor niet-verpleegkundigen begrensd?

De leden van de NSC-fractie benadrukken ten slotte dat als deze maatregel in effect treedt, het van groot belang is om de gevolgen ervan nauwlettend te monitoren. Mochten er dan toch onvoorziene negatieve gevolgen zijn, dan kan de minister snel ingrijpen en bijsturen. Deze noodzaak onderschrijft de minister ook in zijn toelichting, maar de uitleg strekt niet verder dan dat het 'uiteraard voor alle MKA's een essentieel onderdeel is van de implementatie.' Deze leden vinden dit niet concreet genoeg. Zij vragen de minister duidelijk te beschrijven hoe deze reflectie zal plaatsvinden, welke maatstaven daarbij in ieder geval meegenomen zullen worden en hoe en op welke termijn de Kamer hierover geïnformeerd zal worden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de wijziging van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen in verband met de uitoefening van de meldkamerfunctie. Genoemde leden hebben de volgende vragen aan de minister.

De leden van de BBB-fractie erkennen de noodzaak om de personele krapte op de meldkamers aan te pakken. De werkdruk is hoog, het ziekteverzuim stijgt en het roosterprobleem is nijpend. Tegelijkertijd hechten deze leden aan kwaliteit, veiligheid en vakmanschap in de acute zorgketen. De regeling beoogt niet alleen de meldkamerfunctie te versterken, maar ook bredere tekorten in de ambulancezorg aan te pakken. Door functiedifferentiatie ontstaat ruimte om verpleegkundigen efficiënter in te zetten en andere professionals toe te laten. Kan de minister aangeven hoeveel extra instroom van ambulancezorgprofessionals wordt verwacht door deze wijziging? Hoeveel vacatures in de gehele ambulancezorg kunnen hierdoor concreet worden ingevuld?

Daarnaast suggereren de pilot en beslisnota dat de wijziging leidt tot lagere werkdruk en minder ziekteverzuim. De leden van de BBB-fractie hechten aan meetbare resultaten en wil weten of deze effecten al zichtbaar zijn. Wat zijn de effecten op het ziekteverzuim en de uitstroom sinds de pilot met niet-verpleegkundigen? Zijn er cijfers beschikbaar over werktevredenheid en roosterstabiliteit?

Ook staan de leden van de BBB-fractie voor het versterken van vakmanschap in de zorg. De uitbreiding van de beroepsgroep mag niet leiden tot verschraling van expertise op de meldkamer. Hoe wordt geborgd dat de uitbreiding van de beroepsgroep niet leidt tot verschraling van het vak en verlies van expertise?

Verder vinden de leden van de BBB-fractie dat de meldkamer de poort is tot acute zorg. Genoemde leden maken zich zorgen over de kwaliteit van triage, zeker bij minder ervaren professionals en geautomatiseerde systemen. Hoe wordt de kwaliteit van triage geborgd bij meldkamers die werken met minder ervaren professionals en geautomatiseerde triagesystemen?

Ook hebben de leden van de BBB-fractie signalen ontvangen dat minder ervaren centralisten sneller kiezen voor hogere urgentie, wat kan leiden tot overtriage en verminderde beschikbaarheid van ambulances. Wordt er structureel gemonitord op overtriage, waarbij meldingen onterecht als spoed worden aangemerkt? Wat zijn de gevolgen hiervan voor de beschikbaarheid van ambulances?

Daarnaast hechten genoemde leden aan goede arbeidsomstandigheden. De pilot toont aan dat niet-verpleegkundigen emotioneel zwaar belast worden op de 112-lijn. Hoe wordt de emotionele belasting van niet-verpleegkundigen op de 112-lijn gemeten en geadresseerd? Zijn er voldoende neventaken en begeleiding beschikbaar?

Verder vinden de leden van de BBB-fractie dat hoewel de triage breder wordt belegd, de aanwezigheid van een verpleegkundige essentieel blijft. Genoemde leden willen weten hoe dit in de praktijk wordt geborgd. In hoeverre is de verpleegkundige op de meldkamer beschikbaar en bereikbaar voor complexe casuïstiek? Is dit structureel geborgd in alle meldkamers?

Tot slot hechten de leden van de BBB-fractie veel waarde aan regionale zeggenschap en gelijke toegang tot zorg. De implementatie mag niet leiden tot ongelijkheid tussen regio's. Hoe wordt voorkomen dat meldkamers met minder middelen of minder ervaring achterblijven in de implementatie?

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie en reactie van de minister

De leden van de PVV-fractie zijn zich bewust van de tekorten aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt en begrijpen in deze zin de aanpassing in de regeling ambulancevoorzieningen, echter zijn genoemde leden nog niet overtuigd dat de huidige wijziging de juiste weg is. Vanuit het werkveld horen deze leden ook dat de druk op de centralisten groot is, maar ook wordt daarbij aangegeven dat vacatures nog steeds goed opgevuld worden. Hoeveel vacatures zijn er momenteel landelijk voor de functie van verpleegkundig meldkamercentralist? Hoe lang staan deze vacatures gemiddeld open? Wat is de verhouding tussen vacatures op meldkamers die werken met de Nederlandse Triage Standaard (NTS) tegenover de meldkamers die werken met ProQA?

Hoeveel vacatures er zijn wordt niet landelijk bijgehouden. Ambulancezorg Nederland geeft aan dat vrijwel alle meldkamers regelmatig vacatures hebben die moeilijk te vervullen zijn door de schaarste aan verpleegkundigen. Juist dit structurele tekort aan gediplomeerde verpleegkundig centralisten was de aanleiding voor het opstellen van een kwaliteitskader en de voorliggende wijziging van regeling. Het personeelstekort speelt bij alle meldkamers, ongeacht het triagesysteem; er zijn geen aanwijzingen dat meldkamers ambulancezorg met NTS significant meer of minder vacatures hebben dan meldkamers (MKA's) met ProQA als triagesysteem.

Is het aantal vacatures gestegen met de komst van het Zorg Coördinatie Centrum (ZCC)? Hoe verhouden deze vacaturecijfers zich tot elkaar? Immers is er met de komst van de ZCC's een 'extra laag' aan centralisten bijgekomen. Hoeveel centralisten werken er in het hele land op de verschillende ZCC's? Hoeveel ZCC's zijn er inmiddels? Graag een opsomming van de locaties. Op hoeveel locaties zijn deze ZCC's fysiek geïntegreerd in de meldkamer ambulancezorg? Waarom is er wel of juist niet gekozen voor fysieke integratie van ZCC en meldkamer?

De komst van Zorg Coördinatie Centra (ZCC's) heeft niet geleid tot een extra laag aan centralisten. Een van de doelen van zorgcoördinatie is juist om beter om te gaan met het groeiende personeelstekort in de acute zorg. Door de

samenwerking tussen verschillende ketenpartners te versterken, kan het triageproces efficiënter worden ingericht. Dit zorgt ervoor dat de beschikbare capaciteit optimaal wordt benut, zonder dat er extra centralisten of triagisten nodig zijn.

In elke ROAZ-regio wordt aan een transformatieplan gewerkt om de beweging naar zorgcoördinatie te maken. Voor het eind van het jaar moet dit in elke regio afgerond zijn. Elke ROAZ-regio bevindt zich in een andere ontwikkelfase, waarbij de afzonderlijke zorgaanbieders elk op een eigen manier samenwerken; in verschillende subregio's en fysiek, hybride of digitaal. Het gaat hierbij dus in principe niet om nieuw op te richten zelfstandige organisaties met eigen werknemers, maar om nauwere samenwerking. Een landelijk overzicht van het aantal ZCC's, de locaties, de vacaturecijfers of het huidige aantal centralisten is daarom niet eenduidig vast te stellen.

Ten aanzien van de fysieke integratie is volledige integratie in de bestaande meldkamer vaak ingewikkeld vanwege de beschikbare ruimte en systemen, en niet altijd wenselijk vanwege het ontbreken van nabijheid tot andere zorgvormen. Voor zover mij bekend is er geen fysiek centrum dat in de meldkamer is geïntegreerd. Momenteel wordt via pilots onderzocht of het wenselijk is de meldkamerfunctie van de ambulancezorg geheel of gedeeltelijk buiten de meldkamer uit te voeren en welk effect dit heeft op zorgcoördinatie. Het eindrapport met de resultaten van deze pilots wordt begin 2027 opgeleverd. Op basis van de uitkomsten van dit rapport zullen het ministerie van VWS en het ministerie van JenV besluiten hoe de aansluiting van de meldkamer ambulancezorg op zorgcoördinatie in de toekomst eruit moet zien en hiervoor de benodigde stappen ondernemen.

Is de minister bekend met de volgende conclusie: 'Het proces van indirecte communicatie, waarbij de meldkamer geen direct contact heeft met de verpleegkundige die triage doet, is kwetsbaar voor interpretaties en fouten die onder druk gemaakt kunnen worden', welke voortkomt uit het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) over de Fremantle Highway?¹ Kan de minister hier een reactie op geven, aangaande de situatie dat het ZCC en een meldkamer

¹ Onderzoeksraad voor Veiligheid, mei 2025, rapport Hulpverlening Fremantle Highway, [Rapport Hulpverlening Fremantle Highway](#)

niet naast elkaar op één locatie werken? Aangezien het voor de rijdende diensten soms heel lastig is om nadere informatie of verduidelijking te vragen bij een inzet. Welke oplossing heeft de minister hiervoor? Is de minister het met de conclusie van het OvV eens? Indien nee, waarom niet?

Het verband dat in de vraag wordt gelegd tussen zorgcoördinatie (of het zorgcoördinatiecentrum: ZCC) en de bevindingen van de OvV is onjuist. Zorgcoördinatie is bedoeld voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen van burgers en valt daarmee buiten de context van noodsituaties op zee. Zorgcoördinatie is niet bedoeld om de spoedeisende taken van de meldkamer Ambulancezorg over te nemen; de meldkamer blijft verantwoordelijk voor de communicatie met de rijdende diensten bij een acute inzet. Het is daarom niet noodzakelijk dat zorgcoördinatie in of direct bij de meldkamer wordt gepositioneerd. Het is aan de betrokken zorgaanbieders binnen een (sub)regio om te bepalen wat wenselijk en haalbaar is bij de implementatie van zorgcoördinatie met betrekking tot de wijze van samenwerking (fysiek, digitaal of hybride).

Ten aanzien van het OvV rapport over de Fremantle Highway is het van belang dat de Kustwachtorganisatie in staat blijft de algehele regie te voeren over de keten bij incidenten op zee. Zoals in de Kamerbrief van 22 mei jl. is aangegeven, zetten de betrokken ministeries stappen om de coördinatie van complexe en multidisciplinaire noodhulpverlening op de Noordzee verder te versterken.²

Als een van de randvoorwaarden van de nieuwe regeling geldt dat er altijd een BIG-geregistreerd ambulancezorgprofessional (zoals een verpleegkundige) op de meldkamer aanwezig moet zijn om complexe casuïstiek over te kunnen nemen. Graag een uitgebreide toelichting hoe dit er in de praktijk gaat uitzien? Genoemde leden hebben namelijk het beeld dat deze BIG-geregistreerde ambulancezorgprofessional ook zijn/haar eigen telefoongesprekken voert. Bij consulatie door een niet BIG-geregistreerde collega, zal deze dan moeten wachten totdat de gesprekken dit toelaten. Juist wanneer iedere seconde telt kan dit toch niet de bedoeling zijn? Hoe ziet de minister dit?

Allereerst is het een relevant gegeven dat juist over de meest urgente meldingen vaak de minste twijfel bestaat. Ook is het zo dat triageprotocollen de hoogst noodzakelijke

² Kamerstukken II, 2024/25, 31 409, nr. 482

levensreddende instructies (bijvoorbeeld reanimatie) direct door de 112-centralist laten geven. Er zal in levensbedreigende situaties dus geen langere behandelduur voortkomen uit deze wijziging.

De ambulancesector heeft aangegeven dat de dienstdoende coördinerend centralist te allen tijde direct beschikbaar is voor overleg of overname. Dit betekent niet dat deze persoon de hele dienst niets doet – doorgaans neemt de coördinerend centralist ook zelf meldingen aan – maar bij een complexe melding van een 112-centralist, krijgt deze consultatie prioriteit. De coördinerend centralist kan een eigen (minder urgent) telefoongesprek in de wacht zetten of snel overdragen zodra een 112-centralist om assistentie vraagt. Het is dus niet zo dat een 112-centralist zou moeten wachten tot de coördinerend centralist klaar is met een andere melding.

De rol van Coördinerend Verpleegkundig Centralist (CVC) is een functie die landelijk nog verder ontwikkeld dient te worden. In de pilot is er reeds een functiebeschrijving ontwikkeld en is ook de rol in de organisatie beschreven. De ambitie van de sector is om dit in de komende jaren in te richten als aparte functie bovenop de benodigde personeelscapaciteit, zodat de coördinerend centralist tijdens de dienst geen inkomende oproepen aanneemt.

Het feit van op elkaar moeten wachten tot de telefoongesprekken dit toelaten en het feit dat consultatie op zich al kostbare tijd in beslag neemt, lijkt genoemde leden juist niet de situatie waar we heen moeten. Klopt het, dat de BIG-geregistreerde collega zelf ook telefoongesprekken aanneemt dan wel uitgeeft? Of is deze vrijgespeeld om collega's over te kunnen nemen? Indien dit het geval is, is dat niet juist het onder benutten van arbeidspotentieel? Hoe gaat het wanneer er meerdere gesprekken tegelijk overgenomen dienen te worden en er maar één BIG-geregistreerd ambulancezorgprofessional aanwezig is?

De huidige praktijk is dat de aanwezige coördinerend centralist meestal zelf ook meedraait in het reguliere meldkamerproces. Volledig vrijspelen van een BIG-geregistreerde collega als achterwacht is in de huidige personeelsbezetting vaak niet haalbaar. De coördinerend centralist draait mee, maar met een toezichthoudende rol en de afspraak om bij te springen zodra dat nodig is. Tijdens de pilot bleek dat dit goed werkte; de 112-centralisten konden

het gros van de meldingen zelfstandig afhandelen, en bij behoefte aan hulp was de achterwacht voldoende beschikbaar. Verder is er ook altijd een medisch manager ambulancezorg (MMA) beschikbaar die als achterwacht fungeert.

Kan de minister zich bedenken wat deze situatie doet met het mentale welzijn van de betreffende centralisten? Alsmede met de zorgvrager of ambulanceverpleegkundige van de rijdende dienst aan de andere kant van de lijn, die op antwoorden wachten?

Over het algemeen geldt: bij twijfel wordt altijd de meest veilige optie gekozen en wordt een ambulance gealarmeerd. Dit is het vangnet voor de situaties die in bovenstaande vraag wordt omschreven. Maar de kans op vertraging door het stellen van een vraag aan een verpleegkundige staat in geen verhouding tot de vertraging die ontstaat door een tekort aan personeel; het belangrijkste knelpunt als aanleiding voor de voorgestelde wijziging van de regeling.

De leden van de PVV-fractie horen van centralisten van meerdere meldkamers in Nederland dat zij juist deze extra druk en verantwoordelijkheid die zij als 'achterwacht' van de niet BIG-geregistreerde nieuwe collega's er niet bij kunnen hebben. Kan de minister daarop reageren?

Ik begrijp de zorgen van verpleegkundig centralisten die aangeven al zwaar belast te zijn en huiverig zijn voor extra verantwoordelijkheid als achterwacht. Deze signalen worden serieus genomen. De invoering van de functie van niet-verpleegkundig 112-centralist is bedoeld om de continuïteit van de meldkamers te waarborgen door een bredere wervingsbasis te creëren, niet om de werkdruk van verpleegkundig centralisten te vergroten. De toevoeging van de niet BIG-geregistreerd centralist is dus juist bedoeld om ademruimte te creëren voor de verpleegkundig centralist ten tijde van arbeidsmarktkrapte.

De nieuwe centralisten worden goed opgeleid om zelfstandig te kunnen functioneren, waarmee de belasting voor verpleegkundigen beperkt blijft. Momenteel kunnen verpleegkundigen onderling ook al collegiaal sparren; dit ligt in dezelfde lijn.

Tot slot: Uiteindelijk blijft de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) eindverantwoordelijk voor de

protocollen, kennis, kunde en bekwaamheid van al het meldkamerpersoneel.

Als aandachtspunt kwam al uit de pilot dat de emotionele belasting voor de niet- verpleegkundigen hoog is, 'aangezien bij de 112-lijn voor burgers vaak sprake is van heftige emoties en paniek'. Dit heeft tijdens de pilot al geleid tot het aanbrengen van meer variatie in het werk voor deze niet-verpleegkundigen, door het doen van neventaken. Ziet de minister hier ook de risico's van grote uitval en het ontwikkelen van psychische klachten bij het personeel, met alle risico's van dien? Waarom heeft men met deze uitkomst uit de pilot niet geconcludeerd dat deze wijziging in de regeling hierom misschien toch niet zo'n goed idee is?

In deze vraagstelling blijft onbelicht dat het geven van ademruimte en hersteltijd aan bestaand personeel, waartoe deze wijziging bedoeld is, minstens zo cruciaal is voor het voorkomen van psychische klachten. Een deel van het verloop op de meldkamer ambulancezorg is te wijten aan emotionele druk.

Uit de pilot met niet-verpleegkundigen op ProQA meldkamers is gebleken dat het werken op uitsluitend de 112-lijn emotioneel belastend kan zijn. Deze constatering is dan ook een belangrijk aandachtspunt geweest bij de verdere ontwikkeling van de functie. In plaats van te concluderen dat de invoering daarom onwenselijk is, is gekozen om de functie zó vorm te geven dat de belasting beheersbaar blijft. Dat gebeurt door meer variatie in werkzaamheden (het is belangrijk te benadrukken dat centralisten alleen taken uitvoeren waarvoor zij conform EPA's (Entrustable Professional Activities) zijn opgeleid en bekwaam verklaard), goede begeleiding, coaching en aandacht voor mentale gezondheid. Dit is geborgd in het landelijke kwaliteitskader. Eventuele signalen van overbelasting of uitval zullen nauwlettend worden gevolgd en waar nodig aanleiding geven voor aanvullende maatregelen. De constatering dat dit werk mentaal zwaar kan zijn, is daarmee niet een reden om van de functiedifferentiatie af te zien, maar een reden om deze met de juiste waarborgen zorgvuldig in te voeren. Niet alle spoedmeldingen zijn overigens emotioneel belastend; een aanzienlijk deel betreft meldingen zonder of met weinig directe emotionele impact.

Een andere uitkomst van de pilot was dat niet alleen een medische achtergrond, maar ook persoonskenmerken

meewegen bij het juist en met plezier uitvoeren van taken op de MKA. Emotionele veerkracht en communicatieve vaardigheden zijn daar een voorbeeld van. Ook het kunnen omgaan met melders met heftige emoties verschilt per persoon. Tijdens de pilot is hierover het gesprek gevoerd, maar geen aantoonbaar verschil met verpleegkundig centralisten opgemerkt.

Kan de minister uitleggen hoe hij de verhoudingen tussen de emotionele belasting van de BIG-geregistreeerde collega tegenover de niet BIG-geregistreeerde collega ziet?

Beide rollen kennen emotionele belasting, maar op verschillende vlakken. De 112-centralist krijgt direct de emoties van bellers op zich af, de BIG-geregistreeerde collega draagt de verantwoordelijkheid om mee te kijken en kwaliteit te bewaken. We hechten eraan dat beide groepen goed ondersteund worden: de 112-centralist door voldoende afwisseling en nazorg, de BIG-geregistreeerde collega door waardering in de coachende rol en realistische verwachtingen (door niet teveel overlappende taken te laten samenvallen). De sector blijft bewaken dat geen van beide functiegroepen overbelast raakt.

Per saldo kan klinische ervaring de emotionele belasting enigszins verlichten aan verpleegkundige kant, omdat men met meer routine en ratio de meldingen kan benaderen – maar daar staat de extra toezichtdruk tegenover. Aan de niet-verpleegkundige kant is er initieel meer impact van de emotionele inhoud, omdat het nieuw voor hen is. Maar met toenemende routine is in de pilot gebleken dat zij hierin groeien en weerbaarder worden. Veel 112-centralisten geven na verloop van tijd aan dat zij leren schakelen na een heftige melding, vergelijkbaar met hoe de zittende verpleegkundigen dat doen. Geholpen door de maatregelen zal de emotionele belasting voor de niet-verpleegkundige in de praktijk hanteerbaar worden en niet blijvend hoger zijn dan die van verpleegkundige collega's. Dit blijft uiteraard een aandachtspunt in de begeleiding.

Momenteel ligt er ook een wetswijziging bij de Kamer voor van de Wet BIG, in verband met het opnemen van de medisch hulpverlener acute zorg in de lijst van registerberoepen (Kamerstuk 36 832). Dit draagt eveneens bij aan het aantal werknemers dat de vacatures op de meldkamer kan vullen, echter zelfstandig en volwaardig omdat de medisch hulpverlener acute zorg het klinisch redeneren wel beheerst. Genoemde leden vinden dit een

mooie ontwikkeling en begrijpen niet goed waarom daarnaast nu deze wijziging op de regeling wordt ingesteld. Hoe kijkt de minister hier tegenaan?

Ik deel met de PVV-fractie dat het goed is dat de medisch hulpverlener acute zorg wordt opgenomen in de Wet BIG. Volgens de huidige regeling, zouden zij echter alsnog niet de triage in het kader van de meldkamerfunctie mogen uitvoeren, aangezien dit momenteel verplicht een verpleegkundige moet zijn. De voorliggende wijziging van de regeling betekent dus ook een actualisatie met het oog op andere beroepsgroepen die eveneens zijn opgeleid om klinisch te redeneren. Daarmee kunnen zij ook instromen in deze functie.

Kan de minister in cijfers aangeven wat de landelijke verschillen zijn in aantallen tussen NTS en ProQA, in: geannuleerde ritten, eerste hulp geen vervoer, verwijzing naar de huisarts?

Uit beschikbare data blijkt dat de uitkomsten van triage onder NTS en ProQA grotendeels vergelijkbaar zijn. De verschillen in geannuleerde ritten en “geen vervoer”-percentages laten zich niet zozeer verklaren door het triagesysteem, maar door regionale en lokale factoren (stedelijke vs. landelijke omgeving). Overtriage (te hoog inzetten) en ondertriage (te laag inzetten) worden in elke regio gemonitord om de kwaliteit te borgen. Er is zowel in ProQA als in NTS sprake van enige mate van overtriage dan wel ondertriage, maar beide binnen acceptabele bandbreedtes. Dit blijft de sector goed monitoren.

Daarnaast ontvangen deze leden graag een landelijke vergelijking tussen NTS en ProQA op basis van de urgentie toewijzing, klopte de urgentie toewijzing met de urgentie die de ambulanceverpleegkundige aan de situatie gaf? Indien deze cijfers niet beschikbaar zijn, had hier dan niet eerst onderzoek naar gedaan moeten worden alvorens tot deze wijziging over te gaan? Waarom is daar in dat geval niet voor gekozen?

Deze wijziging regelt de vereisten die gesteld worden aan de ambulancezorgprofessional die de triage uitvoert in het kader van de meldkamerfunctie. Er worden in de regeling geen eisen gesteld aan het te gebruiken triagesysteem. Wel wordt in artikel 7, lid 1, sub c van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen vereist dat de triage continu

wordt geanalyseerd en verbeterd. Dat is ook het geval. Overtriage (te hoog inzetten) en ondertriage (te laag inzetten) worden in elke regio gemonitord om de kwaliteit te borgen.

In algemene zin kan worden gesteld dat een ervaren verpleegkundige in een NTS systeem soms intuïtiever een conclusie trekt, terwijl ProQA diezelfde conclusie via enkele vaste vragen laat bevestigen. Het eindresultaat is voor de patiënt hetzelfde – alleen met een andere werkwijze.

Het sturende karakter van ProQA maakt dat men het klinisch redeneren niet hoeft te beheersen, echter vanuit het werkveld op zowel meldkamers als vanuit de rijdende dienst horen genoemde leden al jaren dat er bij ProQA ook vaak sprake is van overtriage of juist van ondertriage door een gebrek aan klinisch redeneren. Deelt de minister deze mening? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

Het klopt dat ProQA een sturend systeem is, en sommige centralisten voelen zich daardoor minder uitgedaagd om klinisch te redeneren. Anderen vinden juist dat hun medische kennis nodig is om bij bepaalde antwoorden de juiste protocollen te kiezen. Hoe dan ook is het klinisch redeneren óók bij ProQA van belang: de centralist kan – als de situatie daarom vraagt – afwijken van het voorgestelde advies door op te schalen. ProQA neemt dus niet het denken weg. Overtriage blijft een aandachtspunt, omdat een te hoge urgentietoekenning de capaciteit onder druk kan zetten. Daarom wordt in sommige ProQA meldkamers al gewerkt met verlengde triage ('triage +' of een 'klinisch coördinator'). Hierbij heeft een medisch verantwoordelijke (een arts, physician assistant of verpleegkundig specialist) de taak om geregistreerde meldingen opnieuw te bekijken en eventueel het oordeel van het triagesysteem te heroverwegen. Bijvoorbeeld wanneer twijfel bestaat of ambulancezorg wel de meest passende zorginzet is op basis van de klachten. Deze wijzigingen worden geregistreerd en aan de hand van die data vinden weer aanpassingen plaats aan het triagesysteem. Hiermee wordt de inzet van ambulances verder geoptimaliseerd en wordt overtriage voorkomen.

Kent de minister ook de geluiden uit het werkveld dat centralisten juist graag werken met NTS omdat zij dan hun expertise meer kwijt kunnen, juist door het klinisch redeneren en daardoor meer kwaliteit van zorg en ook meer passende zorg in gang kunnen zetten?

Het klopt dat NTS meer ruimte biedt voor een vrij gesprek. Dit heeft voor- en nadelen. Een voordeel kan zijn dat verpleegkundigen er om die reden graag mee werken. Het is niet zo dat NTS per se meer kwaliteit van zorg biedt. Het risico van te intuïtieve besluitvorming in NTS is dat onterechte aannames worden gedaan, met kans op ondertriage.

Vanuit de wetgever geldt er geen voorkeur en worden er geen eisen gesteld aan het te gebruiken triagesysteem. Ook het kwaliteitskader dat AZN, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) samen hebben opgesteld ('Inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg'), spreekt hierin geen voorkeur uit. Het is dus aan de Regionale Ambulancevoorziening om af te wegen wat het best passende triagesysteem is.

Er is een kans op overtriage door een gebrek aan klinisch redeneren, waarbij het gevolg is dat ambulances hun rijtijden niet meer halen waardoor een cascade van ellende op gang komt. Wanneer ambulances hun rijtijden structureel niet voldoende halen, komen er ambulances bij, naast het feit dat dit extra druk geeft op de begroting, verergert dit de personele tekorten. Juist deze vacatures worden namelijk gevuld met de schaarse gespecialiseerd verpleegkundigen uit de ziekenhuizen. Men verplaatst dus uiteindelijk het personele probleem, welke ook nog eens gepaard gaat met een aanzienlijke kostenpost aan materiaal en middelen. Graag een reactie van de minister op dit punt.

Ten aanzien van de prestaties van ambulancediensten, is het zo dat zij deze continu monitoren en bijsturen waar nodig, bijvoorbeeld door aanpassing van posten of inzet tijdens piekuren.

Beschikbare gegevens laten geen stijging van het aandeel A1-ritten zien; in sommige regio's is dit juist iets gedaald, mede door aangescherpte triage-algoritmes en groeiende ervaring van centralisten. Overtriage blijft een aandachtspunt, omdat een te hoge urgentietoekenning de capaciteit onder druk kan zetten. Daarom worden verschillende initiatieven ontwikkeld, zoals verfijning van de urgentie-indeling (met o.a. categorie C1/C2). Ook wordt in sommige ProQA meldkamers wordt gewerkt met verlengde triage ('triage +' of een 'klinisch coördinator'). Hierbij heeft

een medisch verantwoordelijke (een arts, physician assistant of verpleegkundig specialist) de taak om geregistreerde meldingen opnieuw te bekijken en eventueel het oordeel van het triagesysteem te heroverwegen. Bijvoorbeeld wanneer twijfel bestaat of ambulancezorg wel de meest passende zorginzet is op basis van de klachten. Deze wijzigingen worden geregistreerd en aan de hand van die data vinden weer aanpassingen plaats aan het triagesysteem. Hiermee wordt de inzet van ambulances verder geoptimaliseerd en wordt overtriage voorkomen. Ook in het kwaliteitskader is aangegeven dat het triageproces de komende jaren verder zal worden ontwikkeld om voor de laag urgente meldingen betere en meer passende zorg te kunnen realiseren. Tot slot: Alle uitkomsten van het ProQA systeem worden doorlopend en wereldwijd geëvalueerd. Als de medisch verantwoordelijken van alle ProQA meldkamers in Nederland tezamen het op basis van substantiële data uit de praktijk veilig achten om bij bepaalde ingangsklachten op een lagere urgentie uit te komen, wordt dit in het systeem bijgewerkt.

Meerdere reacties onder de internetconsultatie bij deze wijziging deelden de bovenstaande geschetste situaties, met name dat meer dan geregeld een rit onder een hogere urgentie wordt uitgegeven dan dat deze passend is bij de daadwerkelijke klachten en diagnose van de patiënt bij gebruik van ProQA. Wat bij de consultatie opvalt is dat juist de aandachtspunten die vanuit het werkveld lijken te komen, geen gehoor vinden. De minister schrijft letterlijk in zijn brief: 'De consultatie heeft niet geleid tot een inhoudelijke aanpassing van de wijzigingsregeling'. Waarom worden deze argumenten vanuit het veld niet meegenomen in de besluitvorming? Zou de minister dit alsnog willen doen? Ziet de minister ook het risico dat wanneer er niet naar het werkveld geluisterd wordt, personeel juist de sector verlaat?

Ik hecht veel waarde aan de inbreng van mensen uit de praktijk en onderken het belang van het goed meewegen van deze inbreng voor het behoud van personeel. Ook herken ik genoemde signalen. De toelichting is daarom uitgebreid naar aanleiding daarvan. Om personeel te behouden, zorgt de introductie van deze coördinerende taak er juist voor dat er loopbaanperspectief wordt geboden voor ambulancezorgprofessionals op de meldkamer. Met het toevoegen van deze coördinerende functie wordt het werk breder en meer divers, waardoor een groter beroep kan

worden gedaan op de deskundigheid en kennis van de verpleegkundige.

Enkele reacties bij de internetconsultatie beschouwen deze wijziging als een uitholling en onderschatting van het beroep. De minister geeft aan deze opvatting niet te delen, begrijpt de minister dat met de argumentatie die hierbij gegeven wordt de verpleegkundigen niet zitten te wachten op een rol als vraagbaak/coach of een rol in een verlengde triage bij twijfelgevallen?

Ik kan goed begrijpen dat verpleegkundig centralisten hun vak trots bewaken en huiverig kunnen zijn voor “uitholling” ervan. Ik bestrijd het beeld dat de verpleegkundige expertise op de meldkamer minder belangrijk zou worden – integendeel, die blijft cruciaal. De nieuwe functie van 112-centralist is bedoeld als aanvulling, niet als vervanging. De ervaren verpleegkundigen worden juist als zodanig erkend met het introduceren van nieuwe rollen (denk aan de CVC-functie). In de praktijk zullen de meeste verpleegkundigen zelf actief meldingen blijven behandelen en daarnaast als vraagbaak fungeren. Momenteel kunnen verpleegkundigen onderling ook al collegiaal sparren; dit ligt in dezelfde lijn. Het loopbaanperspectief dat hiermee gecreëerd wordt – en dat ook in de toelichting als argument is genoemd – houdt in dat een verpleegkundig centralist zich kán ontwikkelen tot coördinerend centralist. Dat is geen verplichting. Met andere woorden: verpleegkundigen die liever hun vertrouwde rol op de meldkamer behouden, kunnen dat blijven doen. Er komt alleen een extra functieniveau bij voor wie daarvoor gemotiveerd is. Veel van de verpleegkundig centralisten doen dit nu informeel al, maar deze rol wordt nu explicieter geformaliseerd en gewaardeerd. Beide profielen (hands-on triage en coachend werk) blijven nodig en mogelijk.

Deze signalen maken duidelijk dat verpleegkundigen goed moeten worden betrokken bij de doelstellingen van deze ontwikkelingen om eventuele angst en onzekerheid weg te nemen. Ik vertrouw erop dat, wanneer de verandering eenmaal goed is uitgelegd en ingericht, verpleegkundigen zullen zien dat hun vak niet wordt uitgehold maar zich ontwikkelt.

Naast de rol van ‘achterwacht, vraagbaak en coach’ wordt het hiermee gecreëerde loopbaanperspectief van de centralisten als argument beschouwd voor het behoud van

ervaren professionals binnen de meldkamer. Kan de minister aangeven welk loopbaanperspectief hij exact bedoeld?

Het loopbaanperspectief dat hier bedoeld wordt, is de nieuwe rol van Coördinerend Verpleegkundig Centralist (CVC). Dit is een functionaris die boven de reguliere meldkamercentralist is gepositioneerd en verantwoordelijk wordt voor de coördinatie en coaching op de werkvloer. Deze functie wordt stap voor stap op een aantal meldkamers uitgewerkt en zal verder (sectoraal) ontwikkeld worden. Feitelijk wordt hiermee een extra senioriteitslaag toegevoegd op de meldkamer. Tot nu toe was er weinig doorgroeimogelijkheid: een verpleegkundig centralist kon teamleider worden (een managementfunctie, weg van de triage), maar inhoudelijk niet veel verder groeien. De CVC-functie verandert dat. Het is vergelijkbaar met de functie "shift supervisor" in Angelsaksische meldkamers – iemand die tijdens de dienst de operationele leiding heeft en complexe beslissingen ondersteunt. Dit biedt ervaren verpleegkundigen een nieuw carrièrepad binnen de meldkamer, wat hun expertise behoudt voor de werkvloer. Daarnaast biedt de eerder omschreven verlengde triage ook een ontwikkelperspectief voor de verpleegkundig centralist. Beide rollen dragen eraan bij dat ervaren krachten langer geboeid blijven en aan de meldkamer verbonden blijven.

In het kwaliteitskader inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg, lezen genoemde leden dat bij het geven van een (Zorg) advisering punt 4 en 5 dit gedaan dient te worden door iemand met een diploma verpleegkunde of een diploma medisch hulpverlener acute zorg. Hoe gaat dit er in de praktijk uitzien wanneer een niet BIG-geregistreerd ambulancezorgprofessional dit telefoontje heeft aangenomen?

Het kwaliteitskader bepaalt inderdaad dat bepaalde vormen van zorgadvies (met name de vervolgstappen 4 en 5 in de triage, waarin een advies of verwijzing wordt gegeven) moeten worden uitgevoerd door een ambulancezorgprofessional met een verpleegkundige achtergrond of met een diploma Medisch Hulpverlener Acute Zorg. In de praktijk betekent dit het volgende: een 112-centralist zonder BIG-registratie kan een melding doorverwijzen naar een huisarts als dat in het triagesysteem als veilige uitkomst is vastgelegd door de verantwoordelijk medisch manager ambulancezorg. Indien de 112-centralist uitkomt op een situatie waarin een medisch advies of

zelfzorginstructies bij een niet-spoedeisende hulpvraag noodzakelijk zijn, dan zal hij of zij altijd de BIG-geregistreerde collega inschakelen om dit advies te bevestigen of over te nemen. Concreet kan dat erop neerkomen dat de BIG-geregistreerde collega even meeluistert en akkoord geeft, of dat de call voor het adviesgedeelte wordt doorverbonden naar diegene. Zo is geborgd dat het uiteindelijke zorgadvies afkomstig is van iemand met de vereiste medische kwalificaties. Kortom, een niet-BIG geregistreerde centralist zal nooit medische adviezen geven – daarvoor wordt altijd een bevoegde collega betrokken.

De conclusies in het rapport van mei 2025 van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de hulpverlening op de Fremantle Highway kunnen wat de leden van de PVV-fractie betreft breder gezien worden en benadrukken het belang van goed geschoold personeel op de meldkamers. Enkele conclusies uit het betreffende rapport zijn:

- *‘Een kwetsbare bezetting bij verschillende ketenpartners leidde bij de hulpverlening aan de Fremantle Highway tot een gebrek aan (of soms tot vertraging van) een gedeeld beeld. Ook zorgde het voor gebrekkige coördinatie en regie en was er beperkt ruimte voor toetsing van (risico)afwegingen en besluitvorming’.*
- *‘Doordat de meldkamer vanaf de eerste melding een beperkt beeld had van de brand en de gevolgen hiervan, konden de meldkamercentralisten niet anticiperen op de mogelijke effecten van het incident’.*
- *‘De communicatie tussen ketenpartners is soms indirect en de procedures bevatten geen maatregelen om de risico’s daarvan te beheersen’.*
- *Mede doordat de SAR-verpleegkundige de medische status van de slachtoffers vanaf de reddingsboot op eigen initiatief (klinisch redeneren en buiten protocol om denken) communiceerde was de opvang van de slachtoffers uit de reddingsboten soepel en snel.*

Het incident speelde zich onder andere af op Meldkamer Noord-Nederland, waar men werkt met ProQA, alhoewel het klinisch redeneren in het rapport niet is onderzocht laten de conclusies uit het rapport het belang van klinisch kunnen redeneren wel zien. Graag een reactie hierop van de minister, alsmede op de bovenstaande conclusies uit het rapport.

Allereerst wil ik benadrukken dat dit een specifiek incident betreft; de knelpunten lagen niet in het triagesysteem, maar in informatievoorziening en multi-partner coördinatie. De conclusies hebben primair betrekking op de ketencommunicatie en de procedures om risico's af te dekken. Dat betreft meldkamer-overschrijdende zaken (samenwerking tussen brandweer, SAR, ambulance, etc.). Niettemin: Het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) over de Fremantle Highway onderstreept het belang van een robuuste bezetting en goede informatiepositie op de meldkamer. De OVV bevindingen benadrukken de behoefte aan een goed bemande meldkamer met voldoende expertise en het vermogen tot klinisch redeneren. De bevindingen laten zien dat een kwetsbare bezetting bij meerdere partijen leidde tot een gebrek aan gedeeld situationeel beeld en beperkte mogelijkheden om beslissingen te toetsen. De voorgestelde wijziging is niet in tegenspraak met deze conclusies – integendeel. Doelstelling is om de bezetting op de meldkamer minder kwetsbaar te maken.

De OVV constateerde dat Meldkamer Noord-Nederland vanaf het eerste moment een beperkt beeld had van de brand. Bij zulke complexe incidenten is het cruciaal dat de meldkamer voldoende capaciteit en expertise heeft om informatie uit te wisselen en te verwerken. Met de nieuwe aanpak zorgen we ervoor dat er altijd minstens één hooggekwalificeerde verpleegkundige (CVC) aanwezig is die het overzicht houdt en coördinatie en risico-afwegingen kan doen. Juist die rol – goed vergelijkbaar met wat in het rapport “coördinatie en regie” wordt genoemd – wordt versterkt door de introductie van de CVC.

Ook blijkt uit het incident het belang van klinisch redeneren en eigen initiatief: de Search And Rescue (SAR)-verpleegkundige handelde buiten standaardprotocollen om en versnelde zo de opvang. Daarom moeten ervaren professionals de ruimte krijgen om van protocollen af te wijken wanneer de situatie dat vereist. De nieuwe regeling neemt die ruimte niet weg; de aanwezigheid van een senior verpleegkundige op de meldkamer (die het overzicht houdt) zorgt er juist voor dat er iemand is die dergelijke inschattingen kan maken.

De meldkamers zien erop toe dat het klinisch inzicht ook met de nieuwe 112-centralisten altijd voorhanden is via de aanwezige verpleegkundigen. De 112-centralisten zelf worden getraind om waar nodig meteen hun

verpleegkundige collega erbij te betrekken als een situatie zich buiten het normale protocol ontwikkelt.

De minister geeft aan dat er altijd de mogelijkheid is om te wisselen van protocol, genoemde leden zijn echter van mening dat de centralist dan wel de kennis en kunde moet hebben om dit ook daadwerkelijk juist in te kunnen schatten en te kunnen doen. Hierbij is klinisch redeneren wel degelijk van belang. Is de minister dit met genoemde leden eens?

Dit klopt. De mogelijkheid om af te wijken heeft alleen waarde als de centralist voldoende kennis en inzicht heeft om die beslissing verantwoord te nemen. Klinisch redeneren is onmisbaar om in te schatten wanneer een situatie niet in het standaardprotocol past en hoe daarvan af te wijken. Daarom blijft het opleidingsniveau van de centralisten hoog en is de betrokkenheid van een verpleegkundig centralist als achterwacht zo belangrijk. In de nieuwe opzet zullen 112-centralisten altijd bij twijfel of bij een gevoel dat het protocol tekortschiet, terugvallen op de verpleegkundige. Die kan op basis van zijn of haar klinisch inzicht besluiten om bijvoorbeeld de urgentie toch hoger in te schalen.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) vraagt bij deze wijziging van de regeling ambulancezorgvoorzieningen in verband met de uitoefening van de meldkamerfunctie ook om nadere uitwerking en aandacht voor de implementatie op NTS-meldkamers. Hoe gaat hier vorm aan worden gegeven?

De aanpassing van de regeling biedt voor de NTS meldkamers de mogelijkheid om de inzet van de nieuwe zorgprofessionals te kunnen verkennen. De invoering bij de NTS meldkamers zal gefaseerd plaatsvinden, met nadruk op zorgvuldige monitoring, evaluatie en bijsturing waar nodig. Hiermee wordt een lerende aanpak gehanteerd, waarbij de ervaringen van de ProQA meldkamers als waardevolle input dienen en de NTS meldkamers gecontroleerd kunnen starten.

De IGJ onderschrijft de voorgestelde wijziging, maar vraagt terecht om extra aandacht voor de implementatie bij de MKA's waar NTS wordt gebruikt, gezien de beperkte praktijkervaring op dit terrein. Een zorgvuldige invoering wordt als volgt geborgd:

1. Gefaseerde implementatie: De NTS meldkamers starten stapsgewijs, zodat ervaring kan worden

opgedaan en eventuele knelpunten tijdig worden herkend.

2. Monitoring en evaluatie: De effecten op kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg worden gevolgd en de bevindingen worden door AZN gedeeld met de IGJ.
3. Bijsturing waar nodig: Op basis van tussentijdse evaluaties kunnen, indien nodig, aanvullende maatregelen worden getroffen om het implementatieproces bij te sturen.

Op deze wijze wordt gewaarborgd dat ook de meldkamers met NTS op een verantwoorde en transparante manier invulling geven aan functiedifferentiatie, met blijvende aandacht voor patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg.

In de brief lezen genoemde leden ook dat de IGJ daarnaast twee opmerkingen over het kwaliteitskader had, deze zijn doorgeleid aan Ambulancezorg Nederland (AZN, de branchevereniging). Zij gaan hier opvolging aan geven en dit verduidelijken of aanvullen in de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Genoemde leden willen weten welke twee opmerkingen de IGJ heeft gedaan en wat daar tot nu toe al mee gedaan is?

De IGJ heeft aandacht gevraagd voor de wijze waarop de verschillende ambulancezorgprofessionals in de meldkamer zich kwantitatief tot elkaar (moeten) verhouden om de kwaliteit en continuïteit van zorg te kunnen borgen. AZN geeft aan dit punt ter harte te nemen. De sector zal hiervoor richtlijnen ontwikkelen, dit afstemmen met de IGJ en dit laten terugkomen in een geactualiseerd kwaliteitskader (versie 2.0). Overigens wordt de kwaliteit in de praktijk continu gemonitord; als ergens de balans scheef zou raken, wordt er bijgestuurd.

Daarnaast heeft de IGJ aandacht gevraagd voor de loopbaanmogelijkheden voor de 112-centralisten zonder verpleegkundige achtergrond. Uit de evaluatie van de pilot Nieuwe Zorgprofessional is het bieden van loopbaanperspectief en neventaken als aandachtspunt naar voren gekomen in verband met duurzame inzet en het risico op emotionele overbelasting.

AZN geeft aan dat in de implementatieplannen expliciet loopbaanperspectief en taakvariatie op worden genomen voor deze nieuwe groep 112-centralisten. Deze aspecten zullen ook explicieter terugkomen in een geactualiseerd kwaliteitskader (versie 2.0). Regionale Ambulance

Voorzieningen (RAV's) zorgen ervoor dat deze collega's, nadat ze voldoende ervaring hebben opgedaan, kunnen rouleren met andere rollen (bijvoorbeeld een specifieke expertfunctie) en taken (bijvoorbeeld de uitgifte van ritten) in de meldkamerorganisatie. Dit moet emotionele overbelasting voorkomen en duurzame inzet bevorderen.

Waarom wordt toch tot invoering overgegaan wanneer blijkaar aan het kwaliteitskader nog niet voldaan is?

Het is niet zo dat momenteel niet aan het kwaliteitskader d.d. juni 2025 wordt voldaan. Naar aanleiding van de opmerkingen van de IGJ en de bevindingen in de praktijk, zal AZN samen met dezelfde partijen (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA)) een geactualiseerd kwaliteitskader (versie 2.0) vormgeven in 2026.

Meldkamers die nu NTS gebruiken zullen volgens de minister een gedegen aanpak moeten kiezen om volledig te kunnen profiteren van de wijziging, waarop door de leverancier van NTS al is gereageerd met doorontwikkelingen van meer geprotocolleerde modules. Waarom is de minister zo gericht op meer geprotocolleerd werken waarbij de expertise van klinisch redeneren niet de aandacht krijgt die het verdient?

De vraag suggereert dat geprotocolleerd werken ten koste zou gaan van klinisch redeneren. Het één sluit het ander niet uit. Daarnaast zijn alle triagesystemen in Nederland, ongeacht het type, bedoeld om centralisten te ondersteunen bij het bieden van kwalitatief verantwoorde en consistente zorg aan patiënten. De nadruk op protocollen komt voort uit veiligheid en noodzaak tot consistente behandeling van soortgelijke gevallen, niet uit onderschatting van expertise. Het doel is een meldkamer waar zowel goede protocollen als goed klinisch redeneren aanwezig zijn; beiden vullen elkaar aan.

Genoemde leden zijn ervan overtuigd dat de reacties bij de internetconsultatie en die zij horen vanuit het werkveld hierover gaan wanneer men spreekt over 'uitholling van het beroep'. Waarom deelt de minister deze mening niet?

De regeling beoogt de mogelijkheden uit te breiden om geschikte kandidaten te kunnen aannemen voor de rol van

meldkamercentralist om de bezetting op orde te krijgen, en meldkamers ambulancezorg meer ruimte te bieden voor functiedifferentiatie. De ervaren verpleegkundigen worden juist als zodanig erkend en gepositioneerd met het introduceren van nieuwe rollen (denk aan de CVC-functie).

Wat is volgens de minister de waarde van klinisch redeneren?

Klinisch redeneren is van grote waarde in de acute zorg, en dus ook op de meldkamer ambulancezorg. Het is het proces van kritisch nadenken op basis van medische kennis, ervaring en waarnemingen om tot een oordeel te komen over een situatie. Geen enkel protocol – hoe uitgebreid ook – kan elke mogelijke situatie volledig afdekken. Juist daarom is het menselijk klinisch inzicht zo belangrijk om atypische of complexe situaties op de juiste wijze te beoordelen. Een centralist die goed kan klinisch redeneren, herkent bijvoorbeeld tekenen dat een casus ernstiger is dan de antwoorden op vragen doen vermoeden.

De minister beschouwt klinisch redeneren dan ook als essentieel onderdeel van het meldkamerwerk. Het stelt centralisten in staat om, naast het volgen van protocollen, kritisch te blijven en afwijkingen tijdig op te merken. In de nieuwe situatie blijft dit net zo belangrijk als voorheen.

De leden van de PVV-fractie lezen nergens iets terug over de financiële gevolgen van deze wijziging. Kan de minister hierover opheldering geven? Aangezien de meldkamer een integraal onderdeel van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) is, en bekostigd wordt middels budgetbekostiging. Is de budgetfinanciering hier per 1 januari 2026 op aangepast? Hoe wordt dit geregeld?

Er zijn geen macro budgettaire effecten als gevolg van deze wijziging.

Een niet BIG-geregistreerd ambulancezorgprofessional zal, naar deze leden aannemen minder hoog ingeschaald worden dan een BIG-geregistreerd ambulancezorgprofessional. Klopt dit?

Ja, dat klopt. De nieuwe functie van 112-centralist (zonder BIG-registratie) kent andere functie-eisen en verantwoordelijkheden dan die van verpleegkundig meldkamercentralist, en zal daarom in een lagere

salarisschaal worden ingedeeld dan hun BIG-geregistreerde collega's.

Komen deze 'meevallers' ten gunste van de VWS-begroting (waar ze niet terug te vinden zijn) of blijft dit geld bij de RAV of de zorgverzekeraar hangen? Hoe komt het dat hierover nergens iets vermeld staat, terwijl de wijziging al in januari 2026 ingaat?

De RAV zal straks een mix van functies in huis hebben, waardoor er geen macro budgettaire effecten zijn als gevolg van deze wijziging.

Kan de minister bovenstaande vragen beantwoorden voor 13 november 2025?

Ja.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie en reactie van de minister

De leden van de VVD-fractie lezen dat de emotionele belasting voor niet-verpleegkundigen hoog is bij het doen van triage voor de spoedzorg, aangezien meldingen vaak gepaard gaan met heftige emoties en paniek. Wat verklaart dat dit voor verpleegkundigen wel te verdragen is?

Dit aspect werd genoemd in de evaluatie van de pilot waarbij niet-verpleegkundigen alleen 112-oproepen aannamen, en niet de aparte spoedlijnen die zorgprofessionals (zoals huisartsen) mogen bellen. (Deze worden nog altijd opgenomen door BIG-geregistreerde zorgprofessionals om zo een niet-geprotocolleerd zorginhoudelijk gesprek te kunnen voeren om de inzet te bepalen.)

Een uitkomst van de pilot was juist dat niet alleen een medische achtergrond, maar ook persoonskenmerken meewegen bij het juist en met plezier uitvoeren van taken op de meldkamer ambulancezorg (MKA). Emotionele veerkracht en communicatieve vaardigheden zijn daar een voorbeeld van. Het kunnen omgaan met melders met heftige emoties verschilt per persoon. Tijdens de pilot is hierover het gesprek gevoerd, maar geen aantoonbaar verschil met verpleegkundig centralisten opgemerkt. De emotionele belasting heeft dus niet zozeer te maken met de professionele achtergrond maar met het type meldingen, aangezien bij de 112-oproepen, gesprekken met burgers, vaker sprake is van heftige emoties en paniek.

Op welke manier kan worden bijgedragen aan de emotionele weerbaarheid (bijvoorbeeld door een training), zodat niet-verpleegkundigen geen mentale klachten krijgen van deze belangrijke taak?

Allereerst: deze professionals komen vaak al uit beroepen waar ze aan emotionele situaties gewend zijn (bijv. doktersassistente, ambulancechauffeur, polikliniekmedewerker); zij brengen dus ook al enige bagage mee. Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) zorgen er via training, begeleiding en werkinrichting voor dat 112-centralisten mentaal weerbaar blijven. Ook kunnen deze collega's, nadat ze voldoende ervaring hebben opgedaan, rouleren met andere rollen (bijvoorbeeld een specifieke expertfunctie) en taken (bijvoorbeeld de uitgifte van ritten) in de meldkamerorganisatie. Deze afwisseling moet emotionele overbelasting voorkomen en duurzame inzet bevorderen. Mentaal welzijn wordt ook gemonitord via medewerkertevredenheidsonderzoeken en verzuimcijfers.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er nog geen pilot is gedaan met triagesysteem NTS. Hoe is de minister voornemens om ervoor te zorgen dat de meldkamers die met dit systeem werken een soepele overgang kunnen maken, op het moment dat ook niet-verpleegkundigen door deze wijziging de triage op zich kunnen nemen?

De pilot op de ProQA meldkamers is niet de aanleiding geweest voor de voorgestelde wijziging. Aanleiding is het toenemende personeelstekort en de noodzaak om de meldkamer ambulancezorg toekomstbestendig te organiseren. Het is uiteraard helpend dat de resultaten van de pilot positief zijn en dat hieruit inzichten zijn opgedaan voor het vervolg.

De aanpassing van de regeling biedt voor de NTS meldkamers de mogelijkheid om de inzet van deze nieuwe zorgprofessionals te kunnen verkennen. De firma Topicus, leverancier van NTS, werkt momenteel aan doorontwikkelingen met meer geprotocolleerde modules. Maar voorgestelde wijziging biedt ook ruimte voor beroepsgroepen die eveneens zijn opgeleid om klinisch te redeneren, zoals bijvoorbeeld doktersassistenten die ook al triage uitvoeren voor de huisarts(enpost) of bijvoorbeeld de relatief nieuwe beroepsgroep 'medisch hulpverleners acute zorg' (zij hebben de bacheloropleiding medische hulpverlening gevolgd). Op de NTS meldkamers kunnen dus

ook de nieuwe ambulancezorgprofessionals zorgvuldig en stap voor stap worden ingezet, met nadruk op zorgvuldige monitoring, evaluatie en bijsturing waar nodig. Alle centralisten volgende een erkende opleiding en er volgt altijd een uitgebreide inwerkperiode. Monitoren en evalueren is voor alle MKA's een essentieel onderdeel van de implementatie.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie en reactie van de minister

De leden van de NSC-fractie vragen de minister eerst om te reflecteren op het verzoek van de commissie van VWS om geen onomkeerbare stappen te zetten ten aanzien van de wijziging van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen. Zal de minister dit verzoek honoreren? Zo ja, wat betekent dit voor de door de minister gewenste ingangsdatum van 1 januari 2026?

Ik geef gehoor aan het verzoek van de vaste commissie voor VWS om geen onomkeerbare stappen te zetten ten aanzien van de wijziging van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen tot de behandeling in de Kamer is afgerond. Indien dit onverhoopt na 1 januari 2026 zal zijn, zal de ingangsdatum worden uitgesteld.

De leden van de NSC-fractie maken zich ondanks de pilot zorgen over de invloed van deze maatregel op de kwaliteit van de triage. Het correct beoordelen van een melding is essentieel voor het juist behandelen hiervan, daarom vinden deze leden dat het essentieel is om zorgvuldig om te gaan met eventuele wijzigingen van dit systeem, aangezien een dergelijke wijziging een groot verschil kan maken in de medische uitkomst. Vindt de minister deze pilot voldoende bewijs om een beslissing van dergelijke omvang te nemen? Welke andere aanwijzingen heeft de minister dat deze maatregel niet negatief zal uitpakken?

De pilot heeft aangetoond dat er in ProQA geen significant verschil is in de afhandeling van een melding, of deze nu wordt afgehandeld door een verpleegkundige of een niet-verpleegkundige. De triage in dit systeem is zodanig geprotocolleerd, dat het systeem zelf de juiste uitkomst, passend bij de genoemde klachten, waarborgt.

Met het stellen van de wettelijke randvoorwaarden, wordt niet de kwaliteit van zorg gedefinieerd. De zorgaanbieder

heeft en neemt de verantwoordelijkheid om de zorg zodanig te organiseren dat goede zorg geboden kan worden. De medische verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg ligt bij een arts die verbonden is aan de Regionale Ambulance Voorziening (RAV). Deze verantwoordelijkheid heeft onder andere betrekking op het medisch beleid, het vaststellen van de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals en de (medische) inhoud van de scholing.

Waar ik veel waarde aan hecht, is dat er eerst een sectoraal kader werd opgesteld waarin duidelijk is vastgelegd hoe de kwaliteit en continuïteit van triage op de meldkamer, bij inzet van andere ambulancezorgprofessionals dan verpleegkundigen, gewaarborgd wordt. Ik heb gewacht op het verschijnen van dit kader, alvorens de regeling aan te passen. Daarin worden per taak op de meldkamer, vereisten gesteld aan de bevoegd- en bekwaamheden. Die hebben niet alleen betrekking op iemands professionele achtergrond, maar ook op de vereiste taakspecifieke scholing. Een andere uitkomst van de pilot was dat niet alleen een medische achtergrond, maar ook persoonskenmerken meewegen bij het juist en met plezier uitvoeren van taken op de meldkamer ambulancezorg (MKA). Zoals emotionele veerkracht en communicatieve vaardigheden om te kunnen omgaan met melders met heftige emoties.

Voor meldkamers met een NTS triagesysteem is nog geen pilot uitgevoerd, zo laat de minister weten. De leden van de NSC-fractie vinden dit zorgwekkend, aangezien juist bij dit triagesysteem een beroep wordt gedaan op medische kennis en ervaring. Deze leden zien dan ook weinig tot geen bewijs en argumenten in de toelichting waardoor de minister het verantwoord acht om ook bij deze meldkamers deze maatregel te implementeren. Er valt te lezen dat de IGJ ook soortgelijke zorgen heeft geuit. Hierop lijkt echter niet gereageerd te zijn. Klopt het dat de minister de pilot bij meldkamers met een ProQA triagesysteem ook gebruikt om de effectiviteit van de maatregel bij NTS meldkamers te onderbouwen?

De pilot op de ProQA meldkamers is niet de aanleiding geweest voor de voorgestelde wijziging. Aanleiding is het toenemende personeelstekort en de noodzaak om de meldkamer ambulancezorg toekomstbestendig te organiseren. Het is uiteraard helpend dat de resultaten van de pilot positief zijn en dat hieruit inzichten zijn opgedaan voor het vervolg.

De uitkomsten van de evaluatie van de pilot bij meldkamers met een ProQA triagesysteem, kunnen niet 1-op-1 doorvertaald worden naar NTS meldkamers. Daarmee wordt deze wijziging dus niet (volledig) onderbouwd; die wordt onderbouwd met het verschijnen van het kwaliteitskader, waarmee de deskundigheid van de ambulancezorgprofessionals op de meldkamer en daarmee de kwaliteit van de triage op de meldkamer wordt geborgd, ongeacht het triagesysteem waarmee wordt gewerkt.

Kan de minister duidelijk uiteenzetten waarom hij vertrouwen heeft dat deze maatregel ook bij NTS meldkamers niet zal leiden tot een vermindering van de kwaliteit van zorg?

De aanpassing van de regeling biedt voor de NTS meldkamers de mogelijkheid om de inzet van deze nieuwe zorgprofessionals te kunnen verkennen. De firma Topicus, leverancier van NTS, werkt momenteel aan doorontwikkelingen met meer geprotocolleerde modules. Maar voorgestelde wijziging biedt ook ruimte voor beroepsgroepen die eveneens zijn opgeleid om klinisch te redeneren, zoals bijvoorbeeld doktersassistenten die ook al triage uitvoeren voor de huisarts(enpost) of bijvoorbeeld de relatief nieuwe beroepsgroep 'medisch hulpverleners acute zorg' (zij hebben de bacheloropleiding medische hulpverlening gevolgd). Op de NTS meldkamers kunnen dus ook de nieuwe ambulancezorgprofessionals zorgvuldig en stap voor stap worden ingezet, met nadruk op zorgvuldige monitoring, evaluatie en bijsturing waar nodig. Alle centralisten volgende een erkende opleiding en er volgt altijd een uitgebreide inwerkperiode. Monitoren en evalueren is voor alle MKA's een essentieel onderdeel van de implementatie.

Is het niet roekeloos om deze maatregel in te voeren zonder goed zicht te hebben op de gevolgen bij deze meldkamers, met het oog op de grote verschillen tussen deze systemen?

De verschillen tussen NTS en ProQA zijn reëel, maar overbrugbaar. De risico's van deze wijziging zijn beheersbaar en het alternatief (niets doen) is op termijn onveiliger (overbelaste centralisten, roosters die niet rondkomen, wachttijden op de meldkamer). De invoering op NTS meldkamers zal stapsgewijs en met continue evaluatie plaatsvinden. In feite wordt de implementatie op NTS meldkamers een verlengstuk van de

pilot die eerder is gedaan op de meldkamers met ProQA: in de praktijk, onder strikte monitoring. Dit geeft alsnog goed zicht op de gevolgen – alleen parallel aan het implementeren. Dit wordt nauwlettend gevolgd; bij negatieve signalen kan direct worden ingegrepen. Patiëntveiligheid blijft te allen tijde leidend. Ambulancezorg Nederland (AZN) geeft aan dat de koers direct wordt aangepast zodra deze ook maar enigszins in het geding komt.

Tot slot: In de NTS meldkamer Oost-Nederland loopt sinds een jaar een pilot waarbij goed opgeleide niet-verpleegkundigen (de medisch hulpverlener acute zorg) worden ingezet, met kwaliteitsborging door het EPA-opleidingskader, supervisie en structurele monitoring. Zij presteren gelijkwaardig aan verpleegkundig centralisten zonder effecten op de kwaliteit of patiëntveiligheid.

Kan de minister onderscheid maken tussen de twee soorten triagesystemen bij de implementatie van deze maatregel?

Het is mogelijk om bijvoorbeeld voor te schrijven dat niet-BIG geregistreerde meldkamercentralisten alleen gebruik mogen maken van triagemodules die sterk geprotocolleerd zijn. Dit staat overigens los van de aanbieder (de firma Topicus, leverancier van NTS, werkt momenteel aan doorontwikkelingen met meer geprotocolleerde modules, waarmee meer flexibiliteit ontstaat in de vereisten aan de gebruikers ervan). Ik zie dit echter niet als noodzakelijke voorwaarde, omdat de ambulancevoorzieningen zelf de verantwoordelijkheid dragen om de zorg zodanig te organiseren dat goede zorg geboden kan worden.

Onderscheid maken in triagemethoden zou dus overmatige regulering betekenen. Bovendien wordt dan ook geen gelijke tred gehouden met de vereisten aan het gebruik van triagesystemen in andere sectoren, zoals bij huisartsenspoedposten.

De leden van de NSC-fractie lezen dat er altijd wel een verpleegkundig centralist aanwezig is voor complexere vragen. Wanneer wordt deze verpleegkundig centralist betrokken in de triage? Bij ongeveer welk percentage van de gesprekken wordt hier gebruik van gemaakt volgens de pilot?

De verpleegkundig centralist (of straks ook de medisch hulpverlener acute zorg) die de rol van achterwacht vervult, wordt betrokken zodra de 112-centralist tijdens het uitvragen stuit op informatie of een besluit dat buiten diens

bevoegdheid of zekerheid valt. Praktisch gezien: wanneer de melder iets vertelt dat niet eenduidig in het protocol past, of als de 112-centralist twijfelt over hoe het antwoord te interpreteren ten opzichte van het protocol, dan schakelt hij/zij de BIG-geregistreerde collega in. In de pilot bleek dit in een minderheid van de oproepen nodig. Exacte percentages zijn niet gepubliceerd, maar kwalitatieve evaluaties geven aan dat de 112-centralisten het grote merendeel van de meldingen zelfstandig konden afhandelen.

Ook wordt er gesteld dat door de hoge werkdruk die volgt uit de arbeidskrapte, er te weinig tijd is om de kennis en kunde van medewerkers op niveau te houden door middel van scholing. De leden van de NSC-fractie begrijpen dit probleem, maar vragen zich of er ook niet juist meer scholing nodig zal zijn wanneer de vereiste BIG-registratie wordt losgelaten. Kan de minister reflecteren op deze schijnbare spanning?

Dit is een terecht punt: een structureel hoge werkdruk maakt het lastig om medewerkers voldoende te laten bijscholen, terwijl de aard van het werk vergt dat iedereen – zowel verpleegkundigen als nieuwe centralisten – up-to-date blijft. De opleiding van nieuwe 112-centralisten vraagt aanvankelijk een investering: een intensief traject van enkele maanden met theorie, simulaties en begeleiding op de werkvloer. Zodra deze centralisten inzetbaar zijn, neemt de werkdruk op de meldkamer af en ontstaat er meer ruimte voor structurele bij- en nascholing. De bijscholing richt zich op zowel medische als communicatieve vaardigheden en kan worden geïntegreerd in het bestaande scholingsprogramma voor verpleegkundigen. Er worden specifieke modules per functie aangeboden, als ook gezamenlijke trainingen en e-learnings. Het uiteindelijke doel is een cultuur van continu leren, ondersteund door flexibele leervormen zoals casusbesprekingen en korte online modules. Kortom, er is op korte termijn extra scholing nodig, maar deze investering versterkt structureel de capaciteit en maakt blijvende deskundigheidsontwikkeling mogelijk.

De leden van de NSC-fractie constateren dat de emotionele belasting voor niet verpleegkundigen hoog is en dat daarom meer werkvariatie is aangebracht. Kan de minister toelichten op welke wijze deze werkvariatie structureel wordt geborgd via neventaken?

Ik onderschrijf dat aandacht voor de emotionele belasting van centralisten belangrijk is. Niet alle spoedmeldingen zijn overigens emotioneel belastend; een aanzienlijk deel betreft meldingen zonder of met weinig directe emotionele impact. Desondanks blijft het van belang voldoende variatie in het werk te bieden. Dat gebeurt door meer variatie in werkzaamheden (het is belangrijk te benadrukken dat centralisten alleen taken uitvoeren waarvoor zij conform EPA's (Entrustable Professional Activities) zijn opgeleid en bekwaam verklaard), goede begeleiding, coaching en aandacht voor mentale gezondheid.

AZN geeft aan dat in de implementatieplannen expliciet loopbaanperspectief en taakvariatie op worden genomen voor deze nieuwe groep 112-centralisten. Deze aspecten zullen ook explicieter terugkomen in een doorontwikkeld kwaliteitskader (versie 2.0) waar de sector in 2026 mee start. Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) zorgen ervoor dat deze collega's, nadat ze voldoende ervaring hebben opgedaan, kunnen rouleren met andere rollen (bijvoorbeeld een specifieke expertfunctie) en taken (bijvoorbeeld de uitgifte van ritten) in de meldkamerorganisatie. Dit moet emotionele overbelasting voorkomen en duurzame inzet bevorderen.

Wordt daarnaast het aantal aaneengesloten 112-triages voor niet-verpleegkundigen begrensd?

Resultaten en conclusies uit de pilot geven geen aanleiding om het aantal 112-meldingen dat aaneengesloten getrieerd kan worden te beperken voor niet-verpleegkundig centralisten. De ingezette richting van een breder takenpakket ten bate van afwisselend werk is meer betekenisvol om de emotionele belasting aan te pakken. Het is een verantwoordelijkheid van de RAV's zelf om als werkgever voldoende effectieve maatregelen te treffen voor al het meldkamerpersoneel. Er is dan ook geen specifieke getalsmatige grens gesteld aan een reeks 112-calls, maar door bewuste roulatie en pauzering zorgen we dat niemand onbeperkt achter elkaar zware calls doet.

De leden van de NSC-fractie benadrukken ten slotte dat als deze maatregel in effect treedt, het van groot belang is om de gevolgen ervan nauwlettend te monitoren. Mochten er dan toch onvoorziene negatieve gevolgen zijn, dan kan de minister snel ingrijpen en bijsturen. Deze noodzaak onderschrijft de minister ook in zijn toelichting, maar de uitleg strekt niet verder dan dat het 'uiteraard voor alle

MKA's een essentieel onderdeel is van de implementatie.' Deze leden vinden dit niet concreet genoeg. Zij vragen de minister duidelijk te beschrijven hoe deze reflectie zal plaatsvinden, welke maatstaven daarbij in ieder geval meegenomen zullen worden en hoe en op welke termijn de Kamer hierover geïnformeerd zal worden.

Ik deel het belang van een zorgvuldige monitoring en evaluatie van de effecten van deze maatregel. De invoering zal gefaseerd plaatsvinden zodat ervaring kan worden opgedaan en eventuele knelpunten tijdig worden herkend. Ook wordt er zorgvuldig gemonitord, waarbij de effecten op kwaliteit, veiligheid en continuïteit worden gevolgd. Tot slot zal er op basis van tussentijdse evaluaties indien nodig direct worden bijgestuurd. Hiermee wordt een lerende aanpak gehanteerd, waarbij de ervaringen van de ProQA meldkamers als waardevolle input dienen en ook de NTS meldkamers gecontroleerd kunnen starten om niet-verpleegkundigen aan te nemen. Overigens zullen NTS meldkamers niet meteen van start gaan om niet BIG-geregistreerde zorgprofessionals aan te nemen. Hieraan gaat veel voorbereidingstijd vooraf en bovendien ondergaan nieuwe meldkamercentralisten een langdurig opleidingstraject. Als ik uw Kamer zinvol wil informeren over de implementatie, dan kan ik dit niet eerder doen dan na een jaar. De IGJ heeft hier ook aandacht voor in haar toezicht.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie en reactie van de minister

De leden van de BBB-fractie erkennen de noodzaak om de personele krapte op de meldkamers aan te pakken. De werkdruk is hoog, het ziekteverzuim stijgt en het roosterprobleem is nijpend. Tegelijkertijd hechten deze leden aan kwaliteit, veiligheid en vakmanschap in de acute zorgketen. De regeling beoogt niet alleen de meldkamerfunctie te versterken, maar ook bredere tekorten in de ambulancezorg aan te pakken. Door functiedifferentiatie ontstaat ruimte om verpleegkundigen efficiënter in te zetten en andere professionals toe te laten. Kan de minister aangeven hoeveel extra instroom van ambulancezorgprofessionals wordt verwacht door deze wijziging? Hoeveel vacatures in de gehele ambulancezorg kunnen hierdoor concreet worden ingevuld?

Vrijwel alle meldkamers hebben regelmatig vacatures die moeilijk te vervullen zijn door de schaarste aan

verpleegkundigen. Juist dit structurele tekort aan gediplomeerde verpleegkundig centralisten was de aanleiding voor het opstellen van een kwaliteitskader en de voorliggende wijziging van regeling. Er wordt niet landelijk bijgehouden hoeveel vacatures er zijn, en een eenmalige momentopname geeft geen betrouwbaar beeld.

Daarnaast suggereren de pilot en beslisnota dat de wijziging leidt tot lagere werkdruk en minder ziekteverzuim. De leden van de BBB-fractie hechten aan meetbare resultaten en wil weten of deze effecten al zichtbaar zijn. Wat zijn de effecten op het ziekteverzuim en de uitstroom sinds de pilot met niet-verpleegkundigen? Zijn er cijfers beschikbaar over werktevredenheid en roosterstabiliteit?

Deze cijfers zijn niet beschikbaar.

Ook staan de leden van de BBB-fractie voor het versterken van vakmanschap in de zorg. De uitbreiding van de beroepsgroep mag niet leiden tot verschraling van expertise op de meldkamer. Hoe wordt geborgd dat de uitbreiding van de beroepsgroep niet leidt tot verschraling van het vak en verlies van expertise?

De opleiding van nieuwe 112-centralisten is een intensief traject van enkele maanden met theorie, simulaties en begeleiding op de werkvloer. De bijscholing richt zich op zowel medische als communicatieve vaardigheden en kan worden geïntegreerd in het bestaande scholingsprogramma voor verpleegkundigen. Er worden specifieke modules per functie aangeboden, als ook gezamenlijke trainingen en e-learning. Het uiteindelijke doel is een cultuur van continu leren, ondersteund door flexibele leervormen zoals casusbesprekingen en korte online modules. Daarnaast blijft de verpleegkundige expertise op de meldkamer cruciaal. De nieuwe functie van 112-centralist is bedoeld als aanvulling, niet als vervanging. De ervaren verpleegkundigen worden meer in hun kracht gezet met het introduceren van nieuwe rollen (denk aan de functie van Coördinerend Verpleegkundig Centralist (CVC)). In de praktijk zullen de meeste verpleegkundigen zelf actief meldingen blijven behandelen en daarnaast als vraagbaak fungeren. Zodra er sprake is van twijfel, is er dus de mogelijkheid om de expertise van deze collega te betrekken. Tot slot: de kwaliteit van zorg en triage is en blijft gewaarborgd via het sectorbreed gedragen kwaliteitskader, waarin de benodigde deskundigheid en bekwaamheden van

de verschillende ambulancezorgprofessionals nader is uitgewerkt. De Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) waarborgen, door middel van de medisch managers, zelf de kwaliteit van zorg in de praktijk op de meldkamer ambulancezorg.

Verder vinden de leden van de BBB-fractie dat de meldkamer de poort is tot acute zorg. Genoemde leden maken zich zorgen over de kwaliteit van triage, zeker bij minder ervaren professionals en geautomatiseerde systemen. Hoe wordt de kwaliteit van triage geborgd bij meldkamers die werken met minder ervaren professionals en geautomatiseerde triagesystemen?

Klinisch redeneren is onmisbaar om in te schatten wanneer een situatie niet in het standaardprotocol past en hoe daarvan af te wijken. Daarom blijft het opleidingsniveau van de centralisten hoog en is de betrokkenheid van een verpleegkundig centralist als achterwacht zo belangrijk. De meldkamers zien erop toe dat het klinisch inzicht ook met de nieuwe 112-centralisten altijd voorhanden is via de aanwezige verpleegkundigen. De 112-centralisten zelf worden getraind om waar nodig meteen hun verpleegkundige collega erbij te betrekken als een situatie zich buiten het normale protocol ontwikkelt.

Ook hebben de leden van de BBB-fractie signalen ontvangen dat minder ervaren centralisten sneller kiezen voor hogere urgentie, wat kan leiden tot overtriage en verminderde beschikbaarheid van ambulances. Wordt er structureel gemonitord op overtriage, waarbij meldingen onterecht als spoed worden aangemerkt? Wat zijn de gevolgen hiervan voor de beschikbaarheid van ambulances?

Overtriage is een belangrijk aandachtspunt voor de sector, omdat een te hoge urgentietoekenning de capaciteit onnodig onder druk kan zetten. Daarom worden verschillende initiatieven ontwikkeld, zoals verfijning van de urgentie-indeling (met o.a. categorie C1/C2). Ook wordt in sommige ProQA meldkamers wordt gewerkt met verlengde triage ('triage +' of een 'klinisch coördinator'). Hierbij heeft een medisch verantwoordelijke (een arts, physician assistant of verpleegkundig specialist) de taak om geregistreerde meldingen opnieuw te bekijken en eventueel het oordeel van het triagesysteem te heroverwegen. Bijvoorbeeld wanneer twijfel bestaat of ambulancezorg wel de meest passende zorginzet is op basis van de klachten. Deze wijzigingen

worden geregistreerd en aan de hand van die data vinden weer aanpassingen plaats aan het triagesysteem. Hiermee wordt de inzet van ambulances verder geoptimaliseerd en wordt overtriage voorkomen. Ook in het kwaliteitskader is aangegeven dat het triageproces de komende jaren verder zal worden ontwikkeld om voor de laag urgente meldingen betere en meer passende zorg te kunnen realiseren.

Tot slot: Alle uitkomsten van het ProQA systeem worden doorlopend en wereldwijd geëvalueerd. Als de medisch verantwoordelijken van alle ProQA meldkamers in Nederland tezamen het op basis van substantiële data uit de praktijk veilig achten om bij bepaalde ingangsklachten op een lagere urgentie uit te komen, wordt dit in het systeem bijgewerkt.

Daarnaast hechten genoemde leden aan goede arbeidsomstandigheden. De pilot toont aan dat niet-verpleegkundigen emotioneel zwaar belast worden op de 112-lijn. Hoe wordt de emotionele belasting van niet-verpleegkundigen op de 112-lijn gemeten en geadresseerd? Zijn er voldoende neventaken en begeleiding beschikbaar?

Ik onderschrijf dat aandacht voor de emotionele belasting van centralisten belangrijk is. Uit de pilot met niet-verpleegkundigen op ProQA meldkamers is gebleken dat het werken op uitsluitend de 112-lijn emotioneel belastend kan zijn. Deze constatering is dan ook een belangrijk aandachtspunt geweest bij de verdere ontwikkeling van de functie. Dat gebeurt door meer variatie in werkzaamheden (het is belangrijk te benadrukken dat centralisten alleen taken uitvoeren waarvoor zij conform EPA's (Entrustable Professional Activities) zijn opgeleid en bekwaam verklaard), goede begeleiding, coaching en aandacht voor mentale gezondheid.

Ambulancezorg Nederland (AZN, de branchevereniging) geeft aan dat in de implementatieplannen expliciet loopbaanperspectief en taakvariatie op worden genomen voor deze nieuwe groep 112-centralisten. Deze aspecten zullen ook explicieter terugkomen in een geactualiseerd kwaliteitskader (versie 2.0). RAV's zorgen ervoor dat deze collega's, nadat ze voldoende ervaring hebben opgedaan, kunnen rouleren met andere rollen (bijvoorbeeld een specifieke expertfunctie) en taken (bijvoorbeeld de uitgifte van ritten) in de meldkamerorganisatie. Dit moet emotionele overbelasting voorkomen en duurzame inzet bevorderen. Eventuele signalen van overbelasting of uitval zullen nauwlettend worden gevolgd en waar nodig aanleiding geven voor aanvullende maatregelen.

Tot slot: niet alle spoedmeldingen zijn emotioneel belastend; een aanzienlijk deel betreft meldingen zonder of met weinig directe emotionele impact.

Verder vinden de leden van de BBB-fractie dat hoewel de triage breder wordt belegd, de aanwezigheid van een verpleegkundige essentieel blijft. Genoemde leden willen weten hoe dit in de praktijk wordt geborgd. In hoeverre is de verpleegkundige op de meldkamer beschikbaar en bereikbaar voor complexe casuïstiek? Is dit structureel geborgd in alle meldkamers?

Allereerst is het een relevant gegeven dat juist over de meest urgente meldingen vaak de minste twijfel bestaat. Ook is het zo dat triageprotocollen de hoogst noodzakelijke levensreddende instructies (bijvoorbeeld reanimatie) direct door de 112-centralist laten geven. Er zal in levensbedreigende situaties dus geen langere behandelduur voortkomen uit deze wijziging.

De meldkamers zien erop toe dat het klinisch inzicht ook met de nieuwe 112-centralisten altijd voorhanden is via de aanwezige verpleegkundigen. De 112-centralisten zelf worden getraind om waar nodig meteen hun verpleegkundige collega erbij te betrekken als een situatie zich buiten het normale protocol ontwikkelt. De dienstdoende coördinerend (verpleegkundig) centralist is te allen tijde direct beschikbaar is voor overleg of overname. Dit betekent niet dat deze persoon de hele dienst niets doet – doorgaans neemt de coördinerend centralist ook zelf meldingen aan – maar bij een complexe melding van een 112-centralist, krijgt deze consultatie prioriteit. De coördinerend centralist kan een eigen (minder urgent) telefoongesprek in de wacht zetten of snel overdragen zodra een 112-centralist om assistentie vraagt.

De rol van Coördinerend Verpleegkundig Centralist (CVC) is een functie die landelijk nog verder ontwikkeld dient te worden. De ambitie van de sector is om dit in de komende jaren in te richten als aparte functie bovenop de benodigde personeelscapaciteit, zodat de coördinerend centralist tijdens de dienst geen inkomende oproepen aanneemt.

Tot slot hechten de leden van de BBB-fractie veel waarde aan regionale zeggenschap en gelijke toegang tot zorg. De implementatie mag niet leiden tot ongelijkheid tussen regio's. Hoe wordt voorkomen dat meldkamers met minder middelen of minder ervaring achterblijven in de implementatie?

Voorliggende wijziging van de regeling heeft geen impact op de genoemde probleemstelling.