

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 11 september 2025 inzake wijziging van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen in verband met de uitoefening van de meldkamerfunctie (Kamerstuk 35 471, nr. 40).

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?¹ 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

¹ Onderzoeksraad voor Veiligheid, mei 2025, rapport Hulpverlening Fremantle Highway, Rapport Hulpverlening Fremantle Highway

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.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 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

² Ambulancezorg Nederland, september 2025, rapport Inzet van ambulancezorg professionals op de meldkamer ambulancezorg, <https://www.ambulancezorg.nl/static/upload/raw/93663071-72ba-4acf-a698-4a09ab4f05bc/AZN+Inzet+van+ambulancezorgprofessionals+op+de+meldkamer+ambulancezorg.pdf>

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 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 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 weldegelijk 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