

Rapportage voorbereiding van de keten

Redactie: Imke Stultiëns-Zillen

Datum: 13-02-2026

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
De zorgketen.....	3
Relatiemanagement.....	3
Accountgesprekken	4
Vertaling ingevulde evaluaties	4
Mate van voorbereiding zorgketen	4
Conclusies	5
Acute zorg	5
Niet-acute zorg	6
Overkoepelende conclusies	6
Aanbevelingen	6

Inleiding

Zorgaanbieders met een rol in de geneeskundige hulpverlening dienen het bestuur van de veiligheidsregio desgevraagd alle informatie over hun inzet en de voorbereiding daarop te verstrekken. (wet veiligheidsregio's art 33) Daarnaast zijn alle zorgaanbieders uit het zorgnetwerk vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Uitvoeringsregeling Wkkgz (AMvB Acute Zorg)) onder alle omstandigheden, ook tijdens een crisissituatie of grootschalige ramp, zelf verantwoordelijk voor het leveren van passende zorg aan patiënten en cliënten. Een crisis of een ramp kan zich op verschillende manieren manifesteren, maar heeft over het algemeen een aantal uniforme kenmerken. Zo heeft het impact op de zorgcontinuïteit. Ketenuitvoering van zorg, waarbij passende zorg binnen de keten geleverd wordt, ook tijdens een ramp of crisis, vraagt een goede (structurele, deskundige en geborgde) voorbereiding op zowel organisatieniveau als op regionaal niveau.

De DPG is verantwoordelijk voor het in beeld brengen en duiden van deze voorbereiding op regionaal niveau en hierover te adviseren aan het bestuur van de veiligheidsregio middels een tweejaarlijkse bestuursrapportage of notitie waarbij de frequentie is afgestemd op de frequentie van het zorgrisicoprofiel (Handreiking Bewakende Rol DPG). De GHOR stelt deze rapportage op voor het Algemeen Bestuur van de veiligheidsregio, namens de Directeur Publieke Gezondheid (DPG). Deze rapportage beschrijft de stand van zaken (eind 2025) met betrekking tot deze voorbereiding van de zorgketen in Brabant-Zuidoost.

De zorgketen

Het afgelopen jaar heeft GHOR Brabant-Zuidoost aan de hand van de nieuwe landelijke leidraad haar netwerk in kaart gebracht. Alle organisaties in Brabant-Zuidoost zijn in beeld gebracht en hebben een kleur gekregen, zie onderstaande tabel. De GHOR heeft ervoor gekozen in eerste instantie alle 'groene' organisaties tot het netwerk te rekenen. In onderstaande tabel is een overzicht te vinden van het totaal aantal zorgorganisaties en het deel waarvan een contactpersoon bekend is.

Kleur	Duiding	Aantal	Aantal organisaties contactpersoon bekend
Groen	Minimaal 1 locatie met minimaal 50 bewoners of minimaal 100 bewoners alle locaties bij elkaar opgeteld	27 niet-acuut en 8 acuut	21 niet-acuut en 8 acuut
Geel	Minimaal 1 locatie met minimaal 25 bewoners of minimaal 50 bewoners alle locaties bij elkaar opgeteld	7 niet-acuut	2
Oranje	Minimaal 1 locatie met minimaal 20 bewoners of minimaal 40 bewoners alle locaties bij elkaar opgeteld	5 niet-acuut	0
Blauw	Minimaal 1 locatie met minimaal 15 bewoners of minimaal 30 bewoners alle locaties bij elkaar opgeteld	4 niet-acuut	0
Paars	Minimaal 1 locatie met minimaal 10 bewoners of minimaal 20 bewoners alle locaties bij elkaar opgeteld	11 niet-acuut	0

Relatiemanagement

GHOR Brabant-Zuidoost onderhoudt contacten met het zorgnetwerk op verschillende manieren. Naast de individuele contactmomenten, worden de contactpersonen van zorgorganisaties uitgenodigd voor verschillende regionale bijeenkomsten, voor werksessies en jaarlijks voor een accountgesprek.

Van de 21 niet-acute zorgpartners uit de groene categorie waarvan een contactpersoon bekend is, is met 16 organisaties een accountgesprek gehouden eind 2025. Daarnaast is met alle 8 acute organisaties, samen met het NAZB, een accountgesprek gehouden.

Accountgesprekken

Tijdens de accountgesprekken met de acute zorgorganisaties worden de ontwikkelingen op het gebied van risicomanagement, crisisbeheersing en OTO besproken aan de hand van de punten uit de zelfevaluatie van het kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO (**Kwaliteitskader crisisbeheersing & OTO 3.0**). Voor de niet-acute zorgpartners is een vertaling gemaakt van deze zelfevaluatie.

De zorgorganisaties hebben alle punten zelf gescoord en tijdens het accountgesprek is de duiding hiervan doorgenomen met de relatiemanager van de GHOR.

Vertaling ingevulde evaluaties

De antwoorden zijn vertaald naar cijfers. Een 'nee' werd vertaald naar een '0', een 'in ontwikkeling' naar een '1' en een 'ja' naar een '2'. Als uit de accountgesprekken bleek dat een organisatie een onderdeel uitermate goed geregeld heeft en een voorloper is in vergelijking met de rest van de keten, werd sporadisch een '3' ingevuld. Bij alle onderdelen waar 'nee' is ingevuld is, is de urgentie voor dit onderwerp weer aangescherpt.

De ingevulde lijsten zijn vertaald naar cijfers om onderlinge vergelijking mogelijk te maken. Deze scoring is nadrukkelijk niet bedoeld om een waarde toe te kennen aan de voorbereiding van de zorgorganisatie. De waarden worden alleen gebruikt om inzicht te krijgen in de mate van voorbereiding van de keten en dus inzichtelijk te maken waar mogelijkheden liggen om de voorbereiding van de keten te versterken.

Mate van voorbereiding zorgketen

In onderstaande tabel staat een overzicht van de opgehaalde informatie bij de acute zorg. De duiding van de besproken processen is te vinden in de bijlage. In de tabel staan de gemiddelden van de cijfers die gegeven zijn als antwoorden op de vragen over desbetreffend proces.

	Ziekenhuizen	Huisartsenposten	Gemeentelijke Gezondheids- dienst (GGD) en Regionale Ambulance- voorziening (RAV)	Totaal
Aantal instellingen	4	2	2	8
Veiligheidsmanagement-systeem	1.58	1.33	1.5	1.47
Visie crisisbeheersing	1.88	1.5	1.75	1.71
Integraal crisisplan	1.5	1.3	1.4	1.4
Proces melding en alarmering	1.8	1.9	1.6	1.77
Proces op- en afschaling	1.88	1.5	2	1.79
Proces nafase	1.45	1.5	1.7	1.5
Proces leiding en coördinatie	1.45	1.7	1.8	1.65

Proces informatiemanagement	2	1.5	1	1.5
Proces crisiscommunicatie	1.88	0.88	2	1.59
OTO-plancycclus	1.33	1.46	1.42	1.40
Vakbekwaamheid	0.69	1.5	1.38	1.19

In onderstaande tabel staat een overzicht van de opgehaalde informatie bij de niet-acute zorg.

	Verpleging, Verzorging, Thuiszorg (VVT)	Verstandelijke Gehandicapten- zorg (VG)	Geestelijke Gezondheids- zorg (GGZ)	Totaal
Aantal instellingen	11	3	2	17
Visie crisismanagement	1.39	1.56	1.67	1.46
Crisisplan	1.26	1.44	1.44	1.32
BHV-plan	2.00	2.00	2.00	2.00
Proces melding en alarmering	1.89	1.42	2.00	1.81
Proces op- en afschaling	1.45	1.67	1.63	1.52
Proces leiding en coördinatie	1.18	1.38	1.29	1.23
Proces informatiemanagement	1.23	1	2.00	1.28
Proces crisiscommunicatie	1.24	1.22	2.00	1.33
Samenwerking hulpdiensten	1.07	0.92	1.50	1.09
Opleiden, trainen en oefenen (OTO)	0.86	1	1.13	0.91
Disbalansen/zorgrisicoprofiel	0.82	1.5	1.50	1.03

De kleuren in bovenstaande tabellen hebben de volgende betekenis:

Groen	Ja, gemiddeld aanwezig
Geel	Gemiddeld 'in ontwikkeling'
Rood	Nee, gemiddeld niet aanwezig

Conclusies

Acute zorg

De resultaten binnen de acute zorg passen bij een redelijk volwassen basis. Dit past bij de aard van de acute zorg, waar incidenten en opschaling regelmatig voorkomen en waar wettelijke en regionale structuren sterk zijn ingebed. Het zwakste onderdeel binnen de acute zorg is vakbekwaamheid. Dit wijst op beperkte structurele scholing en toetsing van crisisfunctionarissen.

Binnen de acute zorg bestaan duidelijke verschillen tussen de drie type organisaties. Hieronder volgt een thematische vergelijking. Ziekenhuizen scoren over het algemeen het hoogst op strategische en procesmatige onderdelen. Vooral visie, melding & alarmering en informatiemanagement zijn ontwikkeld. Het grootste ontwikkelpunt ligt bij vakbekwaamheid. Huisartsenposten scoren het laagst van de drie sectoren. Vooral crisiscommunicatie en veiligheidsmanagement blijven achter. Tegelijkertijd scoren zij verrassend hoog op melding & alarmering en OTO.

GGD-/RAV-organisaties scoren het meest consistent en behoren tot de best presterende sectoren. Zij scoren hoog op op- en afschaling, crisiscommunicatie en leiding & coördinatie. Het grootste ontwikkelpunt is duidelijk informatiemanagement.

Niet-acute zorg

De resultaten laten zien dat de meeste crisismanagementonderdelen zich bevinden op een basisniveau (tussen 1.0 en 1.5) binnen de niet-acute zorg. Dit betekent dat er vaak wel beleid of een proces aanwezig is, maar dat dit nog niet volledig is uitgewerkt, geoefend of geborgd in de organisatie. Slechts één onderdeel, het BHV-plan, scoort sectorbreed maximaal (2.00), wat duidt op een volledig uitgewerkt en wettelijk verankerd onderdeel.

De laagste scores worden gevonden bij opleiden, trainen en oefenen (OTO), samenwerking met hulpdiensten en disbalansen / zorgrisicoprofiel. Deze onderdelen vragen duidelijk om verdere aandacht.

De Geestelijke Gezondheidszorginstellingen (GGZ) scoren structureel het hoogst op vrijwel alle onderdelen. Vooral processen zoals melding en alarmering, informatiemanagement en crisiscommunicatie zijn beter ontwikkeld. Dit kan samenhangen met de complexiteit van de doelgroep en de noodzaak tot strakke crisisstructuren. De Verstandelijke gehandicaptenzorgsector (VG) laat wisselende resultaten zien. Sommige onderdelen zijn redelijk ontwikkeld (visie, crisisplan), maar andere blijven achter, zoals samenwerking met hulpdiensten en informatiemanagement. De Verpleging, Verzorging en Thuiszorgsector (VVT) scoort het laagst op de meeste onderdelen. Vooral OTO, risicoprofielen en leiding/coördinatie zijn onderontwikkeld. Dit kan te maken hebben met de grote diversiteit aan locaties, beperkte capaciteit of minder ervaring met grootschalige incidenten.

Overkoepelende conclusies

Onderstaande punten zijn de belangrijkste overkoepelende conclusies:

- Crisismanagement is aanwezig, maar niet volledig volwassen in beide domeinen (acute en niet-acute zorg);
- acute zorginstellingen scoren gemiddeld hoger, vooral op processen leiding en coördinatie en OTO;
- OTO en vakbekwaamheid is in beide domeinen onvoldoende geborgd;
- GGZ en ziekenhuizen behoren tot de best scorende sectoren;
- huisartsenposten en VVT-instellingen scoren structureel lager;
- samenwerking en informatiemanagement verschillen sterk per sector, wat risico's oplevert bij multidisciplinaire crises.

De acute zorg is gemiddeld verder in crisismanagement dan de langdurige zorg, vooral op leiding, coördinatie en communicatie. De langdurige zorg blijft achter op OTO en risicomanagement. Beide domeinen hebben moeite met structurele vakbekwaamheid en borging.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten worden in dit hoofdstuk de belangrijkste aanbevelingen voor de zorgketen geformuleerd. De aanbevelingen richten zich op het versterken van de volwassenheid van crisismanagement binnen de acute- en de niet-acute zorgsector, met aandacht voor zowel gezamenlijke verbeterpunten als sectorspecifieke accenten:

- Versterk de OTO-cyclus en structurele vakbekwaamheid;
- verbeter samenwerking en afstemming met ketenpartners;
- harmoniseer informatiemanagement en crisiscommunicatie;

- actualiseer en borg het zorgrisicoprofiel;
- versterk leiding en coördinatie in crisissituaties.

De GHOR (en het Netwerk Acute Zorg) heeft een cruciale rol in het versterken van de regionale crisisbeheersing. Door te investeren in uniformiteit, samenwerking, OTO, informatiemanagement en vakbekwaamheid kunnen zij de paraatheid van zowel de acute zorg als de niet-acute zorg aanzienlijk vergroten. De resultaten laten zien dat er duidelijke kansen liggen om de regio als geheel crisisbestendiger te maken. Vanuit de accountgesprekken komen de volgende behoeften van de ketenpartners waarin de GHOR Brabant-Zuidoost een rol zou kunnen vervullen:

- Versterk regionale uniformiteit in crisisstructuren en werkwijzen (zoals met het opleveren van een leidraad crisisplan voor zorgpartners);
- faciliteer en coördineer multidisciplinaire OTO-programma's en stimuleer structurele vakbekwaamheid van crisisfunctionarissen (zoals met een leidraad OTO voor zorgpartners);
- versterk regionale samenwerking met niet-acute zorgorganisaties (zoals met het aansluiten van de niet-acute zorg op LCMS-GZ en bij de ontwikkeling van het nieuwe zorgrisicoprofiel);
- verbeter regionale informatie-uitwisseling en crisiscommunicatie (zoals met het aansluiten van de niet-acute zorg op LCMS-GZ en overleggen tussen crisiscommunicatie van de zorginstellingen en van bevolkingszorg);
- faciliteer integrale risicoanalyse op regionaal niveau (zoals met het opstellen van het nieuwe zorgrisicoprofiel).

Bijlage

In het kwaliteitskader Risicomanagement, Crisisbeheersing en OTO 3.0 staan de processen die gebruikt worden in de checklist uitgewerkt. Hiervoor worden de volgende definities gebruikt:

Proces	Definitie
Veiligheidsmanagement-systeem	De organisatie heeft inzicht in risico's die de zorgcontinuïteit bedreigen en legt verbinding tussen risicomanagement, crisisbeheersing en OTO
Visie crisisbeheersing	De organisatie heeft een visie op crisisbeheersing
Integraal crisisplan	De organisatie heeft een integraal crisisbeheersingsplan (ICP) waarin ketensamenwerking ook is uitgewerkt
Proces melding en alarmering	De organisatie heeft het proces melding en alarmering uitgewerkt
Proces op- en afschaling	In het integraal crisisplan staat een proces voor op- en afschaling van de (crisis)organisatie beschreven.
Proces nafase	De organisatie heeft het proces nafase uitgewerkt
Proces leiding en coördinatie	De organisatie heeft het proces leiding en coördinatie beschreven
Proces informatiemanagement	De organisatie heeft het proces informatiemanagement zodanig ingericht dat het besluitvorming binnen een crisis ondersteunt
Proces crisiscommunicatie	De organisatie heeft het proces crisiscommunicatie zo ingericht dat het voorziet in de juiste communicatie op het juiste moment, met afstemming in de keten en de Veiligheidsregio/GHOR wanneer dat nodig is.
OTO-plancyclus	De organisatie heeft een procedure voor de OTO-plancyclus en voert jaarlijks de zelfevaluatie uit op het gebied van risicomanagement en crisisbeheersing.
Vakbekwaamheid	Opleiden, Trainen en Oefenen van sleutelfunctionarissen, de organisatie borgt de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen.