

TOELICHTING

1. Inleiding

De meldkamerfunctie is onderdeel van de ambulancezorg. De meldkamer ambulancezorg (hierna: MKA) is 24 uur per dag en 7 dagen per week de toegangspoort tot de ambulancezorg. De MKA is verantwoordelijk voor de intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgadvisering en doorverwijzing. Daarnaast is de MKA verantwoordelijk voor het coördineren van de inzet van en het doorverwijzen naar andere hulp- en zorgverleners. De MKA is hiermee de regisseur van de ambulancezorg.

In artikel 5, eerste lid, onder a, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen is bepaald dat de meldkamerfunctie wordt uitgeoefend door bij regeling omschreven ambulancezorgprofessionals. Zij zijn werkzaam op de MKA als meldkamercentralist en dragen zorg voor het ontvangen, registreren en beoordelen van alle binnenkomende noodoproepen van burgers en andere zorgprofessionals. Zij stellen vast of de inzet van ambulancezorg noodzakelijk of gewenst is, op welk niveau en met welke urgentie.

In artikel 7, zevende lid van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen was bepaald dat alleen verpleegkundigen (zoals bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)) bevoegd waren om de triage in het kader van de meldkamerfunctie ambulancezorg uit te voeren.¹ Dit hield in dat geen andere ambulancezorgprofessionals de triage in het kader van de meldkamerfunctie mochten uitvoeren.

Met onderhavige wijziging is deze kwalificatie meer open omschreven naar een ambulancezorgprofessional die voldoet aan bepaalde vaardigheden en deskundigheid zoals vastgelegd in het Kwaliteitskader 'Inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg'.² Daarmee kunnen ook andere ambulancezorgprofessionals dan alleen verpleegkundigen meldkamercentralist zijn. Hierbij staat voorop dat geen afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.

2. Achtergrond

Aanleiding

De acute zorgketen, waaronder de ambulancezorg, staat onder druk door een groeiende en complexere zorgvraag. Tegelijkertijd is er een stijgend tekort aan verpleegkundigen. Dit geldt ook voor het aantal verpleegkundigen dat beschikbaar is om de triage in het kader van de meldkamerfunctie in te vullen. Het is voor de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) een uitdaging geworden om voldoende verpleegkundigen aan te trekken die uitvoering kunnen geven aan de meldkamerfunctie. Door personele tekorten kan onwenselijke roosterproblematiek ontstaan en kunnen 112-oproepen en spoedoproepen van zorgprofessionals soms niet tijdig worden aangenomen, wat zeer onwenselijk is gezien het spoedeisende karakter van de zorgvraag. De hoge werkdruk maakt bovendien dat de arbeidsomstandigheden voor medewerkers niet optimaal zijn; pauzes worden overgeslagen en met regelmaat worden extra diensten gedraaid. Een ander gevolg is dat er hierdoor moeilijk tijd te vinden is om kennis en kunde van medewerkers op niveau te houden door middel van scholing. Deze krapte noopt tot nadenken over de inzet van (schaars) personeel.

¹ De kwalificatie 'verpleegkundige' als bedoeld in artikel 3, eerste lid, Wet BIG, wordt verkregen door het afronden van een opleiding verpleegkunde.

² www.ambulancezorg.nl

Niet-verpleegkundig meldkamercentralisten ambulancezorg

In algemene zin geldt dat meldkamerprocessen in steeds hogere mate zijn geprotocolleerd en geautomatiseerd. Hierdoor verandert de inhoud van het werk en het benodigde profiel van de medewerkers. Als gevolg van deze ontwikkelingen, is de behoefte ontstaan om – naast verpleegkundigen – ook andere ambulancezorgprofessionals op een verantwoorde wijze de triage op de meldkamer uit te laten voeren, 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). Deze wijziging van de regeling betekent dus ook een actualisatie met het oog op andere beroepsgroepen die eveneens zijn opgeleid om klinisch te redeneren.

Wanneer een grotere groep in aanmerking komt voor de functie meldkamercentralist ambulancezorg, wordt het gemakkelijker om vacatures te vervullen. En als de bezetting op orde is, geeft dit werkdrukverlichting. Daarnaast kan verwacht worden dat een samengestelde groep centralisten onderling meer kennis uit kan wisselen op basis van ieders achtergrond. Zo heeft een (voormalig) doktersassistent een beter beeld bij de rol van de huisarts in de acute zorgketen dan de verpleegkundig centralist.

Functiedifferentiatie op de meldkamer ambulancezorg

De wijziging biedt meldkamers tevens de mogelijkheid om – op basis van het kwaliteitskader – in de praktijk nader onderzoek te doen naar de inzet van verschillende ambulancezorgprofessionals voor het uitvoeren van verschillende functies op de meldkamer. Wanneer er meer capaciteit voor het aannameproces beschikbaar komt en het niet per se verpleegkundigen hoeven te zijn die deze functie uitoefenen, ontstaat immers de mogelijkheid om te differentiëren binnen het meldkamerdomein. De specifieke deskundigheid van de *verpleegkundig* centralist kan dan zo goed mogelijk worden benut.

De verpleegkundig centralist kan zich bijvoorbeeld richten op secundaire triage of zorgcoördinatie. Bij secundaire of verlengde triage kan een verpleegkundige, wanneer de intake centralist twijfelt, de oproep overnemen en bepalen of een ambulance inzet al dan niet nodig is. Als ambulancezorg niet noodzakelijk is voor de patiënt kan de hulpvraag toch beantwoord worden door het geven van passend advies en door eventueel naar de juiste zorgverlener door te verwijzen. Zo kan ook voor de laag urgente meldingen passende zorg worden gerealiseerd en blijft het hooggespecialiseerd ambulancevervoer beter beschikbaar voor noodsituaties. Wanneer de verpleegkundige meer coördinerende taken kan uitoefenen, wordt het werk breder en meer divers, waardoor een groter beroep gedaan wordt op de deskundigheid en kennis van de verpleegkundige. Hiermee wordt loopbaanperspectief geboden voor ambulancezorgprofessionals op de MKA.

Wijziging en beoogde effecten

Gelet op bovenstaande motivering, is de in artikel 7, zevende lid van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen genoemde verplichting dat de triage in het kader van de meldkamerfunctie van de ambulancezorg wordt uitgevoerd door een verpleegkundige (zoals bedoeld in artikel 3, eerste lid, Wet BIG), gewijzigd, zodat ook andere ambulancezorgprofessionals dan verpleegkundigen de triage op de meldkamer kunnen uitvoeren.

Wanneer meer verschillende ambulancezorgprofessionals dan enkel verpleegkundigen ingezet kunnen worden op de MKA, kan er uit een grotere groep geworven worden ter invulling van vacatures. Hiermee wordt de personele instroom bevorderd. Dit heeft een positieve uitwerking op roosterproblematiek en daarmee op de werkdruk, werktevredenheid, ziekteverzuim en uitstroom. Daarnaast is het doel van deze wijziging om meer flexibiliteit te bieden aan de sector voor de invulling van de triage in het kader van de meldkamerfunctie. Er kan beter worden gedifferentieerd in functies en daarmee ontstaat ruimte voor het creëren van nieuwe (coördinerende) functies, loopbaan- en ontwikkelmogelijkheden. Daarmee wordt werkgevers de mogelijkheid geboden om personeel gemakkelijker aan te trekken én te behouden. Kortom: doorontwikkelingen op de meldkamer en slimme, flexibele personeelsinzet worden hiermee gefaciliteerd.

Randvoorwaarden en kwaliteitsborging

Kwaliteitsborging

Ambulancezorg Nederland (AZN, de branchevereniging), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) hebben samen een kwaliteitskader opgesteld ('Inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg'). Hiermee wordt beoogd de deskundigheid van de ambulancezorgprofessionals op de MKA en daarmee de kwaliteit van de triage op de meldkamer te borgen, waarbij ook andere ambulancezorgprofessionals dan verpleegkundigen op een verantwoorde wijze de triage op de meldkamer kunnen uitvoeren.

Randvoorwaarden

Voor de inzet van andere ambulancezorgprofessionals dan verpleegkundigen worden voor de borging van de patiëntveiligheid en kwaliteit van de ambulancezorg een aantal randvoorwaarden gesteld in het kwaliteitskader:

- De niet-verpleegkundig ambulancezorgprofessional dient bij het beantwoorden van 112-oproepen te worden ondersteund door een erkend triagesysteem om de juiste begeleiding te bieden in het beoordelen van de zorgvraag volgens vigerende protocollen – om daarmee fouten te voorkomen.
- Ambulancezorgprofessionals moeten voor het aannemen en beoordelen van een (spoed)zorgvraag beschikken over minimaal MBO-4 werk- en denkniveau en een achtergrond hebben in "Zorg & Welzijn".
- In het kwaliteitskader wordt bovendien vermeld welke opleidingscertificaten moeten zijn behaald om verschillende soorten taken op de MKA uit te voeren.
- Tot slot moet er altijd een BIG-geregistreerde ambulancezorgprofessional (zoals een verpleegkundige) op de meldkamer aanwezig zijn om complexe casuïstiek te kunnen overnemen. Daarbij moet voor iedereen duidelijk zijn in welke gevallen deze moet worden geconsulteerd.

Triagesystemen en pilot met niet-verpleegkundigen

Er zijn twee triagesystemen: ProQA en NTS. ProQA is sturend (geautomatiseerd) in het geprotocolleerd uitvragen; het is ingericht om zo snel mogelijk de mate van spoed vast te stellen. NTS (de Nederlandse Triage Standaard) dient meer als *ondersteuning* bij de triage. Het doet een beroep op medische kennis en ervaring om een melding in het juiste perspectief te plaatsen. De verdeling van de twee systemen over de MKA's is ongeveer gelijk.

In de meldkamers met ProQA heeft een pilot ('Pilot nieuwe zorgprofessional') plaatsgevonden om niet-verpleegkundigen de triage van de 112 meldingen te laten uitvoeren – na afronding van een uitvoerig opleidingsprogramma. Hierover is op 28 maart 2025 een positief evaluatierapport verschenen: De 112-triage door een goed ingewerkte niet-verpleegkundig centralist is een goed en veilig alternatief voor verpleegkundige triage.³ De aparte spoedlijnen die zorgprofessionals (zoals huisartsen) mogen bellen, worden nog altijd opgenomen door ambulancezorgprofessionals die medisch geschoold zijn om zo een niet-geprotocolleerd en gelijkwaardig gesprek te kunnen voeren om de urgentie te bepalen.

Als aandachtspunt is uit de pilot gekomen, 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 geleid tot het aanbrengen van meer variatie in werk door het beschikbaar stellen van neventaken die veilig kunnen worden uitgevoerd door niet-verpleegkundigen.

Voor het NTS triagesysteem is het op dit moment van groter belang om klinisch te kunnen redeneren. Bovendien is er in de meldkamers met NTS nog niet gepilot met niet-verpleegkundigen, waardoor zij niet op dezelfde wijze kunnen

³ Eindevaluatie Pilot Nieuwe zorgprofessional, te vinden op www.ambulancezorg.nl

voortbouwen op de al opgedane ervaring. Dat betekent dat de meldkamers die NTS gebruiken een gedegen aanpak zullen moeten kiezen om volledig te kunnen profiteren van deze wijziging. De firma Topicus, leverancier van NTS, werkt momenteel aan doorontwikkelingen met meer geprotocolleerde modules, waarmee meer flexibiliteit ontstaat.

Monitoren en evalueren is uiteraard voor alle MKA's een essentieel onderdeel van de implementatie.

3. Gevolgen voor de regeldruk

Deze wijziging heeft geen gevolgen voor de regeldruk. Er worden geen extra eisen gesteld aan de MKA. Deze wijziging heeft geen administratieve lasten tot gevolg voor bedrijven, burgers of professionals. Er zijn geen inhoudelijke nalevingskosten. Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het geen omvangrijke gevolgen voor de regeldruk heeft.

4. Advies en consultatie

IGJ

De IGJ heeft een toezicht- en handhaafbaarheidstoets uitgevoerd. Zij onderschrijft de ontwikkeling, waarbij gezocht wordt naar mogelijkheden om de continuïteit van zorg te waarborgen en de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Ook ziet de IGJ geen onoverkomelijke bezwaren voor het toezicht. Wel constateert de IGJ enkele belangrijke aspecten die nadere uitwerking vereisen.

Ten eerste vraagt de IGJ aandacht voor het effect van de implementatie op de NTS meldkamers, aangezien de Pilot Nieuwe Zorgprofessional alleen is beproefd op de ProQA meldkamers. In algemene zin vraagt de IGJ om monitoring en evaluatie van de implementatie en daarmee aandacht voor de kwaliteitsborging. Als reactie hierop geldt dat monitoren en evalueren uiteraard voor alle MKA's een essentieel onderdeel is van de implementatie. AZN kan hierin een coördinerende rol vervullen en hier als sector een plan van aanpak voor maken.

De overige twee opmerkingen zien op het kwaliteitskader. Deze opmerkingen zijn doorgeleid aan AZN. Zij zullen hier opvolging aan geven en dit verduidelijken of aanvullen in de doorontwikkeling van het kwaliteitskader.

Internetconsultatie

In de periode van 9 juli tot en met 19 augustus 2025 heeft een internetconsultatie plaatsgevonden. Deze heeft geleid tot 20 reacties, namelijk van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Ambulancezorg Nederland (AZN), InEen, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medisch Hulpverleners (NVBMH), en 14 individuen.

In een groot aantal reacties wordt de wijziging in algemene zin een positieve ontwikkeling genoemd. Dit geldt onder andere voor AZN, ZN, InEen, de NVMMA, V&VN Ambulancezorg en de NVBMH. Zij ondersteunen de wijziging die het mogelijk maakt om de triage ook door andere gekwalificeerde ambulancezorgprofessionals uit te laten voeren met behoud van kwaliteit, deskundigheid en verantwoorde zorg. Genoemd wordt dat hierdoor meer arbeidsmarktpotentieel ontstaat, waardoor de werkdruk afneemt en meldkamercentralisten meer ruimte krijgen om de werkzaamheden te kunnen uitvoeren en tussentijds te herstellen. InEen noemt dit een stap richting anders organiseren en efficiënter inzetten van personeel en de NVMMA noemt de groeiende arbeidsmarktkrapte, wat een rechtstreekse bedreiging kan worden voor de toegankelijkheid van acute medische zorg.

Qua aandachtspunten zijn de reacties samen te vatten in drie thema's, die hierna worden besproken. De consultatie heeft niet geleid tot een inhoudelijke aanpassing van de wijzigingsregeling.

Triagesystemen

Enkele respondenten, waaronder ZN, vragen aandacht voor het verschil in impact van deze wijziging op de meldkamers met verschillende triagesystemen. Dit heeft ertoe geleid dat dit is verduidelijkt in de toelichting.

Kwaliteit van zorg en urgentiebepaling

Sommige reacties geven blijk van zorg of de niet-verpleegkundig meldkamercentralist wel in staat is om af te wijken van het protocol bij een bepaald onderbuikgevoel: "Een goede centralist kent de richtlijn en weet wanneer daarvan af te wijken." Er is echter altijd de mogelijkheid om zelf te wisselen van protocol. Bovendien heeft de introductie van niet-verpleegkundige ambulancezorgprofessionals reeds geleid tot een nieuwe, coördinerende functie binnen het meldkamerproces. Zodra er sprake is van twijfel, is er de mogelijkheid om de melding over te dragen naar deze professional die, afhankelijk van diens bevoegdheid, ook de mogelijkheid heeft om af te wijken van het protocol. Juist over de meest urgente meldingen bestaat vaak de minste twijfel.

Een andere zorg is dat de niet-verpleegkundig centralist uit onzekerheid sneller zal kiezen voor de meest veilige ingangsklacht die leidt tot een rit onder hoge spoed. Daardoor zouden er regelmatig hogere urgenties worden uitgegeven dan passend bij de daadwerkelijke klachten en diagnose van de patiënt en blijven ambulances minder goed beschikbaar voor de echt levensbedreigende situaties. Hierop wordt opgemerkt dat alle uitkomsten van dit systeem doorlopend en wereldwijd worden 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.

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 RAV waarborgt, door middel van de medisch managers, in de praktijk de kwaliteit van zorg op de meldkamer.

Betekenis van het beroep

Enkele reacties beschouwen deze ontwikkeling als een uitholling en onderschatting van het beroep. Deze opvatting wordt niet gedeeld. De wijziging leidt er juist toe dat de verpleegkundige veel meer in een positie wordt gesteld waarin de verpleegkundige deskundigheid optimaal wordt benut. Dit geldt zowel voor de rol als vraagbaak/ coach, als de rol om met meer vrijheid verlengde triage uit te voeren in twijfelgevallen, en ook de rol om meer operationeel regie te voeren op de sturing van patiëntenstromen bij hoge drukte. Dit vergroot het loopbaanperspectief, biedt ruimte voor scholing en professionele ontwikkeling en draagt bij aan het behoud van ervaren professionals binnen de meldkamer.

5. Inwerkingtreding

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2026. Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,