



Brabant Midden-West-Noord

VERANTWOORDINGSRAPPORT.

‘Van data naar inzicht’.

Maarten Linders, 2203032.

Afstudeerstage GHOR Brabant Midden West Noord.

Docentbegeleider: Raymond Pelders

(2^e docentbegeleider: Hanneke Haandrikman)

Stagebegeleider: Lianne van Driel

Versie: 11-06-2026

Linders, Maarten

m.linders@ghorbrabantmwn.nl / mpa.linders@student.avans.nl

Inhoud

Voorwoord.....	3
1. Inleiding.....	4
1.1 Organisatiebeschrijving.....	4
1.2 Aanleiding en probleemstelling.....	5
2. Opdracht.....	6
2.1 Opdrachtbeschrijving en doelstelling.....	6
2.2 Hoofdvraag.....	6
2.2.1 Deelvragen (bij: Hoofdvraag).....	6
2.3 Urgentie & belang.....	7
2.4 Randvoorwaarden.....	8
3. Methodologische verantwoording.....	9
3.1 Operationalisering.....	9
3.2 Juridisch kader.....	10
3.3 Theoretisch kader.....	10
3.3.1 Gebruikte literatuur en modellen.....	11
3.3.2 Gebruikte onderzoeksmethoden.....	13
4. Resultaten.....	19
4.1 Resultaat voor deelvraag 1.....	19
4.2 Resultaat voor deelvraag 2.....	21
4.3 Resultaat voor deelvraag 3.....	22
4.4 Resultaat voor deelvraag 4.....	24
4.5 Resultaat voor deelvraag 5.....	26
5. Conclusie.....	30
6. Aanbevelingen.....	32
• Aanbeveling 1: Ontwikkelen van een datagedreven tool.....	32
• Aanbeveling 2: Opstellen en integreren van indicatoren en beoordelingscriteria.....	35
7. Discussie.....	36
8. Nawoord.....	37
Bibliografie.....	38
Bijlagen.....	40

A.	Afkortingenlijst.....	40
B.	Methodische verantwoording 7s-model en SWOT-analyse.	41
C.	7s-model uitgewerkt.	42
D.	SWOT-analyse uitgewerkt.	45
E.	Analyse Bestuurlijke rapportages en Bestuurlijke memo's.	46
	E.1 Analyse per document.....	46
	E.2 Gedeelde uitgangspunten en aandachtsgebieden	48
	E.3 Tabel met linkjes voor geanalyseerde documenten.	50
F.	Analyse indicatie- en dataverwerkingdocumenten.....	50
	F.1 Tabel met linkjes voor geanalyseerde documenten.	52
G.	Interviews uitgewerkt.	53
	G.1 Gemene deler per vraag (GHOR-medewerkers).....	53
	G.2 Gemene deler per vraag (Zorginstellingen).	55
	G.3 Gemene deler per vraag (DPG).	57
	G.4 Tabel met documentlinkjes voor volledige transcripties.	58
H.	Expertsessies.	59
	H.1 ZeeBraLim.	59
	H.2 Informatiemanagement GHOR BrabantMWN.	62
I.	AI-gebruik.....	64

Voorwoord.

Voor u ligt het volledige 'adviesrapport voor het opstellen van een beleidsproduct'.

Dit document is geschreven om te kunnen voldoen aan de eisen voor het afstudeerproject van de opleiding Integrale VeiligheidsKunde (IVK) aan Avans Hogeschool te 's-Hertogenbosch. De doelgroep voor dit document zijn de GHOR-bureaus, mijn docentbegeleiders en belanghebbenden van mijn uiteindelijke onderzoek, zoals de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) en zorginstellingen.

Ik ben Maarten Linders, een 4^e-jaars student aan Avans Hogeschool. Ik ben 21 jaar oud en ben geïnteresseerd in het veiligheidswerkveld met als thema 'zorg en veiligheid'. Voor mijn afstudeerstage zocht ik een organisatie met een opdracht die focust op het behouden van de Continuïteit van Zorg (CvZ). Ik ben dan ook zeer dankbaar dat ik mijn afstudeerperiode heb mogen volmaken bij de GHOR Brabant Midden-West-Noord (GHOR BrabantMWN).

Tijdens de afstudeerperiode, durende van 1 februari 2026 tot 3 juli 2026, ben ik begeleid door:

- Lianne van Driel (Beleidsadviseur bij GHOR BrabantMWN);
- Raymond Pelders (Docent en afstudeerbegeleider bij Avans Hogeschool te 's-Hertogenbosch);
- Hanneke Haandrikman (Docent en 2^e afstudeerbegeleider bij Avans Hogeschool te 's-Hertogenbosch).

Tot slot wil ik iedereen bedanken die mij geholpen heeft bij het volmaken van mijn stageperiode en bij mijn onderzoek, met in het bijzonder mijn begeleiders.

Veel plezier tijdens het lezen!

Maarten Linders.

1. Inleiding.

In de inleiding worden de aanleiding, probleemstelling, de opdracht en de opbouw van het document toegelicht. Verder zal een korte introductie worden gegeven over de context van de opdracht, in de vorm van een organisatiebeschrijving.

Doordat het onderzoek veel afkortingen bevat, is er een afkortingenlijst opgesteld. Zie [bijlage A](#).

1.1 Organisatiebeschrijving.

In de organisatiebeschrijving worden de werkzaamheden, visie en de missie van de GHOR BrabantMWN beschreven. Hierbij zal de focus gelegd worden op de omgeving waar de opdracht zich in bevindt. Verder zal er worden ingegaan op de kennis die voorafgaand aan het onderzoek al bekend was over de GHOR BrabantMWN en de GHOR in het algemeen.

Kennis over de GHOR voorafgaand aan de stageperiode.

Tijdens de opleiding IVK aan Avans Den Bosch wordt onderwijs aangeboden over de vele verschillende organisaties die zorgen voor een veiliger Nederland. Denk aan de Politie, DJI, reclassering, etc. De werkzaamheden van deze organisaties werden vooral verduidelijkt aan de hand van practica, soms ook op locaties van deze organisaties.

Doordat in de lessen van de opleiding IVK, de GHOR niet vaak naar voren komt, werd een practicum in het RCC in Den Bosch aangeboden. Hierbij worden studenten onderverdeeld in groepen, namelijk de GHOR, Bevolkingszorg, Brandweer, Defensie, etc. Door aan een fictieve casus te werken, in dit geval hoog water, worden de werkzaamheden van de GHOR voor, tijdens en na crises belicht.

Doordat vanuit de opleiding IVK geregeld wordt samengewerkt met de Veiligheidsregio (VR), werden de werkzaamheden van de GHOR meer benadrukt. Hierdoor werd een beeld geschetst dat de GHOR een verbind- en aanleverpunt was voor zorginstellingen en voor de veiligheidsregio, in geval van rampen.

Organisatiebeschrijving.

De Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio (GHOR) Brabant Midden-West-Noord, kortweg GHOR BMWN, is de organisatie die dient als hét centrale aanspreekpunt voor acute zorgorganisaties en organisaties in de langdurige zorg, gemeenten en veiligheidspartners. De GHOR is geen hulpdienst op zichzelf, maar juist dé verbinder om één hulpverleningsketen te vormen.

De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) heeft de leiding over de GHOR en de GGD. De GHOR BrabantMWN heeft de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige coördinatie voor 41 gemeenten. In het gebied BrabantMWN zijn er twee GGD-organisaties. Omdat de GHOR gelinkt is aan de GGD, betekent dit dat de GHOR BMWN verspreid is onder twee GGD-organisaties (Rijksoverheid, z.d.).

Tijdens een crisis, ramp of incident is het van groot belang dat de zorg door kan gaan. De GHOR zorgt er mede voor dat de zorg tijdens en na een crisis zo veel als mogelijk blijft functioneren.

Hierbij is de GHOR ook het aanspreekpunt voor andere hulpverleningsdiensten, denk aan de brandweer en de politie (GHORBrabantMWN, 2026) (GHORBrabantMWN (WIK), 2026).

Wanneer er geen sprake is van een ongeval, ramp of crisis, spreekt men van de ‘koude fase’. Ook tijdens deze koude fase speelt de GHORBMWN een cruciale rol, namelijk het monitoren, rapporteren, beleidsontwikkeling en adviseren aan zorginstellingen en hulpverleningsdiensten. Uiteindelijk is de GHOR de schakel tussen zorg, veiligheid en het openbaar bestuur. Deze deskundigheid zal altijd ingezet worden voor het uiteindelijke doel: zorg kunnen bieden, op momenten dat het echt nodig is! (GHORBrabantMWN (WIK), 2026).

1.2 Aanleiding en probleemstelling.

De GHOR BMWN heeft de taak om zorginstellingen die zijn aangesloten bij de GHOR te volgen en zo nodig te adviseren over de nodige voorbereiding bij crises. Hierbij heeft de GHOR een monitorende en rapporterende rol. Uiteindelijk rapporteert de DPG met de input vanuit de GHOR aan het algemeen bestuur van de regio's Brabant Midden-West en Noord. Onder de zorginstellingen maakt de GHOR in dit onderzoek onderscheid tussen Partners Langdurige Zorg (PLZ) en Partners Acute Zorg (PAZ).

De verantwoordelijkheid voor de voorbereiding op crises ligt bij de zorginstellingen zelf. Voor de juiste advisering vanuit de GHOR is logischerwijs volledige en actuele informatie over de crisisvoorbereiding van deze aangesloten instellingen nodig.

Doordat er op dit moment onvoldoende inzicht en geen eenduidige data vanuit de zorginstellingen beschikbaar is van de huidige mate van deze crisisvoorbereiding, ontstaat het probleem dat de bestuurlijke rapportages op dit gebied lastiger te vergelijken zijn.

Doordat de huidige mate van rapporteren, monitoren en borgen van data van de zorginstellingen op dit moment niet optimaal en eenduidig gebeurt, wordt in dit rapport onderzoek gedaan om tot een structurele oplossing voor dit probleem te komen.

2. Opdracht.

2.1 Opdrachtbeschrijving en doelstelling.

De opdracht richt zich op het uitvoeren van een uitgebreid en verdiepend onderzoek naar:

- De huidige mate van crisisvoorbereiding bij zorginstellingen die partner zijn van de GHOR Brabant Midden-West-Noord;
- De manier waarop de GHOR op dit moment data verwerkt die in verband staat met de crisisvoorbereiding.

De doelstelling van deze opdracht is om een helder, actueel en volledig beeld te creëren van de crisisvoorbereiding bij de zorginstellingen die zijn aangesloten bij de GHOR Brabant Midden-West-Noord. Dit om de continuïteit van zorg tijdens crisissituaties beter te kunnen waarborgen, door voortschrijdend inzicht te creëren in de regio, zodanig dat op een gedegen manier gerapporteerd kan worden aan het algemeen bestuur.

Door middel van onderzoek wordt vastgesteld hoe de GHOR BrabantMWN momenteel data verwerkt van de mate waarin zorginstellingen zijn voorbereid op crises. Vervolgens worden aanbevelingen opgesteld die zowel de GHOR, de zorginstellingen als de DPG ondersteunen bij het eenduidig verzamelen, verwerken en interpreteren van informatie en data over crisisvoorbereiding. Hierbij is het streven om voortschrijdend inzicht te verkrijgen in de regio.

Het uiteindelijke doel is het versterken van de informatiepositie van de GHOR door het eenduidig en gestructureerd benutten van data, zodat deze als basis kan dienen voor effectieve monitoring, rapportage en sturing op de continuïteit van zorg.

2.2 Hoofdvraag.

“Wat is de huidige wijze van dataverwerking bij de crisisvoorbereiding van aangesloten zorginstellingen binnen de scope van de GHOR, en hoe kan de GHOR BrabantMWN de mate van crisisvoorbereiding structureel monitoren, rapporteren en borgen, zodanig dat de continuïteit van zorg tijdens crisissituaties voor de gehele zorgketen in de regio beter gewaarborgd wordt?”

2.2.1 Deelvragen (bij: Hoofdvraag).

Door het beantwoorden van de deelvragen wordt uiteindelijk:

- Antwoord geven op de hoofdvraag;
- Een onderzochte en valide basis vormen voor het maken van aanbevelingen.

Deelvraag 1.

- Hoe is de huidige werkwijze van de GHOR Brabant Midden-West-Noord ingericht ten aanzien van het monitoren, rapporteren en borgen van crisisvoorbereiding bij aangesloten zorginstellingen?

Deelvraag 2.

- Hoe ervaren zorginstellingen en de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) de huidige informatie-uitwisseling, monitoring en rapportage rondom crisisvoorbereiding en zorgcontinuïteit met de GHOR, en op welke manier uit zich dit tot de gehele zorgketen in de regio?

Deelvraag 3.

- Welke data is van belang om als stuurinformatie te kunnen gebruiken in de bestuurlijke rapportages aan het algemeen bestuur, zodanig dat er voortschrijdend inzicht wordt gecreëerd in de regio?

Deelvraag 4.

- Welke risico's voor de zorgcontinuïteit ontstaan wanneer de crisisvoorbereiding van de individuele zorginstellingen en de gehele zorgketen in de regio onvoldoende inzichtelijk of afgestemd zijn met de GHOR?

Deelvraag 5.

- Welke veiligheidskundige en beleidsmatige verbetermaatregelen kan de GHOR Brabant Midden-West-Noord implementeren om haar rol in het structureel monitoren, rapporteren en borgen van crisisvoorbereiding bij individuele zorginstellingen te versterken, zodanig dat de gehele zorgketen in de regio hier baat bij heeft?

2.3 Urgentie & belang.

De urgentie en het belang van deze opdracht liggen in het ontbreken van een structurele, volledige en eenduidige werkwijze voor het rapporteren, monitoren en borgen van de crisisvoorbereiding bij de zorginstellingen die aangesloten zijn bij de GHOR BMWN. Doordat er wordt aangegeven dat op dit moment de data vanuit zorginstellingen op verschillende manieren gerapporteerd en gemonitord wordt, is het van belang om hier onderzoek naar te doen en een geschikte oplossing te vinden.

Doordat de GHOR data verzamelt in een bestuurlijke rapportage voor de DPG, die een bewakende rol heeft voor de crisisvoorbereiding in de regio, is het van belang dat de informatieverstrekking vanuit de GHOR naar de DPG juist en uniform gebeurt.

Een structurele en betrouwbare manier van rapporteren, monitoren en borgen van data en informatie vanuit de GHOR is daarmee essentieel. Dit om op tijd risico's te kunnen signaleren, de continuïteit in de gezondheidszorgketen te behouden en de adviserende en coördinerende rol van de GHOR goed in te kunnen vullen. Een voortschrijdend inzicht hierin zorgt er tegelijkertijd voor dat de DPG haar bewakende rol goed kan invullen en op een gedegen manier kan rapporteren aan het algemeen bestuur.

2.4 Randvoorwaarden.

De volgende randvoorwaarden worden meegenomen in het onderzoek en tijdens het opstellen van de aanbevelingen:

- De opdracht is haalbaar tijdens de tijd van de afstudeerstage;
- De privacy en geheimhouding van informatie worden tijdens het onderzoek gewaarborgd;
- Belangen voor zorginstellingen, de DPG en de GHOR worden onderzocht tijdens het onderzoek en meegenomen in het opstellen van de aanbevelingen;
- De aanbevelingen moeten aansluiten op huidige en nieuwe ontwikkelingen van bestaande systemen en werkwijzen van de GHOR;
- Er wordt een focus gelegd op datagedreven en eenduidige aanbevelingen;
- De aanbevelingen moeten eenduidig en duidelijk te begrijpen zijn, zodanig dat uiteindelijke implementatie geen nieuw onderzoek vereist.

3. Methodologische verantwoording.

In de methodologische verantwoording wordt de verantwoording voor het gebruik van de wetgeving, modellen en analyses die zijn gebruikt in dit onderzoek beschreven. Dit wordt gedaan aan de hand van een juridisch kader en een theoretisch kader.

3.1 Operationalisering.

In de operationalisering wordt toegelicht hoe de begrippen uit de hoofdvraag en deelvragen meetbaar gemaakt worden. Verder wordt beschreven hoe dit meetbaar gemaakt wordt.

Om de hoofdvraag en deelvragen meetbaar te maken, worden de belangrijkste begrippen hieruit uitgewerkt in deze paragraaf.

De gebruikte begrippen uit de hoofd- en deelvragen zijn:

Crisisvoorbereiding.

Wordt gemeten door te kijken naar de aanwezigheid van crisis- en continuïteitsplannen, de actualiteit van deze plannen, de mate waarin geoefend wordt (OTO) en de ervaring met incidenten.

Indicator: aanwezigheid plannen, actualiteit, OTO-activiteiten en ervaring met incidenten.

Databron: zorginstellingen en bestuurlijke rapportages.

Onderzoeksmethode: interviews en documentanalyse.

Respondent of document: zorginstellingen en beschikbare crisis- en continuïteitsplannen.

Monitoring.

Wordt gemeten door te kijken naar hoe vaak contact plaatsvindt met instellingen, of er een vaste structuur in het proces zit en welke systemen of werkwijzen worden gebruikt.

Indicator: hoeveelheid van contact tussen GHOR en zorginstellingen en structuur in het proces.

Databron: GHOR-organisatie en interne werkwijze.

Onderzoeksmethode: interviews en analyse van de huidige werkwijze.

Respondent of document: GHOR-medewerkers en beschrijving van interne processen van de GHOR.

Rapporteren.

Wordt gemeten door te kijken naar de inhoud en vorm van rapportages, hoe bruikbaar deze zijn voor bestuurders en of ze vergelijkbaar zijn.

Indicator: inhoud, vorm, bruikbaarheid en vergelijkbaarheid van rapportages.

Databron: bestaande rapportages, betrokken GHOR-medewerkers en de DPG.

Onderzoeksmethode: documentanalyse en interviews.

Respondent of document: rapportages, GHOR en de DPG.

Dataverwerking / informatiepositie.

Wordt gemeten door te kijken naar de volledigheid, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van data en naar de snelheid waarmee informatie beschikbaar is.

Indicator: volledigheid, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van data.

Databron: datasets, systemen en betrokken medewerkers.

Onderzoeksmethode: analyse van dataverwerking en interviews.

Respondent of document: datasets, systemen en betrokken medewerkers binnen de GHOR.

Borging.

Wordt gemeten door te kijken of er vaste processen zijn, hoe verantwoordelijkheden zijn belegd en of acties structureel worden opgevolgd.

Indicator: aanwezigheid van processen, verdeling van verantwoordelijkheden en opvolging van acties.

Databron: interne werkwijzen en betrokken medewerkers.

Onderzoeksmethode: interviews en analyse van de werkwijze.

Respondent of document: medewerkers en procesdocumenten.

Door deze aanpak worden de begrippen niet alleen theoretisch uitgewerkt, maar ook in de praktijk tijdens het onderzoek meetbaar gemaakt met behulp van interviews en analyses.

3.2 Juridisch kader.

In het juridisch kader worden de wetsartikelen benoemd die nauw verwant zijn met het onderzoek en/of de taken die de GHOR, DPG en zorginstellingen vervullen in het behouden van de CvZ.

De taken van de GHOR voor het monitoren, rapporteren en borgen van de continuïteit van zorg zijn wettelijk vastgelegd in verschillende wetten en wetsartikelen.

Zo geeft de **Wet publieke gezondheid (Wpg)** hiervoor een belangrijke basis. In **artikel 1 en 2 Wpg** wordt de verantwoordelijkheid van de overheid voor de publieke gezondheidszorg vastgelegd. De DPG heeft hiervoor een signalerende en adviserende functie richting het algemeen regionaal bestuur en de veiligheidsregio. (Rijksoverheid (wetten.nl), 2026).

De **Wet veiligheidsregio's (Wvr)** legt deze rol verder uit. Zo bepaalt **artikel 1 Wvr** dat de GHOR 'belast is met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en met de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied'. In **artikel 33 Wvr** is vervolgens vastgelegd dat de GHOR verantwoordelijk is voor de coördinatie van geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises. Dit vereist ook een rol in het verkrijgen en delen van informatie over de voorbereiding van zorginstellingen, zowel PLZ als PAZ. (Rijksoverheid (wetten.nl), 2026).

Daarnaast zijn zorginstellingen op grond van de **Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)** verplicht om 'verantwoorde en veilige zorg' te leveren. Dit volgt uit **artikel 2 Wkkgz**, waarin wordt bepaald dat zorgaanbieders goede zorg moeten organiseren en risico's moeten beheersen. Dit zegt dat zij voorbereid moeten zijn op verstoringen in de continuïteit van zorg (Rijksoverheid (wetten.nl), 2026).

3.3 Theoretisch kader.

In het theoretisch kader wordt beschreven welke literatuur, modellen en onderzoeksmethoden gebruikt zijn tijdens het onderzoek, het uitwerken van de resultaten en de totstandkoming van de aanbevelingen.

3.3.1 Gebruikte literatuur en modellen.

In deze paragraaf worden aan de hand van verschillende theoretische begrippen inzichten uit de literatuur weergegeven die van belang zijn voor dit onderzoek. Deze begrippen bieden een inhoudelijke basis voor het begrijpen van het vraagstuk en geven richting aan de verdere analyse van de huidige situatie.



Literatuur over: Wat is informatievoorziening?

(J.Scholten & van der Vlist, 2011)

Informatievoorziening speelt een centrale rol binnen crisisbeheersing en vormt de basis voor zowel operationeel handelen als bestuurlijke besluitvorming. Het betreft het verzamelen, verwerken en delen van informatie, zodat betrokken partijen beschikken over een gedeeld en actueel beeld van de situatie.

Binnen dit proces is het doel van informatievoorziening niet alleen het beschikbaar maken van informatie, maar vooral het creëren van samenhang. Dit komt bijvoorbeeld terug in het gebruik van situatierapporten, waarin informatie uit verschillende bronnen wordt gecombineerd tot één overzicht. Hierdoor ontstaat een gezamenlijk beeld dat gebruikt kan worden voor coördinatie tussen organisaties en voor het nemen van beslissingen op zowel operationeel als strategisch niveau.

Daarnaast blijkt uit de literatuur dat snelheid en toegankelijkheid van informatie van groot belang zijn. Informatie moet tijdig beschikbaar zijn en op een zodanige manier gepresenteerd worden dat deze snel te begrijpen is. Dit is noodzakelijk om besluitvorming te ondersteunen en om ervoor te zorgen dat meerdere partijen effectief kunnen samenwerken voor én tijdens een crisissituatie.

Voor de context van dit onderzoek betekent dit dat informatievoorziening niet alleen gaat over het verzamelen van data bij zorginstellingen, maar vooral over de manier waarop deze data wordt verwerkt tot bruikbare inzichten. Het gaat hierbij om het omzetten van losse informatie naar een overzichtelijk en gedeeld beeld, dat kan worden gebruikt voor monitoring, rapportage en sturing binnen de zorgketen.



Literatuur over: Wat is datagedreven werken in een organisatie?

(van den Berg, 2024)

Datagedreven werken binnen een organisatie houdt in dat data systematisch wordt verzameld, beheerd, geanalyseerd en benut om te leren, te verbeteren en onderbouwde beslissingen te nemen. Hierbij wordt data gebruikt als informatiebron om inzicht te krijgen in processen en resultaten, en om op basis daarvan keuzes te maken.

Binnen organisaties gaat datagedreven werken verder dan alleen het beschikken over data. Het richt zich op het daadwerkelijk benutten van data-inzichten in werk- en besluitvormingsprocessen. Door gebruik te maken van data kan beter worden begrepen wat er gebeurt binnen een organisatie, waarom dit gebeurt en waar verbeteringen mogelijk zijn. Dit maakt het mogelijk om stap voor stap meer inzicht te krijgen in ontwikkelingen binnen de

organisatie, waardoor er sprake is van voortschrijdend inzicht en gericht gestuurd kan worden op verbetering.

Daarnaast wordt in de literatuur benadrukt dat datagedreven werken niet alleen een technische aangelegenheid is, maar vooral ook een organisatorische en veranderkundige opgave. Voor het succesvol toepassen van datagedreven werken is het noodzakelijk dat data structureel wordt ingebed in werk- en besluitvormingsprocessen en dat er aandacht is voor factoren zoals samenwerking, kennis en vaardigheden en een gezamenlijke visie op het gebruik van data.

Voor de context van dit onderzoek betekent dit dat datagedreven werken niet alleen gaat over het verzamelen van gegevens bij zorginstellingen, maar vooral over het omzetten van deze gegevens naar bruikbare inzichten. Het gaat hierbij om het structureren van data en het toepassen daarvan in bijvoorbeeld datasets, grafieken of dashboards, zodat deze informatie gebruikt kan worden voor monitoring, vergelijking en het ondersteunen van besluitvorming binnen de GHOR.



Leren samenwerken tussen organisaties.

(Kaats & Opheij, 2012)

Samenwerking tussen organisaties speelt een belangrijke rol bij het aanpakken van complexe vraagstukken, waarbij geen enkele organisatie zelfstandig tot een volledige oplossing kan komen. Hierbij gaat samenwerking over het verbinden van organisaties en mensen in een gezamenlijk proces, waarin wordt gewerkt aan een gedeelde ambitie en gezamenlijke resultaten.

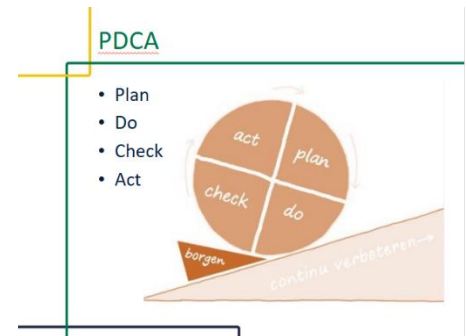
Volgens Kaats en Opheij vormt een samenwerking een betekenisgevend proces waarin verschillende partijen met elkaar verbonden zijn en waarbij rekening wordt gehouden met ieders belangen, verwachtingen en rollen. Daarbij wordt benadrukt dat samenwerking alleen kansrijk is wanneer er sprake is van een gedeelde ambitie en wanneer partijen bereid zijn om samen te werken vanuit vertrouwen en wederzijds begrip.

Binnen deze samenwerking spelen verschillende elementen een belangrijke rol, zoals het afstemmen van belangen, het creëren van duidelijke rolverdelingen en het ontwikkelen van vertrouwen tussen partijen. Deze factoren beïnvloeden de manier waarop organisaties met elkaar samenwerken en in hoeverre gezamenlijke doelen daadwerkelijk worden gerealiseerd.

Daarnaast wordt in de literatuur het principe van ‘mutual gains’ beschreven, waarbij samenwerking gericht is op het creëren van meerwaarde voor alle betrokken partijen. Hierbij wordt samenwerking niet gezien als een compromis, maar als een manier om gezamenlijk tot betere uitkomsten te komen dan individueel mogelijk zou zijn.

Voor de context van dit onderzoek biedt deze theoretische benadering handvatten om de samenwerking tussen GHOR, DPG en zorginstellingen beter te begrijpen. De inzichten uit dit model maken het mogelijk om te kijken naar hoe verschillende partijen zich tot elkaar verhouden en hoe een gezamenlijke aanpak vorm krijgt. Dit is relevant voor de ontwikkeling van aanbevelingen, aangezien deze niet alleen technisch moeten functioneren, maar ook moeten aansluiten op de samenwerking tussen organisaties en de belangen die daarin een rol spelen.

De PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act) is een model dat bestaat uit vier cyclische stappen, gericht op continue kwaliteitsverbetering binnen organisaties. De cyclus biedt organisaties een gestructureerde manier om processen te analyseren, verbeteringen door te voeren en deze vervolgens te borgen in de werkwijze. Hiermee ondersteunt de PDCA-cyclus het systematisch werken aan verbetering en het behouden van overzicht binnen complexe processen. (Kooij, PDCA-cyclus, 2022)



Binnen organisaties zoals de GHOR, waar sprake is van voortdurende afstemming, monitoring en evaluatie, sluit deze werkwijze aan op de dagelijkse praktijk. De cyclus maakt het mogelijk om op een gestructureerde manier te werken aan verbeteringen, waarbij niet alleen wordt gekeken naar het uitvoeren van acties, maar ook naar het controleren en bijstellen hiervan. Hierdoor ontstaat een doorlopend proces van leren en verbeteren.

Voor de context van dit onderzoek biedt de PDCA-cyclus een kader om te kijken naar hoe processen zijn ingericht en op welke manier verbeteringen worden doorgevoerd en geborgd binnen de organisatie (GHORBrabantMWN, 2023).

In het onderzoek zijn, ter ondersteuning, het 7s-model en de SWOT-analyse gebruikt. Voor de methodische verantwoording hiervan, zie [bijlage B](#).

3.3.2 Gebruikte onderzoeksmethoden.

In deze paragraaf wordt per methode ingegaan op de definitie en betekenis van de methode, het gebruik in het onderzoek en de validiteit en betrouwbaarheid. Verder zal ook per deelvraag benoemd worden welke methoden actief bijdragen aan het beantwoorden van deze deelvragen.

In dit onderzoek is gebruikgemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden, met als doel inzicht te krijgen in meningen, ervaringen en werkwijzen van betrokkenen. Kwalitatief onderzoek richt zich op het begrijpen van een situatie vanuit de perspectieven van betrokken personen en het achterhalen van onderliggende betekenissen en ervaringen (Dictaat kwalitatief onderzoek, 2005).

Binnen dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve aanpak, omdat het vraagstuk zich richt op de huidige werkwijze, ervaren knelpunten en de manier waarop data en informatie worden gebruikt binnen de GHOR en de zorgketen. Deze aspecten vragen om verdieping en interpretatie, waarbij niet alleen gekeken wordt naar wat er gebeurt, maar vooral naar hoe en waarom dit gebeurt.

Door gebruik te maken van methoden zoals interviews, documentanalyse en expertsessies wordt het mogelijk om verschillende perspectieven te combineren en een breed en praktijkgericht beeld te vormen van de huidige situatie. Hierdoor ontstaat een goed

onderbouwde basis voor het beantwoorden van de deelvragen en het verder uitwerken van het onderzoek (Dictaat kwalitatief onderzoek, 2005).



Interviews.

Definitie en betekenis van de methode.

Interviews zijn een veelgebruikte methode binnen kwalitatief onderzoek waarbij informatie wordt verzameld via gesprekken met respondenten. Het doel hiervan is om inzicht te krijgen in ervaringen, opvattingen en de manier waarop betrokkenen naar een bepaald vraagstuk kijken. Binnen kwalitatief onderzoek wordt vaak gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews, waarbij vooraf onderwerpen worden bepaald, maar er ruimte blijft om door te vragen en verdieping aan te brengen (Dictaat kwalitatief onderzoek, 2005).

Het individueel spreken van verschillende betrokkenen maakt het mogelijk om meerdere perspectieven te verzamelen. Hierdoor wordt niet alleen duidelijk wat er gebeurt, maar ook hoe dit wordt ervaren en waar verschillen zitten tussen partijen.

Gebruik in het onderzoek.

Binnen dit onderzoek zijn interviews gebruikt als belangrijkste manier voor de huidige werkwijze en ervaren knelpunten in kaart te brengen.

Er zijn interviews afgenomen met 8 GHOR-medewerkers, 1 Directeur Publieke Gezondheid (DPG) en 3 zorginstellingen. Hierbij zijn respectievelijk 19, 15 en 10 vragen gesteld.

Tijdens de interviews is onder andere ingegaan op indicatoren zoals de aanwezigheid en actualiteit van plannen, de mate van oefenen en de ervaren informatiepositie. Deze informatie is verkregen uit het thema 'de huidige werkwijze rondom monitoring en rapportage' in de interviews.

Verder zijn de interviews opgebouwd met vaste thema's. Deze zijn:

- De huidige werkwijze rondom monitoring en rapportage;
- De manier waarop data gebruikt wordt;
- Samenwerking binnen de zorgketen;
- Ervaren knelpunten;
- Behoeften en wensen voor verbetering.

Tijdens de gesprekken is actief doorgevraagd op concrete voorbeelden en praktijksituaties. Hierdoor kon niet alleen worden vastgesteld wat er gebeurt, maar ook waarom dit gebeurt en waar problemen ontstaan.

De resultaten zijn geanalyseerd door het zoeken naar terugkerende patronen en overeenkomsten tussen de antwoorden. Voor het transcriberen van online interviews is gebruikgemaakt van de transcriptiefunctie van MS Teams. Voor het transcriberen van fysieke en telefonische interviews is gebruikgemaakt van de app ATrain (MS Teams) (ATrain-transcripten).

Betrouwbaarheid en validiteit.

De betrouwbaarheid van de interviews wordt vergroot doordat er met vaste thema's is gewerkt. Hierdoor zijn de gesprekken met verschillende respondenten op een vergelijkbare manier afgenomen. Tegelijkertijd was er ruimte om door te vragen, waardoor de antwoorden verder verdiept konden worden.

De validiteit wordt versterkt doordat er is gesproken met verschillende typen respondenten, waaronder GHOR-medewerkers, bestuurders en zorginstellingen. Hierdoor zijn meerdere perspectieven meegenomen, wat zorgt voor een completer en realistischer beeld van de praktijk. Daarnaast is actief doorgevraagd op concrete voorbeelden, waardoor de antwoorden beter aansluiten op de werkelijke situatie.



Analyse bestuurlijke rapportages en Bestuurlijke memo's.

Definitie en betekenis van de methode.

Documentanalyse is een methode binnen kwalitatief onderzoek waarbij bestaande documenten worden onderzocht om inzicht te krijgen in hoe processen en informatie zijn vastgelegd. Documenten laten zien hoe een organisatie haar werkwijze structureel heeft ingericht en hoe hierover wordt gerapporteerd.

Het analyseren van deze documenten maakt het mogelijk om de formele werkwijze te vergelijken met de praktijk zoals die uit interviews naar voren komt (Dictaat kwalitatief onderzoek, 2005).

Gebruik in het onderzoek.

Binnen dit onderzoek zijn bestuurlijke rapportages en memo's geanalyseerd om inzicht te krijgen in de formele inrichting van monitoring en rapportage.

Er is gekeken naar:

- De opbouw van rapportages;
- Welke informatie wordt meegenomen;
- Hoe informatie wordt gepresenteerd richting bestuur;
- Hoe signalen uit de praktijk worden vertaald.

Naast drie interne bestuurlijke rapportages is een bestuurlijke memo van een externe partij geanalyseerd, waarin bevindingen uit relatiegesprekken met zorginstellingen zijn opgenomen. Deze memo geeft inzicht in hoe knelpunten zich voordoen binnen de bredere zorgketen en hoe hierop geacteerd zou kunnen worden.

Betrouwbaarheid en validiteit.

De betrouwbaarheid van de documentanalyse wordt ondersteund doordat gebruik is gemaakt van bestaande, officieel vastgelegde documenten. Deze documenten zijn opgesteld binnen de organisatie en geven een consistent beeld van de formele werkwijze en rapportage.

De validiteit wordt versterkt doordat zowel interne rapportages als een externe bestuurlijke memo zijn geanalyseerd. Hierdoor ontstaat een breder beeld, waarbij niet alleen de interne werkwijze zichtbaar wordt, maar ook hoe knelpunten zich voordoen in de praktijk en binnen de zorgketen. Door deze combinatie kan de informatie beter worden getoetst en geïnterpreteerd.

Definitie en betekenis van de methode.

Binnen kwalitatief onderzoek worden documenten en gegevens geanalyseerd om inzicht te krijgen in de opbouw en werking van data- en informatiesystemen. Door systematisch te kijken naar indicatoren en dataverwerking wordt zichtbaar hoe data wordt samengesteld en toegepast. (Boeijs & Bleijenbergh, 2019)

Deze methode maakt het mogelijk om de structuur en inhoud van data concreet te analyseren, los van ervaringen of meningen.

Gebruik in het onderzoek.

In dit onderzoek is een analyse gerealiseerd tussen een indicatoren set uit de GHOR-regio Limburg-zuid en een dataverwerkingsdocument in de vorm van een zelfevaluatie vanuit de GHOR BrabantMWN.

Er is gekeken naar:

- Hoe indicatoren zijn opgebouwd;
- Hoe data wordt vastgelegd;
- De mate van vergelijkbaarheid tussen de indicatoren en de beoordelingen;
- De bruikbaarheid van data voor monitoring en rapportage.

De analyse is uitgevoerd door documenten met elkaar te vergelijken en te onderzoeken waar verschillen en knelpunten zichtbaar worden.

Betrouwbaarheid en validiteit.

De betrouwbaarheid van deze analyse wordt vergroot, doordat er gewerkt is met bestaande documenten en indicatorensets die binnen de GHOR BrabantMWN en GHOR Limburg-Zuid worden gebruikt. Deze documenten vormen een vaste basis en zijn consistent in opzet, waardoor analyses onderling vergelijkbaar zijn.

De validiteit wordt versterkt doordat verschillende documenten met elkaar zijn vergeleken, afkomstig uit meerdere regio's. Hierdoor wordt zichtbaar waar verschillen zitten in werkwijze en opbouw. Dit zorgt ervoor dat de analyse niet alleen beschrijvend is, maar ook inzicht geeft in bredere overeenkomsten en knelpunten in de informatievoorziening.

Definitie en betekenis van de methode.

Expertsessies in de vorm van focusgroepen zijn een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij meerdere deelnemers gezamenlijk in gesprek gaan over een bepaald onderwerp. In tegenstelling tot interviews, waarbij één-op-één gesproken wordt, ligt bij expertsessies de nadruk op interactie tussen deelnemers. Door deze interactie reageren deelnemers op elkaar, vullen zij elkaar aan en ontstaan er nieuwe inzichten die in een individueel gesprek minder snel naar voren komen.

De kracht van deze methode zit in het gezamenlijk bespreken en aanscherpen van ideeën. Door verschillende perspectieven naast elkaar te leggen en hierover in gesprek te gaan, ontstaat een dieper en breder beeld van het vraagstuk. Daarnaast maakt deze methode het mogelijk om inzichten uit eerdere fases van het onderzoek te toetsen en verder te ontwikkelen (Kitzinger, 1995).

Gebruik in het onderzoek.

Binnen dit onderzoek zijn expertsessies ingezet om inzichten uit interviews en documentanalyses te bespreken en verder te verdiepen.

Er is hierbij gesproken met vertegenwoordigers vanuit ZeeBraLim (samenwerking tussen GHOR-regio's Zeeland, Brabant en Limburg) en medewerkers vanuit informatiemanagement (IM) binnen de GHOR.

Tijdens deze sessies zijn onderzoeksresultaten en bevindingen voorgelegd aan de deelnemers. Vervolgens is gezamenlijk gereflecteerd op de huidige werkwijze, waarbij deelnemers op elkaar konden reageren en verschillende perspectieven konden delen.

De sessies richtten zich onder andere op:

- De huidige werkwijze binnen verschillende GHOR-regio's;
- Verschillen en overeenkomsten in aanpak;
- Ervaren knelpunten binnen de zorgketen;
- De manier waarop data en informatie wordt gebruikt;
- Mogelijke richtingen voor verbetering.

De nadruk lag hierbij op het vergelijken van werkwijzen en het bespreken van de impact hiervan op de zorgketen als geheel.

Betrouwbaarheid en validiteit.

De betrouwbaarheid van de expertsessies wordt ondersteund doordat meerdere deelnemers met verschillende achtergronden hebben deelgenomen. Door deze spreiding in perspectieven ontstaat een minder eenzijdig beeld en worden inzichten vanuit meerdere invalshoeken bevestigd of juist ter discussie gesteld.

De validiteit wordt versterkt doordat tijdens de sessies resultaten uit eerdere fases van het onderzoek zijn voorgelegd en besproken. Hierdoor konden deelnemers reageren op deze inzichten en deze aanvullen en/ of een discussie aangaan. Dit zorgt ervoor dat de bevindingen niet alleen gebaseerd zijn op individuele meningen, maar ook gezamenlijk zijn getoetst en aangescherpt binnen de praktijkcontext.

Uiteindelijke bijdrage aan het beantwoorden van de deelvragen.

Per deelvraag is gebruikgemaakt van een combinatie van onderzoeksmethoden, waarbij verschillende methoden elkaar aanvullen om tot een volledig beeld te komen.

Tabel met aanduiding welke methoden worden gebruikt per hoofdvraag.

- = Meest gebruikt;
- ◐ = Beperkt gebruikt;
- = Alleen ondersteunend gebruikt.

Onderzoeksmethode → Deelvraag ↓	Interviews.	Analyse rapportages en memo's.	Analyse indicatie- en databestanden.	Expertsessies.	Verwacht deelresultaat.
Deelvraag 1:	●	●	○	○	Een duidelijk beeld van zowel de formele als praktische werkwijze en de mate waarin deze op elkaar aansluiten.
Deelvraag 2:	●	●	○	●	Inzicht in ervaren knelpunten en hoe deze zich doorvertalen naar de samenwerking binnen de zorgketen.
Deelvraag 3:	●	◐	●	●	Inzicht in huidig datagebruik en welke data nodig is als stuurinformatie voor bestuurlijke rapportages.
Deelvraag 4:	●	○	●	◐	Inzicht in knelpunten in de informatiepositie en de bijbehorende risico's voor de continuïteit van zorg in de regio
Deelvraag 5:	●	◐	◐	●	Een onderbouwd overzicht van de richting waarin mogelijke verbetermaatregelen zich bevinden, afgestemd op praktijk en organisatie.

4. Resultaten.

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven aan de hand van de deelvragen. De resultaten zijn gebaseerd op de resultaten uit de uitgewerkte onderzoeksmethoden. De nadruk ligt hierbij op het analyseren van de opgehaalde data en het duiden van wat deze betekent voor de informatiepositie van de GHOR. Voor de volledige uitwerking van deze methoden wordt steeds verwezen naar de bijlage door middel van linkjes.

De resultaten worden primair onderbouwd vanuit de gebruikte onderzoeksmethoden. Literatuur over informatievoorziening, datagedreven werken en samenwerking wordt ondersteunend gebruikt om de bevindingen te verklaren en te verdiepen (zie [Gebruikte literatuur](#)). Door het combineren van verschillende perspectieven en bronnen ontstaat een samenhangend beeld van de huidige situatie en de knelpunten daarin. Deze resultaten vormen de basis voor de conclusie en aanbevelingen.

4.1 Resultaat voor deelvraag 1.

‘Hoe is de huidige werkwijze van de GHOR Brabant Midden-West-Noord ingericht ten aanzien van het monitoren, rapporteren en borgen van crisisvoorbereiding bij aangesloten zorginstellingen?’

Uit de interviews met GHOR-medewerkers komt naar voren dat de huidige werkwijze rondom monitoring en rapportage in de praktijk voornamelijk plaatsvindt via contactmomenten en relatiegesprekken, die jaarlijks plaatsvinden. 83% van de geïnterviewde medewerkers geeft aan dat monitoring vooral plaatsvindt via gesprekken met zorginstellingen en niet via een vast en eenduidig gestructureerd proces.

Tijdens de interviews wordt door meerdere medewerkers expliciet benoemd dat deze manier van werken voortkomt uit de rol van de GHOR als netwerkorganisatie, waarbij het behouden van de relatie zeer belangrijk is. Tegelijkertijd geeft 63% van de medewerkers aan dat monitoring in veel gevallen reactief plaatsvindt, bijvoorbeeld naar aanleiding van incidenten. Dit betekent dat er geen vaste ‘cyclus’ bestaat waarin instellingen periodiek en systematisch worden uitgevraagd en benaderd. Hierdoor ontstaat een situatie waarin het beeld van de crisisvoorbereiding afhankelijk is van het moment en de aanleiding waarop informatie wordt opgehaald.

Daarnaast geeft 75% van de medewerkers aan dat er geen vastgelegde, eenduidige werkwijze binnen de organisatie bestaat. Medewerkers benoemen in de interviews dat zij zelf invulling geven aan hoe zij gesprekken voeren en informatie vastleggen. Dit betekent dat vergelijkbare situaties verschillend worden beoordeeld en dat informatie op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd.

Wanneer er wordt gekeken naar de verwerking van gegevens, ontstaat een vergelijkbaar beeld. Hoewel 75% van de medewerkers aangeeft dat de manier van gegevensverzameling werkbaar is, geeft 88% aan dat de verwerking en terugkoppeling van deze gegevens onvoldoende gebeurt. Medewerkers geven hierbij concreet aan dat informatie vaak wordt vastgelegd in gespreksverslagen, maar dat deze vervolgens niet wordt geanalyseerd op organisatieniveau. Hierdoor blijft informatie versnipperd aanwezig en wordt dit niet benut voor het creëren van

overzicht of het signaleren van trends, zoals dat wel mogelijk zou kunnen zijn. (Zie [bijlage G](#) voor de uitwerking van de interviews.)

Deze bevindingen uit de interviews worden bevestigd door de analyse van bestuurlijke rapportages en memo's. In de "Rapportage bewakende rol DPG" wordt benoemd dat het lastig is om een volledig en betrouwbaar beeld te verkrijgen van de crisisvoorbereiding van zorginstellingen, mede door het ontbreken van uniforme data en een vaste werkwijze. In de memo "Continuïteit van Zorg" wordt daarnaast beschreven dat informatie wel wordt opgehaald via relatiegesprekken, maar dat deze niet structureel wordt vastgelegd of gebruikt voor bredere analyse. (Zie [bijlage E](#) voor de uitwerking van de analyse van de bestuurlijke rapportages en memo's.)

Tijdens de expertsessies binnen ZeeBraLim wordt het beeld, van geen eenduidige werkwijze, ook herkend en wordt hierop ingegaan. In deze sessies geven vertegenwoordigers van andere GHOR-regio's aan dat zij gebruikmaken van verschillende werkwijzen en instrumenten, zoals dashboards, zelfevaluaties en gespreksmethodieken. Tijdens de bijeenkomst van 3 juni wordt expliciet benoemd dat deze verschillen het lastig maken om inzichten tussen regio's te vergelijken en om te komen tot een eenduidig beeld. (Zie [bijlage H](#) voor de uitwerking van de expertsessies.)

Wanneer de bevindingen uit interviews, documentanalyse en expertsessies met elkaar worden gecombineerd, ontstaat een duidelijk waarneembaar patroon. De GHOR beschikt over veel informatie door middel van contact met zorginstellingen uit ad-hoc gesprekken na incidenten en de periodieke relatiegesprekken. Echter, wordt deze informatie niet eenduidig en structureel vastgelegd. Hierdoor ontbreekt een organisatiebreed overzicht en is het lastig om instellingen regionaal te vergelijken.

Dit betekent dat de huidige werkwijze vooral gericht is op het ophalen van informatie, maar minder op het verwerken en benutten ervan. Hierdoor blijft de informatiepositie versnipperd aanwezig en ontstaat er geen aanwezige basis voor de monitoring en rapportage.

Deze bevinding sluit aan bij inzichten uit de literatuur over informatievoorziening, waarin wordt benadrukt dat de waarde van informatie ontstaat door het structureren en verbinden van gegevens tot samenhangende inzichten (J.Scholten & van der Vlist, 2011). In de huidige situatie ontbreekt deze stap, waardoor de beschikbare informatie onvoldoende wordt benut, zoals dat wel zou kunnen.

Antwoord op de deelvraag:

De huidige werkwijze van de GHOR Brabant Midden-West-Noord is voornamelijk relationeel, waarbij monitoring en rapportage grotendeels plaatsvinden via periodieke relatiegesprekken en contactmomenten na incidenten. Deze werkwijze leidt echter tot een situatie waarin informatie niet eenduidig wordt vastgelegd en beperkt wordt verwerkt tot een voortschrijdend inzicht. Hierdoor ontbreekt een organisatiebrede, vergelijkbare en geborgde manier van monitoren en rapporteren van crisisvoorbereiding.

4.2 Resultaat voor deelvraag 2.

‘Hoe ervaren zorginstellingen en de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) de huidige informatie-uitwisseling, monitoring en rapportage rondom crisisvoorbereiding en zorgcontinuïteit met de GHOR en op welke manier uit zich dit tot de gehele zorgketen in de regio?’

Uit de interviews met zorginstellingen komt naar voren dat crisisvoorbereiding binnen alle organisaties aanwezig is, maar dat de mate van uitwerking verschilt, wat een logische waarneming is. 67% van de geïnterviewde instellingen geeft aan te werken met een gestructureerde aanpak, waarin plannen en opschalingsstructuren aanwezig zijn, terwijl 33% aangeeft dat deze nog in ontwikkeling is.

Tijdens deze interviews, wordt door instellingen meerdere malen benoemd dat plannen vaak wel bestaan, maar dat deze niet altijd actueel zijn of onvoldoende aansluiten op de praktijk. Dit sluit aan bij het feit dat 67% van de gesproken instellingen aangeeft dat crisisplannen nog verbeterd moeten worden. Hierdoor ontstaat een situatie waarin formele voorbereiding aanwezig is, maar de praktische toepasbaarheid en borging (nog) niet altijd op orde zijn.

Een belangrijk en terugkerend punt in alle interviews met zorginstellingen is de afhankelijkheid binnen de zorgketen. Alle gesproken instellingen geven aan afhankelijk te zijn van andere partijen, zoals ziekenhuizen, VVT-instellingen en ketenpartners. Tegelijkertijd wordt door dezelfde instellingen benoemd dat zij onvoldoende inzicht hebben in deze afhankelijkheden. Instellingen geven hierbij aan dat het onduidelijk is wat zij van andere partijen kunnen verwachten in een crisissituatie en hoe deze partijen voorbereid zijn.

Door deze onduidelijkheden tussen instellingen onderling, wordt het lastig om risico's goed in te schatten en om gezamenlijk op te treden in situaties waarin zij elkaar nodig zouden kunnen hebben. Dit betekent dat de keten als geheel niet volledig wordt benut.

De samenwerking met de GHOR wordt door 67% van de instellingen als waardevol ervaren. Instellingen geven aan dat vooral de gesprekken en ondersteuning vanuit de GHOR bijdragen aan bewustwording en verbetering van crisisvoorbereiding. Tegelijkertijd geeft 33% van de instellingen aan dat de rol van de GHOR niet altijd duidelijk is of minder zichtbaar wordt ervaren.

Daarnaast geeft 67% van de instellingen aan behoefte te hebben aan meer structureel contact en afstemming met de GHOR. In de interviews wordt hierbij benoemd dat contactmomenten vaak waardevol zijn, maar dat deze niet op vaste momenten plaatsvinden. Hierdoor ontstaat een wisselend beeld van de samenwerking en wordt de relatie niet altijd optimaal benut. (Zie [bijlage G](#) voor de uitwerking van de interviews.)

Vanuit het perspectief van de DPG wordt een vergelijkbaar beeld geschetst. In het interview geeft de DPG aan dat de huidige informatievoorziening als verschillend en versnipperd wordt ervaren en dat informatie niet altijd tijdig of volledig beschikbaar is. Dit betekent dat de DPG niet altijd beschikt over een actueel en compleet beeld van de situatie binnen de zorgketen.

Verder wordt door de DPG duidelijk benoemd dat rapportages lastig te interpreteren zijn en onvoldoende aansluiten bij de behoeftes van het algemeen bestuur. Dit houdt in dat informatie wel beschikbaar is, maar niet direct bruikbaar voor besluitvorming. Hierdoor ontstaat extra werk dat verzet moet worden om de rapportages vergelijkbaar te kunnen maken. Er wordt aangegeven

dat dit de effectiviteit van de informatievoorziening van de GHOR naar de DPG vertraagt. (Zie [bijlage G](#) voor de uitwerking van de interviews.)

Tijdens de tweede ZeeBraLim-expertsessie wordt dit beeld verder verdiept. In deze bijeenkomst wordt door verschillende vertegenwoordigers benoemd dat zorginstellingen te maken hebben met meerdere uitvragen vanuit verschillende organisaties, zoals de GHOR en NAZB. Dit zorgt ervoor dat de informatievoorziening versnipperd raakt, op regionaal en interregionaal niveau. Instellingen moeten informatie op verschillende manieren aanleveren, wat leidt tot onduidelijkheid en inefficiëntie op interregionaal niveau.

In de eerste ZeeBraLim-bijeenkomst wordt daarnaast benoemd dat GHOR-regio's op dit moment verschillende werkwijzen hanteren voor monitoring en rapportage. Hierdoor ontstaat een situatie waarin informatie niet alleen binnen een regio versnipperd is, maar ook lastig te vergelijken is tussen meerdere regio's. (Zie [bijlage H](#) voor de uitwerking van de expertsessies.)

Wanneer de perspectieven van zorginstellingen, de GHOR en de DPG naast elkaar worden gelegd, ontstaat een zichtbaar verschil waarop de huidige data- en informatieverzameling plaatsvindt. Zorginstellingen ervaren een gebrek aan overzicht en afstemming binnen de keten, terwijl de GHOR op dit moment informatie nog niet eenduidig genoeg verzamelt en de structuur hieraan geeft. Tegelijkertijd ervaart de DPG dat de uiteindelijke informatie uit de bestuurlijke rapportages niet optimaal is voor het maken van bestuurlijke besluiten.

Dit laat zien dat het probleem niet alleen ligt in het verzamelen van informatie, maar vooral in de manier waarop deze informatie wordt gedeeld, afgestemd en vertaald naar bruikbaar inzicht. Het knelpunt zit daarmee in de samenwerking tussen partijen en niet bij één specifieke actor.

Deze bevinding sluit aan bij inzichten uit de literatuur over samenwerking, waarin wordt benadrukt dat effectieve samenwerking afhankelijk is van gedeelde informatie, rolduidelijkheid en eenduidige communicatie (Kaats & Opheij, 2012). In de huidige situatie ontbreken deze onderdelen deels, waardoor de samenwerking binnen de zorgketen als niet optimaal wordt ervaren.

Antwoord op de deelvraag:

De informatie-uitwisseling, monitoring en rapportage rondom crisisvoorbereiding worden door zorginstellingen en de DPG ervaren als aanwezig, maar onvoldoende samenhangend en structureel. Zorginstellingen ervaren een gebrek aan inzicht in ketenafhankelijkheden en behoefte aan meer structurele afstemming, terwijl de DPG de beschikbare informatie als versnipperd en moeilijk bruikbaar voor bestuurlijke besluitvorming beoordeelt. Deze knelpunten worden zichtbaar in de gehele zorgketen in de vorm van versnipperde informatie, geen optimale afstemming en een gebrek aan een eenduidig inzicht.

4.3 Resultaat voor deelvraag 3.

‘Welke data is van belang om als stuurinformatie te kunnen gebruiken in de bestuurlijke rapportages aan het algemeen bestuur, zodanig dat er voortschrijdend inzicht wordt gecreëerd in de regio?’

Uit de interviews met de GHOR-medewerkers komt naar voren dat er binnen de organisatie duidelijk zicht is op welke informatie nodig is om crisisvoorbereiding te kunnen beoordelen. Wel

wordt dit deels ontkracht, doordat deze informatie nu nog niet eenduidig en gestructureerd wordt verzameld. 75% van de geïnterviewde medewerkers geeft aan dat informatie over planvorming essentieel is, zoals de aanwezigheid, volledigheid en actualiteit van crisisplannen. Daarnaast benoemt 63% van de medewerkers dat de praktische toepasbaarheid van deze plannen, bijvoorbeeld via oefenen, even belangrijk is om een realistisch beeld te krijgen van de voorbereiding van instellingen.

Tijdens de interviews wordt door medewerkers benadrukt dat alleen het bestaan van plannen onvoldoende inzicht geeft, omdat dit niet automatisch betekent dat deze plannen ook goed toepasbaar zijn in de praktijk. Hierdoor ontstaat de behoefte aan data die niet alleen iets zegt over aanwezigheid, maar ook over kwaliteit en gebruik hiervan.

Tegelijkertijd wordt een belangrijk punt zichtbaar. 75% van de medewerkers geeft aan dat de gevraagde informatie niet altijd volledig wordt aangeleverd door zorginstellingen. Daarnaast geeft 88% van de geïnterviewden aan dat de informatie die wel beschikbaar is niet uniform is en sterk verschilt per instelling. Hierdoor ontstaat data die moeilijk te vergelijken is en slechts beperkt bruikbaar is voor analyse of rapportage. (Zie [bijlage G](#) voor de uitwerking van de interviews.)

In de interviews wordt concreet benoemd door GHOR-medewerkers dat instellingen op verschillende manieren invulling geven aan dezelfde onderwerpen. Begrippen zoals “op orde” of “in ontwikkeling” worden verschillend geïnterpreteerd. Zo staat in de indicatoren set vanuit Limburg-Noord een uitgebreide uitleg per KPI voor een indicator. Er werd aangegeven dat deze manier van werken goed verloopt. Echter, doordat dit niet door meerdere GHOR-regio's gedaan wordt, ontstaan beoordelingen die op interregionaal niveau niet eenduidig zijn. Dit maakt het lastig om op basis van deze data betrouwbare conclusies te trekken.

De analyse van indicatie- en dataverwerkingsdocumenten maakt dit probleem verder inzichtelijk. In de huidige PLZ-zelfevaluatie van de GHOR BrabantMWN wordt gewerkt met categorieën zoals ‘ja’, ‘nee’ en ‘in ontwikkeling’. Tijdens de analyse blijkt dat deze categorieën ruimte laten voor interpretatie en daardoor moeilijk vergelijkbaar zijn tussen instellingen. (Zie [bijlage F](#) voor de uitwerking van de analyse voor de indicatie- en dataverwerkingsdocumenten.)

Dit wordt bevestigd tijdens de derde ZeeBraLim-expertsessie, waarin een dataset wordt besproken en deelnemers in discussie raken over de interpretatie van de bijbehorende scores. Onder andere wordt aangegeven dat twee instellingen dezelfde score kunnen krijgen, terwijl de daadwerkelijke situatie sterk kan verschillen. Deze discussie maakt gelijk zichtbaar dat het ontbreken van eenduidige definities en criteria leidt tot verschillende interpretaties en data.

In dezelfde expertsessie wordt verder benoemd dat de manier van structureren, bijvoorbeeld per gemeente, niet aansluit op de praktijk. Zorginstellingen opereren vaak in meerdere gemeenten, waardoor deze indeling het lastig maakt om een realistisch beeld te krijgen. Er wordt voorgesteld om data meer thematisch of per type instelling te organiseren, zodat deze beter aansluit bij de werkelijkheid. (Zie [bijlage H](#) voor de uitwerking van de expertsessies.)

Een aanvullend inzicht komt uit de eerste expertsessie met informatiemanagement. Hier wordt aangehaald dat er al voldoende data aanwezig is binnen de organisatie, maar dat deze verspreid is over verschillende bronnen en niet gezamenlijk wordt gebundeld. In deze sessie wordt

aangegeven dat het bundelen van bestaande data in één dataset, bijvoorbeeld in Excel, al kan leiden tot meer inzicht en mogelijkheden.

Daarnaast wordt in deze sessie gesproken over het belang het visueel maken van data. Er wordt aangegeven dat informatie pas echt bruikbaar wordt wanneer deze op een overzichtelijke manier wordt weergegeven, zodat patronen en verschillen direct zichtbaar zijn. Dit sluit aan bij de behoefte die in de interviews door medewerkers wordt benoemd, namelijk om sneller inzicht te krijgen in de stand van zaken binnen de regio. (Zie [bijlage H](#) voor de uitwerking van de expertsessies.)

Wanneer deze bevindingen met elkaar worden verbonden, ontstaat een waardevol inzicht. De GHOR beschikt over relevante en inhoudelijk waardevolle data, maar deze data voldoen in de huidige situatie niet aan de voorwaarden om als stuurinformatie gebruikt te kunnen worden. Dit komt doordat de data niet eenduidig is opgebouwd, onvoldoende vergelijkbaar is tussen instellingen en niet overzichtelijk wordt gepresenteerd.

Hierdoor ontbreekt de mogelijkheid om op basis van data trends en ontwikkelingen te signaleren, type instellingen te vergelijken of gericht te sturen op verbeteringen.

Deze bevinding sluit aan bij inzichten uit de literatuur over datagedreven werken, waarin wordt gesteld dat data pas waardevol wordt wanneer deze betrouwbaar, vergelijkbaar en toegankelijk is (van den Berg, 2024). In de huidige situatie ontbreken deze voorwaarden grotendeels, waardoor de beschikbare data onvoldoende wordt benut.

Daarnaast sluit dit aan op deelvraag 1, waarin naar voren komt dat informatie wel wordt opgehaald, maar niet structureel wordt verwerkt. Hierdoor ontstaat een situatie waarin data aanwezig is, maar niet effectief wordt ingezet voor monitoring en rapportage.

Antwoord op de deelvraag:

De data die van belang is als stuurinformatie bestaat uit een combinatie van verschillende typen informatie, waarbij de gegevens die worden opgehaald via de PLZ-zelfevaluatie in de vorm van thema's met bijbehorende KPI's het belangrijkste is.

In de huidige situatie is deze data echter onvoldoende bruikbaar als stuurinformatie. Dit komt doordat gegevens niet eenduidig worden vastgelegd, begrippen verschillend worden geïnterpreteerd en informatie onvoldoende vergelijkbaar is tussen instellingen. Daarnaast wordt data niet gebundeld en overzichtelijk gepresenteerd, waardoor inzicht, trends en ontwikkelingen niet worden gevisualiseerd.

Hierdoor kan de beschikbare data slechts beperkt worden gebruikt voor monitoring en rapportage en ontstaat onvoldoende basis om gericht te sturen en voortschrijdend inzicht te kunnen realiseren in de regio van de GHOR BrabantMWN en interregionaal.

4.4 Resultaat voor deelvraag 4.

‘Welke risico's voor de zorgcontinuïteit ontstaan wanneer de crisisvoorbereiding van de individuele zorginstellingen en de gehele zorgketen in de regio onvoldoende inzichtelijk of afgestemd zijn met de GHOR?’

Uit de interviews met GHOR-medewerkers komt duidelijk naar voren dat het ontbreken van inzicht in de mate van crisisvoorbereiding als grootste risico wordt gezien. 88% van de geïnterviewde medewerkers geeft aan dat wanneer er geen volledig en actueel beeld is van de voorbereiding van zorginstellingen, het logischerwijs niet mogelijk is om gericht te sturen of te adviseren.

In de interviews wordt hierbij expliciet benoemd dat het ontbreken van dit inzicht ertoe leidt dat de GHOR niet goed kan bepalen welke instellingen of type instellingen extra aandacht nodig hebben. Medewerkers geven aan dat zij in de huidige situatie vaak afhankelijk zijn van signalen of incidenten om te bepalen waar actie nodig is. Dit betekent dat risico's niet structureel vooraf worden geïdentificeerd, maar pas zichtbaar worden wanneer er al problemen zijn ontstaan.

Daarnaast geeft 88% van de medewerkers aan dat wanneer de GHOR minder actief contact onderhoudt met zorginstellingen, de aandacht voor crisisvoorbereiding bij deze instellingen zal afnemen. Dit bevestigt de belangrijke rol die de GHOR hierin vervult. In de interviews wordt hierbij benoemd dat de GHOR een belangrijke stimulerende rol vervult, waarbij alle contactmomenten zorgen voor bewustwording en betere prioritering op het gebied van crisisvoorbereiding. Wanneer deze rol minder aanwezig is, zal de stimulatie voor de zorginstellingen afnemen om actief bezig te zijn met de continuïteit van zorg. (Zie [bijlage G](#) voor de uitwerking van de interviews.)

Vanuit de interviews met zorginstellingen wordt een aanvullend en keten gerelateerd risico zichtbaar. Alle geïnterviewde instellingen geven aan afhankelijk te zijn van andere partijen instellingen in de zorgketen, terwijl zij tegelijkertijd geen volledig inzicht hebben in deze afhankelijkheden (zie resultaat deelvraag 2). In de gesprekken wordt bijvoorbeeld benoemd dat instellingen niet precies weten welke samenwerking of ondersteuning zij van andere partijen kunnen verwachten in zowel een 'koude' of 'warme' situatie. (Zie [bijlage G](#) voor de uitwerking van de interviews.)

Dit heeft directe gevolgen voor de continuïteit van zorg. Wanneer één zorginstelling onvoldoende voorbereid is of uitvalt, kan dit gevolgen hebben voor andere organisaties die afhankelijk zijn van deze partij. Omdat deze afhankelijkheden en de mate van crisisvoorbereiding niet eenduidig inzichtelijk zijn, kunnen deze risico's zich ontwikkelen zonder dat hier vooraf op gestuurd wordt. Hierdoor ontstaat het risico dat de zorgketen zich van binnenuit tegenwerkt.

Vanuit het perspectief van de DPG wordt dit beeld verder aangescherpt. In het interview geeft de DPG aan dat risico's met name ontstaan wanneer informatie niet tijdig en volledig beschikbaar is. Hierbij wordt benoemd dat signalen over knelpunten in de zorgketen niet altijd op het juiste moment beschikbaar zijn, waardoor bestuurlijke sturing hierin lastig is. Dit betekent dat beslissingen soms genomen moeten worden op basis van onvolledige informatie. (Zie [bijlage G](#) voor de uitwerking van de interviews.)

Deze bevinding wordt ondersteund door de analyse van bestuurlijke rapportages en memo's, waarin expliciet wordt benoemd dat het ontbreken van een eenduidig en volledig beeld het lastig maakt om trends en risico's te signaleren. Hierdoor wordt het moeilijk om vooruit te kijken en proactief te sturen op trends en ontwikkelingen binnen de regio. (Zie [bijlage E](#) voor de uitwerking van de analyse van de bestuurlijke- rapportages en memo's.)

Tijdens de expertsessies binnen ZeeBraLim wordt dit risico verder verdiept. In de eerste bijeenkomst wordt benadrukt dat regio's moeite hebben om een volledig beeld van de zorgketen te verkrijgen, vooral doordat informatie verspreid is over verschillende systemen en bronnen. Daarnaast wordt in de tweede bijeenkomst benoemd dat het grote aantal uitvragen en initiatieven kan leiden tot versnippering van aandacht, waardoor belangrijke signalen minder (snel) zichtbaar worden. (Zie [bijlage H](#) voor de uitwerking van de expertsessies.)

Deze combinatie van factoren maakt duidelijk dat risico's binnen de zorgcontinuïteit niet alleen ontstaan door een gebrek aan voorbereiding bij individuele instellingen of de beschikbare data hiervan, maar vooral door een gebrek aan inzicht en afstemming binnen de keten. Wanneer informatie niet eenduidig, volledig en tijdig beschikbaar is, ontstaat een situatie waarin problemen pas zichtbaar worden wanneer zij zich al voordoen.

Hierdoor wordt het voor zowel de GHOR als de DPG lastig om effectief te sturen en om tijdig maatregelen te nemen. Dit vergroot de kans dat verstoringen in de zorgketen leiden tot problemen voor de continuïteit van zorg.

Deze bevinding sluit aan bij inzichten uit de literatuur over samenwerken tussen organisaties waarin wordt benadrukt dat tijdig inzicht en informatie-uitwisseling cruciaal zijn voor het herkennen en beperken van risico's (Kaats & Opheij, 2012). Zonder een goede informatiepositie neemt de kans toe dat signalen te laat worden opgepakt en dat oplossingen en interventies minder effectief zijn.

Antwoord op de deelvraag:

De belangrijkste risico's voor de zorgcontinuïteit ontstaan door het ontbreken van een volledig, actueel en eenduidig inzicht in de crisisvoorbereiding van zowel individuele zorginstellingen als de zorgketen als geheel. Dit leidt ertoe dat risico's niet tijdig worden herkend, wat ertoe leidt dat de GHOR en de DPG beperkt in staat zijn om gericht en proactief te sturen, op operationeel en bestuurlijk niveau. Hierdoor kunnen knelpunten zich ontwikkelen in de keten zonder tijdige interventie, wat de continuïteit van zorg in de regio in gevaar kan brengen.

4.5 Resultaat voor deelvraag 5.

'Welke veiligheidskundige en beleidsmatige verbetermaatregelen kan de GHOR Brabant Midden-West-Noord implementeren om haar rol in het structureel monitoren, rapporteren en borgen van crisisvoorbereiding bij individuele zorginstellingen te versterken, zodanig dat de gehele zorgketen in de regio hier baat bij heeft?'

Uit de interviews met GHOR-medewerkers komt duidelijk naar voren dat er binnen de organisatie een brede behoefte bestaat aan aanvullende verbeteringen voor de huidige werkwijze rondom monitoring en rapportage. 88% van de geïnterviewde medewerkers geeft aan dat een visueel overzicht nodig is om beter inzicht te krijgen in de mate van crisisvoorbereiding van zorginstellingen. Daarnaast geeft 100% van de gesproken medewerkers aan dat een ondersteunende tool kan bijdragen aan het verkrijgen van overzicht en het verbeteren van inzicht in de regio.

In diezelfde interviews wordt daarbij meerdere keren aangehaald dat informatie met bijbehorende data op dit moment verspreid is over verschillende bronnen, zoals gespreksverslagen, zelfevaluaties en losse documenten. Medewerkers geven aan dat het hierdoor lastig is om snel en eenduidig inzicht te krijgen in de stand van zaken. Dit betekent dat een belangrijke richting voor verbetering ligt in het bundelen en centraal beschikbaar maken van bestaande en nieuwe informatie en data op het gebied van continuïteit van zorg.

Daarnaast blijkt uit de interviews dat 75% van de medewerkers aangeeft dat de huidige informatie niet uniform is en moeilijk te vergelijken tussen instellingen. Medewerkers geven hierbij aan dat instellingen informatie op verschillende manieren aanleveren en dat begrippen zoals “op orde” of “in ontwikkeling” verschillend worden geïnterpreteerd. Dit zorgt ervoor dat data niet consistent is en beperkt bruikbaar is voor monitoring en rapportage. (Zie [bijlage G](#) voor de uitwerking van de interviews.)

Deze bevinding wordt concreet ondersteund door de analyse van de indicatie- en dataverwerkingsdocumenten. In de PLZ-zelfevaluatie wordt gebruikgemaakt van categorieën die ruimte laten voor verschillende wijzen van interpretatie, terwijl in het indicatorenendocument uit Limburg-Zuid gewerkt wordt met concretere niveaus van beoordeling. Hierdoor is het ene document, de PLZ-zelfevaluatie, minder geschikt voor vergelijking en het andere, de indicatoren vanuit Limburg-Zuid, juist beter bruikbaar als basis voor stuurinformatie. Verder is er ondersteunende informatie uit de analyse van de bestuurlijke rapportages en memo's voortgekomen. Hierin komt als gemene deler naar voren dat in meerdere documenten onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende typen zorginstellingen, zoals VVT, GGZ, GHZ en THZ, om inzicht te krijgen in de voorbereiding binnen de zorgketen. (Zie [bijlage F](#) voor de uitwerking van de analyse voor de indicatie- en dataverwerkingsdocumenten.)

Tijdens de derde ZeeBraLim-expertsessie wordt dit probleem verder bevestigd. In deze sessie ontstaat discussie over de interpretatie van scores binnen een dataset. Deelnemers geven hierbij aan dat dezelfde categorieën door verschillende instellingen anders worden ingevuld, wat leidt tot beoordelingen die niet consistent hetzelfde worden geïnterpreteerd. Deze discussie maakt duidelijk dat zonder eenduidige definities en beoordelingscriteria data onvoldoende betrouwbaar is voor vergelijking en sturing.

Een tweede belangrijke richting voor verbetering komt naar voren uit de eerste expertsessie met informatiemanagement. In deze bijeenkomst wordt expliciet benoemd dat het structureren van bestaande data in één centrale dataset, bijvoorbeeld in Excel, al kan zorgen voor aanzienlijk beter inzicht. Hierbij wordt benadrukt dat de benodigde informatie grotendeels al aanwezig is, maar dat deze verspreid is en niet op een samenhangende manier wordt gebruikt in de huidige situatie.

Daarnaast wordt in deze sessie aangegeven dat deze centrale dataset kan worden vertaald naar een visuele weergave, zoals een dashboard. Deelnemers geven aan dat hiermee in één oogopslag zichtbaar kan worden hoe instellingen scoren op verschillende thema's en waar eventuele aandachts- of knelpunten zich bevinden. Dit sluit direct aan op de eerder genoemde behoefte van GHOR-medewerkers aan overzicht en snelle interpretatie van informatie.

In de vervolgsessie met informatiemanagement werd aanvullend gekeken naar de manier waarop data wordt opgehaald bij zorginstellingen. Hierbij werd benoemd dat het gebruik van

digitale formulieren, zoals Microsoft Forms, mogelijkheden biedt om data gestructureerder en consistentier te verzamelen. Door gebruik te maken van dergelijke tools kan informatie direct op een uniforme manier worden ingevoerd en automatisch worden verwerkt in een centrale dataset.

Dit zorgt ervoor dat de afhankelijkheid van handmatige verwerking afneemt en dat data sneller en geautomatiseerd beschikbaar komt voor analyse en uiteindelijk voor rapportage. Daarnaast draagt deze werkwijze bij aan een meer continue data- en informatiestroom, in plaats van losse en incidentele uitvragen. Hierdoor ontstaat een actueler beeld van de situatie bij zorginstellingen. Dit laat zien dat niet alleen de verwerking van data, maar ook de manier waarop deze wordt opgehaald een belangrijke rol speelt in het verbeteren van de informatiepositie en het gericht te kunnen adviseren. (Zie [bijlage H](#) voor de uitwerking van de expertsessies.)

Ook vanuit de interviews met zorginstellingen komt een duidelijke richting voor oplossingen naar voren. Instellingen geven aan dat zij behoefte hebben aan overzicht en centrale informatievoorziening, waarbij informatie duidelijk en praktisch toepasbaar moet zijn. Daarbij wordt benoemd dat informatie niet alleen beschikbaar moet zijn, maar ook begrijpelijk en direct bruikbaar in de praktijk. (Zie [bijlage G](#) voor de uitwerking van de interviews.)

Een derde belangrijke richting voor verbetering komt voort uit de resultaten van deelvraag 2 en 4, waarin naar voren komt dat er een gebrek is aan inzicht binnen de zorgketen. Zorginstellingen geven aan dat zij afhankelijk zijn van andere partijen, maar dat inzicht en gerichtere advisering achterwege blijven. Hierdoor ontstaat onzekerheid over de werking van de keten in de voorbereiding van crisissen.

Tijdens de ZeeBraLim-bijeenkomsten wordt dit eveneens benoemd. In de eerste sessie wordt aangegeven dat inzicht in de keten als geheel ontbreekt en dat dit het lastig maakt om risico's goed te duiden. Dit betekent dat verbetermaatregelen zich niet alleen moeten richten op individuele instellingen, maar ook op het zichtbaar maken van problemen bij type zorgorganisaties en uiteindelijk de gele zorgketen. (Zie [bijlage H](#) voor de uitwerking van de expertsessies.)

Tot slot blijkt uit de interviews met zowel GHOR-medewerkers als de DPG dat er behoefte is aan informatie die aansluit op verschillende gebruikersniveaus. De DPG geeft aan dat huidige rapportages onvoldoende aansluiten op zijn informatiebehoefte en dat er behoefte is aan overzichtelijke en goed interpreteerbare informatie die direct gebruikt kan worden voor besluitvorming. (Zie [bijlage G](#) voor de uitwerking van de interviews.)

Dit betekent dat verbetermaatregelen zich niet alleen moeten richten op het verzamelen en structureren van data, maar ook de manier waarop deze informatie wordt gepresenteerd. Informatie moet worden vertaald naar een vorm die aansluit bij op zowel operationeel als bestuurlijk niveau.

Wanneer deze bevindingen worden gecombineerd, ontstaat een duidelijk beeld van de richting waarin verbetermaatregelen gezocht moeten worden. Deze richting ligt niet in het uitbreiden van dataverzameling, maar in het verbeteren van de manier waarop bestaande data wordt gestructureerd en inzichtelijk wordt gemaakt. Daarbij speelt ook de manier van dataverzameling

zelf een belangrijke rol, waarbij digitale en uniforme invoermethoden bijdragen aan een eenduidiger geheel.

Antwoord op de deelvraag:

De benodigde verbetermaatregelen richten zich primair op het verbeteren van de informatiepositie van de GHOR door bestaande data centraal te bundelen, eenduidig te structureren en beter inzichtelijk te maken. Daarbij is het noodzakelijk om indicatoren en definities te standaardiseren, zodat data onderling vergelijkbaar wordt, en om informatie te presenteren in een overzichtelijke en direct bruikbare vorm. Daarnaast dienen verbetermaatregelen zich te richten op het vergroten van inzicht in afhankelijkheden binnen de zorgketen en op het verbeteren van de manier waarop data wordt verzameld. Dit zodanig dat informatie consistent, actueel en beter bruikbaar wordt voor sturing en besluitvorming. De uiteindelijke verbetermaatregelen en aanbevelingen zullen worden uitgewerkt in het hoofdstuk '[Aanbevelingen](#)' en uiteindelijk in het bijbehorende implementatieplan.

5. Conclusie.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek samengebracht en wordt de hoofdvraag beantwoord. De conclusie is gebaseerd op de resultaten uit interviews, documentanalyse en expertsessies, waarbij expliciet aandacht is voor de verschillende perspectieven vanuit de GHOR, zorginstellingen en DPG. Op basis hiervan wordt een integraal beeld gegeven van de huidige situatie en de wijze waarop de informatiepositie van de GHOR BrabantMWN kan worden versterkt.

Op basis van de resultaten die voortkomen uit de toegepaste onderzoeksmethoden kan de volgende hoofdvraag worden beantwoord:

“Wat is de huidige wijze van dataverwerking bij de crisisvoorbereiding van aangesloten zorginstellingen binnen de scope van de GHOR, en hoe kan de GHOR Brabant Midden-West-Noord de mate van crisisvoorbereiding structureel monitoren, rapporteren en borgen, zodanig dat de continuïteit van zorg tijdens crisissituaties voor de gehele zorgketen in de regio beter gewaarborgd wordt?”

Wanneer de resultaten samen bekeken worden, ontstaat een duidelijk beeld van de huidige wijze van dataverwerking binnen de GHOR Brabant Midden-West-Noord. Informatie wordt verzameld via zelfevaluaties die plaatsvinden voorafgaand aan relatiegesprekken en uit verschillende documenten. Deze informatie is inhoudelijk waardevol en biedt inzicht in de mate van crisisvoorbereiding bij zorginstellingen. Tegelijkertijd blijkt dat deze informatie in de praktijk versnipperd wordt vastgelegd en niet centraal wordt gebundeld. Hierdoor ontbreekt een actueel en organisatiebreed overzicht van de situatie binnen de regio.

Vanuit verschillende perspectieven wordt dit beeld bevestigd en verder aangevuld. GHOR-medewerkers ervaren dat het lastig is om informatie eenduidig te verzamelen en om te zetten naar overzicht en inzicht. Zorginstellingen geven aan behoefte te hebben aan meer structuur en duidelijkheid in de informatievoorziening, terwijl vanuit bestuurlijk perspectief wordt benoemd dat de beschikbare data en informatie onvoldoende aansluiten op de behoefte voor ideale besluitvorming. Daarnaast laten inzichten uit de expertsessies zien dat verschillen in werkwijzen en interpretaties van informatie de vergelijkbaarheid en bruikbaarheid van data verder beperken.

Gezamenlijk laten deze bevindingen zien dat de huidige wijze van dataverwerking ertoe leidt dat informatie wel aanwezig is, maar onvoldoende wordt benut als stuurinformatie. Data wordt niet op een eenduidige manier vastgelegd, is moeilijk vergelijkbaar en wordt beperkt inzichtelijk gemaakt. Hierdoor kost het veel tijd om te zorgen dat er met de juiste interpretatie tot een volledig beeld wordt gekomen van crisisvoorbereiding in de regio. Ook is het lastig om op die manier ontwikkelingen en trends te volgen of gericht te sturen op verbetering van crisisvoorbereiding.

Het onderzoek maakt daarmee duidelijk dat het centrale probleem niet ligt in het ontbreken van informatie, maar in de manier waarop deze informatie wordt gehaald en gebruikt. Informatie wordt wel opgehaald, maar onvoldoende omgezet in voortschrijdend inzicht waarmee gestuurd en geadviseerd kan worden.

Om de informatiepositie te versterken, is het noodzakelijk om deze werkwijze te veranderen. De resultaten laten zien dat verbetering gezocht moet worden in het centraal bundelen van bestaande en nieuwe data, het eenduidig vastleggen van informatie en het toepassen van uniforme indicatoren. Daarnaast is het inzichtelijk maken van data, bijvoorbeeld in de vorm van visuele overzichten, essentieel om informatie snel en effectief te kunnen gebruiken voor monitoring en rapportage.

Ook de manier waarop data wordt verzamelt speelt hierin een belangrijke rol. Door gegevens in de toekomst op een geautomatiseerde, gestructureerde en consistente manier op te halen, wordt de kwaliteit en vergelijkbaarheid van data vergroot. Dit draagt bij aan een actueler en betrouwbaarder beeld van de situatie binnen de regio en maakt het mogelijk om informatie op een meer structurele manier te gebruiken. Dit om uiteindelijk deze data te kunnen gebruiken voor advisering en uiteindelijk voor de rapportages aan het algemeen bestuur.

Hiermee ontstaat een werkwijze waarin dataverzameling, verwerking en presentatie beter op elkaar aansluiten en waarin informatie daadwerkelijk wordt benut als middel om inzicht te creëren en te sturen op crisisvoorbereiding.

Samenvattend kan de hoofdvraag als volgt worden beantwoord:

De huidige wijze van dataverwerking binnen de GHOR Brabant Midden-West-Noord wordt gekenmerkt door een situatie waarin relevante informatie via zelfevaluaties, gesprekken en documenten wordt verzameld, maar versnipperd aanwezig is en onvoldoende eenduidig en gestructureerd wordt verwerkt. Hierdoor is de data beperkt bruikbaar als stuurinformatie.

De wijze voor het structureel monitoren, rapporteren en borgen kan worden gerealiseerd door bestaande data centraal te bundelen, te standaardiseren en inzichtelijk te maken, en door gegevens op een meer uniforme en gestructureerde manier te verzamelen. Hiermee ontstaat een werkwijze waarin de mate van crisisvoorbereiding structureel gemonitord, gerapporteerd en geborgd kan worden, waardoor de continuïteit van zorg binnen de zorgketen beter gewaarborgd wordt.

Kortom, de oplossing ligt niet specifiek in het verzamelen van meer data, maar in het aanpassen van de werkwijze rondom het verzamelen, verwerken en inzichtelijk maken van gegevens, zodat deze daadwerkelijk als stuurinformatie kunnen worden ingezet!

6. Aanbevelingen.

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen gepresenteerd die voortkomen uit de resultaten en conclusies van het onderzoek. Bij het opstellen van de aanbevelingen is rekening gehouden met de gestelde randvoorwaarden ([zie randvoorwaarden](#)). Daarnaast zijn de belangen van zorginstellingen, de DPG en de GHOR meegenomen.

De aanbevelingen die zijn uitgewerkt in onderstaand hoofdstuk, zijn na het onderzoek gerealiseerd als onderdeel van de stage voor het beroepsproduct. Zie implementatieplan voor uiteindelijke uitwerking hiervan.

Uit de resultaten en conclusie blijkt dat het centrale probleem niet ligt in de crisisvoorbereiding zelf, maar in het ontbreken van een eenduidige en gestructureerde werkwijze voor het verwerken en benutten van data hierover. De aanbevelingen zijn dan ook hierop gericht. Hierbij wordt duidelijk aangesloten op de aanwezige verbeter- en knelpunten, waarbij keuzes zijn onderbouwd vanuit de bevindingen uit de interviews, documentanalyses en expertsessies. De aanbevelingen bieden concrete handvatten voor de vertaalslag van de inzichten uit het onderzoek naar toepasbare verbetermaatregelen in de praktijk.



Aanbeveling 1: Ontwikkelen van een datagedreven tool.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de GHOR beschikt over relevante data, maar dat deze niet eenduidig wordt vastgelegd en beperkt wordt benut als stuurinformatie. Hierdoor ontbreekt een organisatiebreed overzicht van de mate van crisisvoorbereiding binnen de regio en is het lastig om type instellingen te vergelijken of trends te signaleren.

Daarom wordt aanbevolen om een ‘tool’ te ontwikkelen in de vorm van een centrale dataset, waarmee voortschrijdend inzicht kan worden verkregen in de regio door middel van hieruit voortvloeiend inzicht. Deze tool ondersteunt het structureel monitoren, rapporteren en adviseren door data eenduidig te verzamelen, te verwerken en inzichtelijk te maken. Deze aanbeveling vergemakkelijkt daarnaast ook het borgen van de mate van voorbereiding op crises in de regio.

De tool bestaat uit vier samenhangende stappen binnen de aanbeveling. Deze zijn:

- **Toevoegen van ‘Herzien’ als score in de PLZ-zelfevaluatie.**

De eerste stap binnen aanbeveling 1 is het toevoegen van ‘herzien’ als score in de PLZ-zelfevaluatie.

Deze stap komt voort uit signalen uit de praktijk, waarin door zorginstellingen is aangegeven dat bepaalde onderdelen niet zozeer ‘in ontwikkeling’ zijn, maar periodiek worden herzien of geactualiseerd. In de huidige indeling wordt dit onderscheid niet gemaakt, waardoor instellingen deze keuze niet kunnen maken. Op dit moment wordt onderscheid gemaakt in de scores: ‘Ja’, ‘In ontwikkeling’ en ‘Nee’

Door deze categorie toe te voegen, ontstaat inzicht in wanneer informatie voor bepaalde thema's voor het laatst is geactualiseerd en of de plannen actief onderhouden worden.

Hiermee kan de GHOR niet alleen monitoren of informatie aanwezig is, maar ook in hoeverre deze actueel en onderhouden wordt. Dit maakt het mogelijk om gericht te sturen op het actief onderhouden van de voorbereiding op crises.

- **Uitvraag PLZ-zelfevaluatie in Microsoft Forms laten plaatsvinden.**

De tweede stap binnen aanbeveling 1, is het uitvragen van de PLZ-zelfevaluatie via Microsoft Forms.

Deze stap komt voort uit de tweede expertsessie met informatiemanagement van de GHOR, waarin is benoemd dat het gebruik van Microsoft Forms mogelijkheden biedt om data gestructureerder en eenduidiger te verzamelen.

Het Forms-formulier zal dezelfde vragen en thema's moeten bevatten als de huidige zelfevaluatie en zorgt ervoor dat:

- Data uniform en gestructureerd wordt aangeleverd;
- De informatie voorafgaand aan de relatiegesprekken nog steeds gebruikt kan worden;
- Informatie direct digitaal beschikbaar is;
- Handmatige verwerking wordt verminderd;
- Gegevens automatisch kunnen worden gekoppeld aan een dataset in Excel, die data automatisch verwerkt.

Hierdoor ontstaat een consistente en efficiënte manier van dataverzameling, waarbij versnippering van de data wordt beperkt.

- **Data vanuit de ingevulde Forms-formulieren verwerken in een gekoppeld Excel-databestand.**

De derde stap binnen aanbeveling 1 is het verwerken van de data uit de ingevulde Forms-formulieren in een gekoppeld Excel-bestand.

Deze stap komt voort uit de tweede expertsessie met informatiemanagement, waarin is aangegeven dat het bundelen van data in één centrale dataset mogelijkheden biedt voor het verkrijgen van gestructureerd inzicht.

Daarom wordt aanbevolen om de data uit het Form-formulier automatisch te verwerken in een centrale Excel-dataset. Deze dataset dient te bestaan uit meerdere tabbladen:

Tabblad 1, 'Ruwe data per instelling':

- Ingevulde antwoorden automatisch verwerkt vanuit Forms;
- Naam van de zorginstelling;
- Functie van de medewerker van de instelling die het invult;
- Type zorginstelling (bijvoorbeeld VVT, GGZ, GHZ, THZ).

De indeling naar type zorginstelling dient hierbij te worden toegepast, omdat uit de documentanalyse van bestuurlijke memo's en rapportages blijkt dat deze categorisering wordt gebruikt om verschillen binnen de zorgketen inzichtelijk te maken.

Tabblad 2, 'Thema's en KPI's':

- Omzetting van antwoorden uit Forms naar scores per thema en bijbehorende KPI's;
- Overzicht van alle instellingen naast elkaar;
- Gemiddelden per thema inzichtelijk gemaakt in een cijfer.

Voor de omzetting naar scores wordt aanbevolen om gebruik te maken van een uniforme scoringssystematiek bij de huidige scores in de PLZ-zelfevaluatie met de keuze 'Herzien' uit de eerste stap meegenomen. Hiermee wordt het volgende bedoeld: 'Nee'=1, 'In ontwikkeling'=5, 'Herzien'=7 en 'Ja'=10. Dit sluit aan bij de behoefte van de DPG aan eenduidige en beter interpreteerbare stuurinformatie.

Door deze werkwijze te hanteren, ontstaat een dataset waarin:

- Instellingen onderling vergeleken kunnen worden;
- Type instellingen vergelijkbaar worden;
- Scores per thema inzichtelijk worden;
- Gemiddelde scores per thema inzichtelijk worden;
- Data geschikt wordt voor analyse en rapportage.

Daarnaast maakt deze centrale dataset het mogelijk om de verzamelde gegevens verder te benutten voor het verkrijgen van inzicht. Dit kan zowel binnen het Excel-bestand zelf als in een vervolgstap naar visualisatietools intern bij de GHOR, zoals Power BI.

- **Op basis van de dataset zoals benoemd in bovenstaand kopje, de gemiddelden per thema en per type zorginstelling verwerken in overzichtelijke visualisatie.**

De vierde stap binnen aanbeveling 1 is het verwerken van de berekende gemiddelden naar overzichtelijke visualisaties in tabblad 3 van het Excel-bestand dat is gekoppeld aan Forms.

Deze stap komt voort uit de interviews met GHOR-medewerkers, waarin is aangegeven dat er behoefte is aan een overzicht waarin in één oogopslag zichtbaar wordt hoe instellingen scoren op verschillende thema's. Daarnaast is tijdens de ZeeBraLim-expertsessies benoemd dat het analyseren per type zorginstelling en per thema bijdraagt aan een beter en realistischer beeld van de zorgketen.

Op basis van de dataset worden gemiddelden per thema en per type zorginstelling berekend. Deze dienen vervolgens te worden verwerkt in een derde tabblad binnen het Excel-bestand:

Tabblad 3, 'Overzicht en visualisatie':

- Tabellen waarin een overzicht van de gemiddelde score voor de thema's per type zorginstelling wordt weergegeven;
- Grafieken waarin visueel inzicht wordt gegeven in sterke en zwakke thema's;
- Thema's weergegeven per type zorginstelling, gerangschikt van laag naar hoog.

Door de scores per thema te ordenen van laag naar hoog, ontstaat een overzicht waarin:

- Zichtbaar wordt welke thema's goed of minder goed scoren;
- Verschillen tussen typen zorginstellingen direct zichtbaar worden;
- Ontwikkelingen en trends gevolgd kunnen worden.

Hiermee wordt data niet alleen verzameld en verwerkt, maar ook direct omgezet naar inzicht. Dit maakt het mogelijk om informatie sneller te interpreteren en gericht te gebruiken voor monitoring, rapportage en advisering, wat aansluit bij de behoeften van zowel GHOR-medewerkers als de DPG.



Aanbeveling 2: Opstellen en integreren van indicatoren en beoordelingscriteria.

Aanbeveling 2 betreft het opstellen en toepassen van indicatoren en beoordelingscriteria.

Uit het onderzoek blijkt dat data momenteel niet uniform is en daardoor moeilijk vergelijkbaar is tussen zorginstellingen. Begrippen worden verschillend geïnterpreteerd en duidelijke beoordelingscriteria ontbreken, waardoor de betrouwbaarheid van data beperkt is als stuurinformatie.

Daarom wordt aanbevolen om uniforme indicatoren en bijbehorende beoordelingscriteria op te stellen, gebaseerd op de bestaande thema's en vragen uit de PLZ-zelfevaluatie. Deze indicatoren dienen als basis voor een eenduidige interpretatie van antwoorden en moeten worden geïntegreerd in de dataverzameling en -verwerking zoals beschreven in aanbeveling 1.

Om ervoor te zorgen dat deze indicatoren ook in de praktijk op een consistente manier worden toegepast, wordt aanvullend aanbevolen om een toelichtend document op te stellen en te verstrekken aan zorginstellingen. Dit zodat op het moment dat zorginstellingen de PLZ-zelfevaluatie invullen via Microsoft Forms, er gebruik gemaakt kan worden van deze indicatoren.

Dit document dient per indicator en per scoreniveau duidelijk te beschrijven:

- Wanneer een bepaalde score van toepassing is;
- Welke criteria of voorwaarden hierbij horen;
- Hoe deze score in de praktijk geïnterpreteerd dient te worden.

Door deze werkwijze toe te passen, ontstaat een situatie waarin:

- Zorginstellingen eenduidiger en consistentere antwoorden laten invullen;
- Interpretatieverschillen tussen instellingen worden verminderd;
- Data hierdoor beter onderling vergelijkbaar wordt;
- De kwaliteit en betrouwbaarheid van stuurinformatie wordt verhoogd.

Hiermee vormen deze uniforme indicatoren niet alleen een inhoudelijke basis voor de dataset, maar ook een essentieel onderdeel van de werkwijze waarmee data op een betrouwbare manier kan worden verzameld en geïnterpreteerd. Hierna kan het worden gebruikt voor monitoring, rapportage, borging en advisering voor de continuïteit van zorg.

7. Discussie.

In deze discussie wordt gereflecteerd op de kwaliteit en uitvoering van het onderzoek, met aandacht voor validiteit, betrouwbaarheid, beperkingen, aanvullend onderzoek en mogelijke bias.

Validiteit.

De validiteit van het onderzoek is versterkt door het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden, namelijk interviews, documentanalyses en expertsessies. Daarnaast zijn verschillende perspectieven meegenomen, zoals GHOR-medewerkers, zorginstellingen en de DPG. Hierdoor sluit het onderzoek goed aan op de praktijk en wordt gemeten wat beoogd wordt, namelijk de inrichting en werking van dataverwerking rondom crisisvoorbereiding.

Betrouwbaarheid.

De betrouwbaarheid wordt vergroot doordat interviews zijn uitgevoerd aan de hand van vaste thema's. Tegelijkertijd blijft er sprake van interpretatie, zowel in de antwoorden van respondenten als in de analyse van kwalitatieve gegevens. Omdat data niet altijd uniform wordt vastgelegd, kunnen interpretatieverschillen ontstaan. Door het combineren van meerdere methoden is geprobeerd dit zoveel mogelijk te beperken.

Beperkingen.

Het onderzoek heeft enkele beperkingen. Zo is het aantal respondenten voor de interviews bij zorginstellingen beperkt en is slechts één van de twee DPG'en geïnterviewd vanwege beperkte beschikbaarheid. Daarnaast is het onderzoek afhankelijk van aangeleverde informatie, waarvan de kwaliteit kan verschillen. Tot slot maakt de kwalitatieve aanpak het lastiger om resultaten te generaliseren.

Aanvullend onderzoek.

Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om het aantal respondenten uit te breiden en kwantitatieve analyses toe te passen. Ook kan het testen van de ontwikkelde tool in de praktijk bijdragen aan het beoordelen van de effectiviteit en toepasbaarheid.

Bias en perspectieven.

Er kan in dit onderzoek sprake zijn van bias doordat het onderzoek is uitgevoerd binnen de GHOR. Dit is deels ondervangen door ook andere partijen te betrekken. Daarnaast kunnen verschillen tussen typen zorginstellingen invloed hebben op de resultaten, wat in de interpretatie is meegenomen.

8. Nawoord.

Met het afronden van dit rapport komt ook mijn afstudeerperiode bij de GHOR Brabant Midden-West-Noord tot een einde. In deze periode heb ik niet alleen gewerkt aan dit onderzoek, maar heb ik ook waardevolle ervaring opgedaan binnen het werkveld van zorg en veiligheid.

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek heb ik inzicht gekregen in de complexiteit van de samenwerking binnen de zorgketen en de rol die de GHOR hierin vervult. Met name het vraagstuk rondom datagedreven werken en informatievoorziening heeft laten zien hoe belangrijk het is om niet alleen informatie te verzamelen, maar deze ook op een gestructureerde en bruikbare manier in te zetten.

De uitvoering van dit onderzoek is voor mij een leerzame en uitdagende periode geweest, waarin ik mij zowel professioneel als persoonlijk heb ontwikkeld. Het combineren van theorie en praktijk heeft mij geholpen om een beter beeld te krijgen van het werkveld en mijn toekomstige rol daarin.

Met de aanbevelingen in dit rapport hoop ik een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van de GHOR Brabant Midden-West-Noord, en in het bijzonder aan het versterken van de informatiepositie en het verbeteren van de crisisvoorbereiding binnen de zorgketen.

Tot slot wil ik mijn waardering uitspreken voor de samenwerking binnen de GHOR Brabant Midden-West-Noord. Deze stageperiode heeft mij niet alleen geholpen om mijn stage af te ronden, maar heeft ook bijgedragen aan mijn ontwikkeling als toekomstig professional binnen het veiligheidsdomein!

Maarten Linders,

11-06-2026.

Bibliografie.

ATrain-transcripten. (sd). Atraintranscribe.

Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom uitgevers Amsterdam.

Dictaat kwalitatief onderzoek. (2005). *Kwalitatief onderzoek*. ~: ~.

GHORBrabantMWN (WIK). (2026). *Organisatie: Missie, visie en strategie*. Opgehaald van Wit InformatieKnooppunt (WIK): <https://wik.pleio.nl/page/view/048b1c3b-cea3-4100-b2b7-73936924a876/missie>

GHORBrabantMWN. (2023). PPT PDCA model & feedback. Breda, brabant, Nederland.

GHORBrabantMWN. (2026, 02). *Organisatie*. Opgehaald van ghorbrabantmwn.nl: <https://www.ghorbrabantmwn.nl/organisatie/>

J.Scholten, H., & van der Vlist, M. (2011). *De inrichting van crisisbeheersing, de relatie tussen besluitvorming en informatievoorziening*. Amsterdam: vrije Universiteit Amsterdam.

Kaats, E., & Opheij, W. (2012). *Ieren samenwerken tussen organisaties*. Vakmedianet.

Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. In T. BMJ, *Qualitative Research* (p. ~). Engeland, ~: BMJ.

Kooij, P. (2022). 7s-model. In P. Kooij, *Handboek managementmodellen* (p. 570). Amsterdam: Patrick Kooij & Boom.

Kooij, P. (2022). *Handboek managementmodellen*. Amsterdam: Patrick Kooij & Boom.

Kooij, P. (2022). PDCA-cyclus. In P. Kooij, *Handboek managementmodellen* (p. 570). Amsterdam: Patrick Kooij & Boom.

Kooij, P. (2022). Stakeholderanalyse. In P. Kooij, *Handboek managementmodellen* (p. 570). Amsterdam: Patrick Kooij & Boom.

Kooij, P. (2022). SWOT-analyse. In P. Kooij, *Handboek managementmodellen* (p. 570). Amsterdam: Patrick Kooij & Boom.

managementgoeroes. (z.d.). *7S model*. Opgehaald van managementgoeroes.nl: <https://www.managementgoeroes.nl/managementmodellen/7s-model/>

McKinsey. (zd.). *7s model*. Opgehaald van managementgoeroes.nl: <https://www.managementgoeroes.nl/managementmodellen/7s-model/>

MS Teams. (sd). Transcriptiefunctie in Microsoft Teams.

Rijksoverheid (wetten.nl). (2026). *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*. Opgehaald van wetten.overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2026-01-01?g=2026-05-20&z=2026-05-20>

Rijksoverheid (wetten.nl). (2026). *Wet publieke gezondheid*. Opgehaald van wetten.overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2026-01-01?g=2026-05-20&z=2026-05-20#HoofdstukII>

Rijksoverheid (wetten.nl). (2026). *Wet veiligheidsregio's*. Opgehaald van wetten.overheid.nl: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0027466/2025-07-01?g=2026-05-20&z=2026-05-20#Paragraaf1>

Rijksoverheid. (z.d.). *Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)*. Opgehaald van rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/veiligheidsregios-en-crisisbeheersing/geneeskundige-hulpverleningsorganisatie-in-de-regio-ghor>

van den Berg, e. a. (2024, Januari 25). Op welke manier kan datagedreven werken bijdragen aan meer doelmatigheid en kwaliteit in de langdurige zorg? *Tijdschrift Gezondheidswet 2024*, p. 38.

Vilans. (2020, 05 01). *HONINGRAATMODEL*. Opgehaald van Vilans.nl: <https://www.vilans.nl/kennis/ontwikkeling-en-implementatie-van-technologie>

Bijlagen.

A. Afkortingenlijst.

In deze lijst worden in tabelvorm afkortingen toegelicht, zodat de betekenis hiervan wordt verduidelijkt en deze afkortingen niet verkeerd geïnterpreteerd zullen worden.

GHOR-gerelateerde afkortingen:	
GHOR	Geneeskundige Hulp Organisatie in de Regio.
GHOR BMWN	Geneeskundige Hulp Organisatie in de Regio Brabant Midden-West-Noord.
GGD	Gemeentelijke Gezondheid Dienst.
CvZ	Continuïteit van Zorg.
PLZ	Partners Langdurige Zorg.
PAZ	Partners Acute Zorg.
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg.
NAZB	Netwerk Acute Zorg Brabant.
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg.
RONAZ	Regionaal Overleg Niet Acute Zorg.
DPG	Directeur Publieke Gezondheid.
WIK	Witte Informatie Knooppunt.
HIN	Hoofd Informatie (warme fase).
HON	Hoofd Ondersteuning (warme fase).
ACGZ	Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg (warme fase).
RCC (Den Bosch)	Regionaal Crisis Centrum (Den Bosch).
LCMS-GZ	Landelijk Crisis Management Systeem – Geneeskundige Zorg.
OTO	Opleiden – Trainen – Oefenen.
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.
Overige relevante afkortingen.	
IVK	Integrale VeiligheidsKunde.
PDCA-cyclus	Plan Do Check Act-cyclus.
7S-model	Structure, Systems, Style, Staff, Skills, Strategy, Shared values (7S) -model.
SWOT-analyse	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats – analyse.
PVA	Plan Van Aanpak.
POP	Persoonlijk Ontwikkeling Plan.
VR	VeiligheidsRegio.
OvDG	Officier van Dienst Geneeskundig.
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure.
ROT	Regionaal Operationeel Team.
MKA	MeldKamer Ambulancezorg.
PSH	Psychosociale Hulpverlening.
KPI	Kritische Prestatie Indicator.
IM	Informatie Management.

B. Methodische verantwoording 7s-model en SWOT-analyse.

7s-model.

Om de organisatie en de context te verduidelijken, wordt gebruikgemaakt van het 7s-model. Om na de uitvoering van het 7s-model de kansen in beeld te brengen, zal gebruikgemaakt gaan worden van het SWOT-model.

Het 7s-model maakt onderscheid tussen ‘zachte- en harde’ elementen. In het model zijn de harde elementen (Strategy, Structure, Systems) gemakkelijker en eenduidiger te meten dan de zachte elementen (Shared values, Style, Staff, Skills). (Kooij, 7s-model, 2022)

Het uiteindelijke doel bij het gebruiken van het 7s-model is om de bevindingen vanuit de andere modellen, interviews, documenten-analyses en data-analyses te versterken en te ondersteunen. Hierdoor zal dit model niet direct bijdragen aan het beantwoorden van een van de deelvragen. Door het 7s-model wordt meer inzicht verkregen binnen de GHOR, waarna een gedegen SWOT-analyse toegepast kan worden op de GHOR BrabantMWN.

SWOT-analyse.

De SWOT-analyse is een analyse die zich focust op Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats (Sterkten, Zwakten, Kansen en Bedreigingen). Tijdens de analyse wordt een interne en externe analyse uitgevoerd. Hierin wordt eerst een externe analyse gedaan om na te gaan wat de kansen en bedreigingen zijn, van buitenaf gezien. Vervolgens wordt er intern bekeken wat de bekende sterktes en zwaktes zijn. (Kooij, SWOT-analyse, 2022)

De uitwerking van een SWOT-analyse bestaat uit 4 stappen. Deze zijn: externe analyse, interne analyse, opstellen van een confrontatiematrix en het formuleren van strategische opties. Het formuleren van de strategische opties geeft antwoord op de zwakten en bedreigingen, door de kansen en sterkten te benutten.

Het uiteindelijke doel bij het gebruiken van de SWOT-analyse is om te zorgen dat de conclusie en de aanbevelingen op een weloverwogen en bij de GHOR passende manier zijn benaderd. Doordat het model voor het onderzoek geen directe samenhang heeft met het beantwoorden van een van de deelvragen, wordt dit model niet meegenomen in het beantwoorden hiervan.

C. 7s-model uitgewerkt.

Vanuit: (Kooij, 7s-model, 2022) (McKinsey, zd.)

Zachte elementen:



Figuur 1: 7s-model:
Shared Values.

Uitwerking vragen:

- De kernwaarden zijn vooral gericht op samenwerking, vertrouwen en maatschappelijke verantwoordelijkheid.
- Deze waarden zijn sterk aanwezig en zijn belangrijk voor de werkwijzen binnen de organisatie.
- De organisatie is opgebouwd vanuit het waarborgen van continuïteit van zorg en samenwerking in de zorgketen in de regio.
- De huidige cultuur kan worden beschreven als ondersteunend, verbindend en netwerkgericht.

Analyse:

De gedeelde waarden binnen de GHOR zijn gericht op samenwerking en vertrouwen tussen ketenpartners. Deze cultuur sluit aan bij de rol van de organisatie binnen de publieke gezondheidszorg. Tegelijkertijd is er een sterke nadruk op dat vertrouwen invloed heeft op de mate waarin processen worden uitgevoerd en gecontroleerd. Dit laatste roept vragen op over de mate van balans tussen relatiegericht werken en het creëren van objectief inzicht. Dit zowel bij individuele zorgpartners als in de gehele zorgketen in de regio.



Figuur 3: 7s-model:
Style.

Uitwerking vragen:

- De stijl van leidinggeven is vooral faciliterend en adviserend.
- Leiderschap is gericht op ondersteuning en samenwerking.
- De effectiviteit lijkt afhankelijk van de bereidheid van partners om mee te werken, en hoe de uitvoering aansluit op de wensen vanuit de werknemers. Dit moet zorgen voor meer draagvlak.
- De stijl werkt het beste wanneer deze als toegankelijk en laagdrempelig wordt ervaren.

Analyse:

De stijl binnen de GHOR kenmerkt zich door een ondersteunende en faciliterende benadering. Dit draagt bij aan een open samenwerking met partners. Tegelijkertijd kan deze stijl ertoe leiden dat sturing en regie meer expliciet aanwezig zijn dan bijvoorbeeld de fysieke aanwezigheid bij partners. Hierdoor kan de vraag ontstaan in hoeverre deze manier van werken (voldoende) ruimte biedt voor het aanbrengen van structuur en richting, met name op het gebied van monitoring en rapportering.



Figuur 4: 7s-model:
Staff.

Uitwerking vragen:

- Er is voldoende capaciteit voor adviserende en relationele werkzaamheden.
- Functies zijn met name gericht op advisering, coördinatie en samenwerking.
- Specifieke functies gericht op analyse en informatieverwerking zijn zeker aanwezig.
- Mogelijke problemen kunnen liggen in de hoeveelheid beschikbaar personeel en de uitval hiervan.

Analyse:

Het personeel van de GHOR beschikt over relevante kennis en ervaring in crisisbeheersing en samenwerking. De nadruk ligt sterk op relationele en adviserende rollen. Hierdoor kan het voorkomen dat kennis en werkwijzen persoonsafhankelijk zijn. Dit kan gevolgen hebben voor de mate waarin informatie structureel wordt vastgelegd en organisatiebreed beschikbaar is. Dit zal verder onderzocht worden in de interviews.



Figuur 5: 7s-model: Skills.

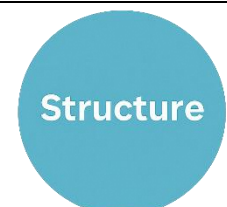
Uitwerking vragen:

- Belangrijke vaardigheden zijn adviseren, verbinden en samenwerken.
- Vaardigheden op het gebied van data-analyse en monitoring zijn sterk aanwezig. Dit is ook geborgd.
- De organisatie onderscheidt zich in netwerk- en samenwerkingsvaardigheden.
- Op dit moment worden persoonlijke en sectie-gerichte vaardigheden vooral geborgd via rapportages, waarin vaak dezelfde werkwijze gebruikt wordt.

Analyse:

De GHOR beschikt over sterke vaardigheden op het gebied van samenwerking en advisering. Deze sluiten aan bij de rol binnen de zorgketen. Tegelijkertijd staat de ontwikkeling van vaardigheden rondom data en analyse centraal. Dit kan van invloed zijn op de mate waarin de organisatie in staat is om informatie om te zetten in bruikbare stuurinformatie. Hierom sluit de opdracht en het onderzoek goed aan, doordat de aandacht hier zeker op ligt binnen de organisatie.

Harde elementen:



Figuur 6: 7s-model: Structure.

Uitwerking vragen:

- De organisatie is relatief plat en netwerkgericht opgebouwd.
- De hiërarchie is vooral informeel tijdens de koude fase. Tijdens de warme fase is de hiërarchie duidelijk ingericht.
- Coördinatie vindt plaats via afstemming en overleg.
- Besluitvorming lijkt deels decentraal georganiseerd. Dit zorgt ervoor dat besluitvorming langs de juiste personen binnen de GHOR komt.
- Communicatielijnen bij bijvoorbeeld de relatiegesprekken met zorgpartners verlopen via netwerken en contactpersonen.

Analyse:

De structuur van de GHOR biedt flexibiliteit en korte lijnen, wat passend is binnen een netwerkorganisatie. Dit is met name relevant voor taken zoals monitoring en informatieverwerking, waarbij centrale afstemming van belang kan zijn.



Figuur 2: 7s-model: Systems.

Uitwerking vragen:

- Systemen bestaan uit overleggen, rapportages en digitale middelen.
- Er lijkt gebruik te worden gemaakt van meerdere systemen naast elkaar.
- Interne processen zijn deels informeel en afhankelijk van de werkwijze van medewerkers.
- Het is niet duidelijk of systemen optimaal en eenduidig worden benut.
- Systemen die worden gebruikt door de GHOR op het gebied van CvZ voor zorginstellingen in de regio & de functie kort benoemd:

WIK: Witte Informatieknooppunt. Hier wordt in de toekomst informatie gedeeld tussen partners en de GHOR zelf. Denk bijvoorbeeld aan best practices.

GHOR4ALL: Platform om gegevens kloppend op één plek te hebben vanuit zorgpartners. Mede vanuit de KVK geregeld.

GHOR BRABANTMWN site: Algemene informatie over de GHOR BrabantMWN.

TRIBE: Op dit moment worden gespreksverslagen in TRIBE opgeslagen.

LCMS: Landelijk Crisis Management Systeem voor het realtime delen van operationele informatie tijdens incidenten en crises.

POWER BI: Tool voor het visualiseren en analyseren van data in dashboards ter ondersteuning van sturing en besluitvorming.

CRISISCONNECT: Systeem voor snelle communicatie en informatie-uitwisseling tussen crisispartners en zorginstellingen.

	Analyse: Binnen de GHOR zijn verschillende systemen aanwezig om informatie te verzamelen en te delen. De diversiteit aan systemen biedt flexibiliteit, maar kan ook leiden tot versnippering van informatie. Hierdoor kan het lastig zijn om een actueel en compleet overzicht te verkrijgen, wat van invloed is op de mogelijkheden voor monitoring en sturing.
 <i>Figuur 3: 7s-model: Strategy.</i>	Uitwerking vragen: • De strategie richt zich op crisisvoorbereiding en samenwerking binnen de zorgketen. • Doelen worden bereikt via advisering, overleg en relatiebeheer. • Er is geen sprake van concurrentie, maar wel van veranderende zorgvragen. • De strategie is expliciet gekoppeld aan meetbare doelen. Analyse: De strategie van de GHOR is gericht op samenwerking en ondersteuning van zorginstellingen. Deze benadering sluit aan bij de publieke rol van de organisatie. Tegelijkertijd lijkt de strategie procesgericht en gericht op meetbare resultaten. Dit kan een ingang zijn voor het onderzoek.

D. SWOT-analyse uitgewerkt.

KANSEN: ↓		BEDREIGINGEN: ↓	
KANS 1: Het verbeteren van de informatiepositie van de GHOR door standaardisatie van data en werkwijzen binnen de gehele zorgketen.		BEDREIGING 1: Onvoldoende of onvolledige aanlevering van informatie door zorginstellingen, waardoor invullen van het nieuwe Excel-document lastig is voor GHOR-werknemers. Hierdoor kan het beeld niet betrouwbaar zijn.	
KANS 2: Versterken van samenwerking en regie in de regio door betere en meer transparante informatie-uitwisseling tussen GHOR, DPG en zorginstellingen.		BEDREIGING 2: Grote verschillen tussen zorginstellingen (acute vs. langdurige zorg), waardoor eenduidige monitoring en samenwerking lastig zijn.	
KANS 3: Het ontwikkelen van meer datagedreven werken binnen de GHOR, waardoor sneller inzicht ontstaat in risico's en prioriteiten in de regio.		BEDREIGING 3: Afhankelijkheid van samenwerking en draagvlak binnen de keten, waarbij onvoldoende afstemming of communicatie kan leiden tot risico's voor de continuïteit van zorg.	
STERKTEN↓		ZWAKTEN↓	
STERKTE 1: De GHOR heeft een centrale en verbindende rol binnen de zorg- en veiligheidsketen en heeft toegang tot veel verschillende partijen.		ZWAKTE 1: Gebrek aan een eenduidig en gestructureerd proces voor monitoring, rapportage en dataverwerking.	
STERKTE 2: Er bestaan al bestaande contactmomenten, samenwerkingen en kennis binnen de GHOR (ook met DPG'en en zorginstellingen).		ZWAKTE 2: Informatie is versnipperd, niet uniform en moeilijk vergelijkbaar tussen instellingen.	
STERKTE 3: Er is binnen de organisatie en bij partners bewustzijn van het belang van crisisvoorbereiding en continuïteit van zorg.		ZWAKTE 3: Beperkte structurele borging en opvolging van adviezen, waardoor inzicht en verbetering niet duurzaam worden vastgehouden.	

E. Analyse Bestuurlijke rapportages en Bestuurlijke memo's.

In dit hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van vier bestuurlijke documenten die betrekking hebben op de crisisvoorbereiding en de informatiepositie binnen de zorgketen vanuit het oogpunt van de GHOR. Per document wordt eerst gekeken naar de inhoud en de belangrijkste uitgangspunten. Vervolgens worden de gedeelde thema's en aandachtspunten benoemd. Tot slot wordt de vertaalslag gemaakt naar de opdracht en wordt beschreven wat deze bevindingen betekenen voor het onderzoek.

E.1 Analyse per document

Document 'Rapportage bewakende rol DPG'

De rapportage over de bewakende rol van de DPG richt zich op het verkrijgen en behouden van inzicht in de voorbereiding van de zorgketen op crisissituaties. Het document beschrijft hoe de DPG deze rol invult en welke belemmeringen daarbij worden ervaren.

Wat in dit document sterk naar voren komt, is dat het verkrijgen van een volledig en betrouwbaar beeld van de crisisvoorbereiding in de praktijk complex is. De zorgketen bestaat uit veel zelfstandige organisaties met eigen verantwoordelijkheden, waardoor informatie moeilijk te verzamelen en te structureren is. Daarnaast ontbreekt het aan een uniforme manier van meten en rapporteren, waardoor het lastig is om een objectief en vergelijkbaar beeld te vormen.

Een belangrijk uitgangspunt in dit document is dat de DPG behoefte heeft aan een structureel en datagedreven inzicht in de voorbereiding van de zorgketen. Dit inzicht moet niet alleen actueel zijn, maar ook over tijd gevolgd kunnen worden om trends en ontwikkelingen zichtbaar te maken. De huidige situatie voldoet hier nog onvoldoende aan.

Daarnaast wordt benadrukt dat de informatie die beschikbaar is, beter benut moet worden voor bestuurlijke sturing. Op dit moment is er sprake van losse uitvragen en momentopnames, waardoor het moeilijk is om consistent beleid te voeren of tijdig bij te sturen. Het document stuurt daarmee duidelijk richting uniformiteit, structurele monitoring en een meer datagedreven aanpak.

Document 'Bestuurlijke rapportage acute zorgketen'

De bestuurlijke rapportage over de acute zorgketen geeft inzicht in de mate van voorbereiding van organisaties binnen de acute zorg. Het document laat zien dat er al stappen worden gezet richting het meten en visualiseren van crisisvoorbereiding, onder andere door gebruik te maken van zelfevaluaties en scores per thema.

Wat opvalt, is dat deze rapportage een eerste poging doet om informatie te kwantificeren en inzichtelijk te maken door middel van scores en kleurcoderingen. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat deze resultaten indicatief zijn en afhankelijk van interpretatie. Dit betekent dat de data nog niet volledig eenduidig en betrouwbaar genoeg is om harde conclusies aan te verbinden.

Daarnaast laat het document zien dat er verschillen bestaan tussen organisaties in de mate van voorbereiding. Sommige organisaties hebben hun crisisvoorbereiding goed op orde, terwijl

andere nog in ontwikkeling zijn. Dit verschil maakt het moeilijk om een totaalbeeld van de keten te vormen en benadrukt het belang van vergelijkbaarheid.

Een belangrijk uitgangspunt in dit document is dat de zorgketen als geheel bekeken moet worden. De mate van voorbereiding van één organisatie heeft direct invloed op de rest van de keten. Daarom wordt het belang benadrukt van gezamenlijke indicatoren, dashboards en een systematische werkwijze om inzicht te krijgen in de hele keten.

Document ‘Memo afronding opdracht Continuïteit van Zorg’

De memo is gebaseerd op een pilot en biedt een praktijkgerichte blik op de huidige werkwijze binnen de GHOR. In dit document ligt de focus op relatiemanagement en de manier waarop informatie wordt verzameld en beheerd.

Uit de memo blijkt dat processen en systemen in de basis aanwezig zijn, maar dat deze in de praktijk niet consequent worden toegepast. Informatie wordt niet altijd volledig vastgelegd, is soms verouderd en wordt niet structureel beheerd. Hierdoor ontstaat een onvolledig beeld van de situatie bij zorgorganisaties.

Daarnaast wordt duidelijk dat de mate van voorbereiding sterk verschilt tussen organisaties. Sommige organisaties hebben hun crisisvoorbereiding goed ingericht, terwijl anderen nog in een beginfase zitten of achterstanden hebben. Dit verschil maakt het lastig om een samenhangend beeld te vormen van de zorgketen als geheel.

Een ander belangrijk punt is dat relatiegesprekken waardevolle informatie opleveren, maar dat deze informatie beter benut kan worden. De grootste winst ligt niet alleen in het ophalen van informatie, maar juist in het vastleggen, structureren en gebruiken ervan voor inzicht en sturing.

Het document benadrukt daarmee het belang van structurele informatieverwerking, actuele data en een betere koppeling tussen praktijkinput en bestuurlijke rapportage.

Document ‘Kader GHOR en zorgketen bij NSP en NCP’

Dit document beschrijft de rol van de GHOR en de zorgketen binnen de context van noodstructuren zoals NSP en NCP. In tegenstelling tot de andere documenten ligt de nadruk hier minder op metingen en rapportages en meer op uitgangspunten, randvoorwaarden en samenwerking.

Een belangrijk uitgangspunt is dat de GHOR optreedt als adviseur en verbinder binnen de zorgketen. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat de GHOR geen volledig zicht heeft op de gehele keten, doordat informatie verspreid is over verschillende organisaties en niet centraal beschikbaar is.

Daarnaast wordt het belang van informatiemanagement en samenwerking sterk benadrukt. Er moeten duidelijke afspraken zijn over hoe informatie wordt gedeeld, hoe processen zijn ingericht en hoe partijen met elkaar samenwerken. Zonder deze randvoorwaarden ontstaat er risico voor de continuïteit van zorg.

Ook wordt benadrukt dat zorgorganisaties zelf verantwoordelijk zijn voor hun voorbereiding en inzicht in risico's. Dit betekent dat informatie niet alleen centraal verzameld moet worden, maar ook vanuit de organisaties zelf moet komen.

Het document laat daarmee zien dat inzicht, informatie-uitwisseling en samenwerking essentiële voorwaarden zijn voor een goed functionerende zorgketen, vooral in crisissituaties.

E.2 Gedeelde uitgangspunten en aandachtsgebieden

Wanneer de vier documenten met elkaar worden vergeleken, komt een duidelijk gezamenlijk beeld naar voren.

Versnipperde informatiepositie.

In alle documenten wordt benoemd dat er geen volledig en samenhangend beeld bestaat van de crisisvoorbereiding binnen de zorgketen. Informatie is aanwezig, maar verspreid over verschillende bronnen en niet centraal gebundeld. Hierdoor ontstaat een incompleet beeld dat lastig te begrijpen en te vertalen is.

Gebrek aan eenduidigheid.

Een tweede terugkerend punt is het ontbreken van uniformiteit. Organisaties leveren informatie op verschillende manieren aan en gebruiken verschillende interpretaties en definities. Dit maakt het moeilijk om gegevens met elkaar te vergelijken en om conclusies te trekken op ketenniveau.

Onvoldoende structurele monitoring en borging.

De documenten laten zien dat monitoring vaak plaatsvindt op basis van gesprekken, uitvragen en losse initiatieven. Een vaste structuur waarin gegevens consequent worden verzameld, geanalyseerd en opgevolgd, ontbreekt nog. Hierdoor wordt informatie niet optimaal benut en gaat waardevolle input verloren.

Verschillen tussen organisaties.

Een ander belangrijk aandachtspunt is de grote variatie tussen zorgorganisaties. Sommige organisaties zijn ver ontwikkeld in hun crisisvoorbereiding, terwijl andere nog achterlopen. Dit vergroot de kwetsbaarheid van de keten, aangezien de zwakste schakel invloed heeft op het geheel.

Behoefte aan datagedreven werken.

In alle documenten wordt duidelijk gestuurd richting een meer datagedreven aanpak. Er is behoefte aan indicatoren, dashboards en een systematische manier van werken waarmee inzicht ontstaat in de voorbereiding van organisaties en de ontwikkelingen over tijd.

Belang van samenwerking en informatiemanagement.

Tot slot wordt in alle documenten benadrukt dat samenwerking binnen de keten essentieel is. Dit vraagt om goede informatiestromen, duidelijke afspraken en inzicht in afhankelijkheden. Zonder deze elementen kan de continuïteit van zorg niet goed worden geborgd.

Vertaalslag naar de opdracht.

De bevindingen uit de analyse sluiten direct aan op de kern van de opdracht. De opdracht richt zich namelijk op het verbeteren van de manier waarop de GHOR inzicht krijgt in de crisisvoorbereiding van zorginstellingen en hoe deze informatie wordt gemonitord, gerapporteerd en geborgd.

Wat uit de documenten duidelijk naar voren komt, is dat het huidige probleem niet zozeer ligt in het ontbreken van informatie, maar in de manier waarop deze informatie wordt verzameld en gebruikt. Informatie is op veel plekken aanwezig, maar wordt niet op een eenduidige en gestructureerde manier vastgelegd. Hierdoor ontstaat geen betrouwbaar en vergelijkbaar beeld van de situatie.

Verder komt uit de analyse van de bestuurlijke rapportages en memo's naar voren dat er in meerdere documenten onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende typen zorginstellingen, zoals VVT(THZ), GGZ en GHZ. Dit onderscheid wordt gebruikt om verschillen in mate van voorbereiding, risico's en ontwikkelniveau tussen organisaties inzichtelijk te maken. Door deze indeling wordt het mogelijk om informatie gestructureerd te vergelijken en beter te duiden op ketenniveau. Tegelijkertijd benadrukt dit ook de noodzaak voor eenduidige indicatoren en uniforme dataverwerking, zodat deze verschillen op een betrouwbare manier inzichtelijk gemaakt kunnen worden.

Daarnaast blijkt dat er een duidelijke behoefte is aan inzicht op ketenniveau. Het is niet voldoende om alleen per instelling te kijken naar de mate van voorbereiding. Juist het totaalbeeld van de keten is van belang, omdat organisaties afhankelijk zijn van elkaar. Dit betekent dat informatie vergelijkbaar moet zijn en dat verschillen tussen organisaties zichtbaar gemaakt moeten kunnen worden.

Ook wordt duidelijk dat de huidige manier van rapporteren onvoldoende aansluit bij de behoeften van bestuurders. Rapportages zijn vaak tekstueel en vragen interpretatie, terwijl er juist behoefte is aan overzicht, snelheid en duidelijkheid. Dit vraagt om een andere manier van omgaan met informatie, waarbij data centraal staat en eenvoudiger geïnterpreteerd kan worden.

Een ander belangrijk punt is het ontbreken van voortschrijdend inzicht. In de huidige situatie is informatie vaak een momentopname. De documenten laten zien dat er behoefte is aan inzicht over tijd, waarbij ontwikkelingen en trends zichtbaar worden. Dit vereist een structurele manier van monitoren en het vastleggen van gegevens.

Tot slot wordt duidelijk dat informatiemanagement een cruciale rol speelt in het verbeteren van de crisisvoorbereiding. Zonder betrouwbare, actuele en eenduidige informatie is het niet mogelijk om samenwerking te versterken, risico's te signaleren of gericht te sturen.

De analyse maakt daarmee inzichtelijk dat de opdracht niet alleen draait om het verzamelen van informatie, maar vooral om het structureren, uniformeren en benutten van deze informatie. Het verbeteren van de informatiepositie vormt de basis voor betere besluitvorming, sterkere samenwerking en uiteindelijk een beter functionerende zorgketen tijdens crisissituaties.

E.3 Tabel met linkjes voor geanalyseerde documenten.

Linkje: ↓
Bestuurlijke rapportage mate van voorbereiding acute zorgketen
Kader GHOR en zorgketen bij NSP en NCP
Memo afronding opdracht CVZ
Rapportage bewakende rol DPG

F. Analyse indicatie- en dataverwerkingdocumenten.

In deze paragraaf wordt een analyse gemaakt van twee documenten die gebruikt worden voor het verkrijgen van inzicht in de mate van crisisvoorbereiding van zorginstellingen. Het eerste document betreft de huidige PLZ-zelfevaluatie zoals ingezet door de GHOR BrabantMWN. Het tweede document betreft een set indicatoren, ontwikkeld door de GHOR Limburg-Zuid, gericht op het beoordelen van de mate van voorbereiding van zorgorganisaties.

Per document wordt eerst gekeken naar de opbouw, inhoud en werkwijze. Vervolgens worden overeenkomsten en verschillen geanalyseerd. Tot slot wordt de vertaalslag gemaakt naar de opdracht.

Document 1: PLZ-zelfevaluatie (GHOR BrabantMWN).

De PLZ-zelfevaluatie is een vragenlijst die voorafgaand aan relatiegesprekken met zorginstellingen wordt ingevuld. Het doel van dit document is om inzicht te krijgen in de huidige stand van zaken rondom crisisvoorbereiding binnen de organisatie en om dit als basis te gebruiken voor het gesprek met de GHOR.

Wat in dit document direct opvalt, is dat het sterk vraaggestuurd en breed opgezet is. De vragen zijn onderverdeeld in verschillende thema's, zoals visie op crisismanagement, crisisplanvorming, processen rondom alarmering en opschaling, informatiemanagement en opleiden, trainen en oefenen. Deze opzet zorgt ervoor dat er een breed en gedetailleerd beeld ontstaat van de interne organisatie van crisisbeheersing binnen zorginstellingen.

De beoordeling binnen de vragenlijst vindt plaats aan de hand van de categorieën 'ja', 'in ontwikkeling', 'nee' en 'n.v.t.'. Deze manier van beoordelen is overzichtelijk en laagdrempelig voor de gebruiker, maar tegelijkertijd ook gevoelig voor interpretatie. De invulling van bijvoorbeeld "in ontwikkeling" kan per organisatie verschillen, waardoor de uitkomsten niet altijd eenduidig te vergelijken zijn.

Daarnaast is de zelfevaluatie gebaseerd op zelfrapportage. Dit betekent dat de kwaliteit van de data afhankelijk is van de kennis, interpretatie en bereidheid van de invuller. In de praktijk kan dit zorgen voor verschillen in nauwkeurigheid en volledigheid tussen organisaties. Hierdoor ontstaat een beeld dat waardevol is voor het gesprek, maar minder geschikt is voor het maken van objectieve vergelijkingen.

Een ander kenmerk van het document is dat het voornamelijk tekstueel is ingericht. Hoewel antwoorden worden gecategoriseerd, worden deze niet direct vertaald naar scores, wegingen of visuele weergaves. Dit maakt het lastig om de resultaten op een gestructureerde manier te

verwerken tot stuurinformatie of om deze eenvoudig te visualiseren in bijvoorbeeld een dashboard.

Document 2: Indicatoren voorbereiding zorgorganisaties (GHOR Limburg-Zuid).

Het indicatorendocument vanuit GHOR Limburg-Zuid heeft een duidelijk andere insteek en is meer gericht op het beoordelen en objectiveren van de mate van voorbereiding van zorginstellingen.

Het document is opgebouwd rondom thema's zoals verantwoordelijkheid, planvorming, opleiden, trainen en oefenen, bereikbaarheid, datadeling en ketenparticipatie. Binnen deze thema's zijn concrete indicatoren opgesteld, die worden beoordeeld aan de hand van drie niveaus: goed, acceptabel en ruimte voor verbetering.

Wat hierbij opvalt, is dat deze beoordelingsniveaus niet alleen als labels worden gebruikt, maar ook inhoudelijk zijn uitgewerkt. Er wordt bijvoorbeeld onderscheid gemaakt op basis van mate van borging, frequentie of concrete invulling. Hierdoor wordt de beoordeling minder afhankelijk van interpretatie en meer gebaseerd op vooraf vastgestelde criteria.

De opzet van het document maakt het mogelijk om per indicator een duidelijke score toe te kennen. Dit zorgt ervoor dat instellingen onderling beter vergelijkbaar zijn en dat ontwikkelingen over tijd inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Ook sluit deze structuur goed aan op het gebruik van visualisaties, zoals kleurcoderingen of dashboards.

Een belangrijk onderdeel van het indicatorendocument is de expliciete aandacht voor ketenparticipatie. Dit wordt uitgewerkt als een afzonderlijk thema, waarbij onder andere wordt gekeken naar deelname aan bijeenkomsten en vertegenwoordiging in overlegstructuren. Hiermee wordt niet alleen gekeken naar de interne organisatie van crisisvoorbereiding, maar ook naar de rol van de instelling binnen de bredere zorgketen.

Gedeelde uitgangspunten en aandachtspunten.

Wanneer beide documenten met elkaar worden vergeleken, wordt duidelijk dat ze in de basis hetzelfde doel hebben. Beide zijn gericht op het verkrijgen van inzicht in de mate van crisisvoorbereiding van zorginstellingen en maken daarbij gebruik van een thematische indeling. Onderwerpen zoals planvorming, organisatie van crisisbeheersing en opleiden, trainen en oefenen komen in beide documenten terug.

Ook werken beide instrumenten met verschillende niveaus van beoordeling, waarmee wordt geprobeerd aan te geven in hoeverre een organisatie voorbereid is. De gedachte achter deze indeling is vergelijkbaar, maar de uitwerking verschilt.

Tegelijkertijd laten de documenten duidelijke verschillen zien die van invloed zijn op de bruikbaarheid van de data. Een belangrijk verschil zit in de manier van beoordelen. Waar de PLZ-zelfevaluatie werkt met 'ja', 'in ontwikkeling' en 'nee', maakt het indicatorendocument gebruik van 'goed', 'acceptabel' en 'ruimte voor verbetering'. Hoewel deze termen inhoudelijk in elkaars verlengde liggen, zijn ze niet één op één vergelijkbaar en kunnen ze verschillend geïnterpreteerd worden.

Daarnaast is er een verschil zichtbaar in de mate van concretisering. De indicatoren uit Limburg-Zuid zijn vaak gekoppeld aan concrete normen of omschrijvingen, terwijl de vragen in de PLZ-zelfevaluatie vaak breder geformuleerd zijn. Hierdoor ontstaat in de zelfevaluatie meer ruimte voor interpretatie, terwijl het indicatorendocument sterker stuurt op uniformiteit.

Ook op het gebied van dataverwerking en visualisatie zijn er verschillen zichtbaar. Het indicatorendocument is duidelijk ingericht met het oog op het kunnen verwerken van data in overzichten en dashboards. De resultaten zijn direct te koppelen aan scores en kleuren, waardoor snel inzicht ontstaat. Bij de PLZ-zelfevaluatie ontbreekt deze directe koppeling, waardoor de verwerking van data meer handmatig en interpretatief gebeurt.

Een ander opvallend verschil is de aandacht voor ketenparticipatie. In het indicatorendocument is dit een expliciet thema, waarin wordt gekeken naar de rol van organisaties binnen overlegstructuren en samenwerkingsverbanden. In de PLZ-zelfevaluatie komt samenwerking wel terug, maar niet als afzonderlijk en meetbaar thema. Hierdoor ontbreekt een structureel en vergelijkbaar beeld van de positie van organisaties binnen de zorgketen.

Vertaalslag naar de opdracht.

De vergelijking van beide documenten maakt zichtbaar dat er in de huidige situatie sprake is van verschillende manieren van meten, beoordelen en interpreteren. Dit zorgt ervoor dat data lastig te combineren is en dat er geen eenduidig beeld ontstaat van de mate van crisisvoorbereiding binnen de zorgketen.

Daarnaast blijkt dat beide documenten afzonderlijk waardevol zijn, maar verschillende sterke punten hebben. De PLZ-zelfevaluatie biedt een breed en inhoudelijk rijk beeld van de organisatie, terwijl het indicatorendocument juist sterk is in standaardisatie, meetbaarheid en vergelijkbaarheid.

Door deze verschillen ontstaat een situatie waarin informatie wel beschikbaar is, maar niet optimaal benut kan worden voor monitoring, rapportage en sturing. Dit sluit direct aan bij de eerder geconstateerde problematiek rondom de informatiepositie van de GHOR.

Tegelijkertijd laat de analyse zien dat er duidelijke kansen liggen in het combineren van beide benaderingen. Door de inhoudelijke breedte van de zelfevaluatie te koppelen aan de meetbaarheid en structuur van indicatoren, kan een meer eenduidige en bruikbare vorm van dataverwerking ontstaan.

Deze bevindingen vormen daarmee een belangrijke onderbouwing voor de verdere uitwerking van aanbevelingen, waarin data op een gestructureerde en visuele manier wordt verzameld, verwerkt en weergegeven.

F.1 Tabel met linkjes voor geanalyseerde documenten.

Linkje: ↓
PLZ-zelfevaluatie
Indicatoren voorbereiding zorgorganisaties (Limburg-Noord)

G. Interviews uitgewerkt.

In deze paragraaf worden de afgenomen interviews uitgewerkt per type respondent, aan de hand van gemene delers per vraag. Er wordt gebruik gemaakt van een aanduiding van de mate waarop een antwoord gegeven is, door middel van bijvoorbeeld: 'De meeste medewerkers (6 van de 8) geven aan dat ...'. De volledige transcriptie is te vinden onderaan deze paragraaf in een tabelvorm met linkjes naar deze documenten.

G.1 Gemene deler per vraag (GHOR-medewerkers).

Thema's & vragen: ↓	Gemene deler: ↓
Huidige werkwijze en proces.	
1. Hoe is het huidige proces ingericht voor het monitoren van de crisisvoorbereiding van zorginstellingen?	De meeste medewerkers (6 van de 8) geven aan dat monitoring vooral plaatsvindt via gesprekken en contactmomenten en niet via een vast, gestructureerd proces. Daarnaast gebeurt monitoring vaak reactief, bijvoorbeeld naar aanleiding van incidenten (5 van de 8). Er ontbreekt een eenduidige en organisatiebrede werkwijze (6 van de 8).
2. Hoe verloopt de gegevensverzameling nu via gesprekken, zelfevaluaties of gespreksverslagen en wat werkt hierin goed of minder goed?	Gegevens worden voornamelijk verzameld via gesprekken, zelfevaluaties en gespreksverslagen, wat door 6 van de 8 medewerkers als werkbaar wordt gezien. Tegelijkertijd geven 7 van de 8 aan dat de verwerking en opvolging van deze gegevens onvoldoende gebeurt. De kwaliteit van de informatie is sterk afhankelijk van de input en wil van instellingen en is daardoor flink wisselend (6 van de 8).
3. Hoe bepalen jullie welke instellingen prioriteit krijgen binnen monitoring en advisering?	Prioritering gebeurt volgens 5 van de 8 medewerkers vooral op basis van incidenten of gewoon via een planning. Ongeveer 4 van de 8 geven aan dat ook factoren zoals risico of zelfredzaamheid worden meegenomen. Over het algemeen ontbreekt een duidelijke, datagedreven en eenduidige methode om te prioriteren (6 van de 8).
4. Welke verschillen bestaan er in de werkwijze richting acute zorg en langdurige zorg?	Volgens 5 van de 8 medewerkers krijgt acute zorg vaak meer aandacht en prioriteit dan langdurige zorg. Langdurige zorg wordt minder structureel gemonitord en is minder goed in beeld (4 van de 8). Hierdoor ontstaat een niet-eenduidige werkwijze binnen de zorgketen (6 van de 8).
5. Wat zou de ideale manier zijn om verzamelde gegevens te verwerken tot bruikbare (bestuurlijke) rapportages en waar gaat dit nu nog mis?	Vrijwel alle medewerkers (7 van de 8) geven aan dat een visueel en real-time overzicht, zoals een dashboard, de ideale oplossing is. Huidige rapportages bestaan voornamelijk uit tekst en zijn moeilijk snel te interpreteren (6 van de 8). Het grootste probleem is het ontbreken van snel inzicht en actuele data (7 van de 8).
Data- en informatiekwiteit.	
6. Welke gegevens zijn voor jullie essentieel om de mate van crisisvoorbereiding te beoordelen?	Essentiële gegevens zijn volgens 6 van de 8 medewerkers planvorming, zoals crisis- en continuïteitsplannen, en operationele informatie, zoals contactgegevens. Daarnaast geven 5 van de 8 aan dat ook de praktische toepasbaarheid (bijvoorbeeld via oefeningen) belangrijk is. De combinatie van deze informatie geeft het totaalbeeld van voorbereiding (alle 8).
7. Welke informatie wordt momenteel vaak niet of onvoldoende aangeleverd door instellingen?	Volgens 6 van de 8 medewerkers worden plannen en inhoudelijke informatie niet altijd gedeeld door instellingen. Ook is operationele informatie vaak niet actueel of volledig (5 van de 8). Dit zorgt voor een incompleet beeld van de voorbereiding (7 van de 8).

8. Hoe uniform (eenduidig) en betrouwbaar ervaar je de huidige informatie vanuit instellingen?	De meeste medewerkers (7 van de 8) geven aan dat de informatie niet uniform is en sterk verschilt per instelling. De betrouwbaarheid is lastig te beoordelen en wordt vaak gebaseerd op vertrouwen (5 van de 8). Hierdoor is het moeilijk om instellingen onderling te vergelijken (6 van de 8).
9. Welke drempels ervaar je in het verwerken, structureren en analyseren van gegevens?	De grootste drempel is het ontbreken van een eenduidige structuur voor vastlegging en analyse (7 van de 8). Daarnaast geven 6 van de 8 aan dat systemen 'versnipperd' zijn of onvoldoende worden benut. Ook is vaak onduidelijk wie verantwoordelijk is voor analyse en opvolging (5 van de 8).
Advisering en ondersteuning.	
10. Welke ondersteuning bieden jullie instellingen momenteel rondom crisisvoorbereiding?	Ondersteuning bestaat uit gesprekken, kennisdeling, oefeningen en instrumenten zoals WIK en ZRP (6 van de 8). Dit wordt als nuttig gezien, maar is nog niet structureel ingericht (5 van de 8). Er is volgens 7 van de 8 medewerkers ruimte voor verbetering en uitbreiding.
11. Welke vorm van advisering zou volgens jou in een gewenst beeld meer centraal moeten staan?	Volgens 6 van de 8 medewerkers zou digitale en op schaal gerichte advisering (zoals platforms of kennisdeling) centraler moeten staan. Fysieke gesprekken blijven belangrijk, maar zijn beperkt door capaciteit (5 van de 8). Een combinatie van beide vormen wordt omschreven als het meest effectief (6 van de 8).
12. Waar hebben instellingen volgens jou de meeste behoefte aan bij advisering of begeleiding?	Instellingen hebben volgens 7 van de 8 medewerkers behoefte aan praktische en direct toepasbare producten zoals formats en voorbeelden. Ook is er behoefte aan duidelijkheid en overzicht (5 van de 8). Veel instellingen zijn afhankelijk van GHOR voor richting en ondersteuning (6 van de 8).
13. Hoe wordt momenteel teruggekoppeld wat een instelling goed of onvoldoende op orde heeft?	Terugkoppeling gebeurt vooral via gesprekken en incidenteel na incidenten (6 van de 8). Structurele en systematische terugkoppeling ontbreekt volgens 7 van de 8 medewerkers. Hierdoor wordt de cyclus van leren en evalueren niet benut en gebruikt (6 van de 8).
14. In hoeverre wordt jullie advies structureel opgevolgd door instellingen?	Opvolging verschilt sterk per instelling en relatie (7 van de 8). Ongeveer de helft van de adviezen wordt opgevolgd (indicatief 4 van de 8). Structurele monitoring van opvolging ontbreekt in vrijwel alle gevallen (7 van de 8).
Risico's en ketenafhankelijkheid.	
15. Wat zijn volgens jou de grootste risico's voor zorgcontinuïteit wanneer monitoring onvoldoende gebeurt?	Volgens 7 van de 8 medewerkers is het grootste risico dat er geen inzicht is in de mate van voorbereiding. Hierdoor kan er niet tijdig worden gestuurd of ingegrepen. Dit vergroot risico's tijdens crises.
16. Wat gebeurt er naar jouw verwachting wanneer de GHOR tijdelijk of een langere periode geen actief contact onderhoudt met instellingen?	De meeste medewerkers (7 van de 8) geven aan dat instellingen dan minder actief bezig zijn met crisisvoorbereiding. GHOR vervult duidelijk een aanjagende rol binnen de keten (6 van de 8). Zonder deze rol neemt de aandacht voor voorbereiding af.
Toekomst en tool.	
17. Hoe zou een monitoring- en rapportagetool jullie kunnen ondersteunen in het eenduidig beoordelen van crisisvoorbereiding?	Alle medewerkers (8 van de 8) geven aan dat een tool kan helpen door in één oogopslag inzicht te geven in de voorbereiding van instellingen. Dit maakt het mogelijk om sneller en beter te prioriteren. Het vervangt versnipperde informatie door één overzicht. Het klinkt simpel, maar is wel nodig!
18. Hoe zou een tool kunnen bijdragen aan het consistentere onderbouwen van advies richting zorginstellingen?	Volgens 7 van de 8 medewerkers helpt een tool om knelpunten per instelling zichtbaar te maken. Hierdoor kan advies gericht en consistentere gegeven worden. Dit ondersteunt ook gericht werken in advisering (5 van de 8).
19. Wat heb je nodig om deze tool betrouwbaar in jullie werkproces te implementeren?	Volgens 7 van de 8 medewerkers zijn draagvlak en gebruiksvriendelijkheid de belangrijkste pijlers. Daarnaast moet de tool goed worden ingebed in het werkproces om gebruik te borgen (7 van de 8). Zonder borging wordt de tool waarschijnlijk niet (duurzaam) gebruikt (6 van de 8).

G.2 Gemene deler per vraag (Zorginstellingen).

Thema's & vragen: ↓	Gemene deler: ↓
Huidige crisisvoorbereiding.	
1. Hoe is de huidige voorbereiding op incidenten en crises ingericht?	Alle organisaties geven aan dat er aandacht is voor crisisvoorbereiding, maar dat de mate van uitwerking verschilt. Twee organisaties hebben een gestructureerde aanpak met plannen en opschalingsstructuren (2 van de 3), terwijl één organisatie aangeeft dat vooral de praktische toepasbaarheid en voorbereiding op grotere crises nog in ontwikkeling is (1 van de 3). In alle gevallen is er sprake van groeiend bewustzijn van het belang van crisisvoorbereiding (3 van de 3).
2. Welke scenario's hebben de hoogste prioriteit in de voorbereiding?	Alle organisaties benoemen vergelijkbare prioritaire scenario's, waaronder cyberincidenten, pandemieën en verstoringen van systemen of voorzieningen (3 van de 3). Daarnaast worden ook uitval van gebouwen, extreme weersomstandigheden en langdurige stroomuitval genoemd (3 van de 3). De keuze voor deze scenario's is vaak gebaseerd op regionale risico's en recente ervaringen (2 van de 3).
3. Hoe actueel zijn de crisisplannen?	Eén organisatie werkt structureel met jaarlijkse actualisatie van plannen (1 van de 3), terwijl twee organisaties aangeven dat plannen nog niet volledig actueel zijn of verbeterd moeten worden (2 van de 3). Daarbij wordt ook benoemd dat plannen soms te uitgebreid en theoretisch zijn, waardoor ze minder bruikbaar zijn in de praktijk (1 van de 3). Alle organisaties hebben aandacht voor verdere verbetering (3 van de 3).
4. Hoe snel kan de crisisorganisatie worden geactiveerd?	Alle organisaties geven aan dat er duidelijke structuren zijn voor opschaling en activatie (3 van de 3). In de praktijk ligt de initiële opschaling vaak rond de 15 tot 30 minuten, afhankelijk van de situatie (1 van de 3). Factoren zoals bereikbaarheid en bezetting, met name buiten kantooruren, beïnvloeden de snelheid van opschaling (3 van de 3).
5. Welke incidenten hebben geleid tot aanpassingen in de voorbereiding?	Alle organisaties leren actief van incidenten en passen hun voorbereiding daarop aan (3 van de 3). Naast grotere incidenten zoals ICT-storingen en pandemieën, worden ook kleinere, praktische incidenten genoemd die leiden tot lokale verbeteringen (1 van de 3). Deze leerervaringen resulteren in zowel organisatorische als praktische aanpassingen (3 van de 3).
6. Hoe wordt de afhankelijkheid van ketenpartners ervaren?	Alle organisaties geven aan afhankelijk te zijn van ketenpartners voor de continuïteit van zorg (3 van de 3). Er is met name in de langdurige zorg meer onderlinge afstemming en kennisdeling dan met acute partners (1 van de 3). Tegelijkertijd ontbreekt vaak volledig inzicht en regie over deze afhankelijkheden, wat als uitdaging wordt ervaren (3 van de 3).
Samenwerking met de GHOR.	
7. Hoe wordt de ondersteuning van de GHOR ervaren?	De ervaringen met de GHOR zijn wisselend en soms beperkt (3 van de 3). Eén respondent heeft geen directe ervaring met GHOR-inzet en ervaart onduidelijkheid over de rol (1 van de 3), terwijl anderen de ondersteuning in de voorbereidende fase als waardevol zien (2 van de 3). Over het algemeen is er behoefte aan meer duidelijkheid en zichtbaarheid van de GHOR (3 van de 3).
8. Hoe waardevol zijn gesprekken en overleggen met de GHOR?	Alle organisaties zien overleggen met de GHOR als waardevol, vooral voor kennisdeling en het toetsen van plannen (3 van de 3). Tegelijkertijd geven twee organisaties aan dat deze overleggen onvoldoende structureel of frequent plaatsvinden (2 van de 3). De meerwaarde zit met name in het meedenken en adviseren op hoofdlijnen (3 van de 3).
9. In welke mate is de GHOR betrokken bij voorbereiding?	De GHOR is bij alle organisaties betrokken in de voorbereiding, maar vaak op een meer kaderstellend niveau (3 van de 3). Eén organisatie geeft aan dat de behoefte vooral praktisch is en daarom vaker bij andere zorginstellingen wordt

	gezocht (1 van de 3). Over het algemeen bestaat de wens voor een meer consistente en zichtbare betrokkenheid (3 van de 3).
10. Wanneer wordt contact gezocht met de GHOR?	Alle organisaties zoeken contact met de GHOR wanneer specifieke vragen of ondersteuning nodig zijn (3 van de 3). Dit gebeurt met name bij vraagstukken over beleid, voorbereiding of wanneer ondersteuning vanuit het netwerk nodig is (1 van de 3). De GHOR wordt daarbij gezien als partij met overzicht van het zorgnetwerk (2 van de 3).
11. Wat gaat goed en waar is verbetering nodig in samenwerking?	De samenwerking met de GHOR verloopt over het algemeen goed, vooral tijdens incidenten (3 van de 3). Verbeterpunten liggen in duidelijkheid van rollen, aanspreekpunten en communicatie (3 van de 3). Ook wordt versnippering van informatie en onduidelijkheid over contactstructuren genoemd als aandachtspunt (1 van de 3).
Advisering en behoeften.	
12. Op welke thema's heeft u de grootste behoefte aan advies?	Alle organisaties hebben behoefte aan advies over de inrichting en effectiviteit van hun crisisorganisatie (3 van de 3). Dit betreft zowel inhoudelijke thema's als structuur en raamwerken (2 van de 3). Daarnaast is er behoefte aan ondersteuning in samenwerking en het leggen van contacten binnen het netwerk (2 van de 3).
13. Hoe vaak zou u idealiter advies of afstemming met de GHOR willen ontvangen?	Eén organisatie geeft aan vooral behoefte te hebben aan contact wanneer dat nodig is (1 van de 3). Twee organisaties geven aan dat meer structureel overleg wenselijk is (2 van de 3). Over het algemeen wordt flexibiliteit gecombineerd met goed toegankelijke informatie als belangrijk gezien (3 van de 3).
Toekomst en tool.	
14. Hoe zou een tool vanuit de GHOR kunnen helpen om de crisisvoorbereiding te verbeteren?	Alle organisaties geven aan dat een tool moet zorgen voor centrale, overzichtelijke en actuele informatievoorziening (3 van de 3). De tool moet praktisch toepasbaar zijn en voorkomen dat informatie versnipperd raakt over verschillende systemen (3 van de 3). Daarnaast wordt benoemd dat informatie eenvoudig terug te vinden en actueel gehouden moet worden (1 van de 3).
15. Hoe kan een tool bijdragen aan een transparanter en beter functionerend zorgnetwerk?	Alle organisaties geven aan dat een tool kan bijdragen door informatie en communicatie te bundelen en inzicht te geven in rollen en contactpersonen (3 van de 3). Het moet fungeren als centraal knooppunt voor kennisdeling en samenwerking (3 van de 3). Daarnaast helpt het om onduidelijkheid en versnippering tussen systemen en partijen te verminderen (3 van de 3).

G.3 Gemene deler per vraag (DPG).

Doordat er één DPG geïnterviewd is, is de opzet van deze tabel iets verschillend t.a.v. de andere tabellen.

Vragen: ↓	Antwoord: ↓
1. Hoe ervaart u de huidige informatievoorziening over crisisvoorbereiding van zorginstellingen in de regio?	De informatievoorziening wordt als summier ervaren en is vooral gebaseerd op losse gesprekken met bestuurders en input vanuit collega's. Er ontbreekt een volledig en actueel overzicht van hoe goed instellingen daadwerkelijk zijn voorbereid. Hierdoor blijft het beeld fragmentarisch en niet altijd concreet of vergelijkbaar.
2. Welke informatie komt nu te laat of onvoldoende binnen?	Signalen over problemen of vraagstukken bij zorgaanbieders komen niet altijd of te laat binnen, en vooral de snelheid is een belangrijk knelpunt. Soms hebben andere partijen, zoals wethouders, eerder informatie dan de DPG, terwijl dit wel binnen diens verantwoordelijkheid valt. Dit maakt het lastig om tijdig bestuurlijk te handelen.
3. Hoe bruikbaar zijn de huidige GHOR-rapportages voor besluitvorming, vooral met de focus op eenduidige rapportages?	De rapportages zijn in de basis bruikbaar, maar missen regelmatig bestuurlijke context en duidelijkheid voor verschillende doelgroepen. Afkortingen en aannames maken het voor bestuurders minder toegankelijk. Hierdoor is vaak nog een extra vertaalslag nodig om ze echt goed te kunnen gebruiken voor besluitvorming.
4. Hoe ziet uw ideale jaarplancycclus eruit?	Er is geen vaste voorkeur voor een strikte cyclus; het belangrijkste is dat er een actueel en betrouwbaar beeld is van instellingen. De frequentie van contact moet afhangen van de relatie en het vertrouwen per instelling. Flexibiliteit is dus belangrijker dan een standaard ritme van gesprekken en uitvragen.
5. Welke risico's voor regionale continuïteit van zorg zijn op dit moment het meest belangrijk?	Het grootste risico ligt in de mate waarin afspraken over continuïteit tussen zorgaanbieders goed zijn geregeld en geborgd. Vooral het kunnen opvangen van uitval en samenwerken binnen de keten is cruciaal. Het op tijd aan de bel trekken bij problemen is daarbij een belangrijke randvoorwaarde.
6. Waar liggen volgens u de grootste kwetsbaarheden in ketensamenwerking?	Kwetsbaarheden zitten vooral in de samenwerking en onderlinge afhankelijkheid tussen organisaties wanneer continuïteit onder druk staat. Als afspraken niet duidelijk zijn of niet goed worden nageleefd, ontstaat risico voor de gehele keten. Ook tijdige signalering en communicatie spelen hierin een belangrijke rol.
7. Wat gaat goed in de samenwerking tussen u en de GHOR?	De samenwerking verloopt goed in termen van bereikbaarheid, snelheid en bereidheid om te schakelen bij incidenten. Er is duidelijkheid over wie waarvoor benaderd moet worden en basisprocessen functioneren stabiel. Vooral in operationele situaties werkt de samenwerking effectief.
8. Op welke onderdelen kan de GHOR haar regierol versterken?	De GHOR kan sterker worden door duidelijkere en concretere advisering te geven en meer positie te nemen. Er is behoefte aan minder plannen en meer actiegericht werken. Het expliciet maken van standpunten en adviezen richting bestuurlijke vraagstukken is hierbij belangrijk.
9. Hoe belangrijk is het dat monitoring structureel en uniform wordt uitgevoerd?	Uniforme monitoring is essentieel om informatie goed te kunnen interpreteren en trends te herkennen. Zonder consistentie in metingen ontstaat verwarring en zijn vergelijkingen over tijd niet betrouwbaar. Dit belemmert het trekken van juiste conclusies en strategische inzichten.
10. Hoe zou een monitoringtool u kunnen helpen om beter strategische besluiten te nemen?	Een monitoringtool kan helpen door snel en overzichtelijk inzicht te geven in de actuele situatie wanneer dat nodig is. Belangrijk is dat de tool onderscheid maakt tussen korte- en langetermijninformatie, zodat zowel operationele als strategische vragen beantwoord kunnen worden. Daarnaast moet de tool helpen om ontwikkelingen en verwachtingen in de tijd zichtbaar te maken, in plaats van alleen momentopnames.

G.4 Tabel met documentlinkjes voor volledige transcripties.

Interview: ↓	Linkje document transcriptie: ↓
GHOR medewerker 1:	Interview GHOR medewerker 1 transcriptie
GHOR medewerker 2:	Interview GHOR medewerker 2 transcriptie
GHOR medewerker 3:	Interview GHOR medewerker 3 transcriptie
GHOR medewerker 4:	Interview GHOR medewerker 4 transcriptie
GHOR medewerker 5:	Interview GHOR medewerker 5 transcriptie
GHOR medewerker 6:	Interview GHOR medewerker 6 transcriptie
GHOR medewerker 7:	Interview GHOR medewerker 7 transcriptie
GHOR medewerker 8:	Interview GHOR medewerker 8 transcriptie
PLZ-Instelling 1:	Interview zorginstelling PLZ 1 transcriptie
PLZ-Instelling 2:	Interview zorginstelling PLZ 2 transcriptie
PAZ-Instelling 1:	Interview zorginstelling PAZ 1 transcriptie
DPG:	Interview DPG transcriptie

H. Expertsessies.

Zoals beschreven in ‘onderzoeksmethoden’, zijn expertsessies uitermate behulpzaam in het valideren van het onderzoek en het creëren van draagvlak onder de GHOR-medewerkers binnen Brabant en ZeeBraLim. In dit hoofdstuk zal er verder worden uitgelicht welke actoren in deze expertsessies worden meegenomen, en wat hieruit de belangrijkste bevindingen en uitgangspunten zijn.

H.1 ZeeBraLim.

In dit hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van drie ZeeBraLim-bijeenkomsten rondom het thema Continuïteit van Zorg (CvZ). De bijeenkomsten vonden plaats op 10 februari 2026, 7 april 2026 en 3 juni 2026 en hadden als doel om gezamenlijk inzicht te krijgen in de huidige werkwijzen rondom crisisvoorbereiding, dataverzameling en bestuurlijke rapportages.

Per bijeenkomst wordt gekeken naar de belangrijkste inhoud en besprekpunten. Vervolgens worden de gedeelde lijnen tussen de bijeenkomsten beschreven. Tot slot wordt een vertaalslag gemaakt naar de opdracht.

Bijeenkomst 10 februari 2026.

Tijdens de eerste bijeenkomst werd per regio stilgestaan bij de actuele stand van zaken rondom continuïteit van zorg en bestuurlijke rapportages. Daarbij werd zichtbaar dat regio's op verschillende manieren werken aan crisisvoorbereiding en dataverzameling.

In de toelichtingen per regio kwam naar voren dat er gebruik wordt gemaakt van uiteenlopende instrumenten, zoals zelfevaluaties, indicatorensets, dashboards en zorgrisicoprofielen. Tegelijkertijd, werd benoemd dat deze instrumenten niet altijd op dezelfde manier worden ingezet en dat het per regio verschilt hoe deze worden toegepast.

Tijdens de plenaire bespreking werd ingegaan op de vraag welke basis er al ligt voor bestuurlijke rapportages. Hierbij werden bestaande documenten, datasets en dashboards genoemd die binnen de verschillende regio's worden gebruikt. Ook werd stilgestaan bij de doelgroep van de rapportages, zoals de DPG, het bestuur en de betrokken partners.

Daarnaast werd gesproken over de manier waarop data wordt verzameld en gebruikt. In de discussie kwam naar voren dat het wenselijk is om meer te werken met vaste thema's en dat er behoefte is aan eenduidigheid in begrippen en interpretaties. Ook werd benoemd dat het moment van uitvragen, evalueren en het voeren van gesprekken per regio verschillend wordt ingericht.

Verder werd stilgestaan bij de rol van zorginstellingen in het proces. Hierbij kwamen onderwerpen naar voren zoals verschillen tussen grote en kleine instellingen, de bereidheid om informatie te delen en de manier waarop evaluaties plaatsvinden.

Bijeenkomst 7 april 2026.

Tijdens de tweede bijeenkomst werd voortgebouwd op de eerste en werd verder ingezoomd op inhoudelijke thema's die spelen binnen de samenwerking tussen GHOR en zorginstellingen.

In de presentatie werd eerst teruggekeken op de opbrengsten van de vorige bijeenkomst. Hierbij werd benoemd dat er behoefte is aan een meer eenduidige manier van verslaglegging en advisering richting zorginstellingen. Ook werd het belang van betrokkenheid van verschillende partijen binnen de keten benadrukt.

Vervolgens werd het thema 'overload' besproken. Tijdens de bijeenkomst werd aangegeven dat zorginstellingen te maken hebben met meerdere initiatieven en uitvragen vanuit verschillende organisaties. Er werd benoemd dat dit kan leiden tot onduidelijkheid rondom prioriteiten en verantwoordelijkheden.

Daarnaast werd gesproken over praktische drempels die zorginstellingen ervaren bij deelname aan bijvoorbeeld bijeenkomsten en oefeningen. Factoren zoals reistijd en inzetbaarheid werden hierbij genoemd.

Ook werd het concept van een meer vraaggerichte benadering besproken, waarbij wordt gekeken naar wat zorginstellingen zelf nodig hebben. In dit kader werd gesproken over het ophalen van behoeften en het beter aansluiten van advisering en thematieken vanuit de GHOR op deze behoeften.

Verder werd in deze bijeenkomst stilgestaan bij de rol en positionering van een eventuele tool die binnen het onderzoek als aanbeveling wordt ontwikkeld. Daarbij werd benoemd dat regio's hun eigen werkwijzen hebben en dat deze behouden blijven. De tool werd in dit kader besproken als een mogelijke aanvulling of ondersteuning.

Tot slot kwam de samenwerking binnen ZeeBraLim aan bod, waarbij werd benoemd dat het netwerk vooral gericht is op het delen van kennis en ervaringen tussen regio's.

Bijeenkomst 3 juni 2026.

Tijdens de derde bijeenkomst werd opnieuw gestart met een rondje langs de regio's, waarbij werd toegelicht hoe zij werken aan monitoring en rapportage van crisisvoorbereiding. Hierbij kwam naar voren dat regio's gebruikmaken van verschillende werkwijzen, zoals dashboards, scoringssystemen en relatiegesprekken met zorginstellingen.

Tijdens deze bijeenkomst werd een eerste versie van een dataset en tool gepresenteerd. Hierbij werd toegelicht hoe antwoorden uit evaluaties worden vertaald naar scores en cijfers, om zo inzicht te krijgen in de mate van voorbereiding van zorginstellingen.

Naar aanleiding van deze presentatie ontstond discussie over de interpretatie van verschillende scores en categorieën. Hierbij werd benoemd dat bepaalde termen op verschillende manieren kunnen worden geïnterpreteerd en dat dit gevolgen kan hebben voor de beoordeling van instellingen.

Daarnaast werd gekeken naar de manier waarop data wordt ingedeeld en weergegeven. In eerste instantie werd gewerkt met een indeling per gemeente. Tijdens de discussie werd benoemd dat zorginstellingen vaak meerdere gemeenten beslaan, waardoor deze indeling niet altijd passend is.

In het vervolg van de discussie werd aangegeven dat het mogelijk duidelijker is om niet per gemeente te werken, maar per thema waarop wordt gescoord. Hierbij werd benoemd dat een

thematische indeling beter zou aansluiten bij de inhoud van de evaluaties en de manier waarop organisaties beoordeeld worden.

Daarnaast werd in dezelfde discussie benoemd dat het ook interessant kan zijn om te kijken naar type zorginstelling in plaats van geografische indeling. Hierbij werd gedacht aan onderscheid tussen bijvoorbeeld typen zorgorganisaties, zodat de vergelijking beter aansluit bij de praktijk van de instellingen.

Tot slot werd gesproken over de mogelijkheid om meer gezamenlijk te kijken naar belangrijke indicatoren. Hierbij werd benoemd dat regio's kunnen onderzoeken welke indicatoren voor alle regio's relevant zijn, zodat deze breder gebruikt kunnen worden binnen ZeeBraLim.

Gedeelde lijnen uit de bijeenkomsten.

Wanneer de drie bijeenkomsten naast elkaar worden gelegd, komen een aantal terugkerende onderwerpen naar voren.

In de bijeenkomsten wordt regelmatig gesproken over de verschillende manieren waarop regio's werken met data, evaluaties en rapportages. Hierbij komen uiteenlopende instrumenten en werkwijzen naar voren, zoals zelfevaluaties, indicatoren en dashboards.

Daarnaast komt in meerdere bijeenkomsten het gebruik van thema's, indicatoren en scores terug als manier om inzicht te krijgen in de mate van voorbereiding van zorginstellingen. De manier waarop deze worden toegepast, verschilt per regio.

Ook wordt in de bijeenkomsten meerdere keren stilgestaan bij de rol van zorginstellingen en de manier waarop zij betrokken worden bij dataverzameling en evaluaties. Hierbij komen onderwerpen naar voren zoals belasting voor instellingen, deelname aan initiatieven en het delen van informatie.

Verder wordt er in de bijeenkomsten aandacht besteed aan de manier waarop data wordt ingedeeld en geïnterpreteerd. Hierbij worden verschillende opties besproken, zoals indeling per gemeente, per thema of per type organisatie.

Tot slot komt in alle bijeenkomsten het gebruik van data voor inzicht en rapportage terug, waarbij wordt gekeken naar manieren om informatie beter inzichtelijk te maken en te gebruiken in de praktijk.

Vertaalslag naar de opdracht.

De bijeenkomsten geven gezamenlijk inzicht in de manier waarop binnen ZeeBraLim wordt gewerkt aan crisisvoorbereiding, dataverzameling en het gebruik van informatie voor rapportages. Daarbij wordt zichtbaar welke onderwerpen worden besproken en welke werkwijzen en instrumenten in de praktijk worden toegepast.

De inzichten uit deze bijeenkomsten sluiten aan op de kern van de opdracht, waarin wordt gekeken naar de manier waarop data verzameld, verwerkt en ingezet kan worden om de mate van crisisvoorbereiding inzichtelijk te maken.

De besproken onderwerpen vormen daarmee input voor de verdere uitwerking van het onderzoek en de ontwikkeling van een mogelijke oplossing.

H.2 Informatiemanagement GHOR BrabantMWN.

Doordat deze expertsessie gefocust was op het ontwikkelen van eventuele oplossingen qua datagedreven werken en aanbevelingen hiervoor, is er gekozen om de vertaalslag naar de opdracht hier niet specifiek te benadrukken, zoals dat is gedaan bij de expertsessie met ZeeBraLim. De uitwerking van deze expertsessie zal dus ingaan op de mogelijkheden op het gebied van ontwikkelingen en aanbevelingen.

Doordat deze expertsessie gefocust was op het ontwikkelen van eventuele oplossingen op het gebied van datagedreven werken en aanbevelingen hiervoor, is er gekozen om de vertaalslag naar de opdracht hier niet specifiek te benadrukken zoals dat is gedaan bij de expertsessies met ZeeBraLim. De uitwerking van deze expertsessie zal daarom ingaan op de mogelijkheden op het gebied van ontwikkelingen en aanbevelingsrichtingen.

Naast de ZeeBraLim-bijeenkomsten hebben er tijdens het onderzoek ook aparte expertsessies plaatsgevonden met medewerkers vanuit informatiemanagement. De eerste sessie vond plaats op 18 mei 2026 en was gericht op de vraag hoe data die wordt opgehaald bij zorginstellingen beter gebruikt kan worden voor inzicht en rapportage.

Tijdens deze sessie werd gekeken naar de praktische kant van dataverwerking. Hierbij werd benoemd dat het mogelijk is om te werken met één centrale dataset in de vorm van een Excelbestand. In dit bestand kunnen verschillende soorten informatie per zorginstelling worden opgenomen, zoals uitkomsten van zelfevaluaties, scores op bepaalde thema's en informatie uit gesprekken.

Wat hierbij naar voren kwam, is dat wanneer deze data op een logische en gestructureerde manier in één bestand wordt samengebracht, dit al veel mogelijkheden biedt. Het uitgangspunt hierbij is niet het toevoegen van nieuwe data, maar het beter organiseren van bestaande informatie. Dit laat zien dat verbetering vooral gezocht moet worden in structuur en samenhang van data.

Vanuit informatiemanagement werd daarnaast aangegeven dat het op basis van een dergelijke dataset mogelijk is om een grafiek of dashboard te maken. De gegevens kunnen worden vertaald naar een visuele weergave, waardoor in één oogopslag zichtbaar wordt hoe zorginstellingen scoren op bepaalde onderwerpen. Dit hoeft niet complex te zijn, maar moet juist overzichtelijk en snel te interpreteren zijn.

Ook werd benoemd dat een dergelijke visualisatie helpt bij het duiden van informatie. Waar data normaal gesproken verspreid is over losse antwoorden of documenten, kan dit in één overzicht worden samengebracht. Dit maakt het makkelijker om verschillen en patronen te herkennen, zonder dat hier uitgebreide interpretatie voor nodig is.

Daarnaast kwam naar voren dat de manier van invoeren hierin bepalend is. Wanneer data niet op een eenduidige manier wordt vastgelegd, wordt het lastig om deze te verwerken tot bruikbare inzichten. Dit sluit aan bij eerdere bevindingen binnen het onderzoek, waarin structuur en uniformiteit als belangrijke randvoorwaarden naar voren komen.

Tijdens deze sessie werd ook kort stilgestaan bij de koppeling met het WIK. Het WIK is een platform waarin de GHOR informatie wil ophalen en delen met zorginstellingen. In de sessie

werd benoemd dat hier mogelijkheden liggen wanneer de dataset en bijbehorende inzichten verder worden uitgewerkt.

Wanneer bijvoorbeeld uit de dataset naar voren komt dat een bepaald type zorginstelling lager scoort op een thema zoals crisisplanvorming, kan dit gebruikt worden om gerichter informatie aan te bieden via het WIK. Hiermee kan de GHOR beter aansluiten op de informatiebehoefte van instellingen.

Het idee hierbij is dat de uitkomsten van data niet alleen worden gebruikt voor rapportage, maar ook voor ondersteuning richting zorginstellingen. Data wordt daarmee een middel om gerichter te kunnen adviseren en informatie beter af te stemmen op de praktijk.

In een tweede sessie met informatiemanagement (juni 2026) werd verder ingezoomd op de manier waarop data wordt opgehaald bij zorginstellingen. Hierbij werd benoemd dat het gebruik van digitale formulieren, zoals Microsoft Forms, mogelijkheden biedt om gegevens gestructureerder en efficiënter te verzamelen.

Door gebruik te maken van dergelijke tools kan data automatisch worden verzameld en verwerkt, waardoor handmatige invoer wordt beperkt en informatie sneller beschikbaar is. Dit draagt bij aan een meer consistente manier van dataverzameling en maakt het eenvoudiger om gegevens direct te verwerken in bestaande datasets.

Daarnaast werd benoemd dat deze manier van werken beter aansluit bij het creëren van een doorlopende informatiestroom, in plaats van losse uitvragen op verschillende momenten. Dit ondersteunt het verkrijgen van meer actueel en continu inzicht in de situaties bij zorginstellingen.

De tweede sessie laat daarmee zien dat niet alleen de verwerking van data, maar ook de manier van ophalen hierin een belangrijke rol speelt. Door zowel de invoer als de verwerking van data te structureren, ontstaat een sterker geheel waarin informatie beter benut kan worden.

Gezamenlijk tonen de sessies met informatiemanagement aan dat er binnen de huidige werkwijze al concrete mogelijkheden bestaan om data beter te benutten, mits er aandacht wordt besteed aan structuur, uniformiteit en een meer centrale en automatische manier van verzamelen en verwerken.

I. AI-gebruik.



Klusser/ Geassisteerd door AI

Dit product is tot stand gekomen met hulp van mijn machines. Generatieve AI is licht gebruikt (bijv. als inspiratie of correctie).