

Twynstra Gudde

Toetsingskader acute zorg voor het Openbaar Bestuur

GHOR Rotterdam Rijnmond

Paul van Beers

Amersfoort

3 april 2015



Opbouw

1. Inleiding
2. Toetsingskader
3. Eisen aan de spoedeisende zorg
4. Publieke belangen bij spoedeisende zorg en bij opgeschaalde zorg
5. Actuele ontwikkelingen
6. Vervolg
7. Overzicht van de voorzieningen acute zorg in RR

1. Inleiding

De GHOR Rotterdam Rijnmond (RR) maakt samen met de GHOR-regio's Zeeland en Zuid-Holland Zuid deel uit van de traumaregio Zuidwest Nederland (TC ZWN). De drie GHOR regio's hebben samen een onderzoek laten voeren naar de mogelijke consequenties van wijzigingen in de spoedeisende zorg voor de opgeschaalde hulpverlening vanuit het perspectief van het openbaar bestuur. In de regio Rotterdam-Rijnmond is vanuit de klankbordgroep van dit onderzoek, onder leiding van burgemeester Lamers, de volgende aanvullende vraag geformuleerd.

Ontwikkel een compact toetsingskader voor het openbaar bestuur waarmee eventuele wijzigingen in de acute zorg bekeken en beoordeeld kunnen worden. De perspectieven van opgeschaalde zorg en publieke gezondheid zijn hierbij leidend.

Met het toetsingskader kunnen toekomstige wijzigingen in de acute zorg door het openbaar bestuur geduid en gewogen worden. Tevens kan met het kader het publieke belang gemarkeerd worden.

Het toetsingskader kent inhoudelijke en procesmatige aspecten. Hierna volgt eerst het toetsingskader. Vervolgens zijn de achtergronden en de onderbouwing uitgewerkt.

Toetsingskader (1)

	Inhoudelijk kader
1	Wordt met de voorgestelde wijzigingen voldaan aan de wettelijke eisen (bereikbaarheidsnormen) voor de acute zorg?
2	Kan regionaal met de voorgestelde wijzigingen voldaan worden aan de veldnormen (waaronder SEH-triagesysteem) en branchenormen voor de acute zorg?
3	Is bij het beoordelen van de bereikbaarheidsnormen rekening gehouden met complicerende factoren? Is de impact van structurele en tijdelijke knelpunten (bv. files, bruggen, wegwerkzaamheden), seizoensinvloeden (bv. toeristen) en de betekenis voor aangrenzende gemeenten/regio's meegewogen voor afdoende bereikbaarheid in de dagelijkse praktijk?
4	Zijn de beschikbaarheid en capaciteit van de acute zorg voldoende gewaarborgd? Wat is het effect op de wachttijden in de acute zorg?
5	Is aandacht voor de acute zorg van minder zelf-redzamen, kwetsbare groepen en het demografisch profiel van het desbetreffende gebied?
6	Is de samenhang in de keten voor de opgeschaalde acute zorg goed geborgd? Zijn de consequenties voor de opgeschaalde zorg goed in beeld gebracht? Zijn de gevolgen voor het ambulancevervoer en de ambulancebijstand goed in beeld gebracht? Zijn de relevante partijen betrokken bij het realiseren van de samenhang?
7	Is de samenhang tussen de acute zorgketen en de niet-spoedeisende zorg geborgd? Heeft de wijziging negatieve consequenties voor de niet-acute zorg?

Toetsingskader (2)

	Inhoudelijk Kader (vervolg)
8	Is de continuïteit van de specialistische acute zorg afdoende geborgd? Als deze zorg op minder plaatsen wordt aangeboden, zijn er dan extra maatregelen genomen om deze kwetsbaarheid en afhankelijkheid te ondervangen; en is er een alternatief bij uitval?
9	Is aandacht voor compensatiemaatregelen om de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de acute zorg op een passend niveau te houden? (blijven voldoende andere acute zorgverleners, AED's en apotheken beschikbaar?)
10	Is rekening gehouden met het zorgrisicoprofiel van de veiligheidsregio? Is rekening gehouden met de zorgbehoefte (opgeschaalde zorg) bij verschillende soorten rampen?
	Proceskader
1	Is het proces zorgvuldig vormgegeven? Is het bevoegd gezag tijdig en adequaat geïnformeerd over de voorgenomen wijzigingen? Zijn de ketenpartners en stakeholders, waaronder de ambulancezorg in de acute zorg betrokken geweest ?
2	Is de afweging met de gemeenteraad gedeeld?
3	Is er vanuit democratische perspectief (publiek belang) gelegenheid geweest om op de plannen te reageren?

2. Toetsingskader (3)

Met het '*toetsingskader acute zorg voor het openbaar bestuur*' kan het openbaar bestuur aan de hand van een aantal inhoudelijke en procesmatige vragen beoordelen of de publieke belangen voor acute (opgeschaalde) zorg adequaat behartigd zijn.

Met dit kader blijft het openbaar bestuur uit de zorginhoudelijke discussie. Gezien de aard van die discussie, en de verdeling van verantwoordelijkheden, is het ook niet zinvol voor het openbaar bestuur om zich hier in te mengen. Toetsen of de plannen niet botsen of afbreuk doen aan de het publieke belang en aan de verantwoordelijkheden in de opgeschaalde zorg, is een legitiem en productief kader. Het toetsingkader ondersteunt deze rol van het openbaar bestuur.

Het toetsingskader sluit hiermee aan bij de uitkomsten van de Quick Scan die Twynstra Gudde voor de Veiligheidsregio's Rotterdam Rijnmond, Zeeland en Zuid-Holland Zuid heeft uitgevoerd.

3. Eisen aan de acute zorg

Er is een aantal eisen of landelijke normen voor de spoedeisende zorg. Deze eisen hebben niet allemaal dezelfde status. Naast de wettelijke eisen is in de *Kwaliteitswet Zorginstellingen* gesteld dat het veld zichzelf ook normen kan opleggen voor verantwoorde zorg, zoals branche- en veldnormen. De eisen zijn hierna per type zorginstelling uitgewerkt.

Bereikbaarheid huisartsenposten

De **branchenormen** van de *Vereniging Huisartsenposten Nederland* (VHN) (vastgesteld in 2009) luiden:

- telefonische bereikbaarheid:
 - . bij gebruik spoedtoets binnen 30 seconden een persoon aan de lijn
 - . zonder spoed: gemiddeld per jaar bij 75% van de telefoontjes binnen 2 minuten een persoon aan de lijn (per eind 2010)
 - . zonder spoed: gemiddeld per jaar bij 98% van de telefoontjes binnen 10 minuten een persoon aan de lijn (per eind 2010)
- fysieke bereikbaarheid:
 - . minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied kan binnen 30 minuten de huisartsenpost bereiken
- aanrijtijden:
 - . bij U1-zorgvragen (levensbedreigende spoed) is zorg binnen 15 minuten aanwezig voor 95% van alle als U1 aangemerkte zorgvragen en 100 % binnen 30 minuten.

3. Eisen aan de acute zorg (2)

Bereikbaarheid ambulancezorg

Er is een **door de politiek en door het beleid aanvaarde norm** dat 95% van de spoedeisende inzet in de ambulancezorg binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn; berekend voor het totale bedieningsgebied van de RAV. Om hieraan te kunnen voldoen, zijn er twee noodzakelijke voorwaarden: zowel de spreiding van de standplaatsen als de beschikbare capaciteit moet voldoende zijn. In het *Landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid ambulancezorg* is het uitgangspunt dat voor elke RAV-regio 97% van de inwoners binnen 12 minuten rijtijd moet kunnen worden bereikt (spreidingsnorm). Daarnaast is ervan uitgegaan dat er voldoende ambulances beschikbaar moeten zijn om in 95% van de meldingen voor spoedeisende ambulancezorg een ambulance beschikbaar te hebben.

Bereikbaarheid spoedeisende hulpafdelingen

In de *Wet toelating zorginstellingen* (WTZi) is de bereikbaarheid van SEH's (geen trauma) als norm vastgelegd. Deze **bereikbaarheidsnorm** van 45 minuten betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt op de plaats van het ongeval te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden. Circa 57.000 inwoners in Nederland kunnen niet binnen 45 minuten per ambulance een SEH bereiken. Tevens zijn targettijden (branchenormen) in het SEH-triagesysteem benoemd voor de termijn waarin verschillende hulpvragen behandeld zouden moeten worden. (rood = 0 min, oranje = 10 min, geel = 60 min, groen = 120 min, blauw = 240 min)?

3. Eisen aan de acute zorg (3)

Bereikbaarheid traumazorg

Alle traumacentra hebben afspraken gemaakt met de ziekenhuizen in hun regio om een traumaslachtoffer binnen de vereiste tijd op de juiste plaats te krijgen. Het min. VWS heeft aangegeven dat een traumateam (MMT) alleen meerwaarde heeft als het binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn (beleidsvisie traumazorg, VWS, 2005). In de huidige situatie, met vier parate traumahelikopters en assistentie van buitenlandse traumahelikopters, wordt ruim 99% van de bevolking binnen 30 minuten responstijd bereikt.

Bereikbaarheid dienstapotheken

- Er is geen veldnorm voor de bereikbaarheid van beschikbare nachtapotheken in de *Nederlands Apotheeknorm 2006* (NAN). In de beantwoording van kamervragen door minister Schippers over dit onderwerp in februari 2014 (193437-116636-GMT), geeft zij aan dat er geen afstandcriterium is vastgesteld maar dat er wel een tijds criterium van 45 minuten - overeenkomstig het beleid bij ziekenhuizen - geldt.
- Formeel behoren dienstapotheken niet tot de acute zorgketen.

Voor **publieke gezondheid** en **opgeschaalde zorg** zijn er geen landelijk vastgestelde eisen of normen. De VRR heeft wel aangegeven 160 T1/T2 en 160 T3 slachtoffers aan te willen kunnen. Dit beoogde opgeschaalde zorgniveau is bestuurlijk onderschreven in het ABVRR.

4. Publieke belangen bij spoedeisende zorg en bij opgeschaalde zorg

- De thema's kwaliteit en efficiëntie hebben beide tot debat geleid binnen de acute zorg. De discussie over de kwaliteit van de acute zorg krijgt met de inbreng van de Zorgautoriteit een 'objectief' kader. Ten aanzien van efficiëntie is – mede door de *Autoriteit Consument en Markt* - een breder perspectief gemarkeerd. Ook de zorgkeuzevrijheid, de nabijheid van zorg en het publieke belang zijn hierdoor gemarkeerd in de discussie.
- Met de *Wet publieke gezondheid* zijn verschillende voorwaarden benoemd om het *publieke belang* van adequate gezondheidszorg te realiseren. Diverse taken, waaronder het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen, zijn hierom belegd bij de GGD. Ook de schakelrol die de DPG heeft ten aanzien van de GGD en de GHOR markeert het publieke belang. De (aanstaande) veranderingen in de acute zorg vallen niet binnen het kader van de 'publieke gezondheid' maar raken wel aan publieke belangen. Hierdoor is niet alleen de burgemeester een relevante speler vanuit zijn verantwoordelijkheid bij de opgeschaalde zorg; ook wethouders kunnen aangesproken worden op die publieke belangen.
- Er is volgens de WRR sprake van een publiek belang indien de overheid zich de behartiging van een maatschappelijk belang aantrekt op grond van de overtuiging dat dit belang anders niet goed tot zijn recht komt (WRR, *Het borgen van publiek belang*, 2000, p.20). Voor het maatschappelijke belang zet de overheid zich in voor o.a. onderwijs, zorg en volkshuisvesting. De overheid moet voorwaarden scheppen waarmee dit maatschappelijke belang gediend is.

4. Publieke belangen bij spoedeisende zorg en bij opgeschaalde zorg (2)

- Die voorwaarden voor het maatschappelijke belang betreffen de betaalbaarheid, de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatigheid van publieke diensten. De vraag welke maatschappelijke belangen tot publiek belang verheven worden, is een politieke vraag.
- In Nederland zijn de bereikbaarheidsnormen voor de acute zorg de voorwaarden die met het oog op toegankelijkheid vanuit het publiek belang gesteld zijn. Met deze bereikbaarheidsnormen zijn niet alle belangen behandeld. Ook de kwaliteit en de doelmatigheid zijn van belang bij het positioneren van het publieke belang. Om de leefbaarheid van een gebied op peil te houden, kan - mede onder invloed van demografische, maatschappelijke of geografische eigenschappen - extra aandacht van de acute zorg wenselijk zijn. Een bredere afweging van publieke belangen dan de geformuleerde bereikbaarheidsnormen, kan door de samenleving of politiek wenselijk worden gevonden.
- Ook het risicoprofiel van de veiligheidsregio's is van significant belang voor de acute (opgeschaalde) zorg. Dit profiel markeert de benodigde capaciteit van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises. Omdat de opgeschaalde acute zorg gebaseerd is op de reguliere acute zorg, is het van belang om eventuele wijzigingen in de acute zorg ook te doordenken en te toetsen op de betekenis voor de opgeschaalde acute zorg. De verantwoordelijkheid die zorginstellingen hebben voor het bieden van zorgcontinuïteit betekent namelijk niet dat het bevoegd gezag er blindelings vanuit kan gaan dat er bij rampen voldoende capaciteit beschikbaar zal zijn. Het bevoegd gezag i.c. de burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio, wordt na afloop van een ramp immers aangesproken op het functioneren van o.a. de opgeschaalde zorg. Dit onderstreept het publieke belang van adequate acute (opgeschaalde) zorg.

4. Publieke belangen bij spoedeisende zorg en bij opgeschaalde zorg (3)

- Voor burgers is het van groot belang om de juiste zorg in de buurt te hebben. Als burgers spreken over 'lokale kwaliteit' en verwachtingen die zij van de gemeente hebben, komt op de eerste plaats 'een omgeving zonder criminaliteit' en op de tweede plaats komt een goed en snel bereikbaar ziekenhuis (zie VNG-publicatie *Gewoon dichtbij*, 2014). Wanneer de scores van burgers en raadsleden gezamenlijk worden beschouwd, krijgt het thema 'zorg' zelfs de hoogste prioriteit. Het feit dat burgers van de gemeente veel verwachten ten aanzien van de nabijheid van (acute) zorg, kan niet eenvoudig genegeerd worden. Het beroep dat burgers op raadsleden en het college van B&W op dit onderwerp doen, is reëel; ondanks de beperkte formele invloed die de gemeente heeft op dit onderwerp.
- Het openbaar bestuur heeft geen rol bij zorginhoudelijke discussies. Wel dient het openbaar bestuur betrokken te worden bij plannen die van invloed zijn op het publieke belang. De afspraak tussen de portefeuillehouder GHOR en Voorzitter Veiligheidsregio RR en het ROAZ ZWN om elkaar tijdig te informeren bij ophanden zijnde wijzigingen die het aanbod van de acute zorg beïnvloeden, is hier de bevestiging van. Deze afspraak zorgt er voor dat zich geen verrassingen of voldongen feiten voordoen zonder dat het openbaar bestuur haar inbreng heeft geleverd. Bij de inbreng van het openbaar bestuur staat het publieke belang centraal.

4. Publieke belangen bij spoedeisende zorg en bij opgeschaalde zorg (4)

- De zorgverzekeraars vervullen nu een cruciale rol in het vormgeven van veranderingen in de acute zorg. Naast efficiëntie, blijven kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid ook publieke belangen bij de acute zorg. Om deze reden is het waardevol om te bepalen of de wijze waarop zorgverzekeraars hun rol vervullen, voldoende aansluit bij de voorwaarden die de overheid wil stellen ten behoeve van de bredere publieke belangen.

5. Actuele ontwikkelingen

Sinds de start van het onderzoek heeft zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan Deze beïnvloeden het karakter van het onderzoek:

- het ROAZ ZWN-besluit op 30 juni 2014 om de discussie met de zorgverzekeraar over (nacht)sluiting van SEH's 'on hold' te zetten. De mogelijke consequenties van de wijzingen in de acute zorg (waaronder nachtsluiting SEH's), worden door het ROAZ ook niet nader onderzocht.
Consequentie: de feitelijke doorwerking binnen de acute zorg, en de mogelijke consequenties voor de opgeschaalde zorg, worden door het ROAZ niet nader in kaart gebracht. Afgesproken is om niet op de zaken vooruit te lopen of erop te anticiperen.
- De *Autoriteit Consument en Markt* geeft op 16 juli 2014 een persbericht uit waarin zij meldt dat zorgverzekeraars onvoldoende in staat zijn om aan te tonen dat de geclaimde voordelen van de concentratie van spoedeisende zorg voor de patiënt en verzekerde opwegen tegen het wegvallen van de keuzemogelijkheden en dat een betere onderbouwing van kwaliteitsstandaarden noodzakelijk is.
Consequentie: ZN temporiseert haar plannen om wijzigingen in de spoedeisende zorg per 1 januari 2015 door te voeren en het Zorginstituut buigt zich over de kwaliteitsindicatoren.
- Op 4 december 2014 maakt het Zorginstituut bekend overeenstemming te hebben bereikt over kwaliteitsindicatoren voor beroertes, hartinfarcten, heupfracturen, aorta-aneurysmata en multi-traumata. Alleen voor geboortezorg is nog overleg nodig. Het zijn andere kwaliteitsindicatoren dan die ZN voorstelde maar ook de zorgverzekeraars onderschrijven de nieuwe indicatoren. Over volumenormen en eisen aan SEH-afdelingen en IC is nog niets afgesproken. Hierover gaat een expertcommissie nog adviseren op basis van (inter)nationaal onderzoek.
Consequentie: veranderingen in de acute zorg zullen op een later moment plaatsvinden, De discussie hierover gaat – ook vanuit het perspectief van het openbaar bestuur- nog gevoerd worden.

5. Actuele ontwikkelingen (2)

- *Vertraging realisatie regionaal zorgrisicoprofiel*

Het regionaal zorgrisicoprofiel wordt door de GHOR in de drie veiligheidsregio's (RR, ZHZ en Zeeland) de komende periode uitgewerkt. Met het zorgrisicoprofiel wordt inzichtelijk welk type en aantal slachtoffers in de regio te verwachten valt bij verschillende typen risico's. De uitkomsten hiervan zijn vanwege de latere start van het project voor dit kader nog niet beschikbaar.

Consequentie: afstemming tussen het zorgrisicoprofiel en dit toetsingskader moet nog plaatsvinden.

- *Grootschalige geneeskundige bijstand (GGB)*

Het veiligheidsberaad heeft ingestemd met het voorgestelde model *Grootschalige Geneeskundige Bijstand* (GGB-model) als overgangsmodel voor de komende vijf jaar of zoveel eerder als bijstelling van het model op basis van nieuwe wetgeving vraagt. Dit is in lijn met het unaniem advies van de directeuren Publieke Gezondheid. Met GGB worden de opvang en de verzorging tot 250 slachtoffers (25 T1, 75 T2 en 150 T3) georganiseerd.

Consequentie: veranderingen in GGB en de rol van de RAV voor de gewondenspreiding zijn van betekenis voor de acute opgeschaalde zorg. Afstemming op dit dossier is noodzakelijk.

- Het RIVM voert in opdracht van de directeuren Publieke Gezondheid een onderzoek uit om de effecten van de 'herinrichting spoedeisende zorg' landelijk in beeld te brengen. Het gaat hierbij concreet om het visueel in beeld brengen van de bereikbaarheid van de SEH-capaciteit. De impact op de bereikbaarheid van veranderingen in de (concentratie van de) SEH-capaciteit, wordt hiermee inzichtelijk.

5. Actuele ontwikkelingen (3): Hellevoetsluis

Casus Hellevoetsluis

In oktober 2014 heeft de directie van de Huisartsenposten Rijnmond het college van B&W geïnformeerd over de sluiting van de huisartsenpost in Hellevoetsluis. Dit heeft veel onrust veroorzaakt in de gemeente. De sluiting HAP Hellevoetsluis werd onderbouwd met een aantal argumenten.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Zeer beperkt aantal consulten gemiddeld per avond• Te weinig waarborgen voor kwaliteit en continuïteit: Huisarts niet gegarandeerd aanwezig, geen achtervang• Geen SEH als achtervang | <ul style="list-style-type: none">• Geen medicatieverstrekking nabij/beperkte faciliteiten• Door busbaan HAP is het SMC bij spoed beter bereikbaar |
|---|---|

Voor de gemeente en B&W is het relevant om de discussie breder dan (acute) zorg te maken en ook leefbaarheid en werkgelegenheid te betrekken. Formeel is de besluitvorming niet in strijd met de eisen voor de acute zorg. Wel kan er met deze denkwijze snel 'uitholling' plaatsvinden. De sluiting van de ene voorziening (dienstapothek), kan de sluiting van de andere voorziening (HAP) in de hand werken.

De casus illustreert helder het spanningsveld waarin het openbaar bestuur zich bevindt. Burgers verwachten dat de lokale overheid van invloed is op de gezondheidszorg terwijl daar formeel de verantwoordelijkheid niet ligt. De zorgvuldigheid in de communicatie en de beeldvorming is van grote invloed op het verloop van het proces.

De neveneffecten van de HAP sluiting op het ambulancevervoer (mogelijke toename) en de kosten die daarmee gemoeid zijn, zijn van belang om te monitoren. Een toename van de ambulancekosten wordt immers deels bekostigd met publieke middelen en deels door de zorgverzekeraars..

5. Actuele ontwikkelingen (4): SMC

- Voor het Spijkenisse Medisch Centrum (SMC) is begin 2015 duidelijk geworden dat verdere inkrimping noodzakelijk is om financieel rond te komen. Een aantal specialismen zal hierdoor verdwijnen waardoor er meer doorverwijzingen naar andere ziekenhuizen moeten plaatsvinden. De mogelijkheden van het SMC om eventuele “zelfverwijzers” te helpen bij rampen en crises in het gebied, nemen hierdoor af.
- Het openbaar bestuur (wethouder van Nissewaard) is achteraf geïnformeerd over het besluit.

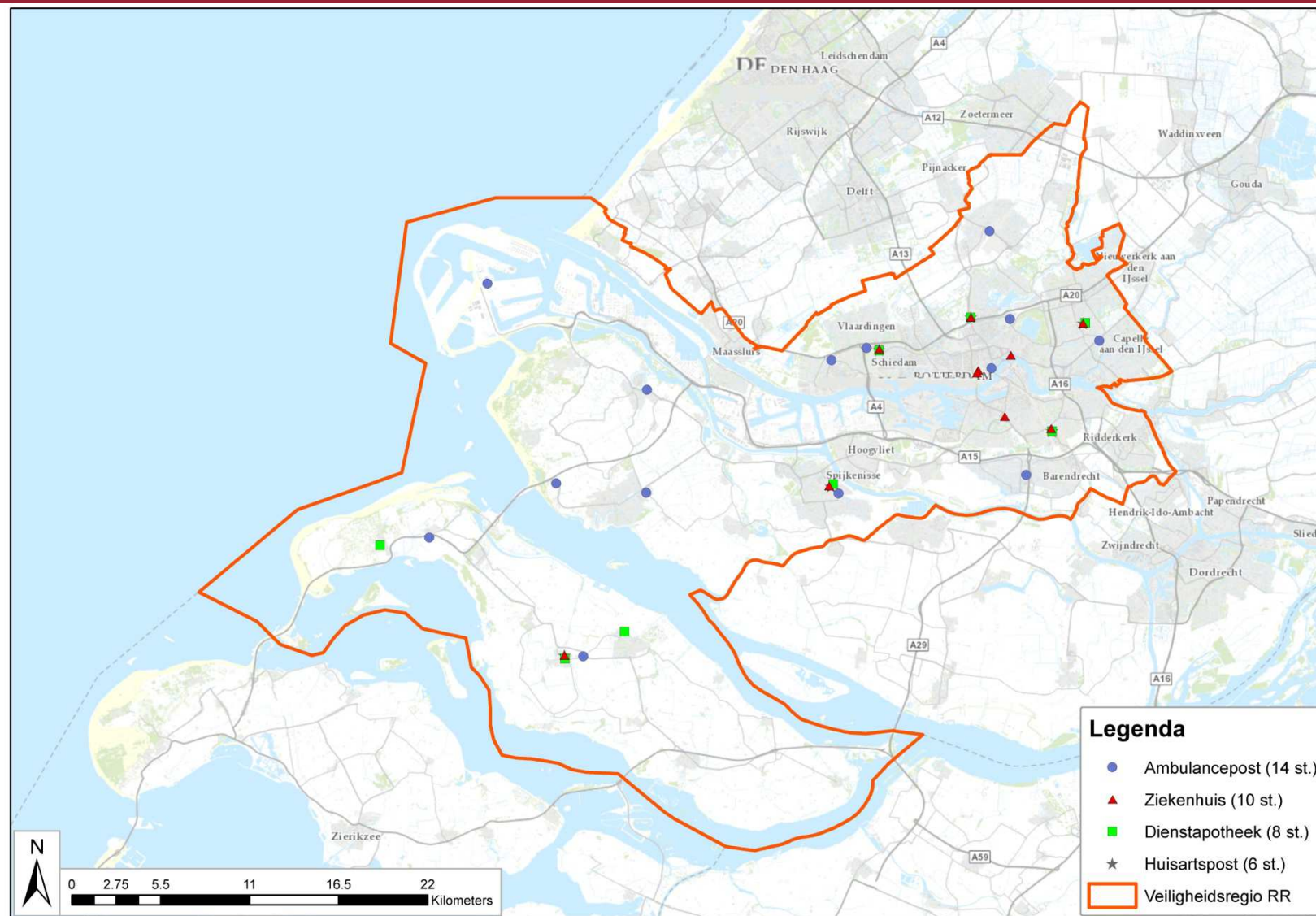
6. Vervolg

- Al is de discussie over de veranderingen in de acute zorg in sommige opzichten wat geluwd; de veranderingen zijn niet van de baan. Dit betekent dat de GHOR proactief blijft acteren op dit thema. Dit krijgt op de volgende manieren vorm:
- Ten aanzien van de doorwerking van de wijzigingen naar de opgeschaalde zorg zal de GHOR aan verbeteringen werken van de **veerkracht** van de acute zorgketen. Deze veerkracht toont zich op de volgende elementen:
 - Voldoende buffers om schokken op te vangen (bv: extra bedden)
 - Redundantie om uitval te kunnen compenseren (bv: meerdere SEH's)
 - Genoeg verbindingen tussen de schakels (bv: extra ambulance inzet)
 - Flexibiliteit in de interne organisatie (bv: tijdelijk extra capaciteit naar SEH)
 - Kwaliteit van de preparatie (bv: geoefendheid van de opgeschaalde zorg)
 - Spontane bereidheid en vaardigheid om te helpen (bv: burgerhulp met EHBO of transport)
- De GHOR zal gezamenlijk met nabijgelegen veiligheidsregio's de informatie-uitwisseling met de acute zorgketen verbeteren, zodat effectiever regie gevoerd kan worden tijdens rampen en crisis. Regio-overstijgende afspraken met nabij gelegen Veiligheidsregio's zullen verder geoperationaliseerd worden.
- Bij zorginstellingen en verzekeraars zal het belang van een robuuste en veerkrachtige opgeschaalde zorg helder gemarkeerd blijven worden; onder andere via het ROAZ.

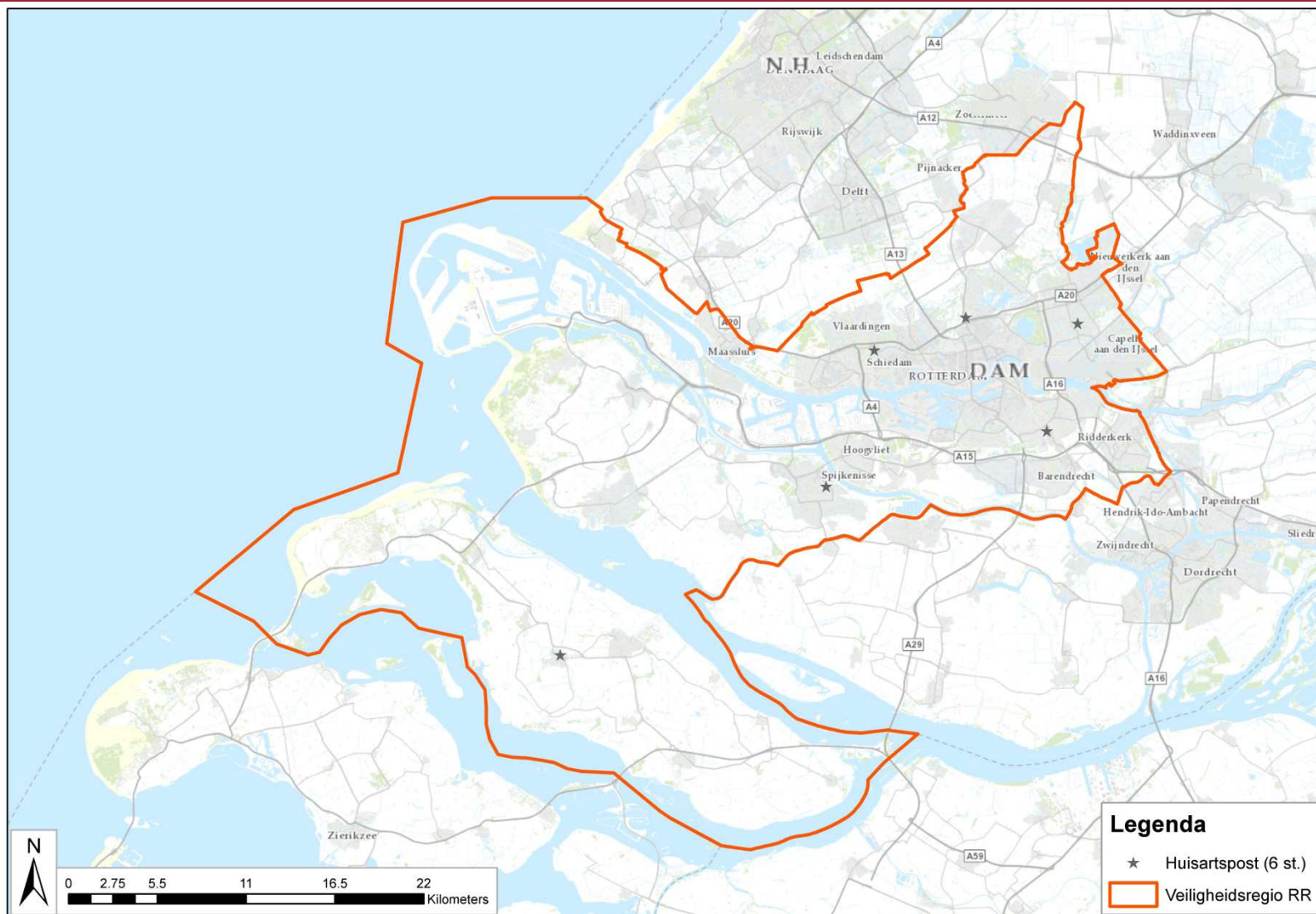
7. Overzicht voorzieningen acute zorg in RR

- In het Nationaal Kompas Volksgezondheid wordt acute zorg gedefinieerd als ‘alle zorg die niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid op werkdagen om de huisarts of hulpverlener te raadplegen’.
- Tot de acute zorgketen behoren de volgende instellingen:
 - . huisartsenposten (HAP) en reguliere huisartsenzorg
 - . spoedeisende-hulpafdelingen (SEH)/ Ziekenhuizen
 - . Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV)
 - . traumacentra (Erasmus Medisch Centrum Rotterdam)
- Dienstapotheken behoren formeel niet tot de acute zorg.
- *Onderscheid tussen individuele gevallen en grote ongevallen en rampen.*
Er is verschil tussen acute zorg in individuele gevallen (reguliere acute zorg) en acute zorg in het geval van een groot ongeval of een ramp. De reguliere zorg wordt bij grote ongevallen met meer dan vijf slachtoffers en bij rampen opgeschaald naar de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie (GHOR) in de regio. De GHOR is gericht op rampenbeheersing en -bestrijding en coördineert de inzet van geneeskundige diensten tijdens rampen en grote ongevallen.

7. Locaties acute zorg-voorzieningen



7. Locatie huisartsenposten

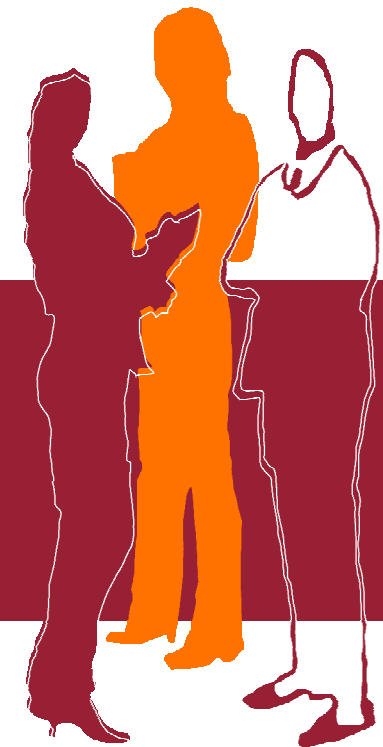


7. Dienstapotheken

Dienstapotheek	Adres		Openingstijden apotheek
Rotterdam-Noord	Kleiweg 500	3045 PM Rotterdam	17.30-08.00 uur (alle dagen). In het weekend de gehele dag
Rotterdam-Zuid	Maasstadweg 59B	3079 DZ Rotterdam	17.00-08.30 uur (alle dagen). In het weekend de gehele dag
Nachtapotheek Schenkel	Stellingmolen 12	2906 SH Capelle a/d IJssel	Ma t/m zo: 17.30-08.30 uur
Centrale Dienst Apotheek Voorne-Putten	Donaulaan 2	3207 CA Spijkenisse	Ma t/m vr: 17.30-08.00 uur. In het weekend en op feestdagen: 24 uur per dag
24-uurs Apotheek Poldervaart	Vlietlandplein 2	3118 JH Schiedam	24 uur per dag
Apotheken op Goeree-Overflakkee			
Apotheek Dirksland	Voorstraat 25	Dirksland	Zaterdag: 10.00-2.00 uur
Apotheek Ouddorp	Boompjes 3-5	Ouddorp	Werkdagen: 08.30-17.30 uur Zaterdag: 12.00-13.00 uur
Mediq Apotheek Haringvliet	Anton Coolenstraat 112	Sommelsdijk	Werkdagen: 08.00-17.30 uur. Zaterdag: 10.30-11.30 uur
De dienstdoende apotheek is op feestdagen extra geopend van 11.30-12.00 uur en van 17.00-17.30 uur. Buiten de openingstijden van de apotheken kan voor spoedrecepten worden gebeld met 0187-689957, het centrale dienstnummer van de apotheken.			

Paul van Beers
pvb@tg.nl

Alle intellectuele eigendomsrechten met betrekking tot deze presentatie berusten bij Twynstra Gudde.
Niets uit deze presentatie mag worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt zonder schriftelijke toestemming van Twynstra Gudde.



Twynstra Gudde *Anders denken, gewoon doen*