

**Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden**

## 1548

Vragen van het lid **Bushoff** (GroenLinks-PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *opnamestops op SEH's door de overbelasting van ziekenhuizen* (ingezonden 3 februari 2025).

Antwoord van Minister **Agema** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 5 maart 2025).

**Vraag 1**

Bent u bekend met de uitzending van MAX Meldpunt over opnamestops op afdelingen spoedeisende hulp (SEH) door de overbelasting van ziekenhuizen<sup>1</sup>?

**Antwoord 1**

Ja.

**Vraag 2**

Deelt u de zorgen over opnamestops op de SEH's, die in het derde kwartaal van 2024 1080 keer voorkwamen omdat vanwege de drukte geen veilige zorg meer geboden kon worden?

**Antwoord 2**

Ik deel uw zorgen in de zin dat ik mij ook zorgen maak over de druk op de zorg.

Een SEH-stop is echter in de eerste plaats een logistiek instrument en hulpmiddel om de zorgvraag op SEH's op piekmomenten te reguleren, zie in dit verband ook antwoorden op eerdere Kamervragen op 13 februari 2024<sup>2</sup>. Een SEH-stop wordt gebruikt om vroegtijdig piekbelasting te kunnen melden, zodat ketenpartners kunnen uitwijken naar een andere locatie. Het instrument is daarmee van belang voor de samenwerking in de regio, tussen ziekenhuizen onderling, tussen ambulancediensten en ziekenhuizen en tussen huisartsen en ziekenhuizen en draagt bij aan de patiëntveiligheid en kwaliteit van de zorg. Daarnaast wordt gewerkt aan de implementatie van zorgcoördinatie met inzicht in actuele zorgcapaciteit, zodat gericht verwezen kan worden en onnodig wachten kan worden voorkomen.

<sup>1</sup> Vaak opnamestops op spoedeisende hulpen door overbelasting ziekenhuizen – MAX Meldpunt

<sup>2</sup> Handelingen II 2023–2024, nr. 1289

### Vraag 3

Erkent u de problemen die hieruit voortkomen, enerzijds voor artsen die overbelast raken en anderzijds voor patiënten die op een moment van maximaal risico naar een andere SEH moeten?

### Antwoord 3

Zoals ook in de uitzending van Max Meldpunt wordt aangegeven worden ambulancediensten door middel van het afkondigen van een SEH-stop vroegtijdig geïnformeerd om een ander ziekenhuis aan te rijden. Daarmee wordt dus een onwenselijke situatie van overbelasting voorkomen, de patiënt kan op een andere SEH eerder geholpen worden en het ambulanceteam is eerder inzetbaar voor een volgende oproep.

### Vraag 4

Hoe voorkomt u een waterbedeffect doordat patiënten bij een SEH-stop naar omliggende ziekenhuizen worden verwezen? Hoe vaak komt het voor dat een regio zo overbelast raakt dat een SEH met capaciteitsproblemen gedwongen wordt alsnog patiënten aan te nemen? Deelt u de zorg dat hiermee de veiligheid van de geboden zorg ernstig in het gedrang komt omdat een SEH-stop echt als noodmaatregel wordt gebruikt?

### Antwoord 4

In de ROAZ-regio's wordt onderling afgestemd hoe de beschikbare capaciteit zo goed mogelijk kan worden benut. Daarmee wordt zo veel mogelijk voorkomen dat een SEH met capaciteitsproblemen patiënten toch moet aannemen. Er is daarnaast een vaste afspraak dat patiënten met een levensbedreigende acute zorgvraag altijd terecht kunnen in een ziekenhuis, ongeacht of op dat moment sprake is van een SEH-stop. Deze patiënten worden dus vervoerd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar de noodzakelijke zorg verleend kan worden. Zo is bijvoorbeeld een level-1 traumacentrum te allen tijde toegankelijk voor de opvang van ernstig gewonde patiënten. Op de website van het Landelijke Netwerk Acute Zorg (LNAZ) wordt ieder kwartaal een overzicht van het aantal SEH-stops gepubliceerd, geaggregeerd op ROAZ-regio niveau.<sup>3</sup>

### Vraag 5

Deelt u de zorg dat de toestroom op de SEH's vanwege de vergrijzing de komende jaren alleen maar verder zal toenemen? Wat doet u eraan om te voorkomen dat hiermee ook het aantal opnamestops op SEH's verder toeneemt? Ziet u hierin mogelijkheden voor een grotere rol voor transferverpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde om de druk op de SEH's te verlichten en passende vervolgzorg te regelen?

### Antwoord 5

Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt om de piekbelasting van SEH's op te vangen, door onder andere door inrichting van zorgcoördinatie en verdergaande samenwerking in de regio's door te zorgen voor de juiste zorg op de juiste plek en de beschikbaarheid van medische gegevens. Hierover wil ik ook aanvullende afspraken maken in het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA). De Nederlandse Federatie Universitair medische centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) hebben onderzoek<sup>4</sup> gedaan naar het terugdringen van overmatige drukte op de SEH. Het optimaliseren van het transferproces is een van de strategieën die ingezet kunnen worden. Input vanuit dit onderzoek worden gebruikt bij de uitwerking van de ROAZ plannen voor het terugdringen van overmatige drukte op de SEH's. ROAZ regio's zijn momenteel de afspraken die zijn opgenomen in de ROAZ plannen en de bijbehorende activiteiten aan het uitwerken en implementeren. Het is op dit moment nog niet te zeggen welke effecten dit heeft.

<sup>3</sup> [www.lnaz.nl](http://www.lnaz.nl)

<sup>4</sup> [www.nvz-ziekenhuizen.nl/verminderen-piekdrukte-seh](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/verminderen-piekdrukte-seh)

#### Vraag 6

Klopt het dat het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)<sup>5</sup> niet alle SEH-stops bijhoudt? Zo ja, wat is hier de reden voor en deelt u de mening dat het van belang is dat alle SEH-stops in deze rapportages worden meegenomen? Zo ja, wat is ervoor nodig om dit wel mee te nemen, waarbij rekening gehouden wordt met het niet verder verhogen van de werklust en administratieve lasten voor ziekenhuismedewerkers?

#### Antwoord 6

Nee, dat klopt niet. Het LNAZ publiceert ieder kwartaal een rapportage over alle SEH-stops in Nederland, gebaseerd op informatie uit het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). Mogelijk duidt u met uw vraag op regio's waarvoor geldt dat wanneer in uitzonderlijke gevallen, volgens de geldende regionale afspraken een stop afgekondigd en gecommuniceerd wordt, en deze niet in automatisch in het LPZ wordt vermeld. In dat geval wordt dit door de regio handmatig aan het overzicht toegevoegd.

#### Vraag 7

Klopt het dat op dit moment bij een SEH-stop geen verplichte melding aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hoeft te worden gedaan? Waarom is dit nu geen staande praktijk?

#### Antwoord 7

Zoals aangegeven is een SEH-stop een instrument om via het LPZ partners in de zorgketen vroegtijdig te informeren over drukte op een bepaalde locatie. Het is geen meldingsinstrument in het kader van toegankelijkheid van zorg. Als het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) concludeert dat de knelpunten in de bereikbaarheid of beschikbaarheid van acute zorg niet opgelost kunnen worden in een regio, dan is het traumacentrum, die verantwoordelijk is voor het organiseren van het ROAZ, belast met het informeren van de Inspectie en de aangewezen zorgverzekeraar over deze knelpunten<sup>6</sup>.

#### Vraag 8

Deelt u de opvatting van de beroepsvereniging van verzorgenden en verpleegkundigen V&VN dat de SEH-stops gevolg zijn van het veel grotere probleem van capaciteitstekorten, doordat de SEH dichtgaat als er geen bedden meer beschikbaar zijn terwijl vaak tientallen mensen in dezelfde ziekenhuizen op vervolgzorg buiten het ziekenhuis wachten?

#### Antwoord 8

Zoals hierboven aangegeven deel ik de zorg over capaciteitstekorten. Daarom werk ik er ook hard aan om het personeelstekort in de zorg terug te dringen. Een SEH-stop is echter in de eerste plaats een logistiek instrument en hulpmiddel om de zorgvraag op SEH's op piekmomenten te reguleren. Als de zorgvraag het zorgaanbod overstijgt, los van de reden hiervan, dan wordt er tijdelijk en kortdurend een SEH-stop afgekondigd. Een beddentekort in het ziekenhuis staat in principe los van het afkondigen van een SEH-stop. Het is wel mogelijk dat er lokaal problemen zijn met doorstroming vanwege personeelskrapte. Daar staan ook oplossingen tegenover. In Friesland is er bijvoorbeeld een centraal triageteam en zijn er tijdelijke opvanglocaties om de overgang tussen ziekenhuis/SEH en thuis beter in te regelen. In die regio kunnen vaker mensen na een bezoek aan de SEH of een opname in het ziekenhuis weer terug naar huis in plaats van naar het verpleeghuis. Ook in andere regio's zijn er initiatieven om de doorstroming te bevorderen. Zo was ik onlangs in het UMCG in Groningen. Daar heb ik uitleg gekregen hoe een Critical Decision Unit (CDU) kan bijdragen aan het verlagen van piekdruk op de SEH's en de doorstroom in de keten bevordert. Zo is iedere regio aan het werk om de doorstroom in de acute zorgketen te bevorderen.

<sup>5</sup> SEH-stops in kwartaal 3 van 2024

<sup>6</sup> Staatsblad 2021 nr. 291, uitvoeringsbesluit Wkkgz, artikel 8a.3

#### Vraag 9

Heeft u in kaart hoeveel patiënten momenteel in ziekenhuizen wachten op vervolgzorg buiten het ziekenhuis, waar ook capaciteitsproblemen spelen? Zo ja, kunt u deze cijfers delen? Zo nee, waarom niet en zou dit wat u betreft wel moeten worden geregistreerd, waarbij rekening gehouden wordt met het niet verder verhogen van de werklast en administratieve lasten voor ziekenhuis-medewerkers?

#### Antwoord 9

Ik heb geen overzicht van patiënten in ziekenhuizen die wachten op vervolgzorg buiten het ziekenhuis. Het is aan partijen om regionaal afspraken te maken over hoe de uitstroom van patiënten uit het ziekenhuis efficiënter vorm gegeven kan worden en te voorkomen dat patiënten onnodig lang in het ziekenhuis verblijven. Ik zet in op een goede toegankelijkheid van tijdelijk verblijfbedden zoals ELV (eerstelijnsverblijf)-bedden, bedden in de Wijkkliniek en (ambulante) geriatrische revalidatiezorg. Ouderen die na een ziekenhuisbezoek nog niet naar huis kunnen en nog zorg nodig hebben, kunnen dan hier terecht. Op regionaal niveau werken zorgaanbieders aan betere doorstroming in de keten, bijvoorbeeld door het inzetten van transfervverpleegkundigen en het inzichtelijk maken van de capaciteit.

Om de toegankelijkheid van de tijdelijk verblijf bedden te waarborgen heb ik advies gevraagd aan het Zorginstituut Nederland om de afspraken te verduidelijken zodat het duidelijk is voor het veld wie waar aanspraak op maakt. Daarnaast gaat er binnenkort een aanwijzing naar de NZa om te starten met een experimentbekostiging in het tijdelijk verblijf met als doel het komen tot bekostiging voor het tijdelijk verblijf. Dit ook om de toegankelijkheid op langere termijn te waarborgen. Daarnaast voert de NZa periodiek kostenonderzoeken uit om tot dekkende tarieven te komen voor deze tijdelijke verblijfsvormen. Dit vergroot de beschikbaarheid en dus ook de toegankelijkheid van de tijdelijk verblijfbedden.

#### Vraag 10

Hoe verhoudt deze problematiek zich tot de ruim half miljard euro aan bezuinigingen op de langdurige zorg voor 2026? Kunt u reageren op de uitspraak van de voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Yara Basta, dat deze bezuinigingen zouden betekenen dat de druk op de zorg alleen maar verder toeneemt en we alleen nog maar meer SEH-stops gaan zien?

#### Antwoord 10

De voorziene besparingen in de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn gekoppeld aan de invoering van het kwaliteitskompas in de ouderenzorg, de behandeling in de Wlz en het meerjarig contracteren. Daarnaast zal in de periode 2024 tot en met 2026 het budget voor de Wlz toenemen van € 35,6 naar € 37,4 mld (exclusief loon- en prijsbijstellingen), waarmee een adequaat Wlz-kader beschikbaar is om Wlz-zorg te leveren.

#### Vraag 11

Wat gaat u doen om dit probleem op te lossen? Hoe gaat u de personeelstekorten specifiek op de SEH's aanpakken? Deelt u de mening dat hier handen voor aan het bed nodig zijn en dit niet alleen kan worden opgelost door AI of digitalisering?

#### Antwoord 11

Ja. Het aanpakken van de personeelskrapte heeft de aller grootste prioriteit. Dit doen we langs de drie beleidslijnen. Het verminderen van de tijd die zorgverleners besteden aan administratieve lasten (nu 30–40% van werktijd), onder meer door slim gebruik van AI, digitale werkwijzen en standaardisatie, deregulering en vereenvoudiging door het doorlichten van wetgeving. Ook zet ik in op de juiste inzet van medewerkers door een goede samenwerking met mantelzorgers en informele zorg en ondersteuning, het invoeren van arbitrage tussen zorgwetten en het stimuleren van innovaties. En als laatste het vergroten van vakmanschap en werkplezier.