

Afschalingdocument, versie 2

Sluiting van de SEH van MC Zuiderzee

Datum: 6 november 2018

Auteur: Medisch stafbestuur, centrummanagers, curatoren

Status: versie 2

Inhoud

Inleiding	3
Samenvatting.....	4
1. Terugblik ROAZ.....	5
2. Verantwoordelijkheden.....	6
3. Nachtsluiting van de SEH van MC Zuiderzee	7
3.1 Impact nachtsluiting.....	7
3.1.1 Ambulancedienst (RAV).....	7
3.1.2 Huisartsenpost (HAP) Lelystad	7
3.1.3 Acute Verloskunde	8
3.1.4 Omliggende SEH's.....	8
4. Klinische doorstroom vanuit SEH	9
5. Volledige sluiting SEH	9
6. Wijze van informeren patiënten/verzekerden en verwijzers	10
Bijlagen	11
SEH patiënten in de regio	11
Aantal unieke SEH-patiënten gemiddeld per uur.....	11
Gemiddeld aantal unieke SEH presentaties dag versus nacht	12
Gemiddeld uitkomsten van unieke SEH presentaties	12
Aanvullende SEH informatie.....	13

Inleiding

Dit document betreft de afschaling van de acute zorg en uiteindelijke sluiting van de Spoed Eisende Hulp (SEH) van het MC Zuiderzee. Bij deze afschaling zijn steeds de wettelijke kaders in acht genomen, waarbij het uitgangspunt is dat de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg te allen tijde is gewaarborgd. Het is een gegeven feit dat de ketenpartners deze kaders niet altijd als optimaal beschouwen. Een discussie daarover valt echter buiten het bestek van de voorliggende notitie. Op dit moment moeten zij als een gegeven worden beschouwd, dit geldt ook voor het faillissement zelf. De afschaling van de electieve zorg valt buiten de scope van dit document.

Het document beschrijft hoe de afschaling zal plaatsvinden, welke gevolgen de afschaling heeft voor de verschillende ketenpartners en met behulp van welke (tegen)maatregelen de nadelige effecten gemitigeerd zullen worden.

De sluiting van de SEH vindt plaats tegen de achtergrond van de afschaling van het MC Zuiderzee als geheel. Deze afschaling is noodzakelijk omdat er op dit moment geen concreet perspectief is op een doorstart. Vanwege het beëindigen van het dienstverband van de medewerkers per eind november en het feit dat medewerkers zich momenteel al oriënteren op een andere baan, moet de afschaling eind november afgerond zijn. Dit houdt concreet in dat de volledige patiëntenpopulatie eind november dient te zijn overgedragen aan andere zorgverleners c.q. andere zorginstellingen.

Samenvatting

De curatoren en medische staf van IJsselmeerziekenhuizen willen tijdens de afschaling van het ziekenhuis tot de sluiting, de veiligheid en kwaliteit van de zorg kunnen blijven garanderen. Vervolgens moeten na sluiting van het ziekenhuis voldoende maatregelen zijn genomen om de patiënten met een acute zorgvraag op te kunnen vangen en waar nodig te verplaatsen naar de juiste zorgverlener.

Om dit te kunnen bereiken, is in nauwe samenwerking tussen de curatoren en andere de zorgverleners in de regio een plan uitgewerkt om tot een zorgvuldige afschaling van de zorgtaken te komen. Dit plan beschrijft vervolgens ook de randvoorwaarden waar aan moet worden voldaan om acute zorg in het verzorgingsgebied van MC Zuiderzee te waarborgen. De toezichthouders ondersteunen de noodzaak van een gefaseerde afschaling en een constructieve oplossing voor de acute zorg.

Vanwege voorliggende argumenten is door de curatoren besloten om de Spoedeisende Hulp in het MC Zuiderzee in Lelystad in fasen af te bouwen.

Fase 1: Sluiting van de SEH van 20:00-08:00 vanaf 5 november a.s. Opnames in de kliniek vinden vanuit de SEH overdag nog wel plaats (Afgerond).

Fase 2: Sluiting van de SEH van 20:00-08:00 waarbij er overdag geen klinische opnames meer plaatsvinden vanuit de SEH vanaf donderdag 8 november.

Fase 3: Volledige sluiting van de SEH waarbij de HAP als eigen entiteit blijft bestaan.

Deze afschaling heeft een effect op de verschillende ketenpartners zoals HAP, verloskundigen, RAV en omliggende ziekenhuizen. In het plan worden deze effecten beschreven per ketenpartner en wordt met in achtneming van de geldende wet en regelgeving beschreven welke tegenmaatregelen genomen moeten worden om de acute zorg te kunnen waarborgen. Er heeft tevens afstemming plaatsgevonden met de ketenpartners over deze effecten en de haalbaarheid van de tegenmaatregelen.

Gedurende de afschaling zal geleidelijk (gespecialiseerd) personeel beschikbaar komen, dat op vrijwillige basis en waar mogelijk gedurende de opzegtermijn gedetacheerd zal worden bij andere zorginstellingen. Dit zal bijdragen aan de vermindering van het tekort aan met name (gespecialiseerd) verpleegkundig personeel bij de omliggende ziekenhuizen.

1. Terugblik ROAZ

In de afgelopen weken zijn een aantal keer de leden van het ROAZ bijeen geroepen om de situatie omtrent de IJsselmeerziekenhuizen te bespreken en met name de impact hiervan op de acute tak.

Conclusies vanuit de diverse ROAZ overleggen n.a.v. de situatie van de MC IJsselmeerziekenhuizen:

25-10-2018, v.d. Valk Hotel, Almere

Notulen niet beschikbaar

29-10-2018, v.d. Valk Hotel, Almere

- Reistijd is toegenomen wat tot onzekere gevoelens leidt en meer vervoersbewegingen.
- Behoeftte aan vervoer met name op Urk is niet direct voor handen, waar we onder andere te maken hebben met niet verzekerde cliënten
- Bij de ziekenhuizen is er bij spoed altijd capaciteit
- De niet spoedverloskunde is een knelpunt
- Aanrijtijden, de landelijke acute zorgkaart vanuit het Landelijk netwerk Acute Zorg wordt gebruikt om dit in kaart te brengen
- Traumaheli inzetten waar noodzakelijk. Dit wordt uitgezocht.
- Bij spoed altijd de meldkamer bellen volgens de gebruikelijke weg
- Op korte termijn ziekenhuizen vragen om een contactpersoon op verloskunde gebied aan te wijzen. Dit zal worden gedeeld.

5-11-2018, Vier Engelen, Lelystad

- Ketenpartners hebben geschetst waar de onmogelijkheden liggen om de sluiting van de SEH op te vangen op basis van het huidige afschalingsdocument. Het huidige afschalingsplan schiet tekort en moet op zeer korte termijn (voor donderdag 12.00 uur) herzien worden i.o.m. de betrokken ketenpartners.
- Voor de komende drie nachten is de achtervang van de HAP geregeld middels een ANIOS SEH van MC Zuiderzee onder supervisie van de huisarts en hiermee zal de sluiting van de SEH in de nachtsituatie noodgedwongen worden doorgezet.
- Wat betreft de reistijd is de situatie theoretisch zo dat dit voldoet aan de wettelijke aanrijtijden, zoals ook door het RIVM berekend, echter in de praktijk kan het voorkomen dat de rijtijd langer is dan 45 minuten. Dit komt op meer plaatsen in Nederland voor. De IGJ is hiervan op de hoogte.
- Uiterlijk donderdag 12.00 uur moet er een aangepast afschalingsplan gereed zijn waarin staat beschreven hoe met de ketenpartners is afgestemd om de zorg continuïteit te kunnen waarborgen bij verdere sluiting van MC Zuiderzee. De zorgverzekeraar heeft hier een belangrijke (financiële) rol in om tot deze afstemming te komen. Als dit plan er ligt en is afgestemd met de betrokken ketenpartners dan is het niet noodzakelijk om nogmaals als ROAZ bij elkaar te komen.
- SpoedZorgNet AMC geeft aan dat desgewenst input kan worden geleverd ten aanzien van het afschalingsplan.

2. Verantwoordelijkheden

Gezien het faillissement wat is uitgesproken d.d. 25 oktober 2018 is er een fase ingegaan van de MC IJsselmeerziekenhuizen waarin afschaling vorm dient te krijgen. De artsen zijn bij de start van behandeling met de patiënt een behandelovereenkomst aangegaan. Echter door het faillissement dienen zij deze over te dragen aan een andere zorgverlener die deze taak over kan nemen. Het afschalen van de acute tak heeft hierin ook consequenties t.a.v. het uitvoering geven aan de behandelovereenkomst (WGBO).

De ketenpartners (HAP, Ambulancedienst, Verloskundigen en Ziekenhuizen) binnen het ROAZ zullen, gezien de benodigde afschaling van de MC IJsselmeerziekenhuizen, en de gevolgen die dit met zich meebrengt, elk hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen om dit gezamenlijk adequaat te regelen.

Binnen de verantwoordelijkheid dient dit stuk ter informatie aan de ROAZ te worden aangeboden op basis waarvan vervolgens het witte vlekken plan van kracht wordt: Wet Toelating Zorginstellingen. De ROAZ heeft als taak inzicht te verkrijgen in, en het oplossen van witte vlekken in zorgaanbod en bereikbaarheid.

Indien de medische zorg niet meer leverbaar of verantwoord is, kan afschalen in gang gezet worden. ROAZ moet dan met Zorgverzekeraars, zorgplicht vanuit de zorgverzekeringwet, overheid en NZA, in conclaaf over de consequenties en oplossingen (besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG artikel 9, onderdeel A 2 a,b,c). Regeling tijdelijke wet ambulancezorg stelt de kaders voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid.

3. Nachtsluiting van de SEH van MC Zuiderzee

Met ingang van 5 november worden vanaf 20:00 uur geen patiënten meer gepresenteerd op de SEH. Om 22:00 uur sluit de SEH zijn deuren. Dit betekent dat gemiddeld 8 spoedpatiënten moeten uitwijken naar andere SEH's in de regio (zie bijlage, tabel 1: SEH patiënten in de regio).

De tabellen 2 en 3 van de bijlage laten zien hoe het patiënten aanbod op de SEH over de dag is gespreid (per dag van de week en per uur).

3.1 Impact nachtsluiting

De sluiting van de SEH gedurende de late avond en nacht heeft impact op verschillende ketenpartners. Per ketenpartner wordt beschreven welke maatregelen nodig zijn om de nadelige gevolgen op te heffen of te beperken.

3.1.1 Ambulancedienst (RAV)

De aanrijtijden van de RAV naar de patiënt voldoen formeel aan de wettelijke kaders. Wel zullen de afstanden die ambulances afleggen naar omliggende ziekenhuizen door de nachtelijke sluiting van de SEH in Lelystad toenemen. Daardoor is een ambulance mogelijk een langere tijd niet beschikbaar. Om dit op te kunnen vangen zijn meer operationele ambulances noodzakelijk.

Tegenmaatregelen

- De RAV zal de benodigde extra capaciteit inzetten (2x24/7 en 1x8).
- De RAV heeft de benodigde ambulances hiervoor beschikbaar
- De RAV ziet voldoende mogelijkheden om de personele inzet te waarborgen
- De kostenvergoeding is door de zorgverzekeraar geborgd.

3.1.2 Huisartsenpost (HAP) Lelystad

De huisartsen in het verzorgingsgebied realiseren zich dat er een beroep op hen wordt gedaan om te helpen nu de SEH in Lelystad wordt gesloten. Zij signaleren dat door de sluiting de risico's bij de uitoefening van hun vak toenemen. Ondank dat dit geen optimale en wenselijke situatie is, verwachten wij dat met de daadwerkelijke invoering van de onderstaande maatregelen een werkbare situatie ontstaat voor de periode tot 6 december 2018). De tegenmaatregelen die hieronder worden beschreven zorgen ervoor dat aan de richtlijnen en eisen van een zelfstandige (niet aan een ziekenhuis verbonden) HAP wordt voldaan.

Tegenmaatregelen

fase 1 (sluiting SEH in de nacht)

1. Van 23.00 tot 08.00 wordt de HAP aangevuld met een gespecialiseerde verpleegkundige om de HAP te versterken als de huisarts niet aanwezig is. Er wordt 1 FTE tijdelijk ingehuurd.
2. Van 23.00 tot 08.00 is de portier (net als nu) beschikbaar.
3. Financiering wordt apart geregeld via de begroting van de HAP door de zorgverzekeraar

fase 2 (gehele sluiting SEH)

1. De achterwacht regeling wordt vast ingezet naast de dienstdoende huisartsen.
2. Plan b: mocht de achterwacht niet lukken dan schakelt de HAP met HAJO, A(N)OIS of SEH arts om te zien of zij kunnen ondersteunen op de HAP.
3. Extra financiering om deze huisartsen in te zetten in het weekend is akkoord van de zorgverzekeraar.

3.1.3 Acute Verloskunde

De nachtsluiting van de SEH heeft geen effect op de acute verloskunde omdat deze al sinds 24 oktober gesloten is. Vanuit de 1^e lijns verloskunde is de zorg geuit dat onvoldoende vervoerscapaciteit beschikbaar zal zijn om de omliggende ziekenhuizen binnen de gestelde tijdsnorm te bereiken.

Tegenmaatregelen

- De omliggende ziekenhuizen hebben verzekerd voldoende capaciteit te hebben om de bevallingen op te kunnen vangen.
- De RAV heeft de capaciteitsvraag inzake de ritduur in kaart gebracht en op basis hiervan zijn capaciteit verhoogd. Zie paragraaf 3.1.1
- Met de genomen tegenmaatregelen wordt aan wet en regelgeving voldaan.

3.1.4 Omliggende SEH's

Door het sluiten van de SEH in de nacht zullen patiënten uit het adherentiegebied van het MC Zuiderzee zich aanbieden bij de SEH's in omliggende ziekenhuizen.

De desbetreffende ziekenhuizen (Flevoziekenhuis Almere, St Jansdal Harderwijk, Tjongerschans Harderwijk, Antonius Ziekenhuis Sneek en Isala Zwolle) hebben aangegeven deze opvang te kunnen organiseren, mits zij kunnen beschikken over voldoende (gespecialiseerd) personeel (via onder meer detachering).

Voor adequate spreiding van deze patiënten in de regio is duidelijke regievoering noodzakelijk. Een belangrijke rol lijkt hierin te zijn weggelegd voor de RAV, met dien verstande dat de keuzevrijheid van de patiënt leidend moet zijn (voor zover de beschikbare capaciteit dat toelaat).

Tegenmaatregelen

- De partijen die deelnemen aan het Regionaal Crisisteam Zorg (RCZ), hebben op 6 november jl. besloten een gezamenlijk plan te zullen opstellen dat voorziet in een procedure voor een adequate spreiding van patiënten over de regio (bijvoorbeeld via een portaal waarin de beschikbaarheid per ziekenhuis wordt weergegeven). Dit plan zal in de komende periode door de betreffende partijen worden geschreven en worden gedeeld met de partners in de regio.
- Omliggende ziekenhuizen dragen zorg voor actuele informatieverstrekking over hun capaciteit aan de RAV
- Ten aanzien van het inzicht in het aanbod van capaciteit in de ziekenhuizen wordt nu (behoudens de noordelijke ziekenhuizen) gebruik gemaakt van LCMS. Een suggestie is dat ook Sneek en Heerenveen ook op dit systeem worden aangesloten. De RAV gebruikt dit nu ook al om de capaciteiten inzichtelijk te hebben

4. Klinische doorstroom vanuit SEH

De SEH zal patiënten die overdag gezien worden tussen 8:00-20:00, vanaf 8 november 2018 niet meer opnemen in het MC Zuiderzee. Deze patiënten dienen te worden overgedragen aan een hoofdbehandelaar in een ander ziekenhuis. De RAV zal hen moeten transporteren (zie tabel 4 in de bijlage t.b.v. de gemiddelde uitkomsten van de SEH bezoeken).

Tegenmaatregelen

- Zie paragraaf 3.1, er zijn geen aanvullende maatregelen noodzakelijk

5. Volledige sluiting SEH

In het kader van de gecontroleerde afschaling zal toegewerkt worden naar een totale sluiting van de SEH. Dit is noodzakelijk om de afbouw van het ziekenhuis adequaat te laten verlopen. Zelfs indien sprake zou zijn van een doorstart, is het in de praktijk uitgesloten dat deze eind november (wanneer aan het dienstverband van de medewerkers een einde komt) is gerealiseerd. Bij het volledig sluiten van de SEH kan personeel van de SEH MC Zuiderzee gedetacheerd worden naar omliggende ziekenhuizen om zodoende te voorzien in de toenemende vraag aldaar. Inmiddels heeft een aantal medewerkers aangegeven gedetacheerd te willen worden.

Bij volledige sluiting van de SEH van het MC Zuiderzee is een goede spreiding van de patiënten met een acute zorgvraag in de regio van groot belang. Dit maakt het noodzakelijk inzicht te verkrijgen in de beschikbare capaciteit in de regio. Een goede regie op deze spreiding, zoals ook al beschreven in paragraaf 3.1.4 is in dit kader essentieel.

In de bijlagen bevindt zich aanvullende informatie die kan bijdragen om een beeld te krijgen van de populatie die zich presenteert op de SEH, met welke diagnose, vanuit welke plaats, tbv welk specialisme, met of zonder ambulance, ect.

Tegenmaatregelen

Algemeen

- Ketenpartners hebben afgesproken dat zij het bestaande portaal zoals genoemd zullen gaan inzetten. Het initiatief ligt bij de GHOR Flevoland. Misschien bieden bestaande portalen zoals LCMS Geneeskundige Zorg of Acuuu Zorgportaal een oplossing, maar dat vereist nader onderzoek.
- De partijen die deelnemen aan het Regionaal Crisisteam Zorg (RCZ), hebben op 6 november jl. besloten een gezamenlijk plan te zullen opstellen dat voorziet in een procedure voor een adequate spreiding van patiënten over de regio (bijvoorbeeld via een portaal waarin de beschikbaarheid per ziekenhuis wordt weergegeven). Dit plan zal in de komende periode door de betreffende partijen worden geschreven en worden gedeeld met de partners in de regio. (Zie ook onder 3.1.4.)

RAV

- Zie paragraaf 3.1.1, er zijn geen aanvullende maatregelen nodig

HAP

- Zie paragraaf 3.1.2
- De achterwacht regeling wordt vast ingezet naast de dienstdoende huisartsen.
- Plan b: mocht de achterwacht niet lukken dan schakelt de HAP met HAJO, A(N)OIS of SEH arts om te zien of zij kunnen ondersteunen op de HAP.
- De HAP is verantwoordelijk om bovengenoemde randvoorwaarden te realiseren
- Extra financiering om deze huisartsen in te zetten in het weekend is akkoord van de zorgverzekeraar.

Acute verloskunde

- Zie paragraaf 3.1.3, er zijn geen aanvullende maatregelen nodig

Omliggende ziekenhuizen

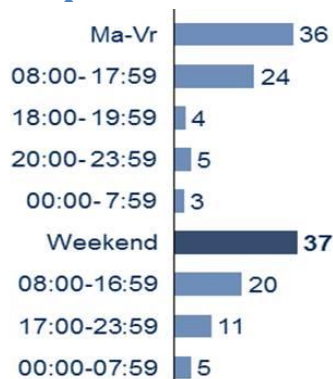
- Zie paragraaf 3.1.4, er zijn geen aanvullende maatregelen nodig

6. Wijze van informeren patiënten/verzekerden en verwijzers

Binnen de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt hiervoor een communicatieplan opgesteld. De noodzaak hiervan wordt herkend waarbij het ziekenhuis de tijd effectief wil gebruiken om dit vorm te geven (evt. met behulp van ketenpartners). De eventuele reacties op dit afschalingsplan (binnen de gestelde kaders) kunnen dan meegenomen worden in het communicatieplan en zullen gedeeld worden met betrokkenen.

Bijlagen

SEH patiënten in de regio



Tabel 1: SEH patiënten in de regio

Aantal unieke SEH-patiënten gemiddeld per uur

per dag van de week in IJsselmeerziekenhuizen over de periode van jan-jun 2018:

Uren	ma	di	Wo	do	vr	za	zo
00:00	0,5	0,8	0,5	0,7	0,6	0,5	0,8
1:00	0,7	0,3	0,5	0,5	0,3	0,7	0,7
2:00	0,5	0,3	0,5	0,4	0,2	0,5	0,5
3:00	0,2	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
4:00	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,4
5:00	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4
6:00	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
7:00	0,3	0,3	0,4	0,2	0,5	0,2	0,4
8:00	1,3	1,2	1,2	0,9	1,1	1	1
9:00	2,6	2,7	2,1	2,2	2,3	1,5	1,8
10:00	3,7	2,6	2,5	2,7	3	2,3	1,8
11:00	3,5	3,4	3,4	2,9	2,8	2,2	1,8
12:00	3,5	3,5	2,8	3,3	3,2	2,4	2,1
13:00	3,1	3,2	2,8	3	4,4	2,5	2
14:00	3	2,9	3,2	2,9	3,2	2,3	1,7
15:00	3,9	3,4	3,5	3,6	3,9	2,3	2,2
16:00	3,3	4,6	4	3,9	3,9	1,8	2,4
17:00	2,8	2,7	3,1	3,2	3,4	2	1,2
18:00	1,8	1,5	2,3	2,3	2	1,8	1,7
19:00	1,4	1	1,5	2,2	1,8	1,8	1,6
20:00	1,2	1,5	1,4	1,1	1,2	1,3	1,3
21:00	1,6	1,5	1,2	1,8	1,7	1,7	1,3
22:00	1,4	1,2	1,1	1,1	1,3	1,7	1,3
23:00	0,8	1	0,7	1	1,2	1	1,2
Totaal	41,7	41	39,8	40,9	43,2	32,7	30,4
Totaal all							269,7

Tabel 2: Aantal unieke SEH patiënten per uur

Gemiddeld aantal unieke SEH presentaties dag versus nacht

Periode Jan-Jun 2018

	ma	Di	wo	do	vr	za	zo
08:00-20:00	33,9	32,7	32,4	33,1	35	23,9	21,3
20:00-08:00	7,8	8,3	7,4	7,8	8,2	8,8	9,1

Tabel 3: Unieke SEH patiënten dag versus nacht

Gemiddeld uitkomsten van unieke SEH presentaties

(over de periode jan-jun 2018)

Jan-Jun 2018	Na SEH ontslagen	Controle / check huisarts	Controle SEH / poli	Naar OK	Naar ICU	Naar kliniek	Opname ander zhs	SEH / poli ander zhs	Onbekend
Maandag	6,1	2,2	14,2	0,2	0,9	16,6	0,9	0,4	0,5
08:00-20:00	5,1	1,8	12,2	0,2	0,6	12,7	0,7	0,3	0,4
20:00-8:00	1	0,4	2	0	0,3	3,9	0,2	0	0,1
Dinsdag	5,8	2,9	15,2	0,2	0,5	15,3	0,8	0,2	0,2
08:00-20:00	4,6	2,4	12,8	0,2	0,3	11,3	0,8	0,2	0,2
20:00-8:00	1,2	0,5	2,4	0	0,2	4	0	0	0
Woensdag	6,6	2,7	13,2	0,2	0,7	15,2	0,7	0,6	0,2
08:00-20:00	5,3	2,2	11,6	0,2	0,5	11,5	0,5	0,5	0,2
20:00-8:00	1,3	0,5	1,6	0	0,2	3,7	0,2	0,1	0
Donderdag	6,3	2,8	13,8	0,2	0,6	15,3	1	0,8	0,2
08:00-20:00	5	2,3	11,9	0,2	0,5	11,7	0,7	0,7	0,1
20:00-8:00	1,3	0,5	1,9	0	0,1	3,6	0,3	0,1	0,1
Vrijdag	7,4	3,2	14,9	0,3	0,6	15,5	0,8	0,6	0,1
08:00-20:00	5,7	3	12,5	0,2	0,3	12	0,6	0,5	0
20:00-8:00	1,7	0,2	2,4	0,1	0,3	3,5	0,2	0,1	0,1
Zaterdag	5,9	2	11,4	0,3	0,5	10,8	0,8	1	0,2
08:00-20:00	4,3	1,5	8,7	0,2	0,2	7,2	0,7	1	0,1
20:00-8:00	1,6	0,5	2,7	0,1	0,3	3,6	0,1	0	0,1
Zondag	6,4	1,8	8,8	0,2	0,4	11,5	0,8	0,6	0,1
08:00-20:00	4,7	1,2	6,5	0,2	0,3	7,4	0,5	0,5	0,03
20:00-8:00	1,7	0,6	2,2	0,04	0,2	4	0,3	0,03	0,03

Tabel 4: Gemiddeld uitkomsten van unieke SEH presentaties over de periode jan-jun 2018

Aanvullende SEH informatie

Specialismen

	2017	
HLK	4.174	30%
CAR	2.290	17%
ING	2.067	15%
ORT	1.244	9%
LON	1.127	8%
KIN	988	7%
NEU	984	7%
URO	478	3%
Overig	201	1%
KNO	138	1%
GYN	26	0%
Totaal	13.717	100%

	2016	
HLK	4.400	32%
CAR	2.088	15%
ING	1.949	14%
ORT	1.240	9%
LON	1.216	9%
KIN	1.089	8%
NEU	1.007	7%
URO	458	3%
Overig	195	1%
KNO	126	1%
GYN	41	0%
Totaal	13.809	100%

Herkomst patiënten (geheel 2017)

Woonplaats	# patiënten 2017	aandeel	aandeel cum
LELYSTAD	8.843	64%	64%
DRONTEN	1.540	11%	76%
URK	845	6%	82%
EMMELOORD	608	4%	86%
SWIFTERBANT	508	4%	90%
ALMERE	147	1%	91%
BIDDINGHUIZEN	125	1%	92%
TOLLEBEEK	74	1%	93%
AMSTERDAM	60	0%	93%
NAGELE	60	0%	93%
ENS	47	0%	94%
MARKNESSE	44	0%	94%
ZEEWOLDE	41	0%	94%
LUTTELGEEST	38	0%	95%
ZWOLLE	28	0%	95%
KRAGGENBURG	20	0%	95%
ENKHUIZEN	19	0%	95%
ESPEL	19	0%	95%
HARDERWIJK	17	0%	95%
KAMPEN	17	0%	96%
ROTTERDAM	14	0%	96%
BANT	13	0%	96%
AMERSFOORT	11	0%	96%
UTRECHT	11	0%	96%
'S-GRAVENHAGE	10	0%	96%
OVERIG	558	4%	100%
Totaal	13.717	100%	

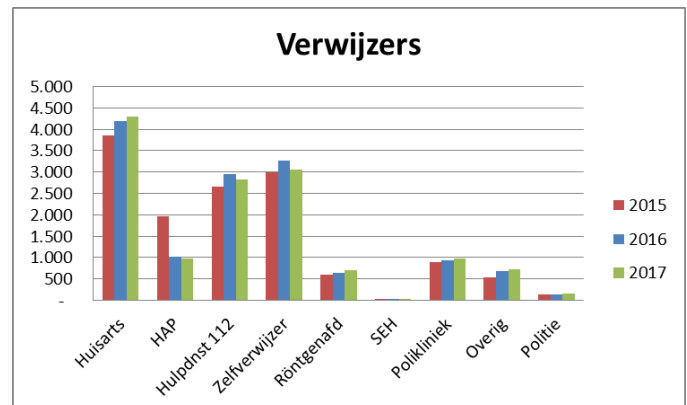
Met ambulance?

	2017	2016	2015	2017 vs 2016	
met ambulance	4.172	4.363	4.030	-191	-4%
niet met ambulance	9.541	9.434	9.595	107	1%
onbekend	4	12	13	-8	-67%

	2017	2016	2015	17 vs '16
met ambulance	30,4%	31,6%	29,5%	2,0%
niet met ambulance	69,6%	68,3%	70,4%	-2,0%
onbekend	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%

Verwijzers

	2017	2016	2015	2017 vs 2016	
Huisarts	4.293	4.196	3.856	97	2%
HAP	964	1.007	1.957	-43	-4%
Hulpdnt 112	2.833	2.942	2.654	-109	-4%
Zelfverwijzer	3.055	3.277	2.993	-222	-7%
Röntgenafd	696	632	594	64	10%
SEH	16	17	30	-1	-6%
Polikliniek	972	925	888	47	5%
Overig	724	670	532	54	8%
Politie	164	143	134	21	15%
Totaal	13.717	13.809	13.638	-92	-1%



Diagnosen – top 10 per specialisme (aantallen 2017)

Heelkunde					Cardiologie				
Nr	Diagnose	Omschrijving Diagnose	Totaal	aandeel	Nr	Diagnose	Omschrijving Diagnose	Totaal	aandeel
1	HLK-129	HLK overige (bui)klachten algemeen	683	16%	1	CAR-201	CAR thoracale klachten eci	565	25%
2	HLK-270	HLK contusies enkelvoudig	448	11%	2	CAR-401	CAR atrium fibrilleren / flutter	383	17%
3	HLK-280	HLK open wond eenvoudig, bijv. snijwonden	214	5%	3	CAR-101	CAR geen aanwijzingen voor cardiale afwijkingen	327	14%
4	HLK-212	HLK fracturen pols	182	4%	4	CAR-205	CAR non ST elevatie hartinfarct	145	6%
5	HLK-215	HLK fracturen falangen van de hand	140	3%	5	CAR-203	CAR angina pectoris, onstabiel	132	6%
6	HLK-113	HLK appendicitis	133	3%	6	CAR-301	CAR acuut hartfalen	105	5%
7	HLK-253	HLK distorsies enkel / voet	124	3%	7	CAR-302	CAR chronisch hartfalen	75	3%
8	HLK-214	HLK fracturen metacarpalia	105	3%	8	CAR-402	CAR overige supraventriculaire hartritme stoornissen	65	3%
9	HLK-323	HLK cholecystitis / cholelithiasis	99	2%	9	CAR-409	CAR overige hartritme stoornissen	65	3%
10	HLK-218	HLK fracturen femur, proximaal (+ collum)	89	2%	10	CAR-202	CAR angina pectoris, stabiel	55	2%
Inwendige geneeskunde					Orthopedie				
Nr	Diagnose	Omschrijving Diagnose	Totaal	aandeel	Nr	Diagnose	Omschrijving Diagnose	Totaal	aandeel
1	ING-042	ING (auto)-intoxicatie	200	10%	1	ORT-3301	ORT Contusie Enkelvoudig	162	13%
2	ING-006	ING analyse buikklachten zonder diagnose	140	7%	2	ORT-3701	ORT Open wond eenvoudig bijv. snijwonden	96	8%
3	ING-401	ING pneumonie nno	110	5%	3	ORT-3013	ORT fracturen Pols	92	7%
4	ING-731	ING diep veneuze trombose extremiteiten	97	5%	4	ORT-3016	ORT fracturen Falangen van de hand	70	6%
5	ING-491	ING infectie huid	61	3%	5	ORT-3103	ORT distorsies Onderste extremiteit	68	5%
6	ING-003	ING analyse alg. malaise/moeheid zonder diagnose	60	3%	6	ORT-3019	ORT fracturen Femur proximaal (+collum)	50	4%
7	ING-008	ING analyse electrolytstoornis zonder diagnose	58	3%	7	ORT-3015	ORT fracturen Metacarpalia	41	3%
8	ING-431	ING bacteriaemie / sepsis	55	3%	8	ORT-3025	ORT fracturen Enkel	38	3%
9	ING-221	ING diabetes mellitus zonder secundaire complicaties	51	2%	9	ORT-3030	ORT fracturen Falangen van de voet	34	3%
10	ING-016	ING analyse macroscopisch bloedverlies tractus digestivus zon	50	2%	10	ORT-3029	ORT fracturen Metatarsalia	32	3%
Longgeneeskunde					Kindergeneeskunde				
Nr	Diagnose	Omschrijving Diagnose	Totaal	aandeel	Nr	Diagnose	Omschrijving Diagnose	Totaal	aandeel
1	LON-1241	LON COPD	236	21%	1	KIN-3104	KIN bovenste luchtweginfectie (rhinitis, otitis, tonsillitis)	115	12%
2	LON-1103	LON Dyspnoe	227	20%	2	KIN-3308	KIN gastro-enteritis (acute, bacterieel / viraal)	111	11%
3	LON-1401	LON Pneumonie	168	15%	3	KIN-3202	KIN astma / BHR	110	11%
4	LON-1802	LON Longembolie	91	8%	4	KIN-3524	KIN trauma capitis (commotio, contusio)	76	8%
5	LON-1201	LON Astma	80	7%	5	KIN-3502	KIN convulsie en koorts	37	4%
6	LON-1102	LON Pijn op de borst	68	6%	6	KIN-3208	KIN onderste luchtweginfectie	36	4%
7	LON-1303	LON Tumoren NSCLC	30	3%	7	KIN-8908	KIN ingestie / intoxicatie	35	4%
8	LON-1104	LON Hoest	28	2%	8	KIN-8910	KIN koorts eci (fever of unknown origin)	34	3%
9	LON-1702	LON Pneumothorax	26	2%	9	KIN-3199	KIN overige bovenste luchtwegproblematiek	33	3%
10	LON-1105	LON Hemoptoë	19	2%	10	KIN-7810	KIN virale infectie / viremie NNO	27	3%
Neurologie					Urologie				
Nr	Diagnose	Omschrijving Diagnose	Totaal	aandeel	Nr	Diagnose	Omschrijving Diagnose	Totaal	aandeel
1	NEU-1111	NEU onbloedige beroerte	163	17%	1	URO-011	URO niersteen	102	21%
2	NEU-1112	NEU TIA (incl. amaurosis fugax)	95	10%	2	URO-032	URO blaasinfectie	68	14%
3	NEU-0799	NEU overige hoofdpijn	76	8%	3	URO-083	URO overige blaaspathologie	28	6%
4	NEU-0601	NEU epilepsie gegeneraliseerd	75	8%	4	URO-098	URO diverse urologische diagnose(n)	27	6%
5	NEU-9919	NEU geen neurologie, werkdiagnose overige	61	6%	5	URO-062	URO ontsteking testis/epididymis	26	5%
6	NEU-1402	NEU commotio / contusio cerebri	42	4%	6	URO-021	URO uretersteen	21	4%
7	NEU-1102	NEU intracerebrale bloeding	34	3%	7	URO-099	URO geen urologische diagnose	18	4%
8	NEU-9903	NEU duizeligheid, niet elders classificeerbaar	26	3%	8	URO-015	URO overige nierpathologie	16	3%
9	NEU-9909	NEU neurologie, niet elders classificeerbaar	24	2%	9	URO-030	URO blaastumor	16	3%
10	NEU-1409	NEU overig letsel hoofd	22	2%	10	URO-068	URO overige (intra)scrotumpathologie (incl. testis bij prost	14	3%

