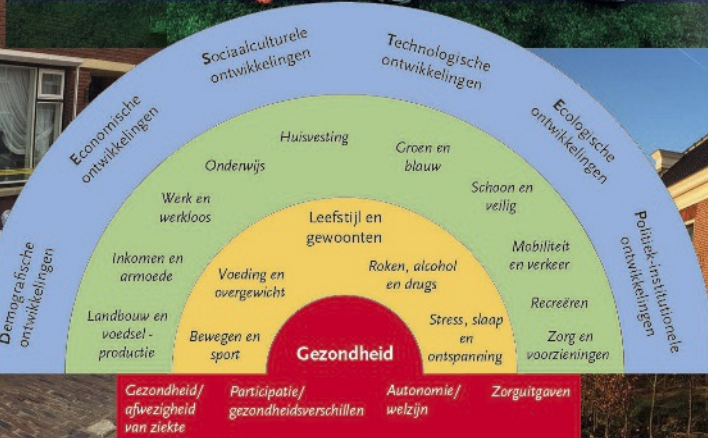


Lessen uit crises en mini-crisis **GEZONDHEIDSCRISES**



In deze speciale editie in de reeks *Lessen uit crises en mini-crisis* worden tien verschillende situaties beschouwd waarin de gezondheid van mensen in het geding is. Het zijn casus die eerder in de jaarboeken van het lectoraat Crisisbeheersing zijn verschenen en nu in één publicatie zijn samengebracht. De casus worden voorafgegaan door een inleidend hoofdstuk waarin de verantwoordelijkheidstoedeling bij gezondheids crises wordt beschreven en – met de coronacrisis als voorbeeld – wordt ingegaan op een aantal dilemma's die in dit soort situaties spelen. Ook wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de behoeften van diegenen die getroffen worden en hoe hiermee om te gaan. De daaropvolgende casus gaan in op uitbraken van infectieziekten, de leefomgeving, risicobeleving, bedreigingen voor de continuïteit van zorg en consequenties van de klimaatverandering. De auteurs beschouwen de gebeurtenissen aan de hand van bestuurlijke of operationele dilemma's die zich ook in toekomstige situaties kunnen voordoen.

De publicaties in de reeks *Lessen uit crises en mini-crisis* zijn bedoeld voor zowel bestuurders als voor professionals werkzaam op het terrein van crisisbeheersing en veiligheidsmanagement. Deze speciale editie kwam tot stand onder redactie van Vina Wijkhuijs en Menno van Duin.

ISBN 978-94-6236-195-9



9 789462 361959 >



Lessen uit crises en mini-crisis – Gezondheidscrises

Lessen uit crises en mini-crisis – Gezondheidscrises

Redactie

Vina Wijkhuijs

Menno van Duin

Boom bestuurskunde

Den Haag

2021

Omslagontwerp en opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

© 2021 Vina Wijkhuijs en Menno van Duin | Boom bestuurskunde

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet of de reprorechtregeling van Stichting Reprorecht dient daarvoor een billijke vergoeding te worden voldaan aan Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het verveelvoudigen en openbaar maken van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave als toelichting bij het onderwijs, bijvoorbeeld in een (digitale) leeromgeving of een reader (art. 16 Auteurswet), dient een regeling te worden getroffen met Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 978-94-6236-195-9
ISBN 978-90-8974-487-6 (e-book)
NUR 741

www.boombestuurskunde.nl

Inhoud

Voorwoord	7
1 Gezondheidscrises: een introductie	13
<i>Marleen Kraaij-Dirkzwager, Nadieh Taks, Michel Dückers, Menno van Duin</i>	
2 Recall van gerookte zalm uit Harderwijk	43
<i>Vina Wijkhuijs</i>	
3 Mazelenepidemie in de bijbelstreek	57
<i>Martina Duyvis, Vina Wijkhuijs</i>	
4 Gif langs de Merwede: de casus DuPont/Chemours	77
<i>Joris IJzermans, Henk Klapwijk, Michel Dückers</i>	
5 (Aard)gasbevingen in Groningen: over Zeerijp en wat erna gebeurde	93
<i>Menno van Duin</i>	
6 Branden met asbest: Wateringen en soortgelijke casus	113
<i>Menno van Duin, Régis Flohr, Anouk Ros</i>	
7 Maatschappelijke discussie over kunstgrasvelden: wie pakt de bal op en binnen welk speelveld?	133
<i>Marleen Kraaij-Dirkzwager, Jeroen Devilee, Sanne van Wijk, Fred Woudenberg</i>	

8	Communiceren over stralingsrisico's: een kernactiviteit	151
	<i>Marleen Kraaij-Dirkzwager, Lars Roobol, Lodewijk van Dooren, Herman Schreurs, Liesbeth Claassen</i>	
9	Wateroverlast bij het VUmc	169
	<i>Menno van Duin, Jos Ketelaars</i>	
10	Faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaartziekenhuis	185
	<i>Emily Berger, Laurens van der Varst</i>	
11	Hoe houden we in hete zomers het hoofd koel?	203
	<i>Emily Berger, Marleen Kraaij-Dirkzwager</i>	
	Literatuur	219
	Afkortingen	227
	Over de auteurs	229

Voorwoord

Sinds Nederland, en ook de rest van de wereld, in 2020 te maken kreeg met de uitbraak van COVID-19, weet iedereen wat een pandemie is. De wereldwijde uitbraak van het coronavirus had een grote impact op ons dagelijks leven. Op het moment van schrijven (een jaar nadat het virus opdook in China) is het nog te vroeg om een volledig beeld te kunnen schetsen van de gevolgen. De uitbraak van COVID-19 is dan ook een gezondheidscrisis bij uitstek, die hoogstwaarschijnlijk nog een lange nasleep kent.

In de jaren die voorafgingen aan wat de coronacrisis is gaan heten, deden zich tal van andere, zij het veel kleinere, gebeurtenissen voor die de gezondheid van mensen raakten en ongetwijfeld zullen zich ook in de toekomst vergelijkbare gebeurtenissen voordoen. In deze speciale editie in de reeks *Lessen uit crises en mini-crisis* hebben wij tien casus bijeengebracht die eerder in de jaarboeken zijn verschenen en die de diversiteit van gezondheidscrises illustreren.

Voorafgaand aan deze tien casus wordt in het inleidend hoofdstuk de verantwoordelijkheidstoedeling bij gezondheidscrises beschreven en wordt – met de coronacrisis als voorbeeld – ingegaan op een aantal dilemma's die kunnen spelen wanneer de gezondheid van mensen in het geding is. Ook wordt in de inleiding aandacht besteed aan de behoeften van diegenen die door een gezondheidscrisis getroffen worden en hoe hiermee om te gaan. Aansluitend volgt een beschouwing van de casus, die ingaan op uitbraken van infectieziekten, de leefomgeving, risicobeleving, bedreigingen voor de continuïteit van zorg en consequenties van de klimaatverandering. We lichten de casus hier kort toe.

Infectieziekten

Twee hoofdstukken in deze speciale editie gaan in op een uitbraak van een infectieziekte. Als eerste wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op een salmonellabesmetting. In september 2012 werden zalmproducten van de firma Foppen Paling & Zalm teruggeroepen uit de schappen, omdat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een toename van het aantal salmonellabesmettingen had geconstateerd. De uitbraak bleek te kunnen worden herleid tot gerookte zalm die door de firma Foppen vervaardigd was. In het hoofdstuk wordt het spanningsveld beschreven tussen snelheid en zorgvuldigheid van handelen. Enerzijds was snelheid van handelen geboden om het aantal voedselinfecties te beperken. Anderzijds dienden de autoriteiten zorgvuldig te handelen om bedrijven in de voedselsector geen onnodige economische schade te berokkenen. Samenwerking tussen de betrokken onderneming en de autoriteiten bleek van groot belang.

In hoofdstuk 3 wordt de mazelenuitbraak beschouwd, die zich in 2013 voordeed in met name gemeenten met een grote reformatorische gezindte die zich om principiële redenen niet laat inenten. Vooral kinderen binnen deze gemeenschap liepen daardoor het risico met mazelen besmet te raken. Hoewel mazelen een kinderziekte genoemd wordt, kunnen ook ongevaccineerde volwassenen ernstig ziek worden en zelfs aan de ziekte komen te overlijden. Er ontstond destijds een maatschappelijk debat over het verplichtstellen van vaccinatie (ter bescherming van de algehele volksgezondheid) versus de vrijheid van godsdienst en levensovertuiging. De kwestie die besproken wordt, doet zich wel vaker voor bij uitbraken van infectieziekten die van mens op mens overdraagbaar zijn (zoals ook nu tijdens de coronapandemie). Het gaat enerzijds om het recht van mensen om door de overheid beschermd te worden en anderzijds om het zelfbeschikkingsrecht dat mensen hebben om over hun eigen lijf en leven te beslissen.

Een 'ziekmakende' leefomgeving

De gezondheid van mensen wordt niet alleen bedreigd door de verspreiding van ziekten, ook de leefomgeving kan een negatieve invloed op de gezondheid hebben. Vaak zijn dit wat wel wordt genoemd 'sluimerende crises' (*creeping crises*), waarvan de aanloop zich over een langere periode uitstrekt en waarbij het wachten is op het moment dat de crisis tot uiting komt.

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de jarenlange uitstoot van chemische stoffen door DuPont/Chemours in Dordrecht. Onder omwonenden van de fabriek ontstaat bij tijd en wijle onrust, vooral wanneer in de media berichten verschijnen over de schadelijkheid van deze stoffen. In de afgelopen jaren was er een reeks van incidenten van lozingen en ontsnappingen van mogelijk kankerverwekkende stoffen. De vraag is wie in deze casus verantwoordelijkheid draagt voor de zorg voor omwonenden en werknemers van de fabriek. Wanneer bestaat er voldoende reden tot ingrijpen van overheidswege? Het zijn vragen die ook relevant zijn voor de aanhoudende problematiek rondom Tata Steel in IJmuiden en andere industriële installaties in Nederland.

Een andere casus waarin de leefomgeving een negatieve invloed heeft op de gezondheid van mensen, is die van de aardgasbevingen in Groningen. Sinds 1959 wordt er in het noorden van ons land aardgas gewonnen. Vanaf het begin van de jaren negentig doen zich in de omgeving van het Groninger gasveld aardbevingen voor die door de gaswinning geïnduceerd worden. Na een eerste grote beving bij Huiszinge op 7 augustus 2012 (met een magnitude van 3,6) wees onderzoek door het Staatstoezicht op de Mijnen uit, dat er rekening moest worden gehouden met de kans dat zich aardbevingen met een magnitude van 4,5 tot mogelijk 5,0 zouden kunnen voordoen. Een beving met een dergelijke magnitude zou instorting van gebouwen en dodelijke slachtoffers tot gevolg kunnen hebben. Door de rijksoverheid werd vervolgens ingezet op het (met stutconstructies) versterken van woningen. De versterkingsoperatie en ook de afhandeling van de schade die door de aardgasbevingen aan huizen is toegebracht, verlopen echter traag en stroperig, wat een negatieve uitwerking heeft op de psychische gesteldheid van inwoners van het gebied. In hoofdstuk 5 wordt deze problematiek belicht.

Risicobeleving

Gezondheidsdreigingen kunnen sluimeren in de leefomgeving, maar soms ook plotseling, heftig en ogenschijnlijk voor kortere duur aanwezig zijn. Zo doen zich elk jaar in ons land wel enkele branden voor, waarbij mogelijk asbest vrijkomt. Asbest werd tot 1994 in onder meer dakplaten van schuren en loodsen verwerkt. Door inademing van asbestvezels kan mesothelioom (een tumor in de longen) ontstaan, maar meestal is daarvan pas sprake na langdurige blootstelling (van

zo'n twintig tot zestig jaar). Toch roept asbest elke keer weer angst op en wordt tot het uiterste gegaan om blootstelling aan asbest te voorkomen. Dat gaat gepaard met hoge kosten. In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de vraag of de maatregelen en kosten wel in verhouding staan tot het risico. Hoeveel werk en dus ook geld moet er worden besteed aan het opruimen van asbest na branden?

Dat chemische stoffen tot ongerustheid leiden, bleek ook toen in het najaar van 2016 ophef ontstond over kunstgrasvelden. In oktober van dat jaar werd in het tv-programma *Zembla* aandacht besteed aan de gezondheidsrisico's van rubbergranulaat dat afkomstig is van vermalen autobanden. Sporten op kunstgrasvelden waarin rubbergranulaat is verwerkt, zou kankerverwekkend kunnen zijn, met name voor jonge kinderen. De tv-uitzending leidde tot ongerustheid onder ouders, sportclubs en gemeenten waar veel of uitsluitend op kunstgrasvelden werd gesport. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vroeg het RIVM met spoed uitsluitsel te geven over het gezondheidsrisico van dit kunstgras. De uitkomst van het onderzoek was dat de gezondheidsrisico's van sporten op rubbergranulaat 'verwaarloosbaar klein' zijn. Bood dit antwoord voldoende geruststelling? Kan wetenschappelijk onderzoek überhaupt antwoord geven op een vraagstuk dat zoveel maatschappelijke reactie oproept? In hoofdstuk 7 wordt hierop ingegaan.

Ook radioactieve straling spreekt tot de verbeelding. Sinds de wereld in 1945 kennismakte met de kracht van de atoombom, bestaat het beeld dat radioactieve straling voor de mens dodelijk is. De kernrampen in Tsjernobyl (1986) en Fukushima (2011) hebben op zijn zachtst gezegd niet bijgedragen aan geruststelling van het publiek en veeleer het beeld versterkt dat kerncentrales onveilig zijn. In 2017 eisten demonstranten de sluiting van twee Belgische kerncentrales die vlakbij de Nederlandse grens gelegen zijn. In hetzelfde jaar werden er vanuit de overheid, als preparatie op een eventueel incident met een kernreactor, jodiumtabletten verstuurd aan 1,2 miljoen huishoudens. De maatschappelijke reacties op deze gebeurtenissen maakten duidelijk waar mensen zich zorgen over maken als het om radioactieve straling gaat. In hoofdstuk 8 wordt ingegaan op de beleving van dat risico en staat de vraag centraal hoe in de risico- en crisiscommunicatie aansluiting kan worden gevonden bij de beleving van het publiek.

Continuïteit van zorg

In Nederland is het een grondrecht om toegang te hebben tot goede gezondheidszorg. Soms doen zich echter situaties voor waarin dit recht onder druk komt te staan. In september 2015 sprong er in Amsterdam een drinkwaterleiding, vlakbij het VU Medisch Centrum (VUmc). Het water stroomde de kelder van het ziekenhuis in, waardoor de kans ontstond dat er kortsluiting zou ontstaan. Het crisisteam van het VUmc besloot de stroomvoorziening preventief uit te schakelen. Dit betekende echter dat de continuïteit van zorg aan patiënten niet langer kon worden gegarandeerd. Besloten werd om over te gaan tot evacuatie van alle ruim driehonderd patiënten. De vraag die in hoofdstuk 9 centraal staat, is hoe de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis zich in een dergelijke situatie verhoudt tot de verantwoordelijkheid van hulpdiensten. Wie had bij de evacuatie van de patiënten de leiding?

Met de sluiting in 2018 van de IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland, vanwege faillissement, kwam de continuïteit van zorg eveneens onder druk te staan. Op één en dezelfde dag sloten twee medische centra en verdwenen uit de provincie de spoedeisende hulp, een polikliniek en een verloskundige praktijk. De impact van de sluiting was groot. Met een faillissement had geen van de betrokken partijen rekening gehouden, behalve mogelijk de verzekeraar die niet langer de noodlijdende ziekenhuizen wenste te financieren. Ook in hoofdstuk 10 wordt ingegaan op de vraag wie de regie had. Welke rol is er in zo'n geval voor het ministerie van VWS weggelegd? En wat kan een gemeente doen?

Klimaatverandering

In het laatste hoofdstuk wordt aandacht besteed aan een gezondheidsdreiging die zich door de klimaatverandering steeds vaker zal voordoen, namelijk een zomerse periode met langdurige hitte. In de afgelopen decennia was er in Nederland steeds vaker een hittegolf. Zowel de frequentie van de warme periodes, alsook de intensiteit van de hitte is toegenomen. Aanhoudende hitte brengt vooral voor bepaalde groepen mensen risico's met zich mee. Mensen kunnen door de hitte bevangen raken en onwel worden, en vaak is er sprake van een toename van sterfte onder ouderen. In hoofdstuk 11 wordt ingegaan op de vraag in hoeverre risicocommunicatie mensen kan aanzetten tot het aanpassen van hun gedrag.

Met deze casus en het daaraan voorafgaande inleidend hoofdstuk biedt deze speciale editie hopelijk herkenning en tegelijk ook nieuwe inzichten in de processen en dynamiek die bij gezondheids crises een rol spelen.

Vina Wijkhuijs
Menno van Duin

7

Gezondheidscrises: een introductie

*Marleen Kraaij-Dirkzwager, Nadiéh Taks, Michel Dückers,
Menno van Duin*

1.1 Inleiding

Voor veel mensen is hun gezondheid een groot goed. In situaties waarin de gezondheid van mensen in het geding is, volgt er daarom vaak een discussie over de gezondheidseffecten van die situatie en wat te doen om gezondheidsschade te beperken. Maar wat is eigenlijk gezondheid? Wanneer kan worden gezegd dat er een relatie bestaat tussen een gebeurtenis en iemands gezondheid? Beschouwen we dan alleen de acute effecten van de gebeurtenis of ook de effecten op langere termijn? En aan wie is het om daar wat aan te doen? In dit hoofdstuk gaan we in op deze vragen en schetsen we de context van gezondheidscrises die zich overigens in heel verschillende gedaanten kunnen voordoen.

Allereerst gaan we in paragraaf 1.2 in op het begrip gezondheid en op de factoren die op de gezondheid van mensen van invloed zijn. Vervolgens zetten we in paragraaf 1.3 uiteen welke organisaties bij gezondheidscrises een rol (zouden kunnen) spelen. In paragraaf 1.4 behandelen we een vijftal dilemma's die bij gezondheidscrises te onderscheiden zijn. We nemen daarbij de coronacrisis als voorbeeld. Aansluitend richten we in paragraaf 1.5 de aandacht op diegenen die door een crisis worden geraakt en gaan we in op de vraag wat hun behoeften zijn en hoe daarmee om te gaan. We sluiten het hoofdstuk af met enkele noties over het leren omgaan met crisissituaties.

1.2 Het begrip gezondheid

Bij haar oprichting in 1948 definieerde de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) gezondheid als: ‘Een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet louter de afwezigheid van ziekte of gebrek.’ Deze definitie is nadien om verschillende redenen bekritiseerd. Het zou onrealistisch en te ambitieus zijn om ooit in een dergelijke staat te verkeren. Ook zou deze definiëring van gezondheid onbedoeld medicalisering in de hand werken. Praktisch iedereen met een chronische ziekte zou volgens deze definitie nooit gezond zijn, terwijl een deel van hen de kwaliteit van hun leven als (zeer) goed ervaart. In 2011 kwam Machteld Huber met een alternatieve definitie, waarin ze gezondheid beschouwt als het vermogen van mensen om zich aan te passen, zelf de regie te voeren over hun welbevinden en een balans te vinden binnen de omstandigheden waarin zij zich bevinden (Huber, 2011). Dit holistische uitgangspunt is overigens niet nieuw. De Griekse arts Hippocrates (circa 460-370 v. Chr.) beschreef gezondheid al als een staat van balans tussen verschillende elementen die verschillende eigenschappen representeerden. De Britse verpleegkundige Florence Nightingale (1820-1910) borduurde hierop voort. Zij benoemde zes factoren waarop gelet zou moeten worden voor een goede gezondheid: eten en drinken, slapen en waken, licht en lucht, bewegen en rust, afscheidingen en uitscheidingen en gemoedsbewegingen.

De definitie van gezondheid verandert dus door de eeuwen heen en wordt beïnvloed door wetenschappelijke inzichten en maatschappelijke ontwikkelingen. Er wordt voortdurend discussie gevoerd over wat moet worden verstaan onder ‘gezondheid’, ‘welzijn’ en ‘kwaliteit van leven’ en hoe dit te meten (Mackenbach & Stronks, 2016).

1.2.1 *Perspectieven op gezondheid*

Inherent aan crises is dat keuzes moeten worden gemaakt, waarbij soms conflicterende belangen tegen elkaar moeten worden afgewogen. Dat de volksgezondheid centraal staat, wordt meestal niet betwist, maar hoe dit uitgangspunt in specifieke omstandigheden na te streven, is vaak een discussiepunt. Hoe bijvoorbeeld de volksgezondheid te dienen als ook economische belangen een rol spelen? Moeten

geitenstallen worden geruimd, als onder omwonenden sprake blijkt van Q-koorts, een infectieziekte die overdraagbaar is van dier op mens? Of moet een fabriek met enkele honderden werknemers worden gesloten, vanwege de uitstoot van chemische stoffen die nadelig zijn voor de leefomgeving en gezondheid van omwonenden? Hoe om te gaan met nieuwe technologieën, die bedoeld zijn om duurzaamheid te stimuleren, maar waarvan de risico's voor de (volks)gezondheid nog onbekend zijn? Het oordeel over de wenselijkheid van maatregelen hangt af van uit welk perspectief iemand naar volksgezondheid kijkt. Ook maakt het uit of het individueel of het collectief belang als uitgangspunt wordt genomen. Maatregelen gericht op het collectief kunnen immers nadelig zijn voor individuen. Vaccinaties, bijvoorbeeld, hebben voordelen voor velen, maar enkelen kunnen ernstig ziek worden door de bijwerkingen ervan.

Om de dialoog over volksgezondheid te faciliteren, heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) vier perspectieven op volksgezondheid omschreven: 'Op en top gezond', 'Iedereen doet mee', 'Heft in eigen handen' en 'Gezonde welvaart' (RIVM, 2014a). Het perspectief van waaruit gekeken wordt, is van invloed op de keuzes die men maakt om de gezondheid van mensen te bevorderen. Binnen de verschillende perspectieven hebben begrippen als gezondheid, preventie en kwaliteit van zorg andere betekenissen (Schoemaker et al., 2020). Zo zullen diegenen die primair kijken vanuit het perspectief 'Op en top gezond' de gezondheid van mensen beschouwen als de afwezigheid van ziekte, terwijl diegenen die het perspectief 'Iedereen doet mee' als uitgangspunt nemen, gezondheid definiëren als 'je bent gezond als je deelneemt aan de maatschappij' (ongeacht je ziektes of beperkingen). Het perspectief is dus bepalend voor de beeld- en oordeelsvorming. Dit maakt ook dat experts, vanuit hun expertise, onderzoeksuitkomsten verschillend kunnen waarderen, hetgeen vaak aanleiding geeft tot discussies (Schoemaker et al., 2020; Weiss, 2003). Bijvoorbeeld: wanneer is bepaalde informatie zwaarwegend genoeg om maatregelen te treffen? Het is daarom belangrijk om kennis te hebben van de wetenschappelijke controverses die in een maatschappelijke discussie spelen. Worden de controverses gedreven door onzekerheden, die met verdiepend onderzoek op te lossen zijn? Of is eerder sprake van verschillende perspectieven op gezondheid en de beste weg ernaartoe?

1.2.2 Gezondheidsdeterminanten

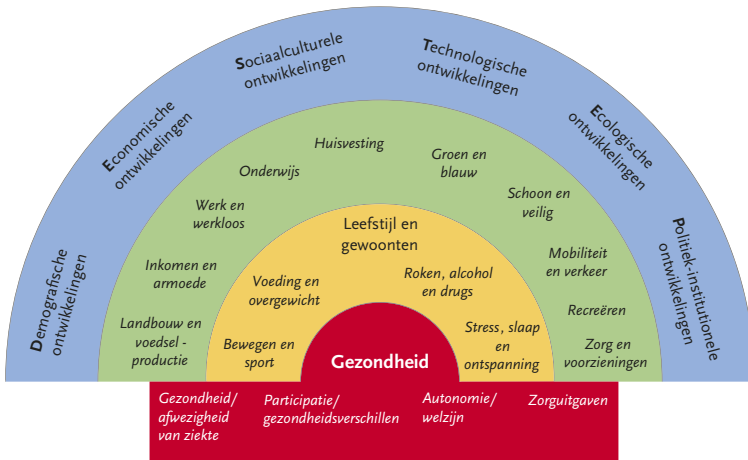
Terwijl de definitie van gezondheid door de jaren heen ter discussie staat, is er consensus over het feit dat verschillende factoren bepalen of iemand gezond is. Inzicht in deze zogenoemde gezondheidsdeterminanten biedt aangrijpingspunten om de gezondheid te verbeteren (Mackenbach & Stronks, 2016). Er zijn verschillende pogingen gedaan om de determinanten van gezondheid te structureren en ten opzichte van elkaar te positioneren.¹ Een bekend voorbeeld is het model van Lalonde (1974), die vier categorieën van determinanten onderscheidt:

1. biologische factoren;
2. omgeving;
3. leefstijl;
4. voorzieningen in de gezondheidszorg.

Sommige determinanten zijn inherent aan de persoon, zoals aangeboren biologische of erfelijke factoren (genetisch bepaalde aanleg voor bepaalde ziekten), de verworven lichamelijke factoren (hoge bloeddruk, overgewicht en dergelijke) en verworven psychische factoren (stress, copingstijl). Maar evenzo is de nauwe relatie tussen de mens en zijn omgeving van invloed. Hierbij valt te denken aan de fysieke omgeving (lawaai, luchtverontreiniging en verkeersonveiligheid), de sociale omgeving (relaties, werkbelasting en sociaaleconomische status) en de biologische omgeving (parasieten, bacteriën, virussen). Ook de leefstijl is van invloed. Daarbij valt te denken aan voeding, slaap, lichaamsbeweging, (seksueel) gedrag en andere gewoonten (zoals tabak- en alcoholgebruik). Ten slotte zijn beleidskeuzes, maatschappelijke ontwikkelingen (denk aan economische groei of tegenspoed) en de kwaliteit van het zorgstelsel van invloed op de volksgezondheid. In figuur 1.1 wordt de waaier aan determinanten gevisualiseerd.

1 Een alternatieve ordening wordt gehanteerd door de *Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development*. In dat model worden rampen en crises in de leefomgeving expliciet meegenomen als risicofactoren (zie Patel et al., 2018).

Figuur 1.1 Conceptueel model van determinanten van gezondheid



Bron: RIVM, 2018 (gebaseerd op Dahlgren & Whitehead, 1991)

Experts verwachten een groot aantal uitdagingen voor de volksgezondheid als gevolg van de globalisering, de klimaatverandering, de vergrijzing en de veranderende arbeidsmarkt (met meer flexwerkers en een 24 uurseconomie met meer nachtwerk en continue bereikbaarheid). Een crisis of ramp, groot of klein, kan bepaalde groepen mensen harder raken, afhankelijk van de determinanten die door de gebeurtenis worden geraakt. Inzicht in en kennis van gezondheidsdeterminanten is van belang om maatregelen te kunnen treffen die de nadelige gevolgen van een ramp of crisis minimaliseren en geen extra schade berokkenen. Inzicht in de eigenschappen van de bevolking die door een ramp of crisis getroffen wordt, is dus essentieel.

1.3 Gezondheid en crisisbeheersing

Er zijn vele typen crises waarbij aandacht nodig is voor de gezondheid van mensen. Zo kunnen we te maken hebben met een acute dreiging (als een hevige brand of ontsnapping van gevaarlijke stoffen) of juist met sluimerende crises waarvan de aardgasbevingen in Groningen en de klimaatverandering voorbeelden zijn. Er kunnen zich situaties voordoen waarbij slachtoffers duidelijk zichtbaar zijn en situaties waarin

dat niet het geval is. Een situatie kan leiden tot fysieke en/of tot psychosociale problemen. Ook kan het bij gezondheids crises vooral gaan om afstemmingsproblemen tussen instanties die bij de afhandeling betrokken zijn, waardoor getroffen en wal en schip vallen met alle gevolgen voor hun gezondheid en welzijn van dien.

Gezien de vele varianten van gezondheids crises is het niet vreemd dat sommigen stellen dat er in de zorg altijd wel sprake is van een crisis. Bij gezondheids crises zijn echter veelal, naast de zorgsector, ook andere sectoren betrokken. Denk bijvoorbeeld aan de verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor voldoende schoon drinkwater, de voedselveiligheid, een gezonde leefomgeving of veilige werkomstandigheden. Die verantwoordelijkheden zijn bij verschillende ministers en decentrale overheden (gemeenten, provincies) belegd. De bestuurlijke rollen en mandaten zijn dus afhankelijk van de oorzaak of de gevolgen van een specifieke gebeurtenis.

In de respons op een gezondheids crisis moeten er meestal meerdere dingen tegelijkertijd gebeuren. Denk aan het opvangen van getroffen, het verrichten van medisch onderzoek, het adviseren van bestuurders, het informeren van (zorg)professionals of het publiek. Om samenhang aan te brengen tussen de inspanningen van verschillende actoren, zal coördinatie moeten plaatsvinden. Doorgaans worden daartoe crisisteam inggericht. Bij gezondheids crises is die coördinerende rol niet altijd eenduidig belegd en bestaat er daarom vaak onduidelijkheid over wie nu wat coördineert, ondanks het feit dat één en ander in wet- en regelgeving is vastgelegd.

1.3.1 *Wet- en regelgeving*

De verantwoordelijkheden om bij gezondheids crises te handelen, zijn vastgelegd in wet- en regelgeving en in beleidsdocumenten. Zo is er de Wet publieke gezondheid (Wpg), die de basis vormt voor de openbare gezondheidszorg, waaronder de bestrijding van infectieziekten en de jeugd- en ouderengezondheidszorg. Daarnaast zijn er nog andere wetten relevant, zoals de Wet veiligheidsregio's (Wvri) en wetgeving om blootstelling aan ziekteverwekkers te beperken en wetgeving om werknemers te beschermen tegen de gezondheidsrisico's die zij bij hun

werkzaamheden lopen.² Verder is er nog de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) die ingaan op het leveren van verantwoorde zorg, ook in buitengewone omstandigheden. Ondanks het bestaan van al deze wet- en regelgeving, laten praktijkervaringen zien dat de verantwoordelijkheden voor bepaalde activiteiten onduidelijk zijn of onvoldoende zijn belegd (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 9 en IGJ, 2020).

1.3.2 *Betrokken actoren*

Bij gezondheidscrises zijn vaak een groot aantal actoren betrokken die elk hun eigen visie hebben op de gebeurtenis en een oordeel hebben over wat er nodig is om de gezondheid van mensen te beschermen. We geven in deze paragraaf een korte introductie van de actoren die bij gezondheidscrises betrokken kunnen zijn. We staan stil bij de zogenoemde ‘witte kolom’, het college van burgemeester en wethouders (college van B&W), gemeentelijke en regionale zorgorganisaties, de rol van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en enkele nationale adviesgremia en toezichhouders.

De witte kolom

De gezondheidszorg, ook wel de ‘witte kolom’ geheten, is een complexe keten. Ruim 1,3 miljoen zorgverleners ondersteunen dagelijks ruim zeventien miljoen Nederlanders in duizenden (deels private) zorginstellingen, waaronder vijfduizend huisartsenpraktijken, een kleine honderd ziekenhuizen, ruim tweehonderd zelfstandige behandelcentra en grofweg tweeduizend verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, instellingen voor langdurige geestelijke gezondheidszorg en instellingen voor revalidatie- en gehandicaptenzorg. Ook de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD) en de geneeskundige hulpverleningsorganisaties in de regio (GHOR-organisaties) kunnen onder de witte kolom worden geschaard. Daarnaast organiseren zorgprofessionals en zorgorganisaties zich in allerlei netwerken: in beroepsverenigingen, brancheverenigingen, werkgeversorganisaties en vakbonden,

2 Het gaat dan bijvoorbeeld om arbowetgeving en om het Besluit risico's zware ongevallen (Brzo) dat betrekking heeft op bedrijven die met gevaarlijke stoffen werken.

langs ketens van diagnoses (met onderscheid tussen planbare en acute zorg) en langs de lijnen van preventie, ‘cure en care’ of op basis van de doelgroep die wordt bediend.

College van B&W

In Nederland zijn veel publieke zorgtaken van oudsher belegd op gemeentelijk niveau en meer specifiek bij het college van B&W. In 2015 heeft het Rijk ook de verantwoordelijkheden rondom de langdurige zorg en ondersteuning, werk en jeugdhulp aan gemeenten overgedragen. Met deze omvangrijke stelselwijziging werd niet alleen een bezuiniging, maar ook een kwaliteitsverbetering beoogd. Het lokale bestuur staat immers dicht bij haar inwoners en dus ook bij hun behoeften aan zorg en ondersteuning. Tot de verantwoordelijkheden van het college van B&W behoort het bevorderen van de continuïteit van de publieke gezondheidszorg, en ook de afstemming daarvan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.³ Daartoe laat het college inzicht verwerven in de gezondheidssituatie van de bevolking op basis van epidemiologische onderzoek (art. 2, lid 2 onder a, Wpg). Hierbij heeft de GGD zowel een adviserende als uitvoerende rol.

GGD en GHOR

De GGD en GHOR-organisaties vervullen tijdens en na incidenten een belangrijke rol in het ondersteunen van getroffen, zorg- en onderwijsinstellingen en het bestuur. De GGD is uitvoerder van beleid (denk aan het Rijksvaccinatieprogramma) en adviseert gevraagd en ongevraagd de colleges van B&W. De GGD verwerft inzicht in onder andere de verspreiding van ziekten in gemeenten en maakt (met universiteiten en kenniscentra) deel uit van de kennisstructuur die Nederland heeft. Ook is de GGD onderdeel van het regionale netwerk van zorginstellingen. Daarmee is de GGD een spin in het gezondheidszorgnetwerk.

Om ervoor te zorgen dat zorginstellingen en zorgverleners bij een ramp of crisis als een geneeskundige keten optreden, zijn de GHOR-organisaties in het leven geroepen. Het doel van de GHOR is dat zowel de acute zorg als de publieke gezondheidszorg naadloos opschaalt van

3 In de Wpg is ook specifiek de plicht vastgelegd om de psychosociale hulp bij rampen te bevorderen.

dagelijkse naar grootschalige hulpverlening. De daadwerkelijke uitvoering van de geneeskundige hulpverlening blijft steeds een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen en zorgverleners zelf. In sommige regio's is de GHOR ondergebracht bij de veiligheidsregio, in andere regio's bij de GGD.

Directeur Publieke Gezondheid

De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) geeft leiding aan de GGD en aan de GHOR-organisatie in de desbetreffende regio, en is in die laatste hoedanigheid lid van de directie van de veiligheidsregio. Een DPG is belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening ten tijde van rampen en crises, zoals infectieziekte-uitbraken en incidenten met gevaarlijke stoffen. De bestuurlijke verantwoordelijkheid ligt in die gevallen bij de burgemeester of de voorzitter van de veiligheidsregio.

De minister van VWS

De minister van VWS is – met de minister voor Medische Zorg en Sport – in algemene zin verantwoordelijk voor de volksgezondheid. Het gaat dan bijvoorbeeld om beleid met betrekking tot ziekenhuizen, geneesmiddelen, ziektekosten en huisartsenzorg. Ook het welzijnsbeleid, zoals de ouderenzorg en het jeugdbeleid, behoren tot het taakveld van de minister. De minister kan voor ondersteuning en advies een beroep doen op verschillende agentschappen, raden en planbureaus en enkele zelfstandige bestuursorganen. Sommige van deze instanties, zoals het RIVM, zijn meer bekend dan andere, zoals de Gezondheidsraad (die advies uitbrengt over de normstelling voor chemische stoffen, het starten van grootschalig gezondheidsonderzoek en vaccinaties), het Zorginstituut Nederland (dat een bijdrage levert aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezondheidszorg) en de Nederlandse Zorgautoriteit (die onder meer toezicht houdt op zorgaanbieders en zorgverzekeraars).

Adviesgremia

Voor bepaalde gezondheidsrisico's kunnen bestuurders te rade gaan bij adviesgremia, veelal via hun DPG. Een bekend voorbeeld is het Outbreak Management Team dat de minister van VWS adviseert bij uitbraken van een infectieziekte. Minder bekend zijn wellicht het Crisis

Expert Team milieu en drinkwater (CET-md), het Crisis Expert Team straling en nucleair (CET-sn) en het Crisis Expert Team psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek (CET-pg) dat in oprichting is. De bijeen te brengen expertise in deze teams is afhankelijk van de vraag die wordt voorgelegd. Voor sommige gezondheidsdreigingen bestaan nog weer specifieke gremia, om de adviezen van de expertteams te beoordelen op financiële, juridische en politiek-bestuurlijke haalbaarheid. Een voorbeeld daarvan is het Bestuurlijk afstemmings-overleg infectieziektebestrijding (BAO) dat de minister van VWS adviseert over de adviezen van het Outbreak Management Team. Het BAO bestaat uit vertegenwoordigers van onder meer het ministerie van VWS, het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb), de GGD en gemeenten.

De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit

De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) heeft als taak de veiligheid van onder meer voedsel en consumentenproducten te bewaken en houdt daartoe toezicht bij bedrijven en instellingen op de naleving van wetten en voorschriften. Wanneer de gezondheidsdreiging afkomstig is van, of gevolgen heeft voor de voedselketen, is de NVWA afhankelijk van de samenwerking met private bedrijven, die een wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheid hebben om veilige producten op de markt te brengen.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de jeugdzorg.⁴ Via klachten, meldingen van calamiteiten en het uitvoeren van inspectiebezoeken bij zorginstellingen en zorgverleners signaleert de IGJ eventuele knelpunten in de zorgverlening. Als de IGJ op basis van haar onderzoek onvoldoende vertrouwen heeft in de kwaliteit of veiligheid van de zorg, kan zij verschillende ingrijpende maatregelen opleggen, bijvoorbeeld het geven van aanwijzingen om maatregelen uit te voeren, een tijdelijk beroepsverbod (in afwachting van een uitspraak van de tuchtrechter) of het instellen van verscherpt toezicht. In het laatste geval dient de instelling binnen een bepaalde tijd de

4 De IGJ komt voort uit een fusie tussen de vroegere Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Jeugdzorg.

tekortkomingen die de inspectie heeft gesignaleerd, weg te nemen. Een inspecteur houdt in de periode van verscherpt toezicht nauw contact met de instelling, bijvoorbeeld door extra (onverwachte) bezoeken af te leggen en resultaatsverslagen op te vragen van het verbeterplan. Ook worden met de verschillende activiteiten die de IGJ verricht, mogelijke risico's in de zorgsector gesignaleerd die onder de aandacht van bestuurders kunnen worden gebracht.⁵

Inspectie SZW

De Inspectie SZW is de toezichthouder op het beleidsterrein van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). De minister van SZW is onder andere verantwoordelijk voor de wet- en regelgeving met betrekking tot de veiligheid en gezondheid van werknemers. De Inspectie SZW houdt toezicht op onder meer de naleving van arbo-wetgeving. Als mensen in hun werkomgeving een gezondheidsrisico lopen, is een soepel samenspel tussen de actoren die betrokken zijn bij een veilige werkomgeving cruciaal.

1.4 Dilemma's bij gezondheidscrises

Gezondheidscrises zijn over het algemeen *wicked problems* oftewel ongestructureerde problemen die lastig oplosbaar zijn, omdat iedere oplossing weer nieuwe problemen creëert. Onzekerheden spelen in deze situaties een grote rol en vaak worden feiten vanuit verschillende standpunten betwist (Rittel & Webber, 1973; zie ook Head, 2019). Bij *wicked problems* zijn veelal een groot aantal partijen betrokken die het probleem en ook de oplossing vanuit hun expertise en hun normen en waarden verschillend definiëren. Ook is er vrijwel altijd sprake van (ogenschijnlijk) tegenstrijdige belangen.

Veel *wicked problems* gaan gepaard met dilemma's; er moet een keuze worden gemaakt tussen alternatieven, waarbij voor elk alternatief wel wat te zeggens valt. In deze paragraaf schetsen wij vijf dilemma's

5 Tijdens de coronapandemie onderhield de IGJ bijvoorbeeld dagelijks contact met onder andere zorgverleners en zorgorganisaties over de effecten van het coronavirus op het werk in de zorg, om zodoende zicht te houden op de kwaliteit van zorg in verschillende sectoren en op mogelijke problemen die deze zorg in de weg zouden kunnen staan.

die vrijwel inherent aan gezondheids crises zijn. We nemen daarbij als voorbeeld de coronacrisis die zoveel verschillende deelproblemen kent, dat in deze crisis ieder relevant dilemma wel tot uiting komt. De eerste drie dilemma's zijn geformuleerd als vraag: wat is het probleem? Hoe erg is het? En wie moet of kan er wat doen? Deze drie vragen worden vaak – in deze volgorde – door crisisteam als leidraad gehanteerd bij de aanpak van een crisis. Hoewel het heldere vragen zijn, zijn ze eenvoudiger gesteld dan dat ze beantwoord kunnen worden. Hetzelfde geldt voor de andere twee dilemma's, waarbij de vraag is welke fundamentele rechten zwaarder moeten wegen en wat het belang is van onderzoek naar gezondheidsrisico's.

1.4.1. *Wat is het probleem?*

Het eerste wat er bij een (dreigende) crisissituatie gedaan moet worden, is het achterhalen van wat er aan de hand is. In veel gevallen zal dat al vrij snel duidelijk zijn: er heeft een explosie plaatsgevonden of er is een dijk doorgebroken waardoor een gebied is overstroomd. Hoewel het incident duidelijk zichtbaar kan zijn, kunnen ook dan nog vragen rijzen. Bijvoorbeeld: was de ontploffing misschien een doelbewuste aanslag of ging er wat mis in het bedrijfsproces waardoor die explosie zich voordeed?

In situaties waarbij de gezondheid van mensen in het geding is, is het soms nog lastiger te bepalen wat het probleem is, omdat de definitie van het probleem wordt verweven met de vraag wie er wat aan zou moeten doen. Als mensen die in de nabijheid van een fabriek wonen, worden blootgesteld aan een bepaalde chemische stof, is dat dan een veiligheidsvraagstuk, een gezondheidsvraagstuk of een (sociaal)economisch vraagstuk? Vermoedelijk alle drie tegelijk. Daar komt bij dat de probleemdefinitie in de loop van de tijd kan veranderen. Wat aanvankelijk als een gezondheidsvraagstuk wordt beschouwd, blijkt gaandeweg mogelijk een sociaaleconomisch probleem.

Illustratief hiervoor is de coronacrisis. In het eerste jaar werd duidelijk een verschuiving in de probleemdefinitie zichtbaar. Aanvankelijk gingen velen ervan uit dat Nederland niet in die mate door de uitbraak van COVID-19 getroffen zou worden als China of Italië. Toen echter ook

in Nederland het aantal besmettingen snel toenam, werd het aanvankelijk vrij eenzijdig beschouwd als een ziekenhuisprobleem. Immers, ziekenhuizen raakten overbelast en er was een gebrek aan ic-capaciteit. Enige tijd later werd zichtbaar dat in een aantal verpleeghuizen zich in korte tijd grote drama's hadden afgespeeld, mede door een tekort aan beschermingsmiddelen. De corona-uitbraak had ook een grote impact op individuen, gezinnen en bedrijven. Scholen en horecagelegenheden gingen dicht en er mocht niet meer in groepsverband gesport worden. De coronacrisis raakte in feite elke sector van de samenleving (van werkomstandigheden tot vrijetijdsbesteding) en de economische en psychosociale gevolgen zijn nog zeker niet volledig in beeld. Ook benadrukt de coronacrisis nog eens het feit dat personen met een lagere sociaaleconomische status hard(er) geraakt (kunnen) worden tijdens een crisis en bestaande ongelijkheden in de samenleving worden uitvergroet. Hoewel de coronacrisis dus als een gezondheidsprobleem kan worden beschouwd, raakt de crisis ook een breder en complex maatschappelijk vraagstuk.⁶ Naarmate een crisis groter is, zullen de problemen zich op een groter aantal terreinen manifesteren.

1.4.2 Hoe erg is het?

Bij gezondheidscrises speelt vaak de vraag: 'hoe erg of gevaarlijk is het?' Het valt meestal niet mee om daar een antwoord op te geven. Zo dient er inzicht te bestaan in de ernst van het risico, waarbij naast onzekerheden in de inschatting van het risico, de duiding van de ernst een oordeel is dat in veel gevallen vatbaar is voor discussie. De geloofwaardigheid van de partij die duidt, speelt daarbij een rol.

Voor lange tijd werd bijvoorbeeld aangenomen dat zich in Groningen geen zware aardbevingen zouden kunnen voordoen als gevolg van de aardgaswinning die daar plaatsvindt, totdat in 2012 in Huizinge een aardbeving plaatsvond met een kracht van 3,6. Het Staatstoezicht op de Mijnen deed nadien een nieuwe risico-inschatting en kwam tot de conclusie dat er rekening moest worden gehouden met de kans op een

6 De complexiteit van dit vraagstuk wordt goed samengevat in een recent verschenen online essay *Gezondheidsverschillen voorbij* van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Op 1 december 2020 ontleend aan adviezen.raadvv.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/.

beving van 4.5 tot misschien wel 5.0. Wat dat vervolgens zou kunnen betekenen voor de veiligheid van de inwoners in Groningen en wat hiertegen het beste zou kunnen worden gedaan, werd een langlopend verhaal (zie hoofdstuk 5).

Ook bij de coronapandemie vergde het tijd om inzicht te krijgen in de daadwerkelijke ernst van het virus. Terwijl de ene persoon nauwelijks merkte dat hij besmet was, leidde het virus bij een groot aantal personen tot langdurige klachten of was het virus dodelijk. Gaandeweg werd steeds duidelijker dat COVID-19 behoorlijk discrimineert, zoals dat ook voor andere besmettelijke ziekten geldt. Door te observeren wie er ziek werden, bleken er aanwijsbare oorzaken voor een ernstig verloop van de ziekte (onder andere leeftijd, overgewicht en onderliggend lijden). Een antwoord op de vraag hoe ernstig het is dat als gevolg van de coronapandemie alleen al in Nederland meer dan tienduizend personen zijn overleden, is daarmee echter nog niet gegeven. Hoe erg is dat? Dient dat te worden vergeleken met het aantal personen dat jaarlijks overlijdt aan griep? Zou het merendeel van diegenen die zijn overleden, al niet binnen relatief korte tijd zijn overleden, en maakt dat iets uit in de beantwoording van de vraag hoe erg het is? Wat de inschatting van de ernst nog lastiger maakt, zijn de gevolgen van de zorg aan coronapatiënten voor de zorg aan andere, reguliere, patiënten. Om de druk op de ziekenhuizen te verminderen, werden operaties uitgesteld en ook stelden mensen zelf een bezoek aan de huisarts uit. Daarnaast hadden de maatregelen om de uitbraak te beheersen duidelijk neveneffecten voor de scholing en persoonlijke ontwikkeling van jongeren, de werkloosheid en het psychisch welzijn (vereenzaming, neerslachtigheid).

Kortom, als wij iets over het begrip ‘gezondheidsrisico’ weten dan is het wel dat het er niet alleen om gaat te weten hoe groot de kans op schade is of hoe ernstig de schade kan zijn; de ernst wordt ook bepaald door de sociale context. Met andere woorden: hoe worden de risico’s beleefd en wat wordt acceptabel gevonden? Het blijkt vaak lastig om vast te stellen hoe erg de situatie nu is of wat nu precies de risico’s zijn en voor wie. Over de ernst van de situatie kan (soms heel) verschillend worden gedacht.

1.4.3 *Wie kan of moet er wat aan doen?*

Hoe een situatie wordt beleefd, bepaalt in belangrijke mate wie er aan zet zal zijn. Het is dus belangrijk om te weten hoe betrokkenen de situatie definiëren. Soms is er organisaties, belangenbehartigers en experts veel aan gelegen iets wél of juist niet als hun probleem te beschouwen. De ene keer is de crisis voor een organisatie een kans, een andere keer zal men proberen het aapje vooral op andermans schouder te krijgen.

De coronacrisis werd aanvankelijk vooral geduid als een probleem voor de ziekenhuizen. Konden de ziekenhuizen de grote stroom aan coronapatiënten wel aan? Zou de ic-capaciteit toereikend zijn? Bestaande structuren bleken onvoldoende antwoord te kunnen bieden op de gerezen problemen. Ondanks de enorme inzet en veerkracht die de individuele zorginstellingen tentoonspreidden, bleek een meer overkoepelende aanpak nodig. Het is een bekend fenomeen dat in crisissituaties soms nieuwe organisaties en netwerken ontstaan, al dan niet verbonden aan bestaande advies- en besluitvormingsstructuren (Kenis & Cambre, 2019). Tijdens de coronacrisis zijn enkele tientallen van dergelijke nieuwe netwerken opgericht, waaronder het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS), het Landelijk Operationeel Team Corona (LOT-C), het Landelijk Coördinatiepunt Geneesmiddelen (LCG) en de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT).

Een nieuwe structuur ontstond ook tussen het Veiligheidsberaad (bestaande uit de voorzitters van alle 25 veiligheidsregio's) en de nationale crisisstructuur op rijksniveau. Om het aantal besmettingen een halt toe te roepen, kondigde het kabinet dwingende maatregelen af die op regionaal niveau in noodverordeningen werden vastgelegd, waarbij (enige) ruimte werd gelaten om aan de maatregelen een regionale invulling te geven. Sommige maatregelen bleken maar lastig uit te leggen. Bovendien hadden de maatregelen tot gevolg dat bepaalde sectoren (zoals de horeca en evenementenbranche) zwaar werden getroffen. Vanuit het Rijk en de gemeenten volgden verschillende tegemoetkomingsregelingen, die geregeld weer tot discussies leidden over welke personen of organisaties voor een tegemoetkoming in aanmerking zouden moeten komen.

Bij een (dreigende) crisis is het vaak lastig om tot coördinatie te komen. Velen raken betrokken, soms tegen wil en dank, terwijl anderen juist graag iets willen doen. Soms hebben partijen forse belangen (een private organisatie die ‘markt’ ruikt, een bestuurder die zijn positie wil versterken). Wie pakt dan de regie? En is dat wel de meest voor de hand liggende persoon of organisatie? En als zoveel partijen verantwoordelijkheid nemen voor een stukje van de puzzel, vallen er dan geen gaten? Coördinatie is gewenst om alle betrokken partijen hun taken te laten uitvoeren, maar het is oppassen voor de valkuil dat de coördinatie op zichzelf een probleem wordt.

1.4.4 *Welke rechten wegen zwaarder?*

Op grond van artikel 11 van de Grondwet heeft eenieder (behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen) het recht op onaantastbaarheid van het lichaam. Deze autonomie om te bepalen hoe je met je lichaam en leven wil omgaan, is daarmee in Nederland een fundamenteel recht. Tegelijkertijd heeft de overheid de verantwoordelijkheid de volksgezondheid te bevorderen, een grondrecht dat is vastgelegd in artikel 22 van de Grondwet. We verwachten veelal dat de overheid zich inzet om onze gezondheid te beschermen en te bevorderen, ook als we zelf wellicht minder zorgvuldig met onze gezondheid omgaan. Er is wel een recht op gezondheidszorg, maar geen plicht om gezond te leven.

Deze en andere fundamentele rechten kunnen bij een crisis met elkaar in conflict komen. Bij de bestrijding van infectieziekten zullen maatregelen die effectief zijn om besmetting te voorkomen, al snel strijdig zijn met persoonlijke vrijheden. Denk aan het afzonderen van zieke mensen (isolatie), het afzonderen van gezonde mensen die mogelijk ziek gaan worden na contact met een besmettelijke bron (quarantaine) of het beperken van sociale contacten. Voor een deel biedt de Wpg de mogelijkheid tot het treffen van dergelijke maatregelen, maar dilemma’s blijven, zoals ook de coronacrisis liet zien. Om bijvoorbeeld inwoners van Nederland te verplichten om in publieke ruimten een mondkapje te dragen, diende eerst een wettelijke basis daartoe te worden vastgelegd. Het verplicht moeten dragen van een mondkapje in

publieke ruimten druist namelijk in tegen het recht op de persoonlijke levenssfeer. Het beperken van groepsvorming (belangrijk om de overdracht van het coronavirus te beperken) bleek moeilijker. De vrijheid van godsdienst, vastgelegd in artikel 6 van de Grondwet, bleek zo eenduidig dat het nauwelijks mogelijk was kerken te verplichten het aantal kerkgangers te beperken tot een bepaald maximum (van bijvoorbeeld dertig). De consequentie hiervan was, dat op een zondagochtend enkele honderden personen psalmen zongen in een kerk, terwijl later die dag in een voetbalstadion dit aantal niet was toegestaan en de fans niet mochten juichen.

Ook in de nabije toekomst zullen dit soort dilemma's blijven spelen, bijvoorbeeld bij de vaccinatie tegen het coronavirus. Bij gezondheidscrises zal vaak een balans moeten worden gevonden tussen de bescherming van groepen mensen en het individueel welzijn. Daarbij, zo laat de historie zien, bestaat een dunne grens tussen voorzorgsmaatregelen enerzijds en de negatieve gevolgen van stigmatisering van mensen anderzijds (Rump, 2020).

1.4.5 *Onderzoek als oplossing of probleem?*

Regelmatig wordt bij crises gevraagd om meer onderzoek en niet zelden leidt dat tot spanningen tussen wetenschap, beleid en uitvoering. Door onderzoek te laten doen, willen betrokken autoriteiten duidelijk maken dat zij het probleem serieus nemen. Soms kan er door onderzoek ook daadwerkelijk meer duidelijkheid worden geboden. Maar ook het 'kopen van tijd' kan een reden zijn eerst nader onderzoek te wensen. Het 'stof' daalt neer, samen met initiële (emotionele) reacties. De rust die dan ontstaat, biedt soms meer mogelijkheden voor een constructieve dialoog. Tegelijkertijd heeft het verrichten van onderzoek ook nadelen, waaronder het optreden van een 'onderzoeksparadox': onderzoek geeft vaak wel antwoord op enkele vragen die leven, maar tegelijkertijd roept het vrijwel altijd ook weer nieuwe vragen op. Dat kan vervolgens weer reden zijn voor verder onderzoek en al snel ligt er een stapel rapporten met deels tegenstrijdige bevindingen. Ook kunnen onderzoeksresultaten soms voor meerdere uitleg vatbaar zijn. Vaak

maakt onderzoek pas duidelijk wat wij allemaal nog niet weten en ligt een ‘rapportenorlog’ op de loer (Van Asselt & Smits, 2008).

Nooit eerder zijn er wereldwijd tegelijkertijd zoveel onderzoeken gestart als tijdens de coronacrisis. Aangezien de coronacrisis aanving als een uitbraak van een nog onbekende infectieziekte, hechtte de regering de eerste maanden veel belang aan de expertise van het RIVM, als kennisinstituut voor infectieziektebestrijding. Gaandeweg werd er (wereldwijd) veel kennis opgebouwd over het virus, het ziektebeeld, de maatregelen om de uitbraak te beheersen en de neveneffecten van die maatregelen. Tegelijkertijd bleven er op veel fronten onduidelijkheden bestaan. Bijvoorbeeld wat betreft de rol van kinderen bij de verspreiding van het virus, de duur van besmettelijkheid en de betekenis van aerosolen, ofwel kleine druppels die in de lucht blijven hangen. Mede door tegenstrijdige onderzoeksresultaten over de invloed daarvan was er enkele maanden een stevige discussie gaande over de zin en onzin van het dragen van mondkapjes. Op aandringen van de Tweede Kamer werd uiteindelijk een mondkapjesplicht ingesteld. Met de tijd zal het nut van het dragen van mondkapjes wellicht duidelijker worden.

Kennis uit onderzoek kan ondersteunend en van toegevoegde waarde zijn bij het maken van (beleids)keuzes. Tegelijkertijd kunnen onderzoekuitkomsten dilemma’s opwerpen. Meer onderzoek zal lang niet altijd leiden tot een pasklaar antwoord. Het vraagt daarom expliciete aandacht om bij maatschappelijke discussies over gezondheidsrisico’s, de uitkomsten van onderzoek zo in te bedden dat ze een bijdrage leveren aan de beeldvorming van de situatie.

1.5 Het gaat altijd om mensen: wie zijn ze, welke behoeften hebben ze en hoe samen te werken?

De dilemma’s zoals hiervoor beschreven zullen bij veel crises met een gezondheidsdimensie een rol spelen. Maar hoe nu om te gaan met de mensen die door de crisis worden geraakt. Of dat nu feitelijk zo is of in de ogen van deze mensen, dat maakt eigenlijk niet uit, want de crisisorganisatie zal er een antwoord op moeten zien te geven. We kunnen allerlei labels gebruiken, zoals burgers, patiënten, slachtoffers, cliënten

of gedupeerden. Maar hoe we de mensen ook noemen, uiteindelijk is hun oordeel bepalend voor het succes van de crisisaanpak. Voor de crisisprofessionals zijn er ruwweg drie uitdagingen: weten om welke mensen het gaat, weten welke behoeften zij hebben en inschatten wat de best passende manier is om samen te werken.

1.5.1 *Om welke mensen gaat het?*

Bij iedere crisissituatie is het cruciaal dat de autoriteiten weten welke mensen risico lopen of geraakt kunnen worden door de situatie of de getroffen maatregelen. Alleen als duidelijk is welke mensen in gevaar zijn, gewond of overleden zijn, iets hebben verloren wat er voor hen toe doet of anderszins zijn gedupeerd, is het mogelijk hen te benaderen en in gesprek te gaan. Registratie van slachtoffers blijkt echter een weerbarstig probleem, zo blijkt uit onderzoek naar Nederlandse crises (Jacobs et al., 2019). De registratie richt zich doorgaans op doden en ernstig gewonden. Ook is informatie vaak versnipperd over verschillende organisaties (zoals de gemeente, zorginstellingen, het Rode Kruis, Slachtofferhulp Nederland, de politie en het Openbaar Ministerie) en wordt ze niet zomaar samengebracht (zie IFV, 2018). Dit geldt bij flitsrampen, zoals branden en explosies, maar ook bij langlopende crises als de aardgasbevingen in Groningen en de coronacrisis. Bij sluimerende crises is het vaak zelfs nog diffuser welke mensen door de crisis worden geraakt en in welke mate. Bij een gezinsdrama is de kring relatief overzichtelijk, bij de coronacrisis gaat het nagenoeg om de gehele samenleving (gezinnen, alleenstaanden, ondernemers, zzp'ers, zorgverleners, patiënten met uitgestelde zorgbehoeften enzovoort). Wrang in dit verband is, dat juist risicogroepen of kwetsbare populaties bij crises lastig te bereiken zijn c.q. buiten beeld blijven (denk aan dak- en thuislozen en migranten). Uit rampenonderzoek komt steevast naar voren dat juist deze groepen een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van gezondheidsklachten (Bonanno et al., 2010). Anders gesteld: een ramp of crisis legt kwetsbaarheden bloot die al aanwezig waren en vergroot deze uit. Het belang om te herkennen om wie het gaat, moet duidelijk zijn: zolang we niet weten om welke mensen het gaat, kunnen we ze ook niet benaderen om na te gaan welke gezondheidsrisico's ze

lopen, aan welke ondersteuning zij behoefte hebben en wat ze verwachten van zorgverleners of de autoriteiten.

1.5.2 *Welke behoeften hebben getroffen?*

Verwachtingen ten aanzien van de overheid

Op zich is het geen raadsel wat mensen van overheden verwachten. Dat gaat om hele basale zaken, zoals een eerlijke bejegening, empathie, op de hoogte worden gehouden en coullance in procedures omwille van de omstandigheden. Dus geen legalistische, ogenschijnlijk onverschillige opstelling van een openbaar bestuur dat vooral met zichzelf bezig lijkt te zijn en zaken lijkt te bagatelliseren. Mensen willen vooral dat hun zorgen en verlies, hun bijzondere status en problemen worden erkend en herkend (Ammerlaan, 2009; Impact, 2014; Jong & Dückers, 2019).

Gangbare behoeften en problemen van mensen bij crises

Behoeften en problemen van mensen kunnen worden ingedeeld in: basishulp (noodhulp, onderdak, veiligheid, acute medische zorg, voeding, medicatie), informatie (over de gebeurtenis, de risico's, het lot van dierbaren), emotionele en sociale steun (erkenning, medeleven, een luisterend oor), praktische hulp (bij huishoudelijke, financiële of juridische zaken) en zorg bij gezondheidsproblemen (van preventie tot behandeling) (Impact, 2014). Goed crisismanagement tijdens gezondheids crises vraagt erom dat we weten welke behoeften en problemen verschillende risicogroepen en verminderd zelfredzamen ervaren (Bakker et al., 2018), en dat we onze verwachtingen verifiëren (Impact, 2014; Dückers, Van Hoof & Holsappel, 2019). Dat hoeft niet altijd via een grootschalig gezondheidsonderzoek, maar kan ook snel en praktisch via een '*rapid needs assessment*' (zie kader).

Zicht op behoeften en problemen van mensen tijdens crises (*rapid needs assessment*)

Belangrijk uitgangspunt bij het verlenen van ondersteuning en zorg bij rampen en crises is dat de zorg aansluit bij de behoeften en problemen van getroffenenen. De multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises (Impact, 2014) beveelt aan om verwachtingen te verifiëren.⁷ Evaluaties laten echter zien dat dit in de praktijk nauwelijks plaatsvindt (Dückers, Van Hoof & Holsappel, 2019; Jacobs et al., 2019). Een *rapid needs assessment* (RNA) is een goede manier om hierin inzicht te verkrijgen, wanneer uitgebreid gezondheidsonderzoek niet mogelijk is. Een RNA omvat het totaal van alle activiteiten die erop gericht zijn om binnen uiterlijk één tot twee weken een beeld te kunnen schetsen van de behoeften en problemen van getroffenenen. Er is een leidraad ontwikkeld die bij verschillende gebeurtenissen en in verschillende fasen (waaronder de voorbereidingsfase) richting kan geven aan RNA's (Dückers et al., 2020). De leidraad spitst zich toe op drie thema's: relevante vragen om te stellen, bestaande informatiebronnen en nieuw te verzamelen informatie. Tijdens de COVID-19-uitbraak is de leidraad toegepast om zicht te krijgen op de behoeften van verschillende doelgroepen (Bosmans et al., 2020a en 2020b).

Een terugkerende behoefte van mensen die getroffen zijn door een crisis met een grote impact op allerlei aspecten van hun leven, is om niet steeds van het kastje naar de muur te worden gestuurd. Zeker bij een grote ramp is de hoeveelheid instanties waarmee mensen op korte of langere termijn te maken kunnen krijgen aanzienlijk. Het ligt echter (helaas) niet voor de hand dat instanties uit eigen beweging hun contact met getroffenenen onderling afstemmen. Dat vraagt expliciet aandacht van crisisprofessionals (zie kader).

Samenbrengen van informatie en diensten: de éénloketfunctie

Het inrichten van een zogenoemde éénloketfunctie is een beproefde maatregel om na een ramp of ernstige crisis ondersteuning aan getroffenenen te stroomlijnen. Zoals de naam suggereert, is het doel ervan om mensen in staat te stellen informatie en diensten zo veel mogelijk via één contactpunt – of in ieder geval een minimum aantal contactpunten – te raadplegen en, indien nodig, door te verwijzen naar passende ondersteuning en zorg door specialisten. Recentelijk zijn hierover lessen uit de literatuur over eerdere rampen in binnen- en buitenland en praktijkervaringen van zowel getroffenenen als gemeentelijke medewerkers,

7 De richtlijn is ontstaan vanuit de psychosociale hulpverlening, maar is toepasbaar bij alle acute en sluimerende crises. Ook als de nadruk (aanvankelijk) ligt op fysieke gevolgen van een gebeurtenis.

dienstverleners en experts bijeengebracht (Dückers, Gerbecks & Jacobs, 2019). Er blijkt behoorlijk wat consensus te bestaan over de kenmerken van de éénloketfunctie. Dat zijn zaken als empathie, een proactieve of *outreaching* houding, vaste contactpersonen (en voorzieningen om te voorkomen dat getroffenene steeds opnieuw hun verhaal moeten vertellen), gelijke behandeling van gelijke gevallen, transparantie, evaluatie van diensten, maar ook maatwerk en flexibiliteit. De naam die aan het loket wordt gegeven is niet belangrijk, maar het moet één plek zijn (met liefst een on- en offline toegang) waar getroffenene terecht kunnen voor algemene informatie en specifieke vragen en hulp bij praktische, juridische en gezondheid gerelateerde problemen. Een éénloketfunctie kan verschillende vormen aannemen. Na de vuurwerkramp in Enschede (2000) en de cafébrand in Volendam (2001) was er een fysiek informatie- en adviescentrum (IAC). Na de vliegcrampen in Tripoli (2010) en met de MH17 (2014) werd een online informatie- en verwijscentrum (IVC) ingericht. Ook valt te denken aan ‘keukentafelgesprekken’ door GGD-artsen en verpleegkundigen, zoals die plaatsvonden bij de langdurige sanering rondom de asfaltfabriek in Olst (Ijzermans & Dücker, 2016) en de casus DuPont (zie hoofdstuk 4).

Bekend is ook dat het gros van de mensen zelf of met hulp van naasten met de gevolgen van een ramp of crisis kan omgaan (Norris et al., 2002; Bonanno et al., 2010). Niettemin, ieder mens is anders in kwetsbaarheden, emoties, veerkracht en reacties op gebeurtenissen (*freeze-flight-flight-adapt*). Mensen die zich zorgen maken om hun gezondheid of die van hun naasten, zoeken informatie of een oplossing voor de problemen waarmee zij worden geconfronteerd en vooral ook erkenning. Zij willen zich gehoord weten in hun onzekerheid, angst en soms boosheid. Er is dus een scala aan verschillende zorgen en behoeften tijdens en na crises. En er zijn vele manieren om daar een passend antwoord op te vinden.

1.5.3 *Hoe om te gaan met uiteenlopende behoeften?*

De zaken die hiervoor zijn genoemd, daarvan mag eigenlijk niemand opkijken. Mensen verwachten in een crisissituatie bovenal dat ze worden gezien, serieus worden genomen en behoorlijk worden behandeld. Als dit niet gebeurt, kan dit leiden tot verlies van vertrouwen in instanties en bekend is dat een eenmaal geschaad vertrouwen niet zomaar terugkeert (Thoresen et al., 2018). De kritiek rondom de nasleep van de vliegcramp in de Bijlmermeer, de Q-koortsepidemie en de aardgasbevingen

in Groningen laat zien hoe belangrijk het is om gehoor te geven aan de gevoelens die leven rondom aantasting van vertrouwen, welzijn en gezondheid. Wanneer we daarin onvoldoende slagen, betekent dit niet alleen veel menselijk leed, maar ook een verlies van legitimiteit voor het openbaar bestuur om te handelen. Het beschadigt de relatie die nodig is om problemen samen op te lossen. Daarnaast is de kans reëel dat op een later moment alsnog forse herstelkosten moeten worden gemaakt.

Omgaan met behoeften en problemen

Wat is dan een passende benadering naar gedupeerden toe? Negeren of niks doen is een risicovolle strategie in een samenleving waarin misstanden breed worden uitgemeten in de (sociale) media. Bovendien kan door een gebrek aan handelen de gezondheid of het welzijn van mensen schade worden aangedaan. Zorgvuldig monitoren, zonder direct te handelen, (*'watchful waiting'*) is een mogelijke benadering. Op basis van de juiste gegevens kan gesignaleerd worden wat mensen nodig zouden kunnen hebben, al bestaat de kans dat kwetsbare groepen onder de radar blijven (soms geven zij minder signalen af of worden deze niet door monitoringsactiviteiten opgevangen). Een derde strategie, *'outreach'*, komt neer op een actieve benadering van gedupeerden (kwetsbare groepen in het bijzonder) met de vraag welke behoeften en problemen zij ervaren, om vervolgens in gesprek te gaan over wie wat zou kunnen doen om de behoeften aan informatie, zorg en ondersteuning in te vullen. Ook hier is steeds de vraag welke ondersteuning wenselijk is, wat haalbaar is, enzovoort. Het actief opzoeken van de interactie verkleint de kans dat mensen over het hoofd worden gezien of dat aanwezige hulpbronnen niet worden aangeboord, omdat deze nog onvoldoende bekend zijn. Een risico van een actieve benadering is wel, dat deze te ver kan doorschieten en mensen worden gepamperd of lastig worden gevallen met een uitvraag of aanbod dat niet nodig of zelfs schadelijk is (Dückers & Thormar, 2015).

Omgaan met initiatieven vanuit de samenleving

Tijdens een crisis wordt aanvankelijk vaak top-down nagedacht en gewerkt. Dat is ook nodig om zo snel mogelijk te handelen. Problemen ontstaan echter als de top-down-benadering niet meer aansluit bij de bottom-up-initiatieven die vanuit de samenleving ontstaan in reactie op de crisis die zich ontvouwt. Dit gebeurt zowel bij kortdurende als bij

creeping crises, waarbij belangen van gezondheid, economie en sociale cohesie (het samenleven) vaak op gespannen voet staan. Naarmate een situatie langer voortduurt, gaan allerlei partijen in de samenleving (maatschappelijke organisaties, bedrijven en burgers) handelen. In crisistijd willen en kunnen partijen binnen de samenleving veel zelf doen. Het faciliteren van initiatieven vanuit de samenleving is weliswaar een uitdaging voor overheidsorganisaties. Vaak sluiten organisatiestructuren niet op elkaar aan en zal voorkomen moeten worden dat bepaalde groepen worden bevoorrecht of ongelijkheden worden vergroot.

Crisisorganisaties en overheidsdiensten kunnen daar op verschillende manieren mee omgaan.⁸ De vermeende wenselijkheid (of schadelijkheid) van het initiatief of gedrag van burgers is veelal bepalend voor de beste benaderingswijze: draagt het op een goede manier bij aan de aanpak van risico's of de collectieve doelen, waaronder gezondheidsbescherming, welzijnsbevordering en het verminderen van spanningen in de samenleving? Daarnaast kan worden gekeken of het initiatief/gedrag in lijn is met wet- en regelgeving: mag dit wel? Die combinatie levert een serie mogelijke benaderingen op. Deze worden weergegeven in tabel 1.2. Wenselijk gedrag (gericht op collectieve doelen) kan worden ondersteund en aangemoedigd, desnoods door (tijdelijk) uitzonderingen te maken in regelgeving (Dückers & Pröpper, 2011).

8 Er zijn vele voorbeelden van zelfredzaamheid en burgerhulp bij crises te vinden in de vakliteratuur. Zie bijvoorbeeld Oberijé, 2011.

Figuur 1.2 Afwegingen ten aanzien van initiatieven vanuit de samenleving

<i>Initiatief/ gedrag is...</i>		...wenselijk gelet op algemeen belang (bijvoorbeeld aanpak gezondheidsrisico's)		
		WENSELIJK <i>(actieve rol bestuur)</i>	NEUTRAAL <i>(passieve rol bestuur)</i>	NIET WENSELIJK <i>(actieve rol bestuur)</i>
...conform wet- en regelgeving	JA	+	o	-
		Ondersteunen Aanmoedigen	Negeren Laten gebeuren	Beargumenteed ontmoedigen Actief ingrijpen (noodregime)
	NEE	+	o/-	-
		Uitzondering maken Beargumenteed aanmoedigen	Gedogen Opschorten Handhaven (mits voldoende capaciteit en prioriteit)	Actief ingrijpen Handhaven

Legenda: wenselijkheid van specifiek initiatief/gedrag: + = positief, o = neutraal, - = negatief

Bron: bewerking van origineel Dückers & Pröpper, 2011

Omgaan met experts

De benaderingswijze ten aanzien van burgerinitiatieven geldt ook ten aanzien van de inbreng van 'experts' die zich tijdens gezondheidscrises mengen in discussies. Experts staat hier tussen aanhalingstekens, omdat op voorhand niet zomaar eenduidig te bepalen is wat iemand in een specifiek vraagstuk een expert maakt. Er zijn ontegenzeggelijk veel personen die kunnen bogen op een wetenschappelijke kennisbasis of jarenlange praktijkervaring en verstandige dingen kunnen zeggen over de wenselijkheid of haalbaarheid van maatregelen. Openbare discussie, gefaciliteerd door vrije media, is ook een kernonderdeel van het democratisch bestel. Echter, de coronacrisis laat ook zien hoe de geloofwaardigheid en legitimiteit van experts en hun inbreng

onderdeel kunnen worden van de discussie waarin zij zich mengen. Bij langdurige crises kan het leiden tot een steeds verdergaande maatschappelijke polarisatie (iedere belangengroep of standpunt een eigen expert). Het kan leiden tot expertmoedigheid en onduidelijkheid (zoveel experts, zoveel standpunten). Ook bemoeilijkt het de toch al ingewikkelde opdracht van overheden om in de toelichting van besluiten recht te doen aan wat er leeft in de samenleving.

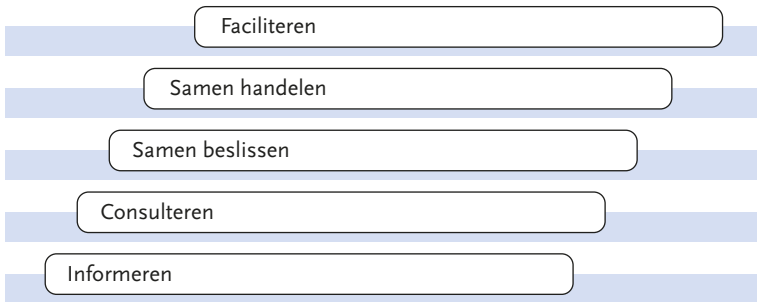
De aanbevolen benadering ten aanzien van experts komt in de basis neer op het actief blijven volgen van de maatschappelijke discussie en hoe deze discussie zich verhoudt tot overheidsmaatregelen. Hoe weloverwogen de communicatiestrategie van de overheid ook is, het blijft altijd onzeker hoe deze uiteindelijk uitpakt in de grillige praktijk van een gezondheidscrisis.

Publieke participatie

Cruciaal bij het maken van keuzes die mensen raken in hun gezondheid, welzijn of vrijheden, is het betrekken van de mensen om wiens gezondheid of veiligheid het gaat. Zij voelen zich daarmee gehoord en eigenaar van het proces en de uitkomsten. Ook wordt mogelijk het draagvlak voor collectieve maatregelen vergroot en wordt alle wijsheid benut. Zogenaemde participatieladders (waarvan diverse varianten te vinden zijn in de literatuur, zie bijvoorbeeld Arnstein, 1969; Dücker & Pröpper, 2011; Kraaij-Dirkzwager, Schol & Schuitmaker-Warnaar, 2019) zijn behulpzaam bij het nadenken over de wijze waarop en de mate waarin belanghebbenden kunnen worden betrokken. In onderstaande figuur 1.3 wordt een dergelijke participatieladder afgebeeld.

De participatieladder gaat uit van een ondergrens die neerkomt op goed informeren van alle betrokkenen. Informatie vormt immers de basis om beslissingen te kunnen nemen. Een volgende trede bestaat uit het consulteren: belanghebbenden zijn gesprekspartners, waarbij een inventarisatie plaatsvindt van ervaringen, meningen en nieuwe ideeën. Daarna volgt het samen beslissen, waarbij gezamenlijk naar oplossingen wordt gezocht. Vervolgens komt het samen handelen, waarbij niet alleen gezamenlijk naar oplossingen wordt gezocht, maar de oplossingen ook gezamenlijk worden uitgevoerd. De ladder eindigt met het faciliteren van initiatieven. Initiatieven worden omarmd en er wordt ondersteuning geboden bij de uitvoering.

Figuur 1.3 Participatieladder



De treden kunnen worden doorlopen vanuit het perspectief van de autoriteiten, waarbij partijen in de samenleving gaandeweg worden betrokken bij het beklimmen van de ladder. Maar het kan evengoed omgekeerd: ook bedrijven, het maatschappelijk middenveld en burgers kunnen het initiatief nemen en overheden en diensten erbij betrekken.

Waar het initiatief ook ligt om de ander mee te nemen, het betrekken van andere belanghebbenden in gezondheids crises is geen sinecure. Samenwerking tussen crisisautoriteiten en partijen in de samenleving is noodzakelijk om de publieke gezondheid en veiligheid te borgen, op een manier die recht doet aan basale behoeften en verwachtingen van burgers: ‘niets over mij zonder mij’. In elke gezondheids crisis zal er dus een balans gevonden moeten worden tussen het ophalen en vervullen van de behoeften van getroffenen, zonder dat er verwachtingen worden gecreëerd of afspraken worden gemaakt die niet kunnen worden nagekomen.

Aardbevingsoefening Groningen

Enkele dagen na de aardbeving bij Zeerijp (8 januari 2018) kwam tijdens de raadsvergadering van de gemeente Loppersum een bezorgde vrouw aan het woord. Zij gaf aan dat zij zich in de steek gelaten voelde, omdat in haar beleving de overheid onvoldoende had gecommuniceerd en zij niet wist wat ze bij zo'n zware aardbeving moest doen. Toch weten tienduizenden Groningers inmiddels wat een aardbeving met hen doet; hoe het voelt en hoe ze zich op een aardbeving kunnen voorbereiden. De kunst was om die kennis te bundelen. Na diverse gesprekken met wijkcomités en bewonersinitiatieven organiseerde de Veiligheidsregio Groningen in het najaar van 2018 met een groot deel van de 1.200 inwoners van Zuidwolde een grote aardbevingsoefening. Het dorp was het

toneel van een levensechte simulatie. Toen het bulderende geluid van de aardbeving de huizen letterlijk deed trillen, bleven de hulpdiensten de eerste uren weg, want ook in werkelijkheid zullen de hulpdiensten niet overal meteen aanwezig kunnen zijn. Doel van de oefening was de zelf- en samenredzaamheid van de inwoners te stimuleren. Zowel voorafgaand aan als na de oefening vonden verschillende bijeenkomsten plaats waar inwoners en hulpverleners hun ervaringen en ideeën uitwisselden. Dat leverde een lijst op met *good practices*: wat kun je doen als er een aardbeving is? Deze lijst is via de dorpencoördinatoren van de Groningse gemeenten in alle dorpen verspreid. De belangrijkste les die is opgedaan, is te luisteren naar inwoners en met hen in gesprek te gaan, om zo het draagvlak en vertrouwen te versterken.⁹

Diversiteit aan netwerken

Afhankelijk van de situatie en de voorgenomen maatregelen zijn verschillende actoren of netwerken betrokken of zullen deze geactiveerd moeten worden. We kunnen dit toespitsen door de vijf crisismanagementtaken die te onderscheiden zijn (en waar in hoofdstuk 4 meer uitgebreid op in wordt gaan), te beschouwen als participatiethema's: beeld- en oordeelvorming, besluitvorming, coördinatie, betekenisgeving, verantwoording en leren. Bij gezondheids crises is er binnen deze crisismanagementtaken veelal sprake van verschillende deelprocessen. De mate waarin verschillende partijen participeren, varieert daarmee gedurende het proces, wat voor betrokkenen (en ook voor buitenstaanders) soms verwarrend kan zijn. Ter illustratie: tijdens de corona-uitbraak in Nederland was het netwerk dat betrokken was bij het verspreiden van persoonlijke beschermingsmiddelen een ander netwerk dan het netwerk dat betrokken was bij het verkrijgen en verspreiden van het vaccin. Het netwerk dat zo snel mogelijk de kennis over een optimale behandeling van coronapatiënten moest vergaren, was weer een ander netwerk dan het netwerk dat besluiten moest nemen over de beste manier om mensen te testen of voor te lichten over thuisisolatie. Daarnaast is er binnen de netwerken variatie mogelijk in regie. Deze kan plaatsvinden vanuit de overheid, een beroepsgroep, een koepelorganisatie of alle drie.

9 Meer informatie over de aardbevingsoefening van 2018 is te vinden op de website van Veiligheidsregio Groningen: veiligheidsregiogroningen.nl/nieuws/aardbevingen/aardbevingsoefening-2018.

Door hier verschillende netwerken bij te betrekken, kunnen verschillende perspectieven worden benoemd en verkend. Hierdoor kan begrip ontstaan voor zaken die een rol spelen en voor het gedrag en de attitudes van belanghebbenden, wat mogelijk een aanknopingspunt biedt voor verbeteringen in de aanpak van de crisis. Hiertegenover staat dat het betrekken van belanghebbenden, met elk hun eigen doelen, belangen en voorkeuren, er juist toe kan leiden dat *wicked problems* en slepende besluitvormingsprocessen ontstaan. Het is daarom vooral zoeken naar de mate en vorm waarin belanghebbenden betrokken kunnen en willen worden bij het bereiken van collectieve doelen, die geen van de partijen eigenstandig kan bereiken (Terpstra, 2001; Kraaij-Dirkzwager, Schol & Schuitmaker, 2019). Het inzichtelijk maken van collectieve doelen en erkennen dat partijen ook hun eigen belangen mogen en zelfs moeten behartigen, is daarmee wezenlijk voor het managen van gezondheidscrises.

1.6 Tot slot

Crisisbeheersing kan worden beschouwd als een vak, waarin ervaring moet worden opgedaan. Ervaring is een van de belangrijkste voorwaarden voor succesvol handelen, óók tijdens een crisis (Van Duin, 2011). Incidenten en crises zijn echter zeldzame gebeurtenissen, waardoor het voor diegenen die bij de incidentbestrijding of crisisbeheersing betrokken zijn veelal de eerste keer is dat zij met een dergelijke situatie te maken krijgen. Crisisbeheersing blijft mensenwerk en tijdens crises moet veelal onder tijdsdruk worden gepresteerd; onvoorspelbaarheid en improviseren zijn eerder regel dan uitzondering. In opleidingen van crisisprofessionals wordt daarom aandacht besteed aan de ‘human factor’, ook wel ‘soft skills’ geheten, waarbij het gaat om communicatieve vaardigheden en vlot kunnen samenwerken in teams. Ook de kunst om de risico’s en waarden die in het geding zijn vanuit verschillende perspectieven in ogenschouw te nemen, is essentieel. Om crisisprofessionals goed toe te rusten, is daarom aandacht nodig voor het kunnen omgaan met onzekerheid en met het spanningsveld tussen wetenschap, beleid en praktijk. Een dialoog over dilemma’s kan daarbij behulpzaam zijn.



Toch een mooi gebaar van Foppe Paling en Zalm #bloemetje
<http://pic.twitter.com/G39ScYPy>

Andrej Banušić @xesisoj

2 Recall van gerookte zalm uit Harderwijk

Vina Wijkhuijs

2.1 Inleiding

Op vrijdag 28 september 2012 gaat het bedrijf Foppen Paling & Zalm, op aanwijzing van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA), over tot een zogenoemde *recall* van de door het bedrijf vervaardigde gerookte zalm. De aanleiding hiervoor is dat door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een toename is geconstateerd van het aantal ziektegevallen dat verband houdt met een salmonellabesmetting. Uit onderzoek is gebleken dat zalmproducten van Foppen daar de oorzaak van zijn. De mogelijk besmette producten van het visverwerkingsbedrijf worden uit de schappen gehaald. Door zowel de NVWA als door Foppen wordt naarstig gezocht naar wat de bron van de salmonellabesmetting kan zijn.

Het komt niet vaak, maar toch met enige regelmaat voor dat vanwege een (mogelijke) voedselinfectie producten van de markt worden gehaald. De impact van zo'n 'terughaalactie' is groot, zowel onder consumenten als voor de betreffende onderneming en marktsector.

Het dilemma waar autoriteiten bij vermoedens van een voedselinfectie voor staan, is dat van snelheid versus zorgvuldigheid. Gezien de gevolgen van de voedselinfectie voor de volksgezondheid is enerzijds snelheid van handelen geboden. Anderzijds dienen autoriteiten zorgvuldig te opereren, opdat de verkoop van producten niet onnodig wordt verstoord. Bij de uitbraak van de EHEC-bacterie in Duitsland (2011) deden autoriteiten te voorbarig de mededeling dat komkommers besmet zouden zijn, wat voor de betreffende sector enorme consequenties had. In dit hoofdstuk vormt die casus het uitgangspunt voor een

analyse van het optreden van het RIVM en de NVWA bij de recall van gerookte zalm in het najaar van 2012. De vraag is wat uit deze casus kan worden geleerd over de afstemming tussen autoriteiten en de betrokken onderneming.

2.2 Feitenrelaas

Eind juli 2012 constateert het RIVM een toename van het aantal ziektegevallen waarbij sprake is van een salmonellabesmetting. Uit onderzoek blijkt dat het bij de meeste gevallen gaat om hetzelfde type salmonella: de *Salmonella* Thompson. De bacterie veroorzaakt een infectie van de darmen en kan leiden tot koorts, diarree, misselijkheid en buikkrampen. Niet iedereen wordt ziek, maar besmetting kan vooral bij jonge kinderen en oudere personen ernstige gevolgen hebben.

Door de toename van het aantal ziektegevallen als gevolg van dit type salmonella is het voor het RIVM duidelijk dat er iets mis is. Na onderzoek door het RIVM en de NVWA blijkt vervolgens dat de salmonellabesmetting veroorzaakt wordt door gerookte zalm van het visverwerkingsbedrijf Foppen uit Harderwijk.

Op vrijdag 28 september 2012 start Foppen op aanwijzing van de NVWA met een recall van zijn gerookte zalm. De NVWA (en later ook het RIVM) plaatst hierover een nieuwsbericht op zijn website,¹ dat door diverse nieuwssites en in dagbladen (die op zaterdag 29 september verschijnen) wordt overgenomen. Daarbij wordt verwezen naar de website van de NVWA, waar consumenten kunnen nagaan welke producten mogelijk verontreinigd zijn. Het betreft een lijst van (op dat moment) 37 producten.

Foppen levert behalve aan groothandelsbedrijven en vishandelaren ook aan een groot aantal supermarkten (onder andere Albert Heijn, Aldi en Jumbo). De winkels en handelaren worden dringend verzocht de gerookte zalm uit de schappen te halen. Via advertenties in dagbladen van maandag 1 oktober 2012 waarschuwt Foppen daarnaast

1 Zie NVWA, 28 september 2012. Actueel: Gerookte zalm met salmonellabesmetting niet eten. Op 1 juni 2013 ontleend aan www.vwa.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/2026361.

consumenten de gerookte zalm niet te eten en weg te gooien.² Consumenten kunnen hun geld voor reeds aangeschafte producten terugkrijgen door de productcode op de verpakking uit te knippen en naar Foppen op te sturen. Geadviseerd wordt vervolgens wel goed de handen te wassen. Wellicht omdat in die dagen nog andere nieuwswaardige zaken spelen (zoals de nasleep van de rellen in Haren en het DNA-onderzoek in de zaak Marianne Vaatstra), besteedt het *NOS-Journaal* pas op dinsdag 2 oktober aandacht aan de salmonellabesmetting.³ Aan het woord komen zowel de kwaliteitsmanager van Foppen als de directeur Infectieziektebestrijding van het RIVM. De laatste meldt dat inmiddels bij 200 mensen besmetting met de *Salmonella Thompson* is vastgesteld.

Op woensdag 3 oktober 2012 blijken ook producten waarin gerookte zalm is verwerkt, mogelijk verontreinigd te zijn. De lijst met mogelijk besmette producten wordt uitgebreid met twaalf producten, voornamelijk (maaltijd)salades.

Hoewel de producten van Foppen niet op grote schaal naar het buitenland worden geëxporteerd,⁴ zijn begin oktober ook in de VS ruim 100 patiënten ziek geworden als gevolg van hetzelfde type salmonella. Ondanks het feit dat niet vaststaat dat de betreffende besmettingen veroorzaakt zijn door de zalm van Foppen, adviseert het bedrijf zijn afnemer in de VS de producten van de markt te halen en consumenten in te lichten. Op zijn website plaatst Foppen ook zelf een bericht ten behoeve van Amerikaanse consumenten.

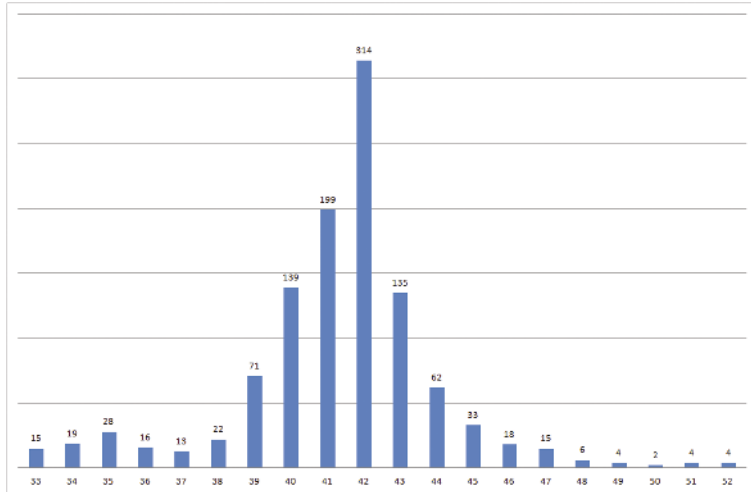
Op 16 oktober 2012 meldt Foppen dat het bedrijf de oorzaak van de besmetting heeft weten te achterhalen. In een vestiging van het bedrijf in Griekenland had de salmonellabacterie zich genesteld in schalen die bij het productieproces werden gebruikt. Rond die tijd, medio oktober, bereikt het aantal nieuwe ziektegevallen in Nederland een piek. Na week 42 (met 314 nieuwe ziektegevallen) neemt het aantal binnen enkele weken snel af (zie figuur 2.1).

2 Zie Productwaarschuwing.nl, 28 september 2012. Terughaalactie gerookte zalm en zalmproducten. Op 1 juni 2013 ontleend aan www.productwaarschuwing.nl/2012/september.php?#fpggrzm.

3 Uitzending *NOS-Journaal* van 2 oktober 2012, 'Honderden ziek door gerookte zalm'. Op 1 juni 2013 ontleend aan <http://nos.nl/video/425013-honderden-ziek-door-gerookte-zalm.html>.

4 Naast Nederland wordt de zalm gedistribueerd in België, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg, Zwitserland, Canada, Mexico en de VS.

Figuur 2.1 Aantal nieuwe ziektegevallen in Nederland per week als gevolg van besmetting met Salmonella Thompson (bron: RIVM)⁵



Het visverwerkingsbedrijf Foppen heeft medio oktober inmiddels 300 schadeclaims ontvangen van mensen die menen dat zij door de besmette zalm schade hebben geleden. De slachtoffers willen smartengeld en eisen van de firma een vergoeding voor inkomstenverlies en gemaakte ziektekosten.⁶ Volgens de letselschadeadvocaat die de belangen van de slachtoffers behartigt, gaat het per persoon om een paar honderd tot een paar duizend euro. Het visverwerkingsbedrijf, dat voor dit soort schade verzekerd is, staat hier welwillend tegenover. In een verklaring aan het ANP meldt Foppen dat ‘een vergoeding zal worden verleend aan consumenten van wie (aantoonbaar) vaststaat dat zij ziek zijn geworden als gevolg van de salmonellabesmetting van gerookte zalmproducten van Foppen.’⁷ Over de schaderegeling vindt reeds overleg plaats tussen de letselschadeadvocaat en de verzekeraar van het bedrijf.

5 RIVM, 7 januari 2013. Onderwerpen: Salmonella-Thompson uitbraak 2012. Op 1 juni 2013 ontleend aan www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/S/Salmonella_Thompson_uitbraak_2012.

6 ‘Slachtoffers eisen geld Foppen’, *De Telegraaf*, 18 oktober 2012.

7 ‘Vergoeding voor slachtoffers besmette zalm’, *De Telegraaf*, 21 oktober 2012.

Medio oktober wordt tevens duidelijk dat door de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) het optreden rond de salmonellabesmetting zal worden geëvalueerd. De OvV wil weten hoe het visverwerkingsbedrijf met het risico van salmonellabesmetting is omgegaan en ook de rol van de overheid bij de aanpak en bestrijding van de besmetting wordt bekeken. Het onderzoek moet leiden tot een advies over hoe in de toekomst met een dergelijke uitbraak moet worden omgegaan.

Eind 2012 wordt bekend dat in Nederland in totaal 1149 personen met de *Salmonella* Thompson besmet zijn geraakt (door het eten van gerookte zalm van Foppen). Het werkelijke aantal besmette personen ligt waarschijnlijk wat hoger, omdat in Nederland voor dit type salmonella-infectie, in tegenstelling tot andere infectieziekten (als tuberculose, mazelen, kinkhoest en EHEC), geen meldingsplicht bestaat en dus niet alle gevallen bij respectievelijk de huisarts en het RIVM gemeld zullen zijn.⁸ Vier mensen, vooral oudere personen, zijn (mede) als gevolg van de besmetting overleden.

2.3 Dilemma: snelheid versus zorgvuldigheid

In deze casus waren niet primair lokale overheden of regionale hulpdiensten betrokken, maar was de crisisbeheersing in handen van het RIVM en de NVWA, beide vallend onder de minister van VWS. Hun zorg was te voorkomen dat meer mensen een salmonellabesmetting zouden oplopen. ‘Onze primaire verantwoordelijkheden liggen bij de voedselveiligheid, de volksgezondheid en de bescherming van de consument’, aldus de hoofdinspecteur Consument en Veiligheid van de NVWA.⁹

Daarnaast had uiteraard het bedrijf Foppen een rol, en speelden in deze casus economische belangen. Weliswaar was Foppen tegen dit

8 Dit betekent dat artsen en laboratoria individuele patiënten met een *Salmonella* Thompson-infectie niet bij de GGD hoeven te melden. Ook patiënten hoeven geen melding te maken van een mogelijke infectie. Zie RIVM, 7 januari 2013. Onderwerpen: *Salmonella*-Thompson uitbraak 2012. Op 1 juni 2013 ontleend aan www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/S/Salmonella_Thompson_uitbraak_2012.

9 De hoofdinspecteur van de divisie Consument & Veiligheid reageert met deze uitspraak op kritiek van Foppen, zie: ‘Kritiek op NVWA rond recalls’, *VMT*, 15 april 2013.

type schade verzekerd, de reputatie van het bedrijf zou hoe dan ook averij oplopen met een crisis als deze. Maar niet alleen Foppen, ook andere visverkopende ondernemingen werden door de kwestie getroffen. Dit betekende dat er sprake was van een spanningsveld tussen enerzijds de belangen van consumenten en anderzijds die van de visverkopende bedrijven. Vooral in het belang van consumenten was snelheid van handelen gewenst, terwijl van de autoriteiten ook grote zorgvuldigheid werd gevraagd om niet onnodig de verkoop van visproducten te verhinderen. De vraag is hoe de autoriteiten met dit dilemma zijn omgegaan. Daarbij wordt de vergelijking gemaakt met een eerdere voedselinfectie. In 2011 werden op grote schaal groenten uit de handel genomen vanwege een in Duitsland aangetroffen EHEC-bacterie.

2.4 Analyse

De uitbraak van de EHEC-bacterie in mei 2011 zorgde voor grote onrust in Duitsland en andere Europese landen. In deze paragraaf wordt eerst kort het verloop van die uitbraak beschreven (zie onderstaand kader). Aansluitend volgt een beschouwing van hoe bij de bestrijding van de salmonellabesmetting, die in de zomer van 2012 in Nederland aan het licht kwam, door betrokken partijen is opgetreden.

Uitbraak EHEC-bacterie 2011

In mei 2011 werd bij een opmerkelijk groot aantal mensen in het noorden van Duitsland, vooral in en rond Hamburg, een ernstige nieraandoening vastgesteld, het zogeheten hemolytisch-uremisch syndroom (HUS). Deze aandoening is een bekend verschijnsel van een besmetting met de EHEC-bacterie. Een infectie met deze bacterie kan een dikkedarmontsteking veroorzaken en gepaard gaan met braken, misselijkheid, buikkrampen en bloederige diarree. Bovendien kan de bacterie ernstige schade aan de nieren toebrengen. De EHEC-bacterie komt voor in de darmen van koeien en schapen. Besmetting bij mensen vindt meestal plaats door het eten van onvoldoende verhit rund- of schapenvlees, het drinken van rauwe melk of het eten van rauwe groente die via mest met de bacterie besmet is.

Op 26 mei 2011 meldden de Duitse autoriteiten aan het Europese RASFF (*rapid alertsystem food and feed*)¹⁰ dat de EHEC-bacterie was aangetroffen op Spaanse komkommers en dat nog een andere partij komkommers verdacht was. Deze zou afkomstig zijn van een Nederlandse of Duitse handelaar. Hoewel de NVWA na deze melding onmiddellijk actie ondernam, door te onderzoeken of in Nederland geteelde of verhandelde komkommers de EHEC-bacterie bevatten, wat niet het geval bleek te zijn, was het leed al geschied. De export van komkommers en tomaten naar Duitsland (en later ook andere landen) kwam volledig stil te liggen; ook was er een vraaguitval voor paprika, sla en aubergine.¹¹ Volgens de sector betekende de omzetsdaling een verlies van ongeveer 40 miljoen euro per week.¹²

De EHEC-uitbraak – die naar later bleek geen verband hield met komkommers of tomaten, maar tot kiemgroenten kon worden herleid – had niet alleen economische gevolgen voor Nederlandse telers en handelaren, ook de groentesector in andere Europese landen werd geraakt. Nadat Rusland drie dagen eerder groenten uit Duitsland en Spanje in de ban had gedaan, kondigde het op 2 juni 2011 een importverbod af voor groenten uit alle EU-landen.

Gezien de economische consequenties voor de groentesector voerde staatssecretaris Bleker van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie in die dagen intensief overleg met zijn Europese collega's en EU-Commissaris Ciolos over een mogelijke compensatieregeling. Op 14 juni 2011 werd een akkoord bereikt over een opkoopregeling (voor niet op de markt gebrachte producten) waarvoor een bedrag van 210 miljoen euro ter beschikking werd gesteld.¹³ Daarnaast kwam de staatssecretaris met een nationale garantregeling (op basis waarvan 80 telers één jaar extra tijd kregen om hun lening af te lossen), en bracht hij in allerijl een bezoek aan Rusland voor overleg over het hervatten van de export. Rusland toonde zich bereid daarmee akkoord te gaan, mits uit een Europees certificaat de herkomst van het product en controle op de EHEC-bacterie zou blijken.

Hoewel op 10 juni 2011 de directeur van het Duitse Robert Koch Instituut naar buiten bracht dat kiemgroenten naar alle waarschijnlijkheid de bron van de EHEC-uitbraak waren, werd pas op 9 augustus 2011 door Rusland een Europees certificaat niet langer verplicht gesteld.

Het Robert Koch Instituut had toen reeds (op 26 juli 2011) aangegeven dat de EHEC-uitbraak als afgesloten kon worden beschouwd, omdat sinds 4 juli geen nieuwe patiënten met een EHEC-infectie waren gemeld. Op dat moment was in Duitsland bij 4321 mensen een infectie met de EHEC-bacterie vastgesteld, van wie ongeveer een vijfde ernstige nier-

10 Het RASFF is een systeem voor waarschuwingen over levensmiddelen en diervoeders. De Europese Commissie en alle 27 EU-lidstaten, alsook IJsland, Liechtenstein en Noorwegen zijn lid van het RASFF. In Nederland komen meldingen van het RASFF binnen bij de NVWA.

11 TK 2010-2011, 32801, nr. 2.

12 TK 2010-2011, 32801, nr. 4.

13 TK 2010-2011, 32801, nr. 5.

problemen ondervond en 50 mensen als gevolg van de infectie waren overleden. In de rest van de EU zijn 76 mensen met de EHEC-bacterie besmet geraakt (van wie 11 in Nederland geregistreerd) en is (in Zweden) één persoon als gevolg van die infectie overleden.¹⁴

Onderzoek naar herkomst van salmonellabacterie

In vergelijking met de Duitse autoriteiten die voor de beheersing van de EHEC-uitbraak verantwoordelijk waren, gingen het RIVM en de NVWA nauwkeuriger te werk bij het bepalen van de herkomst van de salmonellabesmetting. Toen eind juli 2012 het aantal nieuwe ziektegevallen waarbij sprake was van een salmonellabesmetting opmerkelijk toenam, wist het RIVM in relatief korte tijd vast te stellen welk type salmonella daarvan de oorzaak was. Van de circa 2500 verschillende typen salmonella komt de Salmonella Thompson in Nederland relatief weinig bij mensen voor (hooguit in vier gevallen per jaar).¹⁵ ‘Dat maakte dat hij opviel en redelijk snel gedetecteerd kon worden’, aldus hoogleraar levensmiddelenbiologie Zwietering.¹⁶ Daarmee was echter nog niet bekend welk voedselproduct met de bacterie besmet was.

Salmonella is een bacterie die veel voorkomt in dieren (vooral pluimvee en varkens)¹⁷ en mede daardoor kan voorkomen in diverse levensmiddelen. De bekendste voorbeelden zijn rauw vlees en rauwe eieren, maar ook rauwe groente en fruit kunnen met salmonella besmet zijn. Niet direct werd dan ook een relatie met vis(producten) gelegd. Het duurde bijna twee maanden (van begin augustus tot eind september 2012) voordat men daarachter was. Daartoe werd door het RIVM bij patiënten bij wie de besmetting met Salmonella Thompson was vastgesteld een vragenlijst afgenomen over onder meer hun consumptiegedrag in de week voordat de ziektesymptomen optraden en de winkels waar zij etenswaren hadden gekocht (zie Friesema et al., 2012). Uit analyse van deze enquête bleek dat zij vaker gerookte vis, en in het

14 Zie TK 2010–2011, 32801, nr. 9.

15 Friesema et al., 2012. Zie ook RIVM, 14 oktober 2012. Documenten en publicaties: Veelgestelde vragen Salmonella thompson. Op 1 juni 2013 ontleend aan www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:186640&type=org&disposition=inline&ns_nc=1.

16 Zwietering is verbonden aan de Wageningen Universiteit. Zie ‘Hoogleraar gepolst over onderzoek Foppen zalm’, VMT, 27 november 2012.

17 De salmonellabacterie is genoemd naar D.E. Salmon, een Amerikaanse bacterioloog die onderzoek deed naar de veroorzaker van varkenspest en in 1885 per toeval de salmonellabacterie ontdekte.

bijzonder gerookte zalm, hadden gegeten dan een controlegroep. Ook werden bepaalde supermarkten vaker genoemd.

Op basis van nog voorlopige uitslagen van de enquête onderzocht de NVWA de herkomst van de gerookte zalm die de patiënten hadden geconsumeerd (zie Friesema et al., 2012). De supermarkten waar de patiënten de gerookte zalm hadden gekocht, bleken hun producten bij eenzelfde bedrijf in te kopen, te weten Foppen Paling en Zalm uit Harderwijk. Op 26 september 2012 heeft de NVWA ter plaatse het productieproces geïnspecteerd en van verschillende (ook in Griekenland verwerkte) partijen samples genomen. Omdat vier van de negen samples met *Salmonella* Thompson besmet bleken, werden vanaf 28 september op aandringen van de NVWA de gerookte zalmproducten van Foppen uit de handel genomen.

Economische consequenties

In eerste instantie werd evenwel vermoed dat vlees de drager van de bacterie zou zijn. Volgens microbioloog Hazeleger van de Wageningen Universiteit, die wekelijks van het RIVM een overzicht met meldingen van infectieziekten ontvangt, werd in het wekelijks overzicht destijds gesproken van een mogelijke connectie met gehakt. 'Maar dat werd wel heel voorzichtig gezegd, met veel slagen om de arm. Als dit van de daken was geschreeuwd had dit tot economische schade voor de vleessector kunnen leiden.'¹⁸

Echter, niet de vleessector, maar de vissector bleek in dit geval de bron van de salmonellabesmetting te zijn en de klappen daarvan op te (moeten) vangen. Al waren begin oktober zo ongeveer alle mogelijk besmette visproducten van Foppen uit de schappen gehaald,¹⁹ na de terughaalactie daalde de verkoop van zalm met 20 procent.²⁰ De verkoop herstelde weer, nadat het bedrijf medio oktober 2012 de oorzaak van de besmetting had achterhaald, maar ook nadien kochten consu-

18 'WUR-microbioloog: koppelen zalm aan salmonella duurde lang', *VMT*, 17 oktober 2012.

19 De dringende oproep aan vishandelaren en winkelbedrijven om geen gerookte zalm van Foppen meer te verkopen, betekende niet dat daar in alle gevallen gehoor aan werd gegeven. Uit controles van de NVWA bleek dat sommige bedrijven toch nog deze zalm verkochten. Zie 'Elf boetes voor besmette Foppen zalm', *VMT*, 11 oktober 2012.

20 Zie RTL Nieuws, 17 oktober 2012. Nieuws Binnenland: Zalm blijft liggen door 'salmonellakwestie'. Op 1 juni 2013 ontleend aan www.rtlnieuws.nl/nieuws/binnenland/zalm-blijft-liggen-door-salmonellakwestie.

menten nog veel minder vis en visproducten. Zelfs kramen die verse vis verkochten, werden gedupeerd.

‘Viskramen hebben last van de berichtgeving rond de met salmonella besmette gerookte zalm van visfabrikant Foppen. Dat stelt de Centrale Vereniging voor de Ambulante Handel. “Niet alleen gerookte zalm wordt minder gekocht, ook andere zalmvarianten gaan minder over de toonbank.” De belangenbehartiger wil consumenten erop wijzen dat er alleen problemen waren met voorverpakte gerookte zalm van een fabrikant. “Er is niets mis met verse zalm, die je koopt en thuis bakt of in de oven klaarmaakt” (NRC Handelsblad, 20 oktober 2012).

Volgens onderzoeksbureau Nielsen heeft de salmonellabesmetting de supermarkten 10 miljoen euro aan omzet gekost.²¹ In vergelijking met de economische consequenties van de uitbraak van de EHEC-bacterie in 2011 voor de Nederlandse groentesector, zijn daarmee de gevolgen van de salmonellabesmetting voor winkelbedrijven nog beperkt gebleven.

Afstemming tussen betrokken partijen

Uit de beschrijving van de EHEC-uitbraak in 2011 blijkt dat de Nederlandse autoriteiten er destijds alles aan hebben gedaan om de economische consequenties van de uitbraak voor de groentesector enigszins te verzachten. Door staatssecretaris Bleker (en zijn Europese collega’s uit onder andere België, Denemarken, Frankrijk, Spanje en Zweden) werd er op Europees niveau op aangedrongen bijzondere maatregelen te treffen ter ondersteuning van de groentesector. ‘Deze [was] immers geheel buiten haar schuld geconfronteerd met vraaguitval, die grote economische schade met zich [meebracht]’, aldus de staatssecretaris.²²

Bij de salmonellabesmetting in 2012 lagen de verhoudingen anders en verliep de afstemming tussen de autoriteiten en het bedrijf Foppen minder soepel. In dit geval werden het bedrijf en de betreffende sec-

21 Distrifood, 26 april 2013. Fabrikanten: Besmette zalm kost supers €10 mln omzet. Op 1 juni 2013 ontleend aan www.distrifood.nl/Fabrikanten/Algemeen/2013/4/Besmette-zalm-kost-supers-10-mln-omzet-1241785W/.

22 TK 2010–2011, 32801, nr. 4, p. 2.

tor niet slechts gedupeerd door de salmonellabesmetting, maar had Foppen ook zelf daarin een rol. Foppen meende evenwel dat door de trage reactie van de overheid de onrust rond de besmette zalm veel langer heeft geduurd dan nodig was. Het bedrijf gaf in *NRC Handelsblad* te kennen dat het door de NVWA nauwelijks betrokken werd bij het onderzoek naar de oorzaak van de besmetting. Al vrij snel vermoedde het bedrijf dat de oorzaak in de Griekse vestiging moest worden gezocht. Uit eigen testgegevens was gebleken dat er alleen salmonellabesmettingen waren opgetreden bij de productie in Griekenland. Toch hield de NVWA de mogelijkheid open dat de besmetting in Nederland had plaatsgevonden en moest ook de in Nederland geproduceerde zalm worden teruggeroepen.²³ Daardoor werden er onnodig maaltijdsalades teruggehaald en hield de onrust onder consumenten aan, aldus directeur Jan Foppen.²⁴

De NVWA meende echter op zijn beurt dat Foppen eerder had kunnen aangeven dat mogelijk besmette zalm ook in salades werd verwerkt. De NVWA vernam dit pas op 1 oktober, terwijl het bedrijf bijna een week eerder was opgedragen alle gerookte zalmproducten uit de handel te halen. Vervolgens moesten opnieuw de consumenten worden ingelicht. Het voortduren van de onrust zou dus ook Foppen te verwijten kunnen zijn. In dit geval was immers het bedrijf verantwoordelijk voor de salmonellabesmetting en daarmee voor een zo spoedig mogelijk herstel van het consumentenvertrouwen in de betrouwbaarheid van visproducten.

Over de wijze van communicatie (wanneer en waarover informeren we elkaar) waren blijkbaar geen duidelijke afspraken gemaakt. Zo was Foppen ook kritisch over het optreden van het RIVM.²⁵ Volgens Foppen is het bedrijf niet door het RIVM geïnformeerd welke mensen als gevolg van de salmonellabesmetting ziek waren geworden en dat enkelen zelfs waren overleden. Foppen heeft dit, naar eigen zeggen, via de media moeten vernemen. Afgezien van personen die zich via de web-

23 'Kritiek op NVWA rond recalls', *VMT*, 15 april 2013.

24 'Het kan een mug zijn geweest', *NRC Handelsblad*, 17 november 2012.

25 Zie 'Het kan een mug zijn geweest', *NRC Handelsblad*, 17 november 2012.

site hadden gemeld, wist het bedrijf dus niet wie de slachtoffers waren, terwijl het bedrijf aan hen graag zijn medeleven had willen tonen.²⁶

De kritiek van Foppen richtte zich daarnaast op het feit dat het RIVM er medio oktober 2012 nog van uitging dat in Nederland mogelijk 10.000 mensen met de salmonellabacterie besmet zouden worden en uiteindelijk 17 mensen aan de besmetting zouden kunnen overlijden.²⁷ Die veronderstelling werd geenszins bewaarheid. Eind 2012 bleken in totaal 1149 (of mogelijk iets meer) personen besmet te zijn geraakt. Op het moment dat het RIVM zijn uitspraak deed, was evenwel nog sprake van een enorme toename van het aantal nieuwe ziektegevallen (met 314 in week 42). Bovendien gaf de directeur Infectieziektebestrijding van het RIVM in interviews met de media steeds duidelijk aan dat bij de meeste mensen de klachten als gevolg van infectie gewoon over zouden gaan en de bacterie slechts bij een beperkte groep tot complicaties zou kunnen leiden.

2.5 Afronding

De berichtgeving over de besmette zalm van Foppen ging als een wervelwind over Nederland. De eerste berichten dateerden van eind september 2012, toen Foppen met de terughaalactie begon, en de berichtgeving verstomde krap een maand later, nadat een schaderegeling voor slachtoffers zo goed als rond leek. Daarna viel het stil, al is het laatste woord over deze casus nog niet gezegd. Zo zal nog het rapport van de OvV verschijnen, zodat meer (dan deze korte beschouwing) over deze casus kan worden vernomen. Eigenlijk kan in dat opzicht worden afgevraagd hoe lang deze casus zou beklijven als de OvV niet besloten had onderzoek naar het optreden van Foppen en de overheid in dezen te doen. De thans beschikbare informatie over de bestrijding van de salmonellabesmetting toont slechts ten dele hoe bepaalde processen (zoals de afstemming tussen autoriteiten en het verantwoordelijke bedrijf, of die richting slachtoffers) zijn verlopen. Er is daarover

26 'Het kan een mug zijn geweest', *NRC Handelsblad*, 17 november 2012.

27 Zie uitzending Omroep Gelderland van 15 oktober 2012, 'Zalmproducten te laat uit de winkels'. Op 1 juni 2013 ontleend aan www.omroep gelderland.nl/web/dossiers-2/salmonella-in-zalm-foppen/1839401/zalmproducten-te-laait-uit-de-winkels.htm#UBUKH_m57pU.

vooral nog weinig informatie bekend (behalve dat de NVWA naar aanleiding van een interne evaluatie de communicatiestructuur bij incidenten heeft aangepast).²⁸ Er zijn in de media geen uitgebreide interviews met slachtoffers van de salmonellabesmetting afgenomen, er is geen reconstructie van (de nasleep van) deze crisis gemaakt. Dat is op zich opvallend in een tijdperk waarin media bij voorkeur 'het leed' opzoeken. Spreekt een voedselinfectie nog onvoldoende tot de verbeelding of zit 'de kurk nog op de fles'?

Het visverwerkingsbedrijf Foppen zal publiciteit over de salmonellabesmetting zoveel mogelijk willen vermijden, omdat het bedrijf daarmee mogelijk in een negatief daglicht komt te staan. Op de website van het bedrijf is ook nauwelijks meer iets over de kwestie te vinden.²⁹ In tegenstelling tot de fraude met paardenvlees, was in dit geval echter geen sprake van opzet, maar mogelijk wel van nalatigheid. Mede op aandringen van de letselschadeadvocaat die de belangen van (inmiddels 500) slachtoffers behartigt, is het Openbaar Ministerie samen met de Inlichtingen- en Opsporingsdienst een strafrechtelijk onderzoek gestart.³⁰ Of het tot een strafzaak komt, zal moeten worden afgewacht. Foppen was enerzijds verantwoordelijk, maar zag anderzijds de bedrijfsomzet dalen, en had er daarom alle belang bij om zo snel mogelijk duidelijkheid te hebben over de oorzaak van de salmonellabesmetting. Ook wenste het bedrijf zijn medeleven richting slachtoffers te tonen, hetgeen deels tot uiting kwam in een schaderegeling. Deze casus biedt daarmee twee uitgangspunten om bij voedselinfecties de communicatie tussen autoriteiten en de betrokken onderneming(en) vorm te geven. Zowel over het onderzoek naar de oorzaak van de besmetting, als over de nazorg aan slachtoffers zullen betrokken partijen met elkaar in overleg moeten treden.

28 Zie het antwoord van minister Schippers (VWS) op vragen van het lid Van Gerven (SP), Aanhangsel van de Handelingen TK 2012-2013, nr. 2246.

29 Op de website staat alleen nog een link naar een item ('Haalt de zalm de kerst?') uit een uitzending van *Editie NL* van 14 december 2012, waarin het herstel van de verkoop van zalm centraal staat.

30 Aanhangsel van de Handelingen TK 2012-2013, nr. 2246.



Coutinho: 'Verplicht vaccin heeft geen zin'. Voorlichting over #mazelen wél! www.rivm.nl/mazelen pic.twitter.com/CmfCr38dar

Desiree Beaujean @Deeskes

3

Mazelenepidemie in de bijbelstreek

Martina Duyvis, Vina Wijkhuijs

3.1 Inleiding

Vanaf mei 2013 komt in een aantal regio's in Nederland mazelen voor. De ziekte verspreidt zich vooral in gemeenten waar veel mensen wonen die tot de reformatorische gezindte behoren en zich om principiële redenen niet laten inenten.

Door onder anderen minister Schippers van VWS en premier Rutte wordt aan hen een oproep gedaan dit alsnog te doen. De minister van VWS biedt de mogelijkheid om met name kinderen met een verhoogd risico op besmetting vervroegd (of alsnog) te laten vaccineren. In het Zeeuwse Tholen overlijdt in oktober 2013 een 17-jarig meisje aan de complicaties als gevolg van de ziekte. In maart 2014 komt de mazelenepidemie ten einde.

De uitbraak van de mazelenepidemie toont een klassiek moreel dilemma tussen enerzijds het grondwettelijk recht op vrijheid van godsdienst en levensovertuiging en anderzijds de volksgezondheid. Dat mensen vanuit hun geloofs- of levensovertuiging zich niet middels vaccinatie tegen ziekten beschermen is natuurlijk een goed recht, maar geldt dat ook als daardoor de gezondheid van anderen in het geding komt? In dit hoofdstuk schetsen we het maatschappelijke debat over mazelenvaccinatie dat mede naar aanleiding van de mazelenepidemie werd gevoerd, en beschrijven we hoe het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en gezondheidsdiensten op de uitbraak van de mazelenepidemie hebben gereageerd. Het hoofdstuk is mede

gebaseerd op interviews die plaatsvonden in de regio's Gelderland-Midden, Zuid-Holland Zuid en Zeeland.¹

3.2 Feitenrelaas

Op 27 mei 2013 worden de eerste twee gevallen van mazelen geconstateerd. Twee weken later, op 12 juni 2013, meldt het RIVM dat er sprake is van een mazelenepidemie in de zogeheten 'bijbelstreek', het gebied dat zich uitstrekt van de Zeeuwse eilanden tot de Kop van Overijssel. Op dat moment is bij 30 personen mazelen vastgesteld;² twee dagen later is het aantal gestegen tot 67 personen.³ Het betreft vooral kinderen in de leeftijd van vier tot twaalf jaar woonachtig in de Alblasserwaard (Zuid-Holland), het Land van Heusden en Altena (Noord-Brabant) en de Bommelerwaard (Gelderland). Eind juni is bij inmiddels 167 personen mazelen vastgesteld en de verwachting is dat de ziekte zich nog verder zal verspreiden. Door het RIVM wordt de grootste piek pas na de zomer verwacht.

Vanwege de ontluikende mazelenepidemie besluit minister Schippers van VWS eind juni 2013 om bepaalde kinderen – met een verhoogd risico op besmetting – een vervroegde vaccinatie tegen mazelen aan te bieden. Terwijl normaal gesproken binnen het Rijksvaccinatieprogramma kinderen van veertien maanden een eerste vaccinatie krijgen, kunnen ouders in gemeenten waar minder dan 90 procent van de kinderen tegen mazelen is ingeënt, hun kind al laten vaccineren vanaf de leeftijd van zes maanden. Volgens de gegevens van het RIVM geldt dit voor 29 gemeenten.⁴ Daarnaast worden ook kinderen in de leeftijd

- 1 Gesproken is met de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG) van de drie regio's, twee artsen infectieziekten en een directiesecretaris. We zijn hen zeer erkentelijk voor hun input.
- 2 Skipr, 12 juni 2013. Actueel: RIVM meldt mazelenuitbraak in 'bijbelgordel'. Op 1 juli 2014 ontleend aan www.skipr.nl/actueel/id14885-rivm-meldt-mazelenuitbraak-in-bijbelgordel.html.
- 3 Skipr, 14 juni 2013. Actueel: Aantal patiënten met mazelen in biblebelt stijgt. Op 1 juli 2014 ontleend aan www.skipr.nl/actueel/id14920-aantal-patinten-met-mazelen-in-biblebelt-stijgt.html.
- 4 RIVM, 24 juni 2013. Overzicht gemeenten met lage vaccinatiegraad mazelen. Op 1 juli 2014 ontleend aan www.rivm.nl/dsresource?objectId=rivmp:210295&type=org&disposition=inline&ns_nc=1.

van zes tot veertien maanden die in andere gemeenten wonen en tot de reformatorische gezindte behoren, uitgenodigd voor een vervroegde vaccinatie. In totaal ontvangen 6000 kinderen in de betreffende leeftijdscategorie in juli 2013 een uitnodiging voor vervroegde vaccinatie.

Juist binnen de reformatorische gemeenschap bestaan evenwel bezwaren tegen vaccinatie. De ouders die hun kinderen niet laten inenten, menen dat inenting (het bewust toedienen van een ziekmakend vaccin) indruist tegen de wil van God. De epidemie treft echter niet alleen kinderen van streng gereformeerde huize, maar ook die uit antroposofische kringen. Veel antroposofen staan afwijzend tegenover vaccineren, omdat zij het doormaken van ziekten beschouwen als een essentiële stap in de ontwikkeling van een kind (Opstelten et al., 2013). Minister Schippers van VWS spreekt ook hen aan wanneer ze in RTL Nieuws ouders oproept hun kinderen te laten inenten.⁵

Begin juli is het aantal mazelenpatiënten gestegen naar 230, van wie er zeven wegens complicaties in het ziekenhuis zijn opgenomen. In het wekelijks gesprek met premier Rutte op vrijdag 12 juli onderstreept de premier de oproep die voormalig minister Borst van Volksgezondheid en VVD-senator Dupuis eerder die dag deden.⁶ Zij riepen predikanten van gereformeerde kerken op om ouders aan te sporen hun kinderen te laten inenten. De uitspraken van premier Rutte zijn volgens de hoofdredactie van het *Reformatorisch Dagblad* 'op het randje'. 'In een vrij land dat zijn grondrechten serieus neemt, mag de politiek burgers niet dwingen tegen hun geweten in te handelen', aldus de hoofdredactie.⁷ VVD-senator Dupuis gaat evenwel in het tv-programma Nieuwsuur van zaterdag 13 juli een stap verder. Zij pleit ervoor om in overweging te nemen de mazelenvaccinatie in de toekomst verplicht te stellen.⁸ Uit gereformeerde kringen volgen verontwaardigde reacties, onder andere van predikant Uitslag uit Urk: 'Er zijn zo veel zaken die gevaarlijk zijn

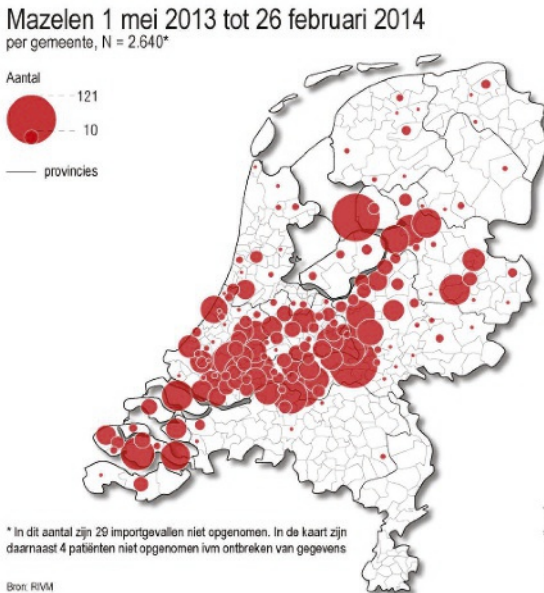
- 5 RTL Nieuws, 2 juli 2013. Politiek: Schippers: mazelen is geen onschuldige ziekte. Op 1 juli 2014 ontleend aan www.rtlnieuws.nl/nieuws/politiek/schippers-mazelen-geen-onschuldige-ziekte.
- 6 Uitzending Gesprek minister-president van 12 juli 2013. Op 1 juli 2014 ontleend aan www.uitzendinggemist.nl/afleveringen/1355546.
- 7 *Reformatorisch Dagblad*, 15 juli 2013. Commentaar: Uitspraken premier Rutte over mazelen merkwaardig. Op 1 juli 2014 ontleend aan www.refdag.nl/opinie/commentaar/commentaar_uitspraken_premier_rutte_over_mazelen_merkwaardig_1_754300.
- 8 Uitzending *Nieuwsuur* van 13 juli 2013. Op 1 juli 2014 ontleend aan <http://niewsuur.nl/onderwerp/529154-wel-of-niet-verplicht-vaccineren.html>.

voor de gezondheid van de mens. Waarom moet er op dit terrein dan wel dwang worden toegepast?⁹

Medio augustus, wanneer de scholen weer zijn begonnen, waarschuwt de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM dat vooral het zuiden van het land rekening moet houden met een toename van het aantal mazelenpatiënten. Tot dan toe is bij 920 personen mazelen vastgesteld, en dat aantal neemt in de maanden daarna nog fors toe. Eind oktober overlijdt in het Zeeuwse Tholen een 17-jarig meisje aan de complicaties van de ziekte.

Eind februari 2014 komt de epidemie tot een einde en blijken sinds mei 2013 zeker 2640 personen mazelen te hebben opgelopen (zie figuur 3.1). Het werkelijke aantal ligt volgens het RIVM veel hoger, omdat men uit ervaring weet dat niet in alle gevallen de huisarts wordt ingelicht.

Figuur 3.1 Mazelenepidemie in de bijbelstreek



9 Uitzending *Nieuwsuur* van 13 juli 2013. Op 1 juli 2014 ontleend aan <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/529154-wel-of-niet-verplicht-vaccineren.html>.

Onder de patiënten waren ook negentien gezondheidsmedewerkers, die de infectie waarschijnlijk tijdens hun werkzaamheden hebben opgelopen, ondanks dat zeven van hen wel waren ingeënt. Bij 182 mazelenpatiënten was een ziekenhuisopname noodzakelijk; in 79 gevallen vanwege een longontsteking en in een enkel geval vanwege een hersenontsteking (RIVM, 2014b). Verder heeft er vanuit Nederland verspreiding van het mazelenvirus naar Canada plaatsgevonden. Vanaf medio oktober 2013 tot begin 2014 was daardoor in de provincie Alberta sprake van een lokale mazelenepidemie.¹⁰

3.3 Dilemma

Mazelen is een zogenoemde kinderziekte, wat niet wil zeggen dat het een onschuldige ziekte is. Het betekent dat vooral kinderen die nog niet eerder aan het virus zijn blootgesteld, vatbaar zijn voor mazelen. Als eenmaal mazelen is geconstateerd,¹¹ bestaat er geen specifieke behandeling; de meeste patiënten genezen vanzelf. Een infectie kan echter ook leiden tot blijvende doofheid en complicaties als longontsteking en hersenontsteking, waar in zeldzame gevallen de patiënt aan overlijdt.

Sinds 1976 is vaccinatie tegen mazelen opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma, waarmee de overheid de mogelijkheid biedt om kinderen tegen mazelen te beschermen. Een eerste vaccinatie vindt plaats bij kinderen van 14 maanden in de vorm van de BMR-prik (bof, mazelen, rode hond). Na deze vaccinatie is 95 procent van de gevaccineerden tegen mazelen beschermd. Omdat de vaccinatie niet bij iedereen aanslaat, vindt bij negen jaar een tweede vaccinatie plaats; daarna is ruim 99 procent beschermd.¹² In de tijd voordat de mazelenvaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma was opgenomen, stierven als

10 Uitzending *Nieuwsuur* van 13 juli 2013. Op 1 juli 2014 ontleend aan <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/529154-wel-of-niet-verplicht-vaccineren.html>.

11 Mazelen begint met plotselinge koorts, hangerigheid, verkoudheid en hoesten. Ook ontstaan kleine witte vlekjes in de mond, 'Koplikse vlekjes' genoemd. Na drie tot zeven dagen ontstaan huidvlekjes, beginnend achter de oren en daarna verder verspreid over het hele lichaam.

12 Bron: RIVM, 7 juli 2013. Documenten en publicaties: Feiten en fabels over mazelen en vaccinatie. Op 1 juli 2014 ontleend aan www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Veelgestelde_vragen/Infectieziekten/Feiten_en_fabels_over_mazelen_en_vaccinatie#BMR-vaccinatie.

gevolg van de ziekte jaarlijks enkele tot enkele tientallen patiënten; nadien deden zich nauwelijks nog sterfgevallen voor (Hahné, 2014).

Binnen de reformatorische en ook de antroposofische gemeenschap bestaan zoals gezegd bezwaren tegen vaccinatie. Een groot deel van de kinderen uit deze gemeenschappen neemt daarom niet deel aan het Rijksvaccinatieprogramma. Zij lopen daardoor een verhoogd risico op besmetting en kunnen vervolgens zelf voor niet-gevaccineerden een bron van besmetting zijn. Vanwege de ernst van de complicaties die door de ziekte kunnen optreden, zijn de gezondheidsdiensten en het RIVM alert op verdere verspreiding. Een uitbraak van mazelen kan met name op lokaal niveau tot maatschappelijke onrust leiden, zo bleek ook weer tijdens een latere mazelenuitbraak eind februari 2014 in Den Haag. De vraag is hoe de gezondheidsdiensten en het RIVM ten tijde van de mazelenepidemie binnen deze constellatie hebben geopereerd.

3.4 Analyse

3.4.1 *Maatschappelijk debat over vaccinatieplicht*

Een maand nadat het RIVM bekend had gemaakt dat in Nederland sprake was van een mazelenepidemie mengden voormalig minister Borst en VVD-senator en medisch ethicus Dupuis zich in de kwestie. Zij riepen predikanten van gereformeerde kerken op om ouders aan te sporen hun kinderen te laten inenten. Dupuis pleitte er enkele dagen later zelfs voor om de komende jaren toe te werken naar een vaccinatieplicht. Zij refereerde daarbij aan de polio-uitbraak van 1992-1993, waarbij 79 personen besmet raakten. Zij was destijds lid van een commissie die de Gezondheidsraad adviseerde en had als zodanig meegemaakt dat kinderen, zonder medeweten van hun ouders, zich bij vaccinatieposten meldden om te worden ingeënt. Daarnaast had een aantal van de poliopatiënten die als kind bij die uitbraak gehandicapt waren geraakt, als volwassene hun ouders verweten dat zij destijds niet waren ingeënt (zie Pierik, 2013, p. 2802).

Nu heeft polio, in vergelijking met mazelen, veel ernstiger en vooral blijvend zichtbare gevolgen. Volgens de artsen infectieziektenbestrijding die wij spraken, zullen daarom bij een volgende uitbraak van polio mensen uit de reformatorische gemeenschap weldegelijk bereid zijn

zich alsnog te laten vaccineren. Bij mazelen wordt de noodzaak van vaccinatie veel minder sterk beleefd. Feit is dat degenen die niet zijn gevaccineerd, deels tegen mazelen beschermd zijn, omdat het merendeel van de bevolking tegen de ziekte beschermd is, omdat ze mazelen hebben gehad of er tegen zijn ingeënt en de ziekte dus niet zullen verspreiden. Men noemt dit wel ‘groepsimmunitet’. Dit geldt vooral voor gebieden waar (minimaal) 95 procent van de kinderen – die het meest bevattelijk voor de ziekte zijn – tegen mazelen is ingeënt. Bij een dergelijke vaccinatiegraad zijn ook ongevaccineerden beter tegen de ziekte beschermd. In gebieden met een lagere vaccinatiegraad neemt de zekerheid van bescherming af.

Zoals gezegd, is in Nederland in 29 (van de 403) gemeenten sprake van een vaccinatiegraad lager dan 90 procent. Het betreft vooral gemeenten waar een groot deel van de bevolking van gereformeerde gezindte is, zoals Staphorst, Urk, Ede en Tholen om enkele voorbeelden te noemen. Personen woonachtig in deze gemeenten die niet tegen de ziekte zijn beschermd, lopen daardoor een grotere kans besmet te raken. Zo bleek tijdens de vorige mazelenepidemie van 1999-2000 dat 94 procent van de toen 3000 gemelde patiënten niet tegen mazelen was ingeënt (6 procent wel). Een groot deel van hen woonde in een gemeente met een relatief lage vaccinatiegraad (Van den Hof & Zwakhals, 2005). De mazelenepidemie van 2013-2014 vertoonde een vergelijkbaar beeld. Ook bij deze epidemie was 94 procent van de 2640 gemelde patiënten niet tegen de ziekte ingeënt en woonde ongeveer de helft van de gemelde patiënten in één van de 29 gemeenten met een vaccinatiegraad onder de 90 procent (RIVM, 2014b). Hieruit kan worden opgemaakt dat de ziekte vooral niet-gevaccineerden treft die in een gemeente wonen met een lage vaccinatiegraad (lager dan 95 procent). Maar de ziekte kan ook andere personen treffen die – ondanks het bestaan van het Rijksvaccinatieprogramma – (nog) niet tegen de ziekte zijn beschermd.

In november 2013 deed de GGD Zeeland om die reden een waarschuwing uitgaan aan mensen die geboren zijn tussen 1965 en 1975 (oftewel 38 tot 48 jaar oud waren).¹³ Zij zouden mogelijk niet tegen

¹³ PZC, 13 november 2013. Regio: Zeeuws nieuws: Gevaar voor mazelen nog niet geweken. Op 1 juli 2014 ontleend aan www.pzc.nl/regio/zeeuws-nieuws/gevaar-voor-mazelen-is-niet-geweken-1.4094794#content.

mazelen zijn beschermd, terwijl zij zich daar niet van bewust waren. Mensen geboren voor 1975 zijn immers als kind niet tegen mazelen ingeënt, aangezien het vaccin pas sinds 1976 in het Rijksvaccinatieprogramma is opgenomen. Echter, personen geboren voor 1965 hebben waarschijnlijk op jonge leeftijd mazelen gehad en daardoor een levenslange bescherming tegen de ziekte opgebouwd. Voor de groep geboren tussen 1965 en 1975 geldt dit niet (of in mindere mate). Aan hen werd daarom de mogelijkheid geboden zich alsnog te laten inenten. De oproep van de GGD was vooral bedoeld voor diegenen die vanwege hun werk bij gezinnen met een verhoogde kans op mazelen over de vloer kwamen. Gedacht werd aan loodgieters en dergelijke, maar tijdens de mazelenepidemie bleek dat nota bene een aantal artsen en gezondheidsmedewerkers met de ziekte besmet was geraakt. In het tijdschrift 'Medisch Contact' deed huisarts Roovers-Schellekens verslag van hoe zij tot haar eigen verbazing door een patiënt met mazelen besmet raakte. In de dagen voordat de ziekte bij haar werd vastgesteld, had ze gewoon haar patiëntenrondes gedaan, de kinderen naar school gebracht en haar baby van vijf maanden verzorgd. Het bleek dat zij als kind, geboren in 1976, slechts een eenmalige vaccinatie tegen mazelen had gehad. In dat geval bestaat 5 procent kans op falen van het vaccin (Roovers-Schellekens, 2014).

Behalve de betreffende leeftijdsgroep zijn ook kinderen jonger dan 14 maanden die, gezien hun leeftijd, nog niet aan het Rijksvaccinatieprogramma hebben deelgenomen, vatbaar voor mazelen. De gevolgen van de ziekte kunnen juist voor hen ernstig zijn. Een voorbeeld hiervan deed zich voor tijdens een latere uitbraak van mazelen eind februari 2014 op een crèche in Den Haag. Bij een peuter van vier jaar die in het kader van naschoolse opvang een tijdje op de crèche verbleef, werd mazelen geconstateerd. Door de manager van de crèche zijn vervolgens de ouders gebeld van de kinderen met wie de peuter in contact was geweest. Niet veel later bleken twee volwassenen en dertien kinderen te zijn besmet. Een van hen, een acht maanden oude baby, moest in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege onder meer een longontsteking, en enige tijd werd voor zijn leven gevreesd. 'Zij hebben gegokt met de gezondheid van mijn kind', vertelde de moeder achteraf in *de Volkskrant* toen duidelijk was dat het met haar zoontje

weer goed kwam.¹⁴ Ze doelde daarmee op de ouders van de vier jaar oude peuter die hun kind – naar verondersteld werd – niet hadden laten inenten.¹⁵

Naar aanleiding van dit voorval is de discussie over de vaccinatieplicht opnieuw opgelaaaid. Estro Kinderopvang (de organisatie waar de crèche in Den Haag onder valt) gaf in hetzelfde Volkskrantartikel aan dat niet-ingeënte kinderen ‘een dilemma zijn voor crèches’. Bij de intake wordt wel gevraagd of een kind is ingeënt, ‘maar als het antwoord nee is, dan kunnen we daar niets aan doen’, aldus Estro Kinderopvang. Een woordvoerder van Boink, de organisatie die ouders in de kinderopvang vertegenwoordigt, bracht daartegen in dat crèches de baby’s niet aan een dergelijk risico mogen blootstellen.

‘Zij zijn verantwoordelijk voor de veiligheid. Overal wordt op gelet: van handen wassen tot schone lucht. Waarom zouden ze dan met zo’n serieus risico als de mazelen niets mogen doen?’¹⁶

De kwestie leidde tot Tweede Kamervragen aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. In antwoord op de vraag of kinderopvangvoorzieningen de voorwaarde kunnen stellen dat kinderen ingeënt moeten zijn, antwoordde minister Asscher, mede namens de minister van VWS, op 11 april 2014 het volgende:¹⁷

‘Er is geen juridische basis om niet-ingeënte kinderen zonder meer te weigeren. (...) Bovendien zou een algehele weigering indirect onderscheid op grond van godsdienst dan wel levensovertuiging met zich mee kunnen brengen. (...) Wanneer de situatie zich voordoet dat er bijvoorbeeld sprake is van een (dreiging van een) ziekte in de omgeving van de kinderopvangorganisatie, dan dient de houder de risico’s te wegen en zo nodig maatregelen te treffen. Dit zou kunnen betekenen dat er aanleiding bestaat om bepaalde kinderen tijdelijk de toegang tot de organisatie te weigeren. In theorie zou het louter toelaten van gevaccineerde kinderen het toch al hele kleine risico op

14 ‘Zij gokten met het leven van mijn kind’, *de Volkskrant*, 15 maart 2014.

15 *Idem*.

16 *Idem*.

17 Aanhangsel van de Handelingen TK 2013-2014, nr. 1676, p. 2-3.

introductie van mazelen binnen kinderopvangvoorzieningen verder kunnen verkleinen. Het RIVM verwacht dat dit effect zeer beperkt is. Ook buiten het kinderdagverblijf kunnen contacten zijn met ongevacceerde personen. Besmetting via kinderdagverblijven is zeer beperkt in relatie tot besmetting binnen het gezin of via andere sociale contacten zoals familiebijeenkomsten, reizen met het openbaar vervoer en buitenlandse reizen. De initiële infecties zijn meestal te herleiden tot mazelenuitbraken in het buitenland.’

Met dit antwoord zullen degenen die voor een vaccinatieplicht pleiten waarschijnlijk niet tevreden zijn. Met een vaccinatieplicht wordt immers ook de kans kleiner dat de ziekte in het buitenland wordt opgedaan. Voorstanders van een vaccinatieplicht stellen dat er naast het recht op vrijheid van godsdienst en levensovertuiging, ook het recht op gezondheid bestaat (vastgelegd in onder meer het Europees Sociaal Handvest en het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind). Als het gaat om ziekten als mazelen en polio, waarvan de gevolgen (zeer) ernstig kunnen zijn, zou volgens hen het recht op godsdienst en levensovertuiging moeten wijken voor een vaccinatieplicht.¹⁸

Het RIVM en ook artsen werkzaam bij de gezondheidsdiensten zijn echter van mening dat een vaccinatieplicht niet zal helpen een hogere vaccinatiegraad te bereiken. Onderzoek en ervaringen in het buitenland hebben laten zien dat dwang niet helpt. In landen waar voorheen vaccinatie verplicht was, was de vaccinatiegraad zelfs lager dan in Nederland. Verondersteld wordt dat een vaccinatieplicht onder de doelgroep juist tot weerstand leidt en men zich aan de vaccinatieplicht zal onttrekken, bijvoorbeeld door het consultatiebureau te mijden.

Twijfels over de handhaafbaarheid van een vaccinatieplicht zijn ook in het verleden een argument geweest om hier niet toe over te gaan. Bovendien, zo geeft rechtsfilosoof Pierik aan, is een wettelijke plicht, zonder een juridische procedure voor gewetensbezwaren, lastig te realiseren (zie Pierik, 2013). Een wettelijke vaccinatieplicht zal namelijk een proportioneel middel moeten zijn in relatie tot het nagestreefde doel. ‘Uiteindelijk draait het om een maatschappelijke risicoafweging:

¹⁸ Zie College voor de Rechten van de Mens, 11 juli 2013. Toegelicht: Vaccineren: gezondheid versus religie. Op 1 juli 2014 ontleend aan www.mensenrechten.nl/toegelicht/vaccineren-gezondheid-versus-religie. Zie ook Pierik, 2013.

hoe risicovol moet een ziekte zijn om dit soort overheidsingrijpen te rechtvaardigen?’ (Pierik, 2013, p. 2807).

Het regeringsstandpunt dat door de gezondheidsdiensten en het RIVM in deze wordt uitgedragen is dat beter kan worden getracht via voorlichting en dialoog de vaccinatiegraad te verhogen, dan door een vaccinatieplicht. Ook tijdens de uitbraak van de mazelenepidemie van 2013-2014 is zeer bewust hierop ingezet. In het nu volgende wordt beschreven hoe gezondheidsdiensten op deze mazelenepidemie hebben gereageerd.

3.4.2 *Reactie op de mazelenepidemie*

Mazelen is een meldingsplichtige infectieziekte (groep B2). Dit betekent dat als een arts mazelen vaststelt, hij dit bij de (gemeentelijke) gezondheidsdienst moet melden.¹⁹ Deze kan dan nagaan of personen in de omgeving van de patiënt risico lopen op besmetting en maatregelen nemen ter preventie van verdere verspreiding van de ziekte. Om die reden dienen ook scholen, kinderopvangcentra en verpleeghuizen de gezondheidsdienst te waarschuwen als er meerdere personen in hun instelling door een besmettelijke ziekte getroffen zijn.²⁰ De betreffende gezondheidsdienst informeert vervolgens het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM,²¹ dat deze informatie gebruikt om te beoordelen of eventueel op landelijk niveau maatregelen moeten worden genomen.

Meldingsplichtige infectieziekten zijn ingedeeld in vier groepen: A, B1, B2 en C, met een afnemende graad van gevaar voor de volksgezondheid. Mazelen is ondergebracht in groep B2. Bij een uitbraak van een ziekte vallend in deze categorie is de burgemeester bestuurlijk verantwoordelijk voor de infectieziektebestrijding. Om zijn rol in deze te vervullen wordt hij door de gezondheidsdienst van informatie voorzien.

19 Artikel 22 Wet publieke gezondheid.

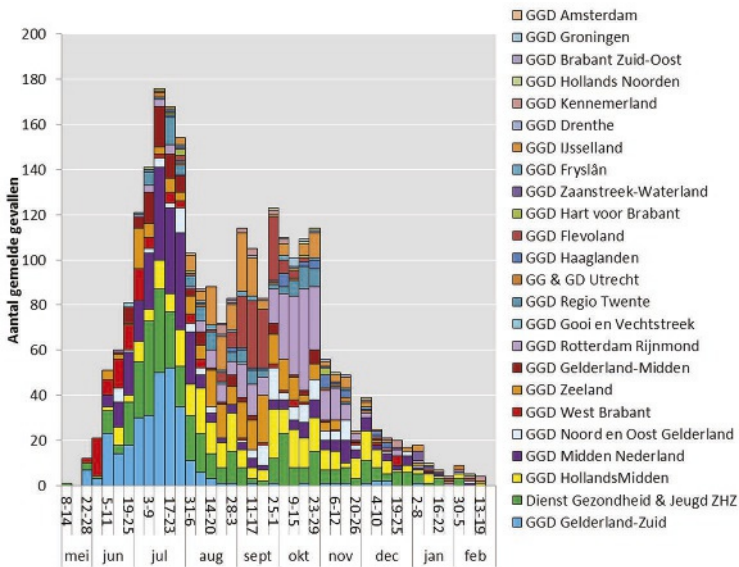
20 Het hoeft hier niet per se om een meldingsplichtige infectieziekte te gaan; ook bijvoorbeeld een voedselinfectie, huidaandoeningen of andere mogelijk besmettelijke ziekten dienen te worden gemeld. Zie artikel 26 Wet publieke gezondheid.

21 Artikel 28 Wet publieke gezondheid.

Globaal verloop van de epidemie; extra werkdruk voor de regio's

Landelijk heerste de mazelenepidemie vanaf mei 2013 tot maart 2014 (RIVM, 2014b). De regio Zuid-Holland Zuid was een van de eerste regio's waar mazelen werd gemeld. Via een besmetting in Gelderland-Zuid begon in Zeeland de epidemie in juni; in Gelderland-Midden kwam de epidemie eind juni op gang. De ziekte breidde zich snel uit en bereikte in Zuid-Holland Zuid en Gelderland-Midden, anders dan in Zeeland, al voor de zomervakantie het hoogtepunt. In beide regio's was er na de zomervakantie wel een opleving van de epidemie, maar minder sterk dan verwacht (zie figuur 3.2).

Figuur 3.2 Aantal gemelde gevallen van mazelen 2013-2014, per regio²²



De regio's waren goed voorbereid op de epidemie: protocollen en draaiboeken lagen gereed. De uitbraak van de mazelenepidemie kostte de gezondheidsdiensten dan ook geen hoofdbreken; de draaiboeken werden in werking gesteld. De uitbraak van mazelen was voor de betref-

²² Bron: RIVM, 2014b.

fende regio's aanleiding om snel op te schalen en de crisisorganisatie in te stellen. In geen van de regio's maakte de GHOR tijdens de mazelenepidemie structureel deel uit van het crisisteam. Coördinatie vond plaats tussen onder andere de afdelingen infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, epidemiologie en communicatie.

De epidemie leidde wel tot een extra werkbelasting en dus een capaciteitsvraag bij de gezondheidsdiensten, met name bij de teams Infectieziekten. 'Het water liep over de schoenen', zoals een van de respondenten het kenmerkte. Om de mazelenepidemie te kunnen bestrijden, moesten prioriteiten worden gesteld en werden bepaalde activiteiten tijdelijk op een andere manier georganiseerd of stilgelegd. Om de werkdruk op te vangen werden niet alleen collega's van andere afdelingen (voor andere dan hun reguliere taken) ingezet, maar werd ook extern capaciteit aangetrokken. Zo deed Zuid-Holland Zuid een beroep op bijstandsafspraken met Rotterdam-Rijnmond en zette Gelderland-Midden pas afgestudeerde artsen van de Radboud Universiteit Nijmegen in. Het aantrekken van extra capaciteit betekende overigens niet onmiddellijk verlichting van de werkbelasting, maar vroeg in het begin juist extra aandacht omdat de medewerkers ingewerkt moesten worden. Dat ging niet alleen om het inhoudelijk inwerken op de werkzaamheden, maar voor sommige artsen en verpleegkundigen ook om het omschakelen van werken vanuit een patiëntgericht perspectief naar een benadering vanuit het perspectief van de publieke gezondheid.

Voor de Dienst Gezondheid & Jeugd (DGJ)²³ in Zuid-Holland Zuid was de mazelenepidemie een eerste *test case* voor (de samenwerking in) de nieuwe crisisorganisatie: de jeugdgezondheidszorg was recent gepri vatiseerd en de jeugdartsen en verpleegkundigen die in Zuid-Holland Zuid het Rijksvaccinatieprogramma uitvoeren, maken sindsdien geen deel meer uit van de GGD.

De gezondheidsdiensten onderhielden gedurende de epidemie nauw contact met andere (voornamelijk buur)regio's over ontwikkelingen. Zo was er contact tussen de artsen infectieziektebestrijding en op het gebied van communicatie. Daarnaast hadden de gezondheidsdiensten contact met het RIVM, niet alleen over de meldingen, maar bijvoorbeeld ook over de communicatie over de epidemie.

23 In Zuid-Holland Zuid vormen de GGD en Leerplicht en Voortijdig Schoolverlaten sinds 1 januari 2013 samen de Dienst Gezondheid & Jeugd ZHZ.

Eind februari 2014 meldde het RIVM dat de mazelenepidemie afliep. In Zeeland waren toen al enige tijd geen nieuwe gevallen van mazelen meer gemeld: de epidemie duurde daar tot en met december 2013. In Zuid-Holland Zuid was al in september afgeschaald, in Gelderland-Midden in oktober 2013. Vanaf het moment dat in de regio's het hoogtepunt van de epidemie voorbij was, kon het werk weer in de reguliere werkprocessen worden opgevangen.

Monitoring: informatieverzameling bij huisartsenposten en scholen

Een van de werkzaamheden die veel inspanning van de gezondheidsdiensten vergde, was het in beeld krijgen van alle ziektegevallen. Deze informatie werd aan het RIVM doorgegeven, zodat een landelijk overzicht tot stand kwam. Het gemelde aantal gevallen van mazelen is volgens de artsen infectieziekten echter een forse onderschatting van het aantal dat werkelijk besmet is geraakt. Op basis van ervaringsgegevens veronderstellen zij dat het werkelijke aantal zieken 10 maal hoger ligt dan het gemelde aantal. Huisartsen en scholen zijn weliswaar verplicht gevallen van mazelen aan de GGD te melden, maar de meeste mazelenpatiënten komen niet bij een huisarts in beeld. Als in een gezin bij één kind mazelen is vastgesteld, gaan de ouders met een volgend ziek kind niet nog eens naar de huisarts, tenzij er complicaties optreden.²⁴ De scholen zijn daarom in principe een betrouwbaarder bron van informatie, maar gedurende de epidemie waren er na verloop van tijd scholen die niet meer elke week een lijst van nieuwe ziektegevallen opstuurden. De scholen zover zien te krijgen dit toch te blijven doen, vergde van de GGD een behoorlijke inspanning.

Communicatie richting bestuur, scholen en geloofsgemeenschap

Door de gezondheidsdiensten werden de gemeentebesturen over het verloop van de mazelenepidemie geïnformeerd. Het crisisteam in Zuid-Holland Zuid besloot niet alleen de wethouders gezondheidszorg systematisch over de stand van zaken en maatregelen te informeren, maar ook de burgemeesters. In Gelderland-Midden is de epidemie besproken in een van de periodieke themabijeenkomsten van het

24 Ook waren niet alle ziekenhuisopnamen vanzelfsprekend in beeld bij de GGD; niet elke patiënt ging bijvoorbeeld in de eigen regio naar het ziekenhuis.

bestuur van de veiligheidsregio,²⁵ waaraan zowel de burgemeesters als de wethouders volksgezondheid van alle gemeenten deelnemen. Daarnaast is in Gelderland-Midden de epidemie een keer geagendeerd in een apart overleg met de wethouders volksgezondheid. In Zeeland heeft de directeur publieke gezondheid (DPG) actief contact opgenomen met de burgemeesters om hen te informeren over de verspreiding van mazelen in hun gemeente en te wijzen op de mogelijke onrust die daardoor onder de bevolking zou kunnen ontstaan. Daarnaast was de DPG samen met de arts infectieziekten aanwezig bij een door de GGD georganiseerde bijeenkomst in Tholen met de burgemeester en de wethouder volksgezondheid van de gemeente Tholen en een aantal voorgangers van kerken. Tijdens die bijeenkomst is gesproken over hoe in de kerkgemeenschappen werd gedacht over de voordelen van en bezwaren tegen vaccinatie. In Zeeland heeft de DPG dus een duidelijke, zichtbare rol gespeeld. De DPG in Zuid-Holland Zuid verkoos juist een minder zichtbare rol, omdat er onder de bevolking geen onrust was en er geen noodzaak bestond voor opschaling.

De gezondheidsdiensten verstrekten ook informatie en voorlichting aan scholen. Daarbij ging het om advies op maat. De scholen konden een keuze maken uit twee informatiefolders om onder de ouders te verspreiden: één waarin een vaccinatieadvies werd gegeven en één specifiek voor scholen die vanwege de geloofsovertuiging geen advies wilden uitdragen en waarin alleen stond dat een vaccin bestaat. Daarnaast werd bij scholen de informatiefolder *Vaccinatie: voorzienigheid, vertrouwen en verantwoordelijkheid* (NPV et al., 2013) onder de aandacht gebracht, waarin drie predikanten weergeven hoe zij tegen vaccinatie aankijken.

Media

De aandacht van de media voor de mazelenepidemie varieerde in de regio's van 'redelijk bescheiden' tot 'veel' en in sommige regio's zorgde dit voor een extra verhoging van de werkdruk. Zoals een van de respondenten opmerkte, maakte de media-aandacht 'dat de aanpak van de mazelenepidemie niet alleen een *public health* inspanning betrof,

25 In Gelderland-Midden maakt de GGD deel uit van de veiligheidsregio: Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM).

maar het ook ging om het managen van de totale boodschap en het maatschappelijk debat daarover’.

Gedurende de mazelenepidemie heeft GGD Zeeland vooral via de regionale media gecommuniceerd, omdat deze onder de doelgroep een relatief groot bereik hebben. Ook in Zuid-Holland Zuid werd de pers actief over de stand van zaken en de maatregelen geïnformeerd: de DGJ heeft van tijd tot tijd persberichten uitgebracht en op verzoek van de pers heeft een journalist meegelopen met een infectieziektenarts. Voor de plaatselijke en regionale media toonden in Zuid-Holland Zuid veel belangstelling. De aandacht van de pers ging niet alleen uit naar het verloop van de epidemie, ziekenhuisopnamen en het sterfgeval in Zeeland; het viel de DGJ Zuid-Holland Zuid op dat de media veel vragen stelden over de kwestie wel of niet vaccineren in relatie tot geloofsovertuiging, en over wat het standpunt van de DGJ daarin was.

De gezondheidsdiensten en het RIVM meldden behalve via hun websites ook via Twitter ontwikkelingen met betrekking tot de mazelenepidemie. Op sociale media ging naar de epidemie zelf echter weinig aandacht uit; er werd vooral getwitterd en op blogs gediscussieerd over het al dan niet invoeren van een vaccinatieplicht. Wel vernam de GGD in Zeeland juist in eerste instantie via de sociale media dat in Tholen een patiënt als gevolg van mazelen was overleden. (Omdat het meisje in het weekend was overleden, kon de huisarts dit pas maandag officieel bij de GGD melden.)

Mogelijkheid tot vervroegde / extra vaccinatie

Minister Schippers van VWS en prof. dr. Coutinho, destijds directeur van het CIb (RIVM), deden aan ouders het advies hun kinderen en eventueel ook zichzelf (alsnog) te laten vaccineren. In hun advies lieten zij ruimte voor geloofsovertuiging: ‘Het is een beslissing van mensen zelf’. Premier Rutte daarentegen onderschreef de oproep van VVD-senator Dupuis en voormalig minister Borst aan dominees, om hun gemeenteleden te adviseren hun kinderen te laten inenten. Hij stelde dat God nooit bedoeld heeft dat kinderen zo lijden als God tegelijkertijd de mens in staat heeft gesteld een vaccin tegen de ziekte te ontwikkelen.²⁶ In de reformatorische gemeenschap heeft deze, naar de mening

²⁶ NOS-uitzending Gesprek minister-president van 12 juli 2013. Op 14 februari 2014 ontleend aan www.uitzendinggemist.nl/afleveringen/1355546.

van de GGD in Zuid-Holland Zuid ongelukkige, uitspraak voor meer onrust gezorgd dan de mazelenuitbraak zelf.

Toch is van de mogelijkheid tot extra vaccinatie voor risicogroepen weldegelijk gebruikgemaakt. Tijdens de epidemie zijn in totaal 6839 extra BMR-vaccinaties gegeven (RIVM, 2014b). Dit waren niet alleen vervroegde vaccinaties bij kinderen in de leeftijd van 6 tot 14 maanden, ook oudere kinderen en volwassenen hebben zich alsnog laten vaccineren. In welke mate de extra BMR-vaccinaties zijn gegeven aan personen uit de reformatorische gemeenschap is niet bekend. De mogelijkheid tot vaccinatie werd in ieder geval door de gezondheidsdiensten zo makkelijk mogelijk gemaakt. In Gelderland-Midden bijvoorbeeld, waren er vaccinatiesprekuren waar men dagelijks terecht kon en in een naburige regio kwam een verpleegkundige voor vaccinatie aan huis. Dat ondanks deze inspanningen en uitgebreide informatievoorziening zeker niet iedereen uit de beoogde doelgroep van de mogelijkheid tot vaccinatie gebruik heeft gemaakt, geeft volgens een van de respondenten aan dat mensen ‘op basis van vrij heldere informatie en overtuiging bewust een keuze gemaakt hebben’.

3.5 Afronding

Elk jaar doet zich wel een aantal gevallen van mazelen voor. Eens in de tien à vijftien jaar is er sprake van een mazelenepidemie, omdat de ziekte zich dan gemakkelijk weet te verspreiden in gemeenten met een lage vaccinatiegraad. Een uitbraak van mazelen kan behalve voor kinderen en volwassenen die bewust niet gevaccineerd zijn, ook consequenties hebben voor mensen die zich er niet van bewust zijn dat ze onvoldoende tegen de ziekte zijn beschermd, en voor baby's jonger dan veertien maanden die nog niet aan het Rijksvaccinatieprogramma hebben kunnen deelnemen. Juist bij hen kan de ziekte tot ernstige complicaties leiden. De kans dat zij door iemand die bewust niet gevaccineerd is worden besmet, is klein maar niet uitgesloten. Dit risico is voor sommigen reden te pleiten voor een vaccinatieplicht.

Het is echter zeer de vraag of het verplichtstellen van vaccinatie tegen mazelen ooit zal voldoen aan de beginselen van proportionaliteit

en subsidiariteit.²⁷ De mate waarin in dit geval een vaccinatieplicht inbreuk maakt op het individueel belang (vrijheid van godsdienst of levensovertuiging) is groot in relatie tot het beoogde doel (kleinere kans op besmetting en daaraan gerelateerde gevolgen). Dat doel kan ook, of misschien wel beter, op een andere manier worden nagestreefd. Het valt immers te betwijfelen dat een vaccinatieplicht voor mazelen tot het gewenste effect zal leiden. Een dergelijke plicht zonder een uitzonderingsprocedure voor gewetensbezwaren is juridisch lastig te realiseren en zal zeker beperkingen kennen in handhaafbaarheid. Professionals werkzaam binnen de gezondheidszorg gaan daarom uit van voorlichting en dialoog, waarbij de integriteit van het lichaam en het zelfbeschikkingsrecht van de mens centraal staan. Zij respecteren de vrijheid van geloofsovertuiging en levensbeschouwing, ook al beperkt deze de mogelijkheid tot vaccinatie. Wel of niet laten vaccineren is een persoonlijke afweging.

27 Het proportionaliteitsbeginsel stelt dat de mate van inbreuk op het individueel belang proportioneel moet zijn ten opzichte van het beoogde doel van de maatregel; het subsidiariteitsbeginsel vereist dat het doel niet op een andere, voor betrokkenen minder nadelige, wijze kan worden bereikt.



Protest bij chemiebedrijf Chemours/DuPont. Inwoners van Sliedrecht, Papendrecht en Dordrecht willen einde aan gifuitstoot

Peter Donk @peterdonk

4

Gif langs de Merwede: de casus DuPont/Chemours

Joris IJzermans, Henk Klapwijk, Michel Dückers

4.1 Inleiding

‘We zijn allemaal bang’, zegt fractievoorzitter Tiebosch van D66 in Dordrecht. ‘Dit is een van de onveiligste gebieden in Nederland.’ Hij somt op: het vervoer van gevaarlijke stoffen over de weg (A16, N3 en A15), over de rivier en ook over het spoor. ‘En dan zit hier ook nog eens een aantal gevaarlijke bedrijven. Met de kennis van nu zou je bedrijven als DuPont en Chemours hier nooit meer neerzetten.’¹

Het is 10 oktober 2016. Die avond dringt de provincie Zuid-Holland erop aan om twee productielijnen in een van de fabrieken van DuPont in Dordrecht stil te leggen, nadat eerder op de dag een onbedoelde formaldehyde gaslozing heeft plaatsgevonden. Aan deze gebeurtenis ging een lange geschiedenis vooraf. Ergens in de tijdslijn kwam de gezondheid van werknemers en omwonenden in het geding. Vanaf 2012 werd het onrustig rondom (de uitstoot van) dit bedrijf, culminerend in een reeks van gebeurtenissen in 2016. Hierbij speelde niet alleen de fabriek in Dordrecht een belangrijke rol, maar ook ontwikkelingen rondom de vestiging van DuPont in Parkersburg, in de Amerikaanse staat Virginia. In dit hoofdstuk ligt de focus echter op de Dordtse vestiging. In de fabriek wordt teflon vervaardigd dat onder andere wordt gebruikt voor de antiaanbaklaag in pannen. Tot 2012 werd daarbij gebruikgemaakt van de hulpstof perfluorooctaanzuur (PFOA); in 2013 schakelde de producent over op de stof GenX.

¹ ‘Voor Dordrecht is met DuPont en Chemours de grens wel bereikt’, *Het Financieele Dagblad*, 12 oktober 2016.

Het gaat in dit hoofdstuk om een *creeping crisis*, waarbij de volksgezondheid in het geding is en – in tegenstelling tot een brand, ontploffing, auto-ongeluk of schietpartij – niet direct zichtbaar is wie er getroffen zijn. Gezondheidsproblemen uit zich pas na langere tijd, soms jaren later. De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat is: Wie is in een casus als deze – verantwoordelijk voor de zorg voor werknemers en omwonenden? Hierbij wordt dieper ingegaan op een tweetal dilemma's. Ten eerste is dat de vraag: Wanneer bestaat er van overheidswege voldoende reden tot ingrijpen? We analyseren dit dilemma aan de hand van een recent ontwikkeld crisismanagementmodel (zie Dückers et al., 2017). Bij het tweede dilemma gaat het om de vraag: Wat is het (feitelijke of gepercipieerde) gezondheidsrisico en wat is daarbij de rol van gezondheidsonderzoek? Voor dit hoofdstuk is gebruikgemaakt van wetenschappelijke literatuur en berichtgeving in de media.

4.2 Feitenrelaas

DuPont vestigt zich begin jaren zestig in Dordrecht en meer dan vijftig jaar gaat de productie voort zonder noemenswaardige (milieu-)incidenten, althans zonder publiciteit daarover. In 2011 wordt een teveel aan methyleenchloride uitgestoten, een waarschijnlijk kankerverwekkende stof. In 2012 lekt een leiding, blijkt dat CFK's illegaal naar Kazachstan werden geëxporteerd en wordt er te veel zoutzuur in de Merwede geloosd. Bovendien blijkt dat jaar dat vermoedelijk al vanaf de jaren negentig te veel hexafluorpropeen (HFP) is uitgestoten door de Viton-fabriek, waar kunstrubber wordt gemaakt. De omgevingsdienst Zuid-Holland Zuid (ZHZ) doet hierover aangifte bij justitie, na een melding van DuPont zelf. De omgevingsdienst organiseert daarna voor omwonenden een bijeenkomst. De verhoogde emissies HFP vormen volgens de GGD echter geen gezondheidsrisico voor de omwonenden, met name omdat er verdunning plaatsvindt in de buitenlucht en de stof zich niet ophoopt in het lichaam. Op de ontwikkelingen die in de jaren hierna volgen, gaan we hieronder uitgebreider in.

2015

In 2015 bericht de Nederlandse website *Follow The Money* (FTM) dat er tegen de DuPont-fabriek in Parkersburg in de Verenigde Staten ruim

3500 civiele rechtszaken zijn aangespannen door omwonenden en werknemers die gezondheidsproblemen ondervinden door de uitstoot van PFOA (in de VS bekend als C8).² Volgens FTM is al sinds 2001 bekend dat deze stof wordt geassocieerd met kanker van met name de lever, nier, blaas en zaadbal. PFOA is in de natuur moeilijk afbreekbaar en stapelt zich op in het lichaam van de mens. Hormoonverandering, vruchtbaarheidsproblemen, ontstekingen en geboortefwijkingen; de lijst met potentiële gezondheidsrisico's biedt reden tot zorg.

Het bericht van FTM zorgt voor veel commotie in de gemeenten Dordrecht, Sliedrecht en Papendrecht. Ook geeft het reden tot waakzaamheid bij de GGD, de omgevingsdienst en de provincie Zuid-Holland. De GGD onderzoekt of er in de betreffende gemeenten meer gevallen van lever-, nier- of teelbalkanker voorkomen, maar dat blijkt niet zo te zijn. In de Tweede Kamer worden vragen gesteld.

De centrale vraag die met name in de gemeente Dordrecht en de media leeft, is: 'Hoe kon PFOA zo lang onder de radar blijven? Hebben de toezichthoudende instanties zitten slapen?'³ De gemeente verwijt de provincie dat milieuverslagen niet zijn geverifieerd en constateert dat de omgevingsdienst in 2008 weliswaar de emissie door DuPont van kankerverwekkende stoffen heeft geëvalueerd, maar dat PFOA daarin niet was meegenomen. In juli 2015 verkoopt DuPont de fabricage van teflon aan spin-off Chemours. Deze stap voedt de geruchten dat er 'iets aan de hand' is met juridische consequenties.

In een uitzending van *EenVandaag* in oktober 2015 oordeelt een bekende toxicoloog dat de hem verstrekte waarden van PFOA in het bloed van werknemers van DuPont in Dordrecht in zijn ogen 'schokkend hoog' zijn. De staatsecretaris van Infrastructuur en Milieu (IenM) geeft in antwoord op Kamervragen aan dat zij het RIVM de opdracht heeft gegeven om na te gaan tot welke concentraties PFOA de uitstoot van DuPont in lucht en water heeft geleid en of er sprake is van gezondheidseffecten voor omwonenden. De (ex-)werknemers blijven buiten beschouwing. Tussen 2005-2012 werden zij tweejaarlijks door DuPont onderzocht op PFOA-moleculen in hun bloed.⁴

2 Follow The Money, 10 september 2015. Hoe DuPont met teflon een ongekende milieuramp veroorzaakte. Ook in Nederland?

3 'Teflon-fabricage DuPont onder de loep', *Het Kompas Sliedrecht*, 23 september 2015.

4 Resultaten hiervan werden overigens niet gedeeld met de Arbeidsinspectie (nu: Inspectie SWZ) maar later – gedwongen – wel met de EPA.

2016

In maart 2016 verschijnt het rapport van het RIVM waar de staatssecretaris van IenM een half jaar eerder opdracht toe gaf (Zeilmaker, 2016). In het rapport wordt aan de hand van drie gesimuleerde scenario's doorgerekend in hoeverre PFOA tussen 1970 en 2012 in het milieu is vrijgekomen en tot welke blootstelling voor omwonenden dat mogelijk heeft geleid. Het RIVM heeft daarbij de uitstoot deels moeten schatten, omdat alleen voor de jaren 1998-2012 emissiegegevens beschikbaar waren. De schattingen van de blootstelling worden uitgedrukt in bloedserumconcentraties PFOA. Lucht blijkt de belangrijkste bron van blootstelling te zijn.⁵ In een ring rondom de fabriek (750 meter) blijken de maximale serumconcentraties in een *worstcasescenario* gedurende 25 jaar boven de berekende veilige grenswaarde te liggen. Dit betekent een verhoogd, doch gering, risico op aandoeningen van de lever (hypertrofie). De berekende kans op extra gevallen van kanker is voor omwonenden van de fabriek in Dordrecht verwaarloosbaar.⁶ Geboortefwijkingen en problemen met de vruchtbaarheid zijn zeer onwaarschijnlijk. Het RIVM beveelt aan om aan de hand van een steekproef onder omwonenden de waardes in bloedserum te bepalen ter validering van de schattingen. Daarbij gaat het uitdrukkelijk niet om gezondheidsonderzoek of diagnostiek.

Het RIVM-rapport leidt in Dordrecht en omgeving tot de nodige onrust, met name in de lokale politiek en media. Omwonenden maken zich weliswaar zorgen, maar zijn door het RIVM-rapport ook gerustgesteld. De staatssecretaris van IenM neemt alle aanbevelingen uit het rapport over. Chemours reageert met de mededeling dat er altijd adequaat en binnen de regels is gehandeld en de nodige voorzorgsmaatregelen zijn genomen om de omgeving te beschermen tegen gezondheidsschade. Ook meldt het bedrijf dat de grenswaarde die door het RIVM is vastgesteld, destijds nog niet bestond.

De GGD verzoekt het RIVM (i.c. de Expertgroep Gezondheidsonderzoek en Nazorg na rampen en milieu-incidenten) een advies op te stellen of biomonitoring gewenst is. De experts ontraden een dergelijk

- 5 Geconstateerd wordt dat het drinkwater voor omwonenden van de fabriek geen PFOA bevat, omdat dit uit de Biesbosch komt. Potentieel geldt dit wel in gemeenten die stroomafwaarts langs de rivier de Merwede gelegen zijn, zoals Zwijndrecht en Hendrik-Ido-Ambacht.
- 6 In Parkersburg (VS) was onder werknemers en omwonenden sprake van meer kanker van nier en zaadbal, maar hier was de blootstelling aanzienlijk hoger.

onderzoek,⁷ mede omdat een bloedmonster geen informatie geeft over blootstelling aan emissies van DuPont in het verleden. Deze opmerking nuanceert tegelijkertijd de wetenschappelijke validering die het RIVM zelf in zijn rapport aanbeveelt, en ook het PFOA-bloedonderzoek dat een regionaal laboratorium aanbiedt. De lokale politiek spreekt er schande van dat omwonenden de kosten hiervan (82 euro) zelf moeten betalen (terwijl in de Verenigde Staten het bloedonderzoek door DuPont werd vergoed).

In april 2016 zendt *EenVandaag* een item uit over vrouwen die ooit werkten in een inmiddels gesloten fabriek van DuPont waar lycra (voor badpakken, panty's e.d.) werd vervaardigd. De vrouwen ervoeren vruchtbaarheidsproblemen en/of complicaties van zwangerschappen die veroorzaakt zouden zijn door de stof dimethylacetamide (DMAc). Ook in Kerkrade stond voorheen een vestiging van DuPont waar dit garen werd vervaardigd. De minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid geeft daarom in juni 2016 het RIVM de opdracht de gezondheidseffecten van de uitstoot van PFOA en DMAc in kaart te brengen. Beide stoffen staan sinds respectievelijk 2012 en 2013 op de Europese lijst van zeer zorgwekkende stoffen.

Tussen 10 en 12 augustus 2016 lekt als gevolg van een gaslek bij DuPont bijna 3000 kilo formaldehyde de lucht in. Na melding door het bedrijf bij de omgevingsdienst wordt de productielijn stilgelegd. De omgevingsdienst doet aangifte bij het OM. Zes weken na het incident wordt de precieze omvang van de lekkage pas duidelijk; de stof is kankerwekkend. Het leidt tot onrust onder de bevolking. DuPont heeft geen verklaring voor het feit dat het gaslek pas na twee dagen werd ontdekt en gemeld. 'Door de pijpleidingen gaat zoveel gas, dat je dit soort hoeveelheden niet meteen mist', aldus de directeur van Dupont.⁸ De Onderzoeksraad voor Veiligheid stelt een onderzoek in. In oktober is er opnieuw een (kleinere) formaldehydelekkage en dringt de provincie Zuid-Holland erop aan dat de fabriek wordt stilgelegd. De directeur

7 Reden hiervoor is dat er geen (referentie-)informatie is over bloedconcentraties bij omwonenden met alleen een zogenoemde achtergrondblootstelling, omdat er geen handelingsperspectief zou zijn en de mogelijkheid om causale verbanden te leggen als onwaarschijnlijk wordt beoordeeld.

8 'Mensen denken dat we hier onveilig werken', *Algemeen Dagblad*, 21 november 2016.

biedt namens het bedrijf zijn verontschuldiging aan: ‘Dit soort incidenten mag gewoon niet voorkomen.’⁹ ‘Toch is het te makkelijk om te zeggen dat DuPont weg moet uit Dordrecht’, zegt de Dordtse burgemeester Arno Brok op 17 oktober bij Radio Rijnmond. ‘Je houdt mensen dan een worst voor die je helemaal niet waar kunt maken.’ Hoewel de zorgen en kritiek van omwonenden volgens de burgemeester terecht zijn, zegt hij dat het ‘niet alleen maar kommer en kwel is’ bij DuPont. ‘Honderden, duizenden hebben door de jaren heen daar ook hun brood verdiend en zijn ook dankbaar geweest dat het een goede werkgever was.’

Ontwikkelingen 2017

GenX

Er ontstaan steeds meer vragen over de stof GenX die Chemours sinds 2012 gebruikt als alternatief voor PFOA. Volgens toxicologen is GenX mogelijk net zo schadelijk. Het RIVM noemt het aannemelijk dat onderdelen van GenX gezondheidseffecten kunnen geven (Beekman et al., 2016). De provincie Zuid-Holland besluit de emissies GenX naar lucht en water te beperken, in afwachting van nader onderzoek in Duitsland – ten dienste van nadere Europese regelgeving. Chemours loost jaarlijks 6400 kilo restanten in de Merwede. Drinkwaterbedrijf Oasen oogst eind april veel aandacht in de pers met het standpunt/de zienswijze dat de uitstoot in oppervlaktewater teruggebracht moet worden naar nul, omdat GenX niet uit het drinkwater kan worden gefilterd. De Dordtse gemeenteraad spreekt zijn steun uit. Er volgen wederom Kamervragen. Voor Suzanne Kröger (GroenLinks) maakt de zaak Chemours duidelijk dat bedrijven nu veel te makkelijk stoffen kunnen lozen waarvan de gevolgen nog niet duidelijk zijn. ‘Het wordt tijd dat we daarin anders gaan werken: eerst onderzoek naar wat een stof met milieu en volksgezondheid doet, en pas daarna toestemming om te lozen.’¹⁰

Schadevergoeding

Begin 2017 schicken DuPont en Chemours (ieder betaalt de helft) alle 3550 strafzaken van omwonenden van de fabriek in Parkersburg voor in totaal 670 miljoen dollar. Dat betekent overigens niet dat schuld wordt erkend. Op 9 mei eisen 500 omwonenden en ex-werknemers van de fabrieken in Dordrecht 50 miljoen euro van het bedrijf in verband met geleden gezondheidsschade en waardevermindering van de woning.

9 ‘Dupont zegt sorry: Dit mag niet voorkomen’, *Algemeen Dagblad*, 22 november 2016.

10 ‘Kamer wil actie in zaak-Chemours’, *Algemeen Dagblad*, 17 april 2017.

RIVM-rapport

Medio mei 2017 verschijnen nieuwe rapporten van het RIVM waarin verslag wordt gedaan van een literatuurstudie naar de mogelijke gezondheidseffecten van PFOA/C8 (Van der Pol et al., 2017). Bovendien wordt de uitslag gegeven van het bloedonderzoek onder omwonenden ter validering van de in 2016 gemodelleerde blootstelling die goed berekend blijkt te zijn. In de bloedsera van de omwonenden wordt gevonden dat mensen woonachtig in de onmiddellijke omgeving van de fabriek nog een verhoogd gehalte aan PFOA in hun bloed hebben. Op basis van de modellering is dit gehalte in het verleden langdurig nog hoger geweest, met als gevolg een kans op veranderingen in cholesterolwaarden, geboortegewicht en leverenzymen. Dit leidt opnieuw tot onrust in de omgeving. Hoewel niet bedoeld als gezondheidsonderzoek, wordt het bloedonderzoek om het blootstellingsmodel te valideren wel als een gezondheidsonderzoek ervaren. Er is besloten tot een vervolgblootstellingsonderzoek onder omwonenden met de hoogste serumwaarden. Ook dit kan worden gepercipieerd als een aanvullend gezondheidsonderzoek.

4.3 Crisisbeheersing binnen de publieke gezondheid

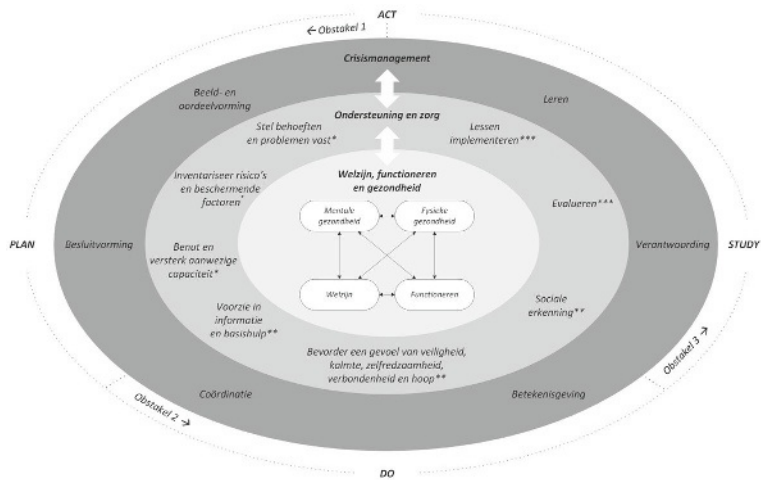
In het nu volgende analyseren we de gebeurtenissen aan de hand van een crisismanagementmodel. Dit model (zie figuur 4.1) is opgebouwd rondom de gezondheid en het welzijn van mensen. Zodra die worden verstoord of bedreigd door een gebeurtenis, een stof of een andere invloed uit de omgeving, zijn de verantwoordelijke partijen aan zet. Het management van een bedrijf is aan zet zodra de gezondheid van klanten of medewerkers in gevaar is; op gemeenschapsniveau kunnen overheden verantwoordelijk zijn.

In de donkergrijze ring van het model zijn leiderschapstaken in tijden van crises weergegeven. De verantwoordelijke partijen zullen deze adequaat moeten vervullen, analoog aan de ‘plan-do-study-act’ cyclus. Een casus zoals in dit hoofdstuk beschreven vraagt ten eerste om *beeld- en oordeelvorming* (‘wat is er gaande?’), rekening houdend met (zorg)behoeften, problemen en risico’s van burgers die zijn blootgesteld aan (mogelijk) kankerverwekkende stoffen als DMAc, PFOA, GenX en formaldehyde. De uitkomst van de beeld- en oordeelvorming komt tot uiting in de *besluitvorming* over wat wel en wat niet te doen. Vervolgens is *coördinatie* gewenst om te waarborgen dat betrokken partijen

de beslissing in goede samenwerking en afstemming uitvoeren. *Betekenisgeving* is een taak die neerkomt op duiding en reflectie en die recht doet aan zorgen en het gevoel benadeeld te zijn (ook herdenkingen en monumenten geven uiting aan deze taak). Als de betekenisgeving goed is gegaan, en de uitvoerende stappen hebben bijgedragen aan een steunende context waarin sprake is van sociale erkenning, dan is *verantwoording* minder bedreigend voor de verantwoordelijke partij. *Leren* markeert het einde van de reeks taken en versterkt idealiter de volgende cyclus bij een volgende crisis.

In de ring daarbinnen staan ondersteunings- en zorgprincipes. Het is aan te raden deze in de cyclus mee te nemen,¹¹ niet alleen met het oog op het belang van gedupeerden, maar ook in het belang van de verantwoordelijken zelf. Uiteindelijk zullen de verantwoordelijken immers verantwoording moeten afleggen; hetzij aan het algemeen bestuur, aan de omgeving, aan medewerkers en/of aan klanten.

Figuur 4.1 Crisismanagement binnen de publieke gezondheid



11 De ondersteunings- en zorgprincipes passen bij de psychosociale hulp (PSH) door de hele cyclus, en bij gezondheidsonderzoek na rampen (GOR) aan het begin en einde van de cyclus. De complementariteit van beide publieke gezondheidsprocessen zit hem erin dat GOR in sturingsinformatie voorziet voor PSH en bovendien bijdraagt aan de evaluatie die nodig is om beter te begrijpen wat (niet) werkt.

Deze basislogica helpt bij de analyse van het feitenrelaas. Wat verder nog meespeelt, is dat de cyclus die in de figuur is afgebeeld drie obstakels kent. In het begin worden de *beeld- en oordeelvorming* en *besluitvorming* gehinderd door een gebrek aan informatie, hetgeen aan crises eigen is. Een volgend obstakel is dat juist in de uitvoeringsfase, waar de sociale interactie, steun en het sociaal vertrouwen zo essentieel zijn, relaties onder druk staan en het moeilijk is om elkaar te vinden. Het derde obstakel komt later, zodra media en onderzoekers het leiderschap kritisch onder de loep nemen, aansprakelijkheidskwesties gaan spelen en onderzoek loopt (Dückers et al., 2017).

De DuPont-casus kent twee dilemma's die zich aan het begin van de hiervoor beschreven cyclus voordeden. Het eerste dilemma betreft de vraag welke verantwoordelijke partij wanneer ingrijpt. Deze vraag houdt nauw verband met de tweede vraag: Wat is het feitelijke of gepercipieerde gezondheidsrisico? Op deze twee dilemma's gaan we hieronder in.

4.3.1 *Wie is waarvoor verantwoordelijk en wanneer is er voldoende reden tot ingrijpen?*

De verantwoordelijkheidsvraag hangt samen met de vraag wie de gedupeerden zijn. Er zijn binnen de Dupont-casus ruwweg twee groepen gedupeerden te onderscheiden. De eerste groep bestaat uit medewerkers van de fabriek van wie vaststaat dat zij aan schadelijke stoffen zijn blootgesteld. Het bedrijf is als werkgever verantwoordelijk voor een veilige werkomgeving. Bij het werken met kankerverwekkende stoffen is registratie verplicht. De inspectie SZW is het bevoegd gezag voor het toezicht op de veiligheid voor werknemers.

De tweede groep bestaat uit de omgeving van de fabriek, zowel in het algemeen als omwonenden in het bijzonder. Het gezondheidsbelang van deze groep valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente (i.c. de gemeenten Dordrecht, Sliedrecht en Papendrecht) met de GGD als eerste adviseur.

De milieu-inspectie richt zich op de omgeving van de fabriek, met de provincie als bevoegd gezag voor de omgevingsvergunning en het toezicht. Daarnaast is in deze casus de gemeente Dordrecht het

bevoegd gezag voor de Wet bodembescherming. In de praktijk zijn de wettelijke taken rondom omgevingsvergunning en bodembescherming overgedragen aan de regionale omgevingsdienst ZHZ. Verder is nog Rijkswaterstaat het bevoegd gezag voor lozingen in de rivier.

De verantwoordelijkheid is derhalve over meerdere partijen verdeeld zonder duidelijke coördinatie of regie. In Kamervragen is de staatssecretaris van IenM voorgehouden dat in een casus als deze de verantwoordelijkheid te veel versnipperd is en dat dit een doortastende aanpak in de weg staat. Zelfs als we Europese regelgeving buiten beschouwing laten, is sprake van een ‘patchwork’ van (gedwongen) afstemmingsrelaties, waarbij de kwaliteit van de afstemming (ingegeven door de mate waarin iedere verantwoordelijke proactief optreedt), bepalend is voor de mate waarin adequaat alle belangen worden bewaakt. Het risico van dit soort casus is dat gedupeerden zich onvoldoende gehoord voelen in het bureaucratische proces (zoals eerder het geval was bij de langdurige bodemsanering in Olst; zie IJzermans & Dückers, 2016). Ook is de lappendeken van partijen niet bevorderlijk voor een gecoördineerd gezondheidsonderzoek.

Als het alleen een bedrijfsaangelegenheid zou zijn geweest dan was de directie van DuPont respectievelijk Chemours verantwoordelijk, en daarnaast de inspectie SZW (als toezichthouder). In de Verenigde Staten heeft dit geresulteerd in schikkingen, maar in deze casus is het laatste woord daarover nog niet gezegd. In Dordrecht was sprake van een herhaalde uitstoot van schadelijke stoffen naar de omgeving. Om die reden kwamen de gemeente(n), provincie, omgevingsdienst en de GGD in beeld. Vermoedelijk is de zichtbaarheid of concreetheid van de gezondheidsdreiging bepalend voor de activering van verantwoordelijke overheden. Na de eerste formaldehyde-emissie was hiervan nog geen sprake en ontbrak een duidelijke dreiging. De consequentie daarvan was dat de *beeld- en oordeelvorming* en *besluitvorming* niet tot maatregelen leidden. De latere formaldehyde-uitstoot was echter voor de provincie aanleiding om de activiteiten van de installatie tijdelijk stil te laten leggen tot uit een onafhankelijke analyse zou blijken dat de veiligheid voldoende was gewaarborgd. Toen dat een maand later het geval bleek te zijn, ging de directie van DuPont over tot *verantwoording*: ‘Er zijn fouten gemaakt en daar wordt van geleerd’, zo luidde de belofte die het voorlopige eindpunt in 2016 markeerde. Als het opnieuw

misgaat, zal een volgende crisis dat moeten uitwijzen. Dat zou bovendien betekenen, ondanks eventueel geleerde lessen, dat het volgende dilemma weer gaat spelen. Er is immers een bepalende factor voor de mate waarin verantwoordelijke overheden worden geactiveerd c.q. aanleiding zien om op te treden: een duidelijke dreiging of gezondheidsproblematiek, in een sfeer waarin acceptatie van risico's steeds kleiner wordt.

4.3.2 *Gezondheidsonderzoek: een onmisbare basis voor beleid en een potentiële onrustkatalysator*

Een terugkerend probleem bij rampen en (milieu)crises is dat de gebeurtenis gepaard gaat met een sociale dynamiek waarin gezondheidseffecten – al dan niet terecht – worden toegeschreven aan een stof of *agent*. Het vaststellen of die toeschrijving terecht is, is – zoals de expertgroep cGM stelt – in de regel ondoenlijk. Tal van factoren spelen mee, zeker als het om kanker gaat, inclusief leefstijl en genetische vatbaarheid. Bovendien is de mate van blootstelling niet zomaar vast te stellen en kunnen feiten op gespannen voet staan met percepties van gedupeerden die het bagatelliseren van die perceptie als een gebrek aan steun kunnen ervaren. In de DuPont-casus gaat het om enkele stoffen die gevaarlijk zijn voor de gezondheid. Daarbij is – in tegenstelling tot de rubbergranulaatcasus (zie hoofdstuk 7) waarin het gaat om het gezondheidsrisico van het materiaal waarvan kunstgras is vervaardigd – vooral de waarschijnlijkheid van blootstelling (en minder het risico van de stof zelf) onderwerp van discussie.

In de inleiding van dit hoofdstuk is al benadrukt dat bij gezondheidscrises het effect van blootstelling soms lang op zich laat wachten. Dat neemt niet weg dat er een directe druk kan zijn voor één of meer van de verantwoordelijke partijen om te handelen, onzekere gevolgen inzichtelijk te maken en de schade te beperken. Een adequate aanpak, gericht op het gezondheidsbelang, begint met weten wie te benaderen als potentieel blootgestelde. Dit is precies waarom een goede registratie van getroffen en bij rampen en crises zo van belang is. De huidige casus – een fabriek op een vaste plek met wisselende personeelsbestanden, omringd door wisselende groepen bewoners, passanten, inclusief verder in de wind gelegen woonkernen – wordt gekenschetst door het

aloude probleem: Wie is blootgesteld? Hoe lang? Hoe vaak? Hoeveel schadelijke stof is opgeslagen in het lichaam? *Sense-making* vraagt om informatie over (zorg)behoeften, problemen en risico's. Gezondheidsonderzoek kan daarin voorzien. Wat, wanneer en wie te onderzoeken is met betrekking tot (oud-)medewerkers eenvoudiger te organiseren dan met betrekking tot het diffuse publiek in het mogelijke besmettingsgebied.

In de praktijk zal er bij de uitvoering van het onderzoek, zeker bij kostbaar bloedonderzoek, een politiek-bestuurlijke keuze moeten worden gemaakt, niet alleen in Dordrecht, maar ook in omliggende gemeenten. De politiek-bestuurlijke achtergrondruis van besluitvormingsprocessen bevat latente voorkeuren voor overheid, markt of gemeenschap, die tot uiting komen in gekozen oplossingen.

Gezondheidsonderzoek en de besluitvorming daarover heeft (los van de politiek-bestuurlijke ideologische lading) een duidelijke waarde in een crisisdossier waar informatie node wordt gemist. Het dilemma blijft dat gezondheidsonderzoek ook problemen op individueel niveau ('er is iets mis, mijn gezondheid hangt hiermee samen') en collectief niveau ('we lopen risico in dit gebied') kan aanwakkeren of bestendigen.

Mocht de gewenste informatie ondanks de talrijke mitsen, maren en gebreken boven tafel komen dan vergen *beeld- en oordeelvorming*, *besluitvorming* en *betekenisgeving* een betrouwbare, passende maatstaf. In mediaberichten in 2016 waarin wordt stilgestaan bij PFOA-metingen onder ex-Dupontmedewerkers, worden de resultaten geduid aan de hand van de kort daarvoor door het RIVM afgeleide grenswaarde. Ondanks de schijnbare betrokkenheid van het RIVM, gaat het hier niet om een officiële referentiewaarde. Zoals ook de expertgroep al concludeerde, bestaat er in Nederland geen referentiewaarde voor het publieke domein (in Duitsland wel). In algemene zin wordt het afleiden van veilige waardes van een stof empirisch vastgesteld. Dat betekent dat regelgeving altijd achterloopt, omdat data (meestal van de fabriek zelf) maar langzaam worden verkregen. Voor de effecten van het werken met PFOA zou het voorzorgprincipe hebben kunnen gelden. Dat betekent dat in de besluitvorming wordt vooruitgelopen op regelgeving

als er onzekerheid is over de effecten.¹² De berichten uit de Verenigde Staten hebben daar zeker aanleiding toe gegeven.

4.4 Afronding

De DuPont-casus voldoet aan twee kenmerken die opgaan voor menig milieu-incident. Enerzijds worden de gezondheid en het welzijn van medewerkers en bewoners in het uitstootgebied van de fabriek bedreigd. Anderzijds kan die individuele dreiging zich vertalen naar maatschappelijke onrust. De onzekerheden zetten de toon. Het samenspel tussen betrokkenen en belanghebbenden staat in het teken van het vertalen van mogelijkheden naar zekerheden. Maar dat kan niet zomaar. Volledige zekerheid gaat er nooit komen, hoogstens puzzelstukjes en helaas niet op zeer korte termijn. Betrouwbare informatie over de uitstoot, aard en omvang van de blootstelling en de gezondheid van blootgestelde mensen blijft niettemin cruciaal voor het crisismanagement van dit soort gevallen. Ook de gedeelde verantwoordelijkheden blijven een probleem. Zodra de problemen rondom DuPont worden gezien in het licht van de analyse van 372 chemische en andere risicobedrijven, in februari 2017 gepubliceerd in *de Volkskrant*,¹³ past de casus in een breder, verontrustend beeld. De conclusie: meer dan de helft van de onderzochte bedrijven heeft in de twee jaar voorafgaand aan het onderzoek de veiligheidsregels overtreden. Bij een kwart tot een vijfde gaat het om bedrijven die ‘middelzware tot zware overtredingen begaan’. Al met al voorziet dit signaal in een duidelijke noodzaak voor een sterk toezicht en nauwgezette handhaving. Het probleem gaat verder dan een toevallig lek dichten. Industriële bedrijven worden uitgedaagd om winstmarges te maximaliseren in concurrentie met bedrijven elders, wellicht in minder dichtbevolkte gebieden met minder stringente eisen.¹⁴ Ook schadevergoedingen en aansprakelijkheid spelen een rol in het afwegingsproces over investeringen en acceptabele risico's. De onderneming heeft geen belang bij hoge veiligheidskosten, omdat

12 Follow the Money, 10 september 2015. Hoe DuPont met teflon een ongekende milieuramp veroorzaakte. Ook in Nederland?

13 'Chemiereus bij een woonwijk, ach...?', *de Volkskrant*, 9 februari 2017.

14 In China en Rusland bijvoorbeeld wordt PFOA ongehinderd uitgestoten door de industrie.

deze direct de winstgevendheid reduceren. Wel staat de directie van een onderneming voor de uitdaging om de eigen *license to operate* niet te verspelen. Zodra een chemisch of ander risicobedrijf er eenmaal is, ontstaat een gezondheidsrisico. Zolang het bedrijf blijft bestaan, is het aanspreekbaar en verantwoordelijk voor de veiligheid van medewerkers en de omgeving, waarbij kosten dus ten laste gaan van de winst. Als het bedrijf om welke reden dan ook de activiteiten gestaakt heeft of failliet gaat, kunnen gedupeerden geen beroep meer doen op de eigenaren. In de praktijk kunnen er nog lang na sluiting problemen resteren of ontstaan, waardoor verantwoordelijke overheden alsnog in een lastig parket belanden. Dat gold na de brand bij Chemie-Pack in Moerdijk, de uitstoot van ethyleenoxide bij Sterigenics in Zoetermeer en bij de langlopende bodemsaneringszaak in de gemeente Olst-Wijhe, zoals beschreven in de vorige bundel (zie IJzermans & Duckers, 2016). Wat betekent dit voor de toekomst? Gelet op het aantal bedrijven en de haperende veiligheidssystemen is het een kwestie van tijd voor de volgende zaak zich aandient. Gezondheidsaspecten zullen dan opnieuw aan de orde zijn.



'Laat het Hoogeland niet zakken!' #genoegisgenoeg #fakkeltocht

Maarten v. Wieringen @vanwieringen



De mensen in Groningen zijn vandaag flink wakker geschud, gratis en voor niks.

#Aardbeving #Groningen #Westerwij #Loppersum #Winsum #Zeerijp #TenBoer #Appingedam

Robin Draastens @RobinDraastens

5

(Aard)gasbevingen in Groningen: over Zeerijp en wat erna gebeurde

Menno van Duin

5.1 Inleiding

Maandagmiddag 8 januari 2018 werd Groningen opnieuw getroffen door een aardgasbeving. Het epicentrum lag deze keer bij het dorpje Zeerijp, gelegen in de gemeente Loppersum. De consequenties van deze aardgasbeving waren groter dan de directe gevolgen van de beving zelf. Er stortten geen huizen in, de meldkamers werden nauwelijks gebeld. Wel ontving het Centrum Veilig Wonen in de dagen na de beving in Zeerijp zo'n drieduizend schademeldingen.¹ Veel inwoners van Groningen merkten de schok, maar veel belangrijker dan die angstige paar seconden was dat zich ruim vijf jaar na de aardbeving in Huizinge (2012) opnieuw een krachtige aardbeving in dezelfde gemeente voordeed, terwijl er na de aardbeving in Huizinge een aangepast regime van gaswinning was ingesteld en sinds begin 2014 in het gebied rond Loppersum bijna niet meer werd geboord.

De beving van 8 januari 2018 zou opnieuw een duidelijk markeringsmoment vormen. In dit hoofdstuk worden enkele discussies en ontwikkelingen nadien geschetst.² Daarbij komt ook de beving van 2019 in Westerwijdterd ter sprake, omdat deze opnieuw zo'n 'policy window' vervulde.

1 NRC, 15 januari 2018. Nieuws: 'Bijna 3.000 schademeldingen na aardbeving Groningen'. Op 9 september 2019 ontleend aan www.nrc.nl/nieuws/2018/01/15/bijna-3-000-schademeldingen-na-aardbeving-groningen-a1588383.

2 Bij het schrijven van dit hoofdstuk heb ik veel baat gehad van de uitvoerige commentaren van Charles Vlek en de goede redactie van Vina Wijkhuijs.

Dit hoofdstuk is tot stand gekomen op basis van gesprekken die de auteur de afgelopen paar jaar heeft gevoerd met zowel verschillende Groningers (onder andere de voormalig burgemeester van Loppersum en vertegenwoordigers van belangenorganisaties) alsook met wetenschappers. Verder is gebruikgemaakt van een archief van krantenartikelen uit met name *de Volkskrant* en *NRC Handelsblad*.

Het hoofdstuk bestaat uit drie delen. Omdat de beving in Zeerijp vooral relevant is vanwege de voorgeschiedenis, volgt eerst een terugblik op wat er na de aardgasbeving in Huizinge gebeurde. Vervolgens zette de beving in Zeerijp opnieuw een heel proces aan gebeurtenissen in gang. Ingegaan wordt op de duiding van de situatie en de psychosociale gevolgen van de gasbevingen.

5.2 Feitenrelaas

Met de eerste grote aardgasbeving (magnitude 3,6) op 7 augustus 2012 in Huizinge (gemeente Loppersum) wordt letterlijk in één klap duidelijk dat vijftig jaar gaswinning weliswaar heel veel geld (zo'n 300 miljard euro) heeft opgeleverd, maar Nederland ook met een probleem heeft opgezadeld. Een onderzoek van het Staatstoezicht op de Mijnen (SodM) naar aanleiding van deze beving maakt de situatie feitelijk nog zorgelijker. Een beving zoals bij Huizinge zou niet uitzonderlijk zijn, er moet zelfs rekening worden gehouden met de kans dat zich in de toekomst nog wel eens een beving van magnitude 4,5 tot mogelijk zelfs 5 zal voordoen. Tot dan toe was altijd aangenomen dat 3,9 het maximum zou zijn. Een beving van 4,5 tot 5 zou instorting van enkele huizen en/of gebouwen en daarmee ook doden kunnen betekenen. De gasproductie zou vanwege de urgentie van het probleem en vanuit het oogpunt van veiligheid voor de inwoners van de provincie Groningen zo snel mogelijk tot zo'n 12 miljard kuub moeten worden gereduceerd, aldus het SodM.

Hoewel de beving in Huizinge in augustus 2012 een schok teweegbrengt, was het niet de eerste beving die zich in het Noorden voordeed (zie voor een uitvoerige beschrijving Van Duin & Wijkhuijs, 2014). De bevingen begonnen begin jaren negentig en in de loop der jaren namen zowel het aantal bevingen per jaar als de intensiteit en de energie die per beving vrijkwam, toe. Deze toenemende seismische activiteit is

het gevolg van de voortschrijdende bodemcompactie (inklinking) door jarenlange onttrekking van gas aan de bodem. Op basis van diverse onderzoeken die na het rapport van het SodM worden verricht en het gewijzigde winningsplan van de NAM besluit het kabinet-Rutte II in januari 2013 over te gaan tot een drietal maatregelen:

1. een gerichte vermindering van de gaswinning waarbij rond Loppersum de gasproductie meer wordt teruggebracht. De totale productie zou in 2016 terug moeten gaan naar 40 miljard kuub (ter vergelijking: in 2013 was dat 54 miljard kuub);
2. een grootschalige preventieve versterking van woningen, gebouwen en infrastructuur en adequate schadeafhandeling;
3. verbetering van het economisch perspectief van de regio door bedrijvigheid te stimuleren.

Vermindering gaswinning

De hoeveelheid gas die jaarlijks gewonnen mag worden, wordt gaandeweg een steeds belangrijker vraagstuk. De uiteindelijke vermindering van de gaswinning gaat beduidend sneller dan het kabinet in 2014 voorzag en had vastgelegd. De Raad van State doet in november 2015 de bindende uitspraak dat de omvang niet 33 miljard kuub mag zijn, zoals het kabinet had vastgelegd, maar zal moeten worden teruggebracht tot 27 miljoen kuub. In september 2016 besluit minister Kamp op basis van een advies van het SodM dat er maximaal 24 miljard kuub gas door de NAM gewonnen mag worden. In 2017 wordt dit, na opnieuw een uitspraak van de Raad van State, met nog eens tien procent verlaagd (hetgeen neerkomt op 21,6 miljard kuub per jaar).

Herstel aan woningen

De gasbevingen in het gebied brengen schade toe aan gebouwen. Er worden na de beving van 2012 zo'n 20.000 schademeldingen ingediend. De NAM heeft een kleine miljard euro beschikbaar voor schadeherstel en preventieve maatregelen. Eind 2013 verschijnt een rapport van de commissie-Meijer (de commissie Duurzame toekomst Noord-Oost Groningen) die de provincie Groningen adviseert om samen met de NAM, het ministerie van Economische Zaken en Klimaat (EZK), inwoners, lokale bestuurders en vele anderen te komen tot een meerjarig en samenhangend programma. Daarbij heeft het herstel van het gevoel van veiligheid en toekomstzekerheid bij de bewoners en het

herstel van vertrouwen tussen enerzijds bewoners en organisaties en anderzijds de NAM en de rijksoverheid prioriteit.

Ondanks de vele goede voornemens, heldere rapporten en mooie woorden blijft het in Groningen voortdurend rommelen. Het ministerie van EZK en de NAM willen doorgaan met de gasproductie; wel met een inmiddels fors verminderde jaarlijkse hoeveelheid. Het SodM krijgt een nieuwe directeur die wel zaken belooft, maar niet weet hoe zaken snel aan te pakken. Op vrijwel elk dossier wordt maar mondjesmaat vooruitgang geboekt.³ Het Gasgebouw en de gaswinning staan nog fier overeind.

Het herstel van de woningen verloopt buitengewoon stroperig. Zo loopt de operatie om duizenden woningen te versterken enorme vertragingen op. Op het moment dat er ten minste 5000 woningen hadden moeten zijn geïnspecteerd, zijn er nog geen 1500 bekeken. Medio 2015 wordt Hans Alders aangesteld als Nationaal Coördinator Groningen; daarmee is hij de verantwoordelijke van de nieuwe rijksdienst die belast wordt met de afhandeling van de aardbevings schade en het versterken van de panden in het aardbevingsgebied. De gewenste versterkingsoperatie van alle woningen die mogelijk getroffen kunnen worden door een nieuwe beving, leidt al snel tot grote beroering. Er ontstaat discussie over de wijze waarop dat herstel zou moeten plaatsvinden. De eerste huizen die in een soort ‘korset’ worden geplaatst, roepen weinig enthousiasme op. De versterkingsoperatie kan een nieuwe ramp worden, zo betoogt onder meer de Groninger Bodembeweging, een belangenorganisatie die gaandeweg meer invloed verwerft.

Aardbeving Zeerijp

Op 8 januari 2018 is er een beving bij Zeerijp, waarbij in één keer zesmaal zoveel seismische energie vrijkomt als bij alle aardebevingen in Groningen in heel 2017. De gedachte dat de vermindering van de aardgaswinning effect zou hebben, is in één keer van tafel. Na enkele relatief rustige jaren zijn de Groningers met deze beving weer terug bij af en worden Nederland en zeker politiek Den Haag opnieuw wakker geschud. De situatie blijkt helemaal nog niet onder controle. Enkele duizenden personen melden schades. De beving hakt er enorm diep in. Minister Wiebes (die met het aantreden van het kabinet-Rutte III in

3 Zie voor een overzicht van deze periode bijvoorbeeld Vlek, 2019a.

2017 de portefeuille van Kamp heeft overgenomen) reist af naar Groningen en proeft daar de wat grimmige stemming. Andersom bemen bewoners een duidelijk andere toon dan die van zijn voorganger. Hij begrijpt de frustraties en heeft oog voor het feit dat herstel en versterking tot nog toe veel te traag zijn verlopen. Eind januari 2018 geeft hij aan dat zo snel mogelijk zal worden terugggegaan naar 12 miljard kuub per jaar, het niveau dat het SodM in 2013 voorstelde.

Wiebes en zijn ambtelijk apparaat werken een nieuw voorstel uit en eind maart (nog geen drie maanden na de beving in Zeerijp) besluit het kabinet om voor 2030 te stoppen met de gaswinning. Het *Dagblad van het Noorden* spreekt van een historische beslissing.⁴ Hoewel het besluit nog weinig concreet is ten aanzien van de hoeveelheid gas die de komende jaren wel geëxploiteerd zou mogen worden, geeft het op enkele punten een nieuwe insteek. Er zal een stikstoffabriek worden gebouwd en er zal uiteindelijk nog zo'n tien tot vijftien procent van de gasvoorraad in de bodem blijven.⁵ Dat betekent dat Nederland de komende jaren 'van het gas af moet'. Het jaar 2030 lijkt ver weg, maar het betekent ook dat (per direct) nieuw te bouwen woningen gasloos zullen moeten zijn.

Hoewel de eerste reacties op het kabinetsbesluit en de voorgenomen plannen duidelijke positief zijn, slaat de toon de weken en maanden erna weer om. Keerpunt is de beslissing van Wiebes eind mei 2018 om de versterkingsoperatie tijdelijk op 'on hold' te zetten. Bewoners van 1588 woningen die versterkt zouden worden en waarvoor alle seinen op groen stonden, moeten nu weer wachten en worden opnieuw in onzekerheid gestort. De redenering is dat, nu de beslissing is genomen de gasproductie de komende jaren fors te verminderen en uiteindelijk in 2030 te beëindigen, er mogelijk sprake is van een veranderd risico-beeld. Dat is reden voor de minister om meer inzicht te wensen wat de betekenis van deze koerswijziging is op de risico's van een beving

4 *Dagblad van het Noorden*, 30 maart 2018. Regio Groningen: 'Verlossende woorden van Wiebes (+ de stappen om gaswinning naar nul te krijgen)'. Op 9 september 2019 ontleend aan www.dvhn.nl/groningen/Verlossende-woorden-van-Wiebes-de-stappen-om-gaswinning-naar-nul-te-krijgen-23044947.html.

5 De stikstoffabriek maakt het mogelijk (geïmporteerd) hoogcalorisch gas geschikt te maken voor Nederlandse huishoudens (met installaties voor alleen laagcalorisch gas). Daarmee zou jaarlijks tot zo'n 8 miljard kuub Nederlands gas minder nodig zijn.

en daarmee ook op de risico's van het instorten van woningen. Zijn de dure versterkingsoperaties nog wel nodig als de gasproductie omlaag gaat?

De beslissing van Wiebes is voor Hans Alders reden een uitvoerige ontslagbrief te schrijven.⁶ De *schwung* die er aanvankelijk inzat na de beving in Zeerijp, verdwijnt bijna weer even snel als ze was gekomen. De stroperigheid is weer terug en ook de nieuwgevormde Tijdelijke Commissie Mijnbouwschade Groningen slaagt er niet in de achterstand in de afhandeling van schadeclaims weg te werken. Het aantal niet behandelde claims is inmiddels opgelopen tot 17.500.

Begin maart 2019 besluit de Tweede Kamer unaniem dat er een parlementaire enquête dient plaats te vinden naar de Groningse gaswinning. De start wordt uitgesteld totdat de schadeafhandeling en versterkingsoperatie op stoom zijn, zodat discussies hieromtrent het bredere verhaal niet zullen doen afleiden. Omdat beide zaken ook in 2019 nog niet voorspoedig verlopen, roept dat bij Groningse belangenorganisaties de vraag op wanneer de parlementaire enquête dan zal aanvangen en waarom juist deze lastige dossiers geen onderdeel van de enquête zouden kunnen zijn.

In de vroege ochtend van woensdag 22 mei 2019 is het weer raak in Groningen. Dit keer vindt er een beving plaats in Westerwijtwerd (3.4), eveneens een dorp in de gemeente Loppersum. Koppen als 'Het voelt alsof je op een vulkaan leeft' en 'de aarde laat zich niet temmen' zeggen voldoende. Het aantal schademeldingen loopt snel op tot boven de 4000. Een aantal discussies start opnieuw.

5.3 Duiding van de situatie

Het is best lastig de gebeurtenissen in Groningen goed te duiden. De gasbevingen bij Huizinge en Zeerijp en meer recent bij Westerwijtwerd waren op zichzelf geen ramp. De directe fysieke gevolgen van

6 Alders gaf in zijn afscheidsbrief aan vooral problemen te hebben met het feit dat eerdere toezeggingen aan bewoners nu opeens werden teruggedraaid. Kennelijk was Alders niet of nauwelijks door de minister geïnformeerd dat de afbouwplannen vergaande implicaties zouden hebben voor de versterkingsoperatie.

de bevingen waren beperkt. Er is – simpel gezegd – geen enkele brandweerauto voor uitgerukt. Het woord ramp dekt de lading onvoldoende. Maar hoe dan de situatie te duiden?

Creeping crisis

In de Engelstalige literatuur wordt wel het begrip ‘*creeping crisis*’ gehanteerd: een situatie waar niet acuut, maar sluipenderwijs een probleem de samenleving binnentreedt. In de literatuur worden daarbij vaak voorbeelden gegeven van situaties waarbij toxische stoffen (die al langer in de bodem zitten of in de lucht komen) bepaalde gemeenschappen bedreigen (Erikson, 1976). Feitelijk is het aardgasbevingenprobleem ook sluipenderwijs bij de Groningers binnengekomen. Het probleem uitte zich voor het eerst in 1991 en vervolgens kostte het tijd om het probleem te onderkennen en er effectief mee om te gaan. In 1959 was de eerste proefboring en enkele jaren later werd op commerciële schaal aardgas uit de bodem gehaald. Het zou na 1991 nog jaren duren vooraleer instanties als de NAM accepteerden dat er een relatie bestond tussen de bevingen en de gaswinning. Langzamerhand groeide ook de bewustwording bij de bewoners in het aardbevingsgebied dat er sprake was van een permanent probleem. De echte maatschappelijke schok kwam op 16 augustus 2012 met de beving bij Huizinge, die door vele Groningers gevoeld werd. Het duurde daarna nog enkele jaren voordat de rest van Nederland en politiek Den Haag zich bewust werd van de ernst van de situatie.

Institutionele crisis

In bestuurskundig jargon wordt de situatie in Groningen wel omschreven als een institutionele crisis: een situatie waarin een beleidssector in een relatief korte tijd wordt geconfronteerd met duidelijke en aanhoudende signalen van afnemende politieke en maatschappelijke steun (legitimiteit) van de sector (Boin & 't Hart, 2000). De Groningse aardgasbevingen zijn in dat opzicht te beschouwen als een crisis waarin de legitimiteit van de NAM, het ministerie van EZK en misschien wel breder, van de rijksoverheid en andere betrokken partijen (adviesbureaus e.a.), tot het nulpunt zakte. Schmidt, Boersma en Groenewegen geven aan dat er in Groningen zowel een hervormende (*‘reformist’*) als een behoudende (*‘conservative’*) strategie zichtbaar was (Schmidt, Boersma & Groenewegen, 2018). Aanvankelijk overheerste bij de meeste formele

partners de behoudende strategie, maar toen de institutionele crisis alleen maar toenam en er zich iedere keer weer nieuwe verstoringen voordeden (niet alleen bevingen, maar ook rapporten van allerlei instanties die bedreigend waren voor de gevestigde partijen), kwamen er aspecten van een meer adaptieve strategie naar voren. Andere actoren dienden zich nadrukkelijker aan en hun werd een plaats aan de overlegtafel ‘gegund’.

Chronische crisis

De gebeurtenissen in Groningen dragen ook kenmerken van een chronische crisis. Dit begrip wordt bijvoorbeeld gebruikt voor situaties in bepaalde gebieden van Afrika (permanente droogte, voedseltekorten e.d.). Ook individuen kunnen in een (welhaast) chronische crisis verkeren. Voor Groningen zijn beide elementen denkbaar. Het chronische karakter is mede het gevolg van het feit dat de situatie als heel lang duurt en er welhaast sprake lijkt van een oneindige crisis. Ook al wordt de komende jaren de aardgaswinning afgebouwd, de onzekerheid zal bij de meeste Groningers nog (vele) jaren voortduren. Onzekerheid of met het beëindigen van de winning de bevingen zullen verdwijnen, maar ook onzekerheid over de eigen situatie.

Crisis/ramp in slow motion

De woorden van premier Rutte die sprak van ‘een crisis in slow motion’, sluiten aan bij het begrip chronische crisis.

‘For observers and investigative journalists following the Groningen case, it is apparent that this ‘disaster in slow motion’ has been mismanaged by both the operators and the authorities’ (Sintubin, 2018, p. 2003).

Deze observatie van Sintubin werd feitelijk gedeeld door minister Wiebes toen hij sprak over overheidsfalen van on-Nederlandse proporties.⁷ Enerzijds maakt het natuurlijk niet uit hoe de situatie genoemd

7 Zie bijvoorbeeld *de Volkskrant*, 6 maart, 2019. Columns & Opinie: ‘Een “overheidsfalen van on-Nederlandse proporties” verdient een voortvarender aanpak’. Op 9 september 2019 ontleend aan www.volkskrant.nl/columns-opinie/een-overheidsfalen-van-on-nederlandse-proporties-verdient-een-voortvarender-aanpak-b76c7fb7/.

wordt. Anderzijds maakt het wel een verschil als bijvoorbeeld gesproken wordt over ‘de brand in Het Hemeltje’ of de ‘Volendam-ramp’. Zijn het nu aardbevingen of (aard)gasbevingen?

Hoe de situatie ook genoemd wordt, duidelijk is dat de impact van de bevingen en de daaruit voortvloeiende materiële en immateriële schade inmiddels forse consequenties hebben voor de inwoners van het noordoostelijke deel van de provincie Groningen. In de volgende paragraaf wordt daarop ingegaan.

5.4 De psychosociale gevolgen van de chronische crisis⁸

De laatste jaren is een behoorlijk goed inzicht verkregen in de (mentale) gezondheid van de betrokken Groningers. Zowel de GGD als het Gronings Perspectief (een samenwerkingsverband van onder andere de Rijksuniversiteit Groningen en de GGD) heeft verschillende enquêtes en onderzoeken onder de bevolking uitgevoerd. Onder leiding van de Groningse hoogleraar Postmes is tussen 2016 en 2018 een aantal metingen verricht die bij elkaar een beeld geven van de gezondheidssituatie van de betrokken Groningers en verbanden leggen tussen geleden schade, ervaren onveiligheid (persoonlijk bevingen gevoeld of gemerkt) en een verslechterende gezondheid. In het eindrapport *Gevolgen van bodembeweging voor Groningers* komen alle resultaten van vijf rapporten samen (Postmes et al., 2018a). Feitelijk was het rapport net afgerond toen op 8 januari 2018 de hevige beving bij Zeerijp (3.4 Richter) zich voordeed. Deze laatste beving was aanleiding voor nog een extra onderzoek (Postmes et al., 2018b).

‘Gronings Perspectief toont aan dat er een oorzakelijk verband is tussen het hebben van schade en stress-gerelateerde gezondheidsproblemen omdat mensen zich onveilig voelen. Ook gebrek aan vertrouwen en gevoelens van onrecht hebben een impact op ervaren veiligheid en gezondheidsproblemen. De omvang van dit probleem is groot: 410.000 Groningers wonen in een postcodegebied waar

8 Over deze problematiek is eerder geschreven in een artikel in *Impact Magazine*. Zie Van Duin & Duckers, 2018.

schade door aardbevingen erkend is. 170.000 mensen (kinderen meegerekend) hebben schade aan hun woning. 85.000 (kinderen meegerekend) hebben meervoudige schade. 10.000 mensen kampen met acute stress-gerelateerde gezondheidsproblemen.

De gevolgen treffen niet alleen een zeer grote groep, ze hebben ook bredere impact dan “alleen” gezondheidsproblemen: mensen met meervoudige schade hebben een verhoogd arbeidsverzuim en hogere kans op burn-out. Ze rapporteren een afname van sociaal en fysiek functioneren. Vooruitkijkend naar de toekomst is het te verwachten dat een grote groep te maken krijgt met verstoord woongenot, een verminderde kwaliteit van leven en hogere zorgkosten. Als we de omvang van de gezondheidsklachten combineren met de wetenschappelijke kennis over de gevolgen op langere termijn kunnen er vijf of meer mensen per jaar overlijden als gevolg van de problematiek.’ (Postmes et al., 2018a, p. 110)

Het psychosociaal kenniscentrum Impact zette eind 2017 de conclusies op een rijtje van drieëntwintig rapporten die inmiddels verschenen zijn over de gevolgen van de situatie voor de inwoners van Groningen (Holsappel et al., 2017). Het rapport schetst – op basis van de verschenen rapporten en onderzoeken – hoe de laatste jaren de psychosociale impact is toegenomen. Dat de belangrijkste risicofactoren – zoals schade aan de woningen, het al dan niet goed uitvoeren van herstelwerkzaamheden en het sterk verminderde vertrouwen in de overheid – lastig zijn te beïnvloeden, maakt de situatie alleen maar meer complex. Feitelijk was en wordt de bevolking geleidelijk en chronisch blootgesteld aan risicofactoren voor het ontwikkelen van (mentale) gezondheidsklachten.

De psychosociale impact

De observaties uit de drieëntwintig rapporten bijeengebracht geven een scala aan problemen en kwetsbare aspecten (Holsappel et al., 2017):

- Vrouwen en ouderen voelen zich iets onveilig(er) (klein effect op ervaren veiligheid).
- Een kleine groep kinderen heeft problemen die ontwikkeling bedreigen, er is meer aandacht nodig voor kinderen.
- Er is grotere psychosociale impact voor gebieden met een hoge of gemiddelde aardbevingsintensiteit, dan in gebieden met een lage bevingsintensiteit.
- In gemeentes die zowel krimpgebied als bevingsgebied zijn, scoort men lager op psychosociaal welbevinden.
- Blootstelling aan schade gaat gepaard met zeer grote toename aan overlast, tegelijkertijd zijn mensen niet geneigd om hierdoor te verhuizen.
- Groningers zijn over het algemeen niet positief over de maatregelen die zijn genomen om de leefbaarheid te vergroten en schade te beperken.
- Ervaren onrecht, onmacht, wantrouwen, gebrek aan regie komen in vrijwel alle rapporten terug als breed gedeeld probleem (machteloosheid is de sterkste gerapporteerde emotie).
- Op gemeenschapsniveau valt op dat het probleemoplossend vermogen van burgers zelf nog te weinig wordt benut.
- Communicatie met burgers blijkt een terugkerend probleem zoals dat ook in de rapporten van de onafhankelijk raadsman en van de Onderzoeksraad voor Veiligheid naar voren kwam.
- Oplossingen van problemen worden nu vaak gezocht in bestuur, organisaties en procedures, maar juist daar ontbreekt het vaak aan probleemoplossend vermogen in het huidige krachtenveld.
- De aanpak is veelal reactief en wordt gehinderd door gebrek aan kennis en kunde over de effecten van aardbevingen – resulterend in een veel te grote afhankelijkheid van technische en bouwkundige adviesbureaus.

In 2015 schreef de Onderzoeksraad voor Veiligheid dat onderzoek weliswaar ‘cruciaal’ is om over meer kennis te beschikken ‘maar het mag geen excuus worden om geen maatregelen te treffen of besluiten uit te stellen’. Een opvallende conclusie die Holsappel et al. op basis van de geanalyseerde rapporten trekken, is dat de maatregelen die tot dusver genomen zijn, vooral neerkomen op meer onafhankelijke organisaties die de betrouwbaarheid moeten vergroten. Paradoxaal genoeg versterkt dit uiteindelijk vooral de onoverzichtelijkheid. De rol van de burger is niet meer helder, de klachtenafhandeling wordt stroperig en oorzaak van stress. Onderstaand enkele citaten uit verhalen van ervarings-

deskundigen die zijn opgetekend door het Groninger Gasberaad in een bundel met veertien verhalen van gedupeerden (Groninger Gasberaad, 2017).

Verhalen van gedupeerden

Kort na de melding komt er een expert van het Centrum Veilig Wonen (CVW) langs. Hij wuift de schade weg. Ondanks de eerder geconstateerde A-schade en B-schade komt er dit keer een C op het rapport. De schade is niet veroorzaakt (A) of verergerd (B) door een aardbeving, zo luidt het oordeel. Nicolien schakelt het onafhankelijk expertisebureau Vergnes in voor een contraexpertise. Op basis van het rapport van Vergnes erkent het CVW ruim een jaar later dat het om B-schade gaat en de schade dus is verergerd door de bevingen. (...) Dan wordt er asbest gevonden in een lekkende rioolpijp. (...) Al met al kampen Nicolien en haar man met veel onduidelijkheid en onzekerheid. Het vreet aan ze, het put ze psychisch uit en het heeft een negatieve invloed op hun levensvreugde.

Een schaderapport van de NAM en een contraexpertise van Troostwijk met totaal verschillende conclusies. (...) De afgelopen weken is Thijs iedere nacht badend in het zweet wakker geworden. Hij zweet zo erg, dat hij zijn hemd uit kan wringen. Het komt puur door de spanning. Hij ervaart meer stress dan ooit.

Piet en Anna wonen in een Jarino-woning in Warffum. In 2014 werd hun huis van boven tot onder hersteld en versterkt, omdat de aardbevingen enorm veel schade hadden aangericht. Het heeft hun meer dan anderhalf jaar strijd met de NAM gekost. (...) 'Op een gegeven moment ben je dagelijks bezig met de aardbevingsschade. Dat is heel stressvol', zegt Anna.

Maar dan begint het te trillen en te rommelen. Sylvia denkt eerst aan een vrachtauto die met idiote snelheid voorbijrijdt. Dan hoort ze bonzen op de bovenverdieping. Zijn de kasten omgevallen? Ze hoort ook het dak beangstigende geluiden maken. 'Toen kwam het besef, dit is een aardbeving. Ik dacht, het dak is ingestort. Nu ben ik mijn kind kwijt.' (...) Sylvia merkt dat veel inwoners van Loppersum op hun tenen lopen. Ze is verknocht aan het dorp en haar woning, maar het is soms niet leuk meer om hier te wonen. 'Iedereen wil duidelijkheid en weten waar het naartoe gaat. Maar nu overheersen machteloosheid en woede. Veel mensen trekken het niet meer. De lontjes zijn korter geworden.'

Zie voor de complete verhalen: www.gasberaad.nl/bevingsverhaal

Honderden van dergelijke verhalen zijn op te tekenen. Frustraties bij velen over de wijze waarop de afhandeling van de schade geschiedde en geschiedt; angst voor de toekomst. Toch zitten in deze verhalen soms ook sprankjes hoop. Positief is dat sociale steun aanwezig is en functioneert als beschermende factor. Bewoners in de gebieden met een sterke aardbevingsintensiteit, zo laat het onderzoek zien, ervaren een sterkere betrokkenheid bij de buurt en sociale cohesie. Er is een scala aan succesvolle voorbeelden van burgerparticipatie en instrumenten om betrokkenheid van burgers te vergroten. Aangezien de impact op individuen veelal samenhangt met schade, is te verwachten dat de kerngebieden kwetsbaarder zijn. Tegelijk schatten juist de inwoners van aardbevingsgemeenten niet alleen de risico's, maar ook de weerbaarheid van hun gemeenschap hoger in.

5.5 Snel versterken of afwachten?

Een van de lastigste dilemma's betreft de vraag naar het nut en de noodzaak van de voorgenomen versterkingsoperatie. Met de forse vermindering van de hoeveelheid gas die uit de bodem wordt gehaald en de voorgenomen 'stand still' (uiterlijk 2030) is een van de meest leidende en tegelijk gevoelige vragen of versterking van de huizen nog wel nodig is en of dat geld niet beter op een andere manier aan het getroffen gebied gependend zou kunnen worden. Zullen de komende jaren de aantallen bevingen en de ernst van de bevingen duidelijk en systematisch afnemen of bestaat daarover nog grote onduidelijkheid? Wat betekent belofte maakt schuld? In het verleden zijn er allerlei inspecties van woningen en gebouwen verricht en toezeggingen gedaan over de versterkingsoperatie en is dat niet al voldoende reden deze ook nu gewoon uit te voeren?

De beslissing van minister Wiebes (mei 2018) om – in afwachting van een advies van de Mijnraad – de versterkingsoperatie tijdelijk stil te leggen, was voor Hans Alders aanleiding om zich terug te trekken als Nationaal Coördinator Groningen. Het uitgangspunt van de versterkingsoperatie was om ervoor te zorgen dat inwoners van het aardbevingsgebied net zo veilig kunnen wonen als de rest van Nederland. Om te voorkomen dat (delen van) huizen zouden instorten bij een

beving, zouden huizen bouwkundig versterkt worden. Na versterking is de kans op zware schade als gevolg van een beving beduidend kleiner. Van het hele gebied zijn op basis van een computermodel voor alle gebouwen HRA's (*Hazard and Risk Assessments*) gemaakt. Vervolgens zijn de gebouwen waar volgens het model het risico het grootst is, het eerst onderzocht.

Dat de versterkingsoperatie al sinds aanvang traag verloopt, blijkt bijvoorbeeld uit een project in Ten Boer. Half april 2015 werden de eerste vragen over een rijtje woningen aan de Fazanthof gesteld. Een half jaar later gaf de NAM toestemming om de huizen te gaan onderzoeken. In mei 2016 volgde een inspectie en ruim een half jaar later concludeerden deskundigen dat de huizen niet voldoende veilig waren bij een aardbeving. In november 2017 volgde een advies voor sloop/nieuwbouw. Uiteindelijk kunnen begin 2020 – opnieuw een paar jaar later – de eerste huizen plat, zo was medio 2019 de verwachting.⁹ Gaandeweg werd duidelijk dat in ieder geval zo'n 15.000 woonadressen (11.500 panden) versterkt zouden moeten worden en er mogelijk nog duizenden (deze waren nog niet bekeken) volgen. Versterking van de eerste 1467 gebouwen was (deels) al in gang gezet. De volgende 1588 vielen onder het uitstel dat Wiebes in 2018 inlaste en waarover discussie volgde.

Na het gereedkomen van rapporten van het SodM en de Mijnraad in de tweede helft van 2018 en een overeenkomst tussen de minister en de NAM over de vergoeding van de kosten, was de weg opnieuw vrij om de komende jaren de versterkingsoperatie nu serieus ter hand te nemen. Vanwege de eerdere kritiek op de Nationaal Coördinator Groningen is voorgesteld een Tijdelijke Commissie Versterking in te stellen. Om allerlei redenen is die commissie echter nog niet gestart. Minister Ollongren van Binnenlandse Zaken is verantwoordelijk gemaakt voor deze nieuwe uitvoeringsorganisatie die de versterkingsoperatie in Groningen moet gaan leiden.

Hoewel er medio 2019 veel signalen op groen staan en er ook gewerkt wordt aan een betere afstemming tussen versterken en herstellen van gebouwen, is de verwachting dat de discussie hierover op enig moment wel weer de kop op zal steken. Een groeiend aantal deskundigen zet

9 Dwarshuis, 9 februari 2019. 'Gaswinning overzicht: Tijdlijn Fazanthof'. Op 9 september 2019 ontleend aan <https://dwarshuis.com/aardbevingen-groningen/tijdlijn-fazanthof/>.

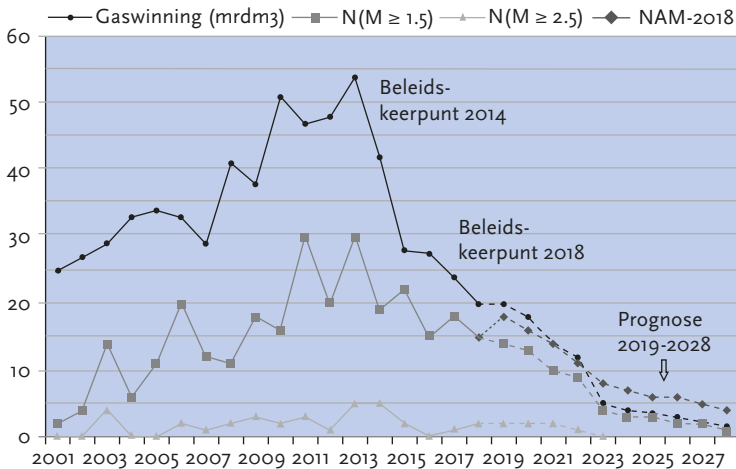
vraagtekens bij deze operatie. De twijfel richt zich vooral op de maximaal te verwachten magnitude van een gasbeving. Aanvankelijk (2013) stelde het SodM deze magnitude op 5. Dit ‘worstcasescenario’ werd leidend bij de versterkingsoperatie. Daarmee werd magnitude 5 niet alleen een kans op een beving (die helemaal niet hoeft plaats te vinden) maar bijna een zekerheid. Eens zou – net als de ‘Big One’ in Californië – zich wel een dergelijke beving voordoen. Daarmee werd volledig voorbijgegaan aan de vraag of een dergelijke magnitude überhaupt wel (fysiek) mogelijk is in Groningen.

Niet alleen waren en zijn er twijfels bij het worstcasescenario, de vermindering van de productie en de op handen zijnde afbouw van de productie maakt dat een vergelijking met natuurlijke aardbevingen mank gaat. Enerzijds is de hevigheid van geïnduceerde aardbevingen relatief groter, omdat deze zich niet op zo’n tien kilometer maar slechts op drie kilometer diepte voordoen. Anderzijds betekent geïnduceerd ook dat er een relatie bestaat tussen menselijk ingrijpen en de bevingen. Het blijkt voorsnog heel lastig om deze relatie goed in te schatten. Wel zijn er steeds meer signalen en statistische onderbouwing dat de variatie van de productie effect heeft op de aantallen en de ernst van de bevingen. Charles Vlek, emeritus hoogleraar Omgevingspsychologie en Besliskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen, heeft recentelijk deze relatie statistisch onderzocht door de jaarlijkse productie (de hoeveelheid gas die uit de bodem is gehaald) te relateren aan het totaal aantal aardbevingen met een magnitude van ten minste 1.5 (Vlek, 2019b).

Onderstaande figuur 5.1 laat zien hoe sterk de lijnen van de productie (bovenste lijn) matchen met de lijnen van de bevingen (1.5 middelste lijn; 2.5 onderste lijn). Als deze statische analyse aardig overeenkomt met de werkelijkheid dan is de verwachting dat de komende jaren de aantallen bevingen boven de 1.5 en 2.5 sterk zullen verminderen. Een verdere daling van de productie, zoals die aanstaande is, zal (statistisch) een nog verdere daling van het aantal bevingen tot gevolg hebben. Daarmee wordt ook de kans op een forse beving steeds kleiner. Vlek geeft aan dat daarmee de kans op een beving van ten minste 4.5 ook fors zal dalen. Terwijl deze kans voor 2019 werd ingeschat op eens in de vijftig jaar (0,02), zal deze kans verminderen tot 0,005 (eens in de tweehonderd jaar) in 2023 en tot 0,00013 (eens in de zeventhonderd

jaar) in 2028. Dit dus nog op basis van het uitgangspunt dat een magnitudo 4.5 fysiek mogelijk is (hetgeen door sommigen betwijfeld wordt).¹⁰

Figuur 5.1 Jaarlijkse gasproductie in relatie tot het aantal aardbevingen met een magnitudo groter dan respectievelijk 1.5 en 2.5¹¹

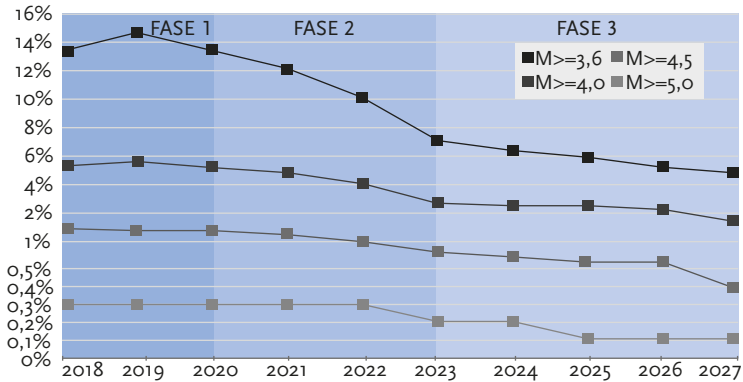


In figuur 5.2 wordt het verloop van de geschatte kansen op een aardbeving weergegeven met een magnitudo van respectievelijk groter dan 3.6, 4.0, 4.5 en 5.0, uitgaande van het afbouwscenario van de NAM.

¹⁰ Zie voor een uitgebreide beschrijving het artikel dat Vlek schreef, *Versterken als mosterd na de maaltijd: een overzicht en recensie van het 'Plan van Aanpak Mijnraadadvies' van de Nationaal Coördinator Groningen*, dat primair bedoeld is ter informatie en mogelijke ondersteuning van betrokken bewoners, bestuurders, belangenorganisaties, ondernemers en wetenschappers. Op 9 september 2019 ontleend aan <http://houdgroningenovereind.nl/index.php?SMExt=SMDDownloads&SMDDownloadsFile=Vlek-recensie-10-2-PvA-NCC.pdf>.

¹¹ Bron: Vlek, 2019c.

Figuur 5.2 Jaarlijkse kans op een aardbeving in Groningen, 2018 t/m 2027¹²



5.6 Hoe nu verder te gaan?

In het verleden is stevig ingezet op de forse gevolgen die een zware beving zou kunnen hebben. Dat leidde tot uitgangspunten van een worstcasescenario van magnitude 5.0 en een geaccepteerd risico kleiner dan 10^{-5} .¹³ Dat uitgangspunt is overgenomen door belangenorganisaties in hun strijd voor een veiliger Groningen. Inmiddels is er reden deze getallen te herzien, maar belangrijker is dat er een veel betere communicatie met de bevolking gaat plaatsvinden.

Vlek geeft een aantal aanbevelingen hoe hiermee om te gaan. Zo moet duidelijk zijn dat het seismische risico veel meer behelst dan de kans op één of enkele doden bij een gasbeving. Risico's behelzen ook de schade, (de vrees) gewond (te) raken en de psychosociale gevolgen. De risicoperceptie wordt ook beïnvloed door de bekendheid met de

¹² Bron: Vlek, 2019c (gegevens gebaseerd op SodM, 2018).

¹³ Tien tot de min vijf betekent dat de kans per jaar één op de 100.000 is dat één persoon overlijdt door in dit geval een beving. Of anders geformuleerd: dat eens in de 100.000 jaar iemand zou (mogen) overlijden. Bij 100.000 inwoners betekent dit dat de kans kleiner moet zijn dan één dode per jaar als gevolg van een aardbeving. Als uitgangspunt van ons risicobeleid geldt normaliter 10^{-6} (jaarlijks zou gemiddeld één persoon mogen overlijden van de miljoen; of één inwoner overlijdt in 1 miljoen jaar tijd). Aangezien er zo'n 300.000 blootgestelde personen in het gebied zijn, betekent dus dat drie doden acceptabel zijn.

situatie, transparantie, de mate van vrijwilligheid van het risico, alsmede het vertrouwen in risicodeskundigen en de overheid. Daarnaast is het een illusie dat er kwantitatief veel zinnigs kan worden gezegd over de kans dat een huis zal instorten, laat staan of een individu bij die beving zijn huis wel of niet tijdig zal kunnen verlaten. Het onderscheid tussen veilige en onveilige huizen is relatief. Mijns inziens is de belangrijkste les van Vlek:

‘Regarding Groningen, it seems that the best way of reducing residents’ anxiety, frustration, and anger would be to actually show that gas extraction is steadily and significantly diminishing indeed, material damage complaints are quickly and effectively handled, further building reinforcement is limited to the necessary, and a fair part of the national benefits goes to local communities involved.’ (Vlek, 2019b, p. 5).

Ik zou daaraan nog enkele suggesties willen toevoegen. Het is belangrijk dat de verantwoordelijken veel meer gaan spreken over dit dilemma en de inwoners veel meer meenemen in het besluitvormingsproces. Feitelijk zal het de komende jaren vooral aankomen op goed communiceren en uitleggen. Bijvoorbeeld door te zeggen:

‘Natuurlijk willen en kunnen wij de voorgenomen versterkingsoperatie uitvoeren, zoals eerder is afgesproken. Maar er zijn verschillende redenen (een forse daling van de kans op een ernstige beving als gevolg van de vermindering van de productie) waarom deze operatie minder noodzakelijk is geworden.’

Tegelijkertijd zouden de middelen die deze operatie zou kosten, gewoon ter beschikking gesteld moeten worden aan de inwoners (individueel en/of collectief) en worden belangrijke keuzes omtrent de versterking juist bij de inwoners zelf gelegd. ‘Als u de versterking wenst dan krijgt u die’. Daarnaast dient ook snel en ruimhartig te worden betaald voor

alle schades die inmiddels zijn opgetreden.¹⁴ De landelijke overheid kan vooral vertrouwen terugwinnen door transparant te zijn en waar te maken wat ze belooft. Nadat Groningen jarenlang een wingewest is geweest, zou de overheid zich dan eindelijk jegens Groningen en de Groningers van haar beste kant tonen.

5.7 Afronding

Dit hoofdstuk richtte zich primair op Groningen en de Groningers. Tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat er ook nationale belangen in het geding waren en zijn. Het ministerie van EZK dient ook een nationaal economisch belang te behartigen. Daarbij gaat het zeker niet alleen om het geld dat wij de afgelopen jaren hebben mogen incasseren door het Groningse gas. Ook het gas zelf was en is van grote waarde. In belangrijke mate functioneren de Nederlandse bedrijven (en dan vooral de energie-intensieve sectoren) op (goedkoop) Nederlands gas. Datzelfde geldt ook voor bijna alle huishoudens. Maatregelen om de gaskraan (meer) dicht te draaien zijn alleen maar mogelijk op het moment dat er voor bedrijven en huishoudens alternatieven voor handen zijn. Dat verklaart ook het grote belang van de recente beslissing om een fabriek te bouwen waar hoogcalorisch gas wordt omgezet in laagcalorisch gas (door er stikstof bij te mengen), zodat het kan worden getransporteerd door het leidingnetwerk en de cv-ketels, geisers en gasfornuizen bruikbaar blijven.

14 *Trouw*, 20 april 2019. Voorpagina: 'Expert: Bevingsschade Groningen valt niet vast te stellen, dus geef iedereen compensatie'. Op 9 september 2019 ontleend aan www.trouw.nl/nieuws/expert-bevingsschade-groningen-valt-niet-vast-te-stellen-dus-geef-iedereen-compensatie~b2700e53/.



Gemeente #Watering krijgt veeg uit de pan in rapport. Er ligt nog steeds asbest in wijk na brand vorig jaar #hvn1

mike hendriksma @MikeHVNL

6

Branden met asbest: Wateringen en soortgelijke casus

Menno van Duin, Régis Flohr, Anouk Ros

6.1 Inleiding

Er doen zich jaarlijks enkele honderden incidenten voor waarbij (mogelijk) asbest in het spel is. Zo werd in de zomer van 2012 in Utrecht asbest aangetroffen bij renovatiewerkzaamheden aan een aantal flats op Kanaleneiland (zie Van Duin, 2013). Dit hoofdstuk gaat over een brand die zich in januari 2015 voordeed in Wateringen en waarbij asbest vrijkwam. Daarnaast schenken we ook aandacht aan een tweetal eerdere en vergelijkbare casus: de brand in Alkmaar van januari 2014 en de brand in Roermond van december 2014. Laatstgenoemde twee casus worden kort besproken ten behoeve van de vergelijking. In alle drie de gevallen kwam er als gevolg van de brand asbest vrij. Populair – maar feitelijk onjuist – spreekt men dan van een ‘asbestbrand’. Het is echter geen brand van asbest en het is niet het asbest dat brandt; het asbest komt vrij bij de brand. Bij de meeste van dergelijke branden is dat asbest van dakplaten. Tot 1994 werden deze dakplaten veel toegepast als dakbedekking van schuren en loodsen.¹ Bij brand worden die (golf)platen sterk verhit en gaan ze kapot, wat vaak een knappend geluid geeft (een indicatie voor aanwezigheid van asbest). Stukjes asbestvezel en dunne flinters komen door hittestuwing vrij en verspreiden zich met de warmte en de rookwolken in de omgeving.

¹ In 2024 moeten al deze asbestdaken verwijderd zijn. Ondanks een subsidieregeling is niet te verwachten dat in dat jaar ook vrijwel al deze daken vervangen zullen zijn. Er is discussie of het wel zinvol is veel geld uit te geven voor het vervangen van al deze daken. Zolang de platen heel zijn leveren ze immers geen enkel risico op.

In dit hoofdstuk staat het dilemma centraal hoe nu verstandig met asbest om te gaan en, meer specifiek, hoeveel werk en dus ook geld er besteed moet worden aan het verwijderen en opruimen van asbest na branden. Enerzijds is asbest een uiterst kankerverwekkende stof en moet blootstelling worden vermeden. Anderzijds worden wij dagelijks aan (lage concentraties) asbest blootgesteld en is het de vraag hoe groot na en als gevolg van een brand de risico's van blootstelling aan asbest zijn en of deze blootstelling altijd verstrekkende maatregelen vereisen. Daarbij zijn wij ons er terdege van bewust dat de drie casus die hier besproken worden niet representatief zijn voor alle asbestincidenten en zelfs niet voor alle branden waarbij asbest is vrijgekomen. Veel van deze gevallen blijven gelukkig veel beperkter van omvang.

Dit hoofdstuk is tot stand gekomen in een periode waarin het Instituut Fysieke Veiligheid (IFV) bezig was met het opstellen van een nieuwe 'Handreiking Asbestincidenten' voor met name de publieke hulpdiensten en het openbaar bestuur. Einde 2016 zal deze verschijnen. In dat kader is aandacht besteed aan recente ervaringen bij grote branden en zijn gesprekken gevoerd met verschillende burgemeesters en operationeel verantwoordelijken en is een conceptversie van dit hoofdstuk voorgelegd aan de drie betrokken gemeenten. Ook willen wij Oscar Koebrugge bedanken voor zijn waardevolle commentaar.

6.2 Feitenrelaas

6.2.1 Wateringen

In de nacht van dinsdag 13 januari 2015 breekt er brand uit in een loods in Wateringen, een van de kernen van gemeente Westland. De brandweer rukt met groot materieel uit, maar kan niet voorkomen dat rond 03.00 uur de loods instort en vrijwel alles afbrandt. De brandweer adviseert bewoners uit de rook (en dus ook het asbest) te blijven. Omdat zich vlakbij de loods woningen bevinden en het erg onstuimig weer is, wordt een aantal direct omwonenden (van zo'n twintig huizen) geëvacueerd en opgevangen in een naburig loodgietersbedrijf. De brandweer houdt de situatie scherp in de gaten vanwege dreigende overslag van de brand naar nabijgelegen woningen. Omdat het dak van de loods bestaat uit asbestplaten en veel van deze platen knappen, komt in de directe

omgeving asbest vrij. De enorme rukwinden dragen bij tot een grillige verspreiding. Bewoners kunnen daarom die nacht niet terug naar huis en worden met een bus naar het oude gemeentehuis van Wateringen gebracht. Hoewel de brand onder controle is, wordt vanwege de verspreiding van het asbest om 04.35 uur opgeschaald naar GRIP-2. Maatregelen dienen te worden afgestemd en ook moet er gecommuniceerd worden. Burgemeester Van der Tak van Westland is al snel ter plaatse en laat zich ter plekke informeren. In korte tijd moet inzichtelijk gemaakt worden hoeveel asbest er nu is verspreid en waar er in de nabije omgeving asbest ligt. Om 05.15 uur verschijnt een eerste bericht op de site van de gemeente Westland.

In de vroege ochtend van 13 januari kondigt burgemeester Van der Tak een noodverordening af voor enkele straten. Voorlopig kunnen de bewoners van deze straten hun huizen niet verlaten en kunnen degenen die reeds hun huizen hebben verlaten niet terug. Er wordt een bedrijf ingeschakeld voor de opruimwerkzaamheden van het asbest. De eerste paar dagen zullen geheel in het teken staan van schoonmaken (auto's, straten) en opruimen.

Om 07.00 uur rijdt een geluidswagen door het betreffende gebied en wordt bij de gemeente een informatiepunt bemand. Auto's worden schoongespoten en later ook nog extra nagekeken (ventilatie); straten en stoepjes worden schoongespoten richting de straat die vervolgens wordt schoongemaakt. De schoonmaakwerkzaamheden vorderen en in de loop van de dag mogen steeds meer bewoners hun huis weer in en uit. Het nog niet schoongemaakte gebied wordt met een geel lint afgezet en in opdracht van de burgemeester blijft de noodverordening van kracht. Er vindt overdracht plaats van de hulpdiensten naar de gemeente Westland die voor een klein aantal bewoners die nog niet naar hun huis terug kunnen, opvang organiseert.

De volgende dag, woensdag 14 januari, worden rond het middaguur de laatste huizen weer vrijgegeven. Omdat schoongemaakte delen door de harde wind weer onder asbest kunnen komen, blijft de noodverordening nog wel van kracht. Tuinen, bermen en plantsoenen zijn nog niet begaanbaar. Ook bepaalde straten zijn nog niet berijdbaar en er moeten nog auto's uit enkele straten worden gereinigd. Huisdieren moeten zo veel mogelijk binnen blijven (en de pootjes moeten gewassen worden als ze buiten zijn geweest). Via bewonersbrieven en de gemeentelijke

website (blog) kunnen bewoners op de hoogte blijven van de situatie en vorderingen.

Op 17 januari wordt ingeschat dat men nog tot het einde van februari bezig zal zijn met allerlei schoonmaak- en opruimwerkzaamheden. De gemeente richt zich bij de sanering op asbest primair op het openbaar gebied. Tijdens een bewonersavond (voor degenen die binnen het gebied van de noodverordening wonen) worden bewoners geïnformeerd. In totaal vinden er negen bewonersbijeenkomsten plaats. Omdat men de daaropvolgende dagen en weken nog met een groot aantal problemen wordt geconfronteerd, zal uiteindelijk pas 14 april de noodverordening worden opgeheven. Wel is in de periode tussen 20 januari en 14 april gefaseerd het gebied van de noodverordening verkleind. Op die dag vindt de eindinspectie plaats door een gecertificeerd bureau en wordt de wijk asbestveilig verklaard. De gemeente heeft niet onder de dakpannen laten saneren en ook is ingebrand asbest niet gesaneerd. Bewoners dienen daar zelf voor te zorgen. De gemeente adviseert bewoners die twijfelen of er asbest onder hun dakpannen of in hun woning aanwezig is, om in overleg met hun verzekeraar een asbestinventarisatie te laten uitvoeren door een gecertificeerde instantie. Zo'n drie maanden na de brand lijkt daarmee de situatie gestabiliseerd.

De werkelijkheid is echter een andere. De nazorgfase verloopt veel grilliger dan verwacht. Er blijft bij een aantal bewoners ontevredenheid bestaan. Enkele keren wordt er nog wat asbest gevonden en in een flink aantal wat oudere huizen – direct gelegen naast de brandhaard – blijkt sprake van een hardnekkig asbestprobleem. Niet alleen in de tuinen, maar ook in de huizen wordt asbest gevonden. Reden zouden oude daken zijn waar asbest onder, tussen en doorheen is gekomen. Een aantal verzekeraars is bereid kosten voor herstel (nieuwe dakbedekking) te betalen; andere niet. Verschillende bewoners nemen het initiatief een ander asbestbureau te vragen een (contra)expertise te doen. Het betreffende bureau constateert dat er nog wel degelijk asbest ligt in de wijk en geeft aan ook bereid te zijn dat (tegen kostprijs) te saneren.

De aandacht voor de problemen met het opruimen van asbest blijft niet beperkt tot de gemeente Westland. Ook bij de provincie Zuid-Holland maakt men zich wat zorgen over de gebeurtenissen in Wateringen. Aanvankelijk blijft de provincie op gepaste afstand. Op vragen van een

SP-Statenlid (d.d. 10 juli 2015) geeft de provincie op 8 september 2015 aan dat ‘interbestuurlijk toezicht een uitgebreid traject is waarbij de gemeente altijd eerst zelf in de gelegenheid wordt gesteld om een taak naar behoren uit te voeren’. Slechts in het uiterste geval kan de provincie overgaan tot indeplaatsstelling.²

Niet veel later neemt de provincie toch een grotere rol, omdat de provincie meer lokale regie wenst en vindt dat de gemeente Westland te veel op afstand blijft. De gemeente Westland acht zich niet primair verantwoordelijk voor het oplossen van alle gevolgschade en probeert verzekeraars ervan te overtuigen hun verantwoordelijkheid te nemen (en op te draaien voor de saneringskosten van individuele huishoudens). Niet alle verzekeraars gaan in op dit verzoek.

Deze patstelling is aanleiding voor de provincie een externe deskundige in te schakelen. Kernvraag voor het gevraagde advies aan een in asbest gespecialiseerd jurist is om ‘op basis van de aanwezige kennis en ervaring aangevuld met jurisprudentie en casuïstiek een advies op stellen waarom de overheid (gemeente) al dan niet verantwoordelijk is voor het opruimen van asbestrestanten’.³

Op zich is er niets mis mee dat de provincie – als tweedelijns bestuur – beter inzicht wenst te hebben in de rechten en plichten van een gemeente in een dergelijke situatie. Natuurlijk is het dan wel gebruikelijk als dat initiatief ook wordt gecommuniceerd en afgestemd met de gemeente. Nu wordt de gemeente Westland in januari 2016 verast door een voor haar onbekend advies, dat niet alleen ingaat op de primair juridische vragen over de rol van de gemeente bij een dergelijke brand, maar waarin ook allerlei andere conclusies worden getrokken.

‘Deze lakse en ogenschijnlijk ongeïnteresseerde benadering van een potentieel dodelijk gezondheidsrisico – anders is het niet te noemen – betekent dat de betreffende bewoners tegen het voorjaar van

- 2 Antwoord van Gedeputeerde Staten op vragen van R. van Aelst (SP), nr. 3055. Op 26 augustus 2016 ontleend aan https://staten.zuid-holland.nl/DMS_Import/Onbepaald/Schriftelijke_vragen/2015/3055_ANTWOORDEN_Statenfractie_SP_Asbestsanering_in_Wateringen.org.
- 3 Brief van Gedeputeerde Staten d.d. 6 januari 2016 met daarbij het juridische advies van Waterman Legal Consultancy inzake de asbestproblematiek gemeente Westland. Op 26 augustus 2016 ontleend aan http://download.omroep.nl/nos/docs/20160107_AdvAsbestWestland.pdf.

2016 al ruim een jaar aan asbest zullen zijn blootgesteld en bij de huidige voortgang van zaken zelfs tegen die tijd nog niet duidelijk zal zijn of en zo ja, in welke mate, zij nog steeds worden blootgesteld. Dit is onaanvaardbare vervulling van een kerntaak.’ (Rapport Waterman Legal Consultancy, p. 4)

‘De conclusie is hier dat de gemeente Westland haar publieke taak tot het saneren van de openbare ruimte in ernstig verwijtbare mate verwaarloost en daarbij de levens van haar inwoners nodeloos riskeert. Van “regie nemen” is inmiddels niet of nauwelijks sprake.’ (Rapport Waterman Legal Consultancy, p. 5)

Het advies oordeelt daarmee buitengewoon stevig over het gemeentelijk optreden en gaat ook uitvoerig in op de mogelijke gezondheidsrisico’s voor de bewoners. Het laat zich raden dat de gemeente Westland niet gelukkig is met dit advies en er in de (regionale) media de nodige aandacht aan wordt besteed: ‘Gemeente Westland brengt levens inwoners bewust in gevaar’, aldus Omroep West.⁴ De gemeente zou zich meer zorgen maken over de kosten dan over de gezondheid van haar inwoners.

De berichten leiden tot actie vanuit de gemeente. Huis-aan-huis wordt een gemeentelijke brief bezorgd (‘gemeente begrijpt ongerustheid na het rapport van de provincie’), met daarbij een uitvoeriger brief van de GGD waarin de gezondheidsrisico’s nog een keer duidelijk op een rijtje worden gezet. De risico’s van blootstelling tijdens de brand zijn volgens de GGD verwaarloosbaar klein, ook voor diegenen die op dat moment buiten waren en in de rook hebben gestaan. Ook na de brand zijn de gezondheidsrisico’s, mede door de genomen maatregelen van de gemeente Westland, verwaarloosbaar klein gebleven. Ten slotte wordt aangegeven dat er ook na sanering altijd nog wel ergens wat restjes en flinters gevonden zullen worden. Met de juiste voorzorgsmaatregelen

4 Omroep West, 16 januari 2016. Nieuws: Gemeente Westland brengt levens inwoners bewust in gevaar, staat in rapport over asbestbrand. Op 26 augustus 2016 ontleend aan www.omroepwest.nl/nieuws/3030514/Gemeente-Westland-brengt-levens-inwoners-bewust-in-gevaar-staat-in-rapport-over-asbestbrand.

kunnen mensen dat buitenshuis zelf doen; binnenshuis gevonden resten vragen hulp van een gecertificeerde deskundige.⁵

Blijkbaar schrikt ook de provincie van het rapport, want enkele dagen later biedt de provincie de gemeente Westland haar excuses aan. Het vertrouwelijke rapport had niet naar buiten gemogen en het gaf slechts een deel van het gehele verhaal. Verder heeft de provincie inmiddels vertrouwen in de intensivering van het plan van aanpak van de gemeente om het resterende asbest op met name particulier terrein op te ruimen. Al met al levert de nazorgfase in Westland veel gedoe en geharrewar op.

6.2.2 Alkmaar (januari 2014)

Een jaar voorafgaand aan de gebeurtenissen in Wateringen, in de nacht van vrijdag 24 januari 2014, brak er rond de klok van 01.00 uur brand uit in een winkel op het bedrijventerrein Overstad te Alkmaar. In deze winkel werd onder andere antiek verkocht. Bij aankomst van de eerste tankautospuit is de brand al uitslaand. Er worden harde (knappende) knallen waargenomen; een typisch geluid van brandende asbest bevattende dakplaten. Vanwege de (waarschijnlijke) aanwezigheid van asbest en de verspreiding ervan in de omgeving wordt er opgeschaald naar GRIP-2. Om 02.05 uur twittert de gemeente Alkmaar voor het eerst over de aanwezigheid van asbest.

Wanneer eenmaal de brand onder controle is, legt de brandweer het accent op het beperken van de verspreiding van asbest in de omgeving. Als gevolg van de exploderende dakplaten is waarschijnlijk de directe omgeving (in een straal van twintig tot dertig meter van het pand) besmet en met de wind trekt de rook van de brand over een nabijgelegen woonwijk. Onder andere de adviseur gevaarlijke stoffen (AGS) van de brandweer onderzoekt de omgeving op asbesthoudende deeltjes om snel een beeld van de situatie te krijgen. Tijdens de controle wordt er ook gezocht bij de woonboten langs het kanaal en in de woonwijk aan de overkant van het kanaal. Bij de woonboten wordt nauwelijks asbest

5 Brief GGD Haaglanden d.d. 7 januari 2016. Op 26 augustus 2016 ontleend aan www.gemeentewestland.nl/fileadmin/documenten/Asbest_wateringen/20160107_GGD-bericht_over_asbestbrand_Wateringen_def.pdf.

aangetroffen; aan de andere kant van het kanaal worden wel wat stukjes asbest van enkele millimeters gevonden. Men concludeert dat de hevigste besmetting in de directe omgeving van het pand is; de woonwijk op grotere afstand hoeft niet te worden afgesloten.

In de ochtend komt een asbestdeskundige van een gespecialiseerd bedrijf een aanvullende inventarisatie doen. Gedurende de dag doet het bedrijf onderzoek naar de mate van asbestverspreiding en het geeft vervolgens aan de burgemeester het dwingende advies om een groot gebied te ontruimen. Om deze ontruiming goed te kunnen coördineren besluit de directeur van de Veiligheidsregio Noord-Holland-Noord om over te gaan tot GRIP-3. Later die avond zal een definitief besluit over de eventuele ontruiming worden genomen dat door de burgemeester tijdens een bewonersbijeenkomst zal worden toegelicht. In de tussentijd is er intensief contact tussen de Leider CoPI, de AGS, de geneeskundig adviseur gevaarlijke stoffen (GAGS) en de burgemeester. Uiteindelijk raakt de burgemeester ervan overtuigd dat ontruimen van een zo groot gebied in dit geval misschien wel te vergaand is. Op het laatste moment wordt daarom de boodschap aan de bewoners veranderd. Evacueren is niet nodig en de mensen kunnen in principe gewoon thuis blijven. Diegenen die de situatie toch niet vertrouwen kunnen natuurlijk zelf een andere afweging maken. Door deze boodschap keert de rust weer terug in de wijk.

In de dagen na de brand volgt de sanering van de vrijgekomen asbest; vooral op het bedrijventerrein, in de nabijheid van het afgebrande pand. Gedurende deze dagen blijven sommige straten afgezet, waardoor enkele winkels hun deuren niet kunnen openen. Drie dagen na de brand wordt er toch nog een geringe hoeveelheid asbest gevonden in de woonwijk aan de overkant van het kanaal (Rekerbuurt). Diezelfde avond nog wordt er een bewonersbijeenkomst belegd; de volgende dag zal worden begonnen met de sanering.⁶ Voor bewoners blijft het wel mogelijk om hun woningen in of uit te gaan.⁷

6 NU.nl, 27 januari 2014. Algemeen: Binnenland: Ruimen van asbest in Alkmaar duurt nog weken. Op 26 augustus 2016 ontleend aan www.nu.nl/binnenland/3686368/ruimen-van-asbest-in-alkmaar-duurt-nog-weken.html.

7 RTV Noord-Holland, 28 januari 2014. Nieuws: Asbest in de Alkmaarse Rekerbuurt; vijf vragen over de sanering. Op 26 augustus 2016 ontleend aan www.rtvnh.nl/nieuws/134299/asbest-in-de-alkmaarse-rekerbuurt-vijf-vragen-over-de-sanering.

Achteraf gaf de burgemeester in een interview aan niet blij te zijn met al die ‘verplichte’ opruimwerkzaamheden voor een dermate klein en feitelijk verwaarloosbaar risico, enkel omdat wet- en regelgeving dat nu eenmaal voorschrijven.⁸ Later is hij dan ook een van initiatiefnemers van het in 2016 door Crisislab opgestelde rapport, waarin gepleit wordt voor veel grotere nuchterheid op dit vlak (zie Helsloot & Vlagsma, 2016). De lijn van dat rapport sluit aan bij dit hoofdstuk en het eerder door een van de auteurs van dit hoofdstuk ingenomen standpunt over de casus Wateringen.

6.2.3 Roermond (december 2014)

Op dinsdagavond 16 december 2014 woedt er in Roermond een brand in een loods waarin jachten staan. De brand ontwikkelt zich zeer snel. De loods bestaat uit een open ruimte met een dak waarin asbest is verwerkt. Het lawaai van knappende asbestplaten is te horen, het volledige dak (2000 m²) staat in brand. Om 22.03 uur wordt er opgeschaald naar GRIP-2. De omgeving wordt tot 500 meter afgezet; direct benedenwinds van de brand wordt een aantal huizen ontruimd.

Rond 23.30 uur is de brand onder controle. Dat er bij de brand daadwerkelijk asbest is vrijgekomen wordt binnen enkele minuten na aankomst van de OvD van de brandweer gemeld aan de meldkamer. Deze kennis is gebaseerd op lokale bekendheid. Later stelt ook de AGS dat visueel vast. Een asbestdeskundige wordt ingeschakeld om ter plekke de asbestanalyse en inventarisatie te doen. Ook moet de omvang van het besmette gebied worden vastgesteld. Kort na middernacht wordt duidelijk dat er asbest is aangetroffen in de binnenstad van Roermond, waarna er wordt opgeschaald naar GRIP-3. Mede als gevolg van de enorme energie die bij de brand vrijkomt, is de asbest in hogere luchtlagen terechtgekomen waardoor, in combinatie met de weersomstandigheden, de Roermondse binnenstad en omliggende wijken (mogelijk) met asbest besmet raken; een groot risicogebied.

8 NU.nl, 27 januari 2014. Algemeen: Binnenland: Ruimen van asbest in Alkmaar duurt nog weken. Op 26 augustus 2016 ontleend aan www.nu.nl/binnenland/3686368/ruimen-van-asbest-in-alkmaar-duurt-nog-weken.html.

Voor de communicatie naar de bewoners in het besmette gebied wordt NL-Alert ingezet. Later zullen ook andere middelen worden gebruikt. Er is uiteindelijk gedurende ruim drie dagen een noodverordening van kracht om ‘een zo hoog mogelijk veiligheids- en gezondheidsniveau voor mensen in het gebied te handhaven’ (Evaluatiecommissie Asbestincident Roermond, 2016, p. 2). Daarbij gaat het dus om het voorkomen van ‘secundaire besmetting’. Asbestdeeltjes die zijn neergedaald en her en der verspreid liggen, moeten niet worden meegenomen naar ‘schoon’ gebied. Het betekent dat gedurende enkele dagen – kort voor de kerstdagen – een groot deel van de binnenstad onbereikbaar is en de winkels dicht blijven. Omdat het een groot gebied betreft, zijn enkele saneerbedrijven tegelijkertijd actief.

In deze periode heeft het gemeentelijk beleidsteam overleg in Roermond en overlegt het regionaal operationeel team (ROT) in Venlo. Vrijdag 19 december wordt de sanering van het winkelgebied afgerond. Op zaterdag 20 december wordt de noodverordening ingetrokken. Zondag 21 december wordt de Dr. Leursstraat opnieuw afgesloten vanwege herbesmetting door verwaaiing. Voor de Kerst is dit opgelost.

Gedurende de acute situatie (17-20 december) is de communicatie tussen de verschillende gremia bepaald niet optimaal. Deels zal dat te maken hebben gehad met wederzijdse verwachtingen. In de externe evaluatie staat hierover bijvoorbeeld het volgende:

‘Het GBT verwachtte integrale advisering vanuit het ROT, met weging van veiligheids- en economische belangen, het ROT beperkte zich tot veiligheidsbelangen en “voelde” de behoefte van het GBT niet. De optredende spanning werd door de meest direct betrokkenen als weinig productief ervaren.’ (Evaluatiecommissie Asbestincident Roermond, 2016, p. 22)

Daarnaast speelt hierbij mee dat er geharrewar is over de financiële verantwoordelijkheid (eigenaar-verzekeraar-gemeente) en daarmee wie de saneerder aan het werk kan zetten. Mede hierdoor bleef de opschaling zo lang – en volgens de evaluatiecommissie ‘te lang’ – gehandhaafd.

Op 30 december wordt overeenstemming bereikt over de kostenverdeling; de onderhandelingen worden afgerond en vastgelegd in een

vaststellingsovereenkomst. Voordeel daarbij is dat de loods – waarschijnlijk vanwege de ligging van dure boten – fors verzekerd was.

Begin januari 2015 wordt gestart met de sanering van de niet-openbare gebieden en gebouwen door twee saneringsbedrijven. Op 15 april 2015 worden de saneringswerkzaamheden officieel afgerond.

6.3 Factoren die een rol spelen bij asbestsanering na branden

De drie casus laten duidelijk forse verschillen zien en als er uit de voorbije periode nog een aantal andere branden waarbij asbest vrijkwam zouden worden meegenomen (bijvoorbeeld Wintelre en Rijswijk), dan zou de variëteit alleen nog maar groter worden. Toch zijn er wel degelijk ook een aantal belangwekkende parallellen tussen de casus te trekken die een directe relatie hebben met het centrale dilemma van dit hoofdstuk: hoeveel inspanningen moeten wij ons getroosten om na een brand asbest te saneren? Onze observaties zijn gebaseerd op een aantal casus van de afgelopen paar jaar. Dat betekent niet dat de hieronder beschreven patronen typerend zijn voor alle branden waarbij asbest vrijkwam. Er is zeker sprake van vertekening. Bij de hier beschreven casus werd asbest gevonden in woonwijken; dat hoeft zeker niet altijd het geval te zijn. Daarnaast kregen deze casus meer dan gemiddeld aandacht in de media. Zeer waarschijnlijk was dat niet voor niets. Er ontstond ‘gedoe’; er gingen zaken mis. Feit is dat bij veel branden waarbij asbest vrijkomt – ook in bebouwde omgeving – de gevolgen gelukkig beperkt blijven.

Grilligheden en toevalligheden

De ernst en omvang van de situatie wordt door vele – vaak niet te beïnvloeden – factoren bepaald. Het begint in de eerste plaats met de ernst van de brand en de hoeveelheid asbest die bij de brand is vrijgekomen. Daarnaast zijn er andere factoren die een rol kunnen spelen, zoals de afstand tussen de brand en de bebouwing; kenmerken van de bebouwing (soorten woningen, eigenaren of huurders e.d.); het tijdstip en de weersgesteldheid ten tijde van de brand en ook nadien; de aanwezigheid van neerslag (of niet); de kwaliteit van de mogelijk ‘getroffen’ bebouwing enzovoort. Ook blijkt dat de ervaring van degenen die betrokken zijn bij de acute bestrijding en bij de (eerste) vaststelling van

de omvang van het besmette gebied van invloed kan zijn. Zo speelden de ervaringen die de hulpdiensten bij de brand in Wateringen hadden opgedaan een (positieve) rol toen zich later dat jaar in Rijswijk een brand voordeed waarbij sprake was van asbest.

Deze toevalligheden relativiseren in belangrijke mate de beheersbaarheid van deze situaties. Een plotseling opstekende wind of een forse regenbui kunnen de situatie danig veranderen. In Roermond en Wateringen was er veel meer sprake van (klimatologische) pech dan in Alkmaar of Rijswijk, waar ten tijde van de brand weinig wind was en de rook vooral recht omhoog ging.

Een eerste keer... en dan asbest (extra lastig)

Het is bekend dat 'wat je zelden doet, zelden goed gaat'. Routines zijn een belangrijke voorwaarde voor hogere kwaliteit. In de meeste gevallen waarin sprake was van een forse neerslag van asbest, hadden de betrokken overheidsfunctionarissen (operationeel en bestuurlijk) weinig tot geen ervaring met dit type incidentbestrijding. Voor sommigen was het 'een eerste keer'. Niet alleen de eerste grote 'asbestbrand', maar vaak ook de eerste keer dat er zo groot (GRIP-3, een voltallig ROT) werd opgeschaald. Het is al een lastige klus om een grotere calamiteit met een aantal verschillende spelers en verschillende lagen goed 'te managen' en casus als deze zijn vanwege de beeldvorming rond asbest nog eens extra lastig. Daarbij speelt mee dat de bestuurlijke reactie om liever 'het zekere voor het onzekere' te nemen, juist kan leiden tot een overreactie.

In vrijwel alle casus zien wij het aspect van onzekerheid en onbekendheid naar voren komen. In die zin is de casus Rijswijk wel interessant, omdat deze zich kort na Wateringen voordeed en verschillende betrokkenen (waaronder de Operationeel Leider) zich heel bewust waren van de eerdere problemen en de mogelijke valkuilen. Deze leerervaring is zeker een van de verklaringen waarom de casus Rijswijk relatief probleemloos verliep. Natuurlijk speelde daarbij ook zeker de factor geluk een belangrijke rol, met name de gunstige weersomstandigheden waardoor de verspreiding van asbest beperkt was.

Een lastige 'driehoek'

In de praktijk blijkt dat in dergelijke grotere asbestcasus het bestuur (de burgemeester) niet alleen met de operationele diensten van doen

heeft, maar dat ook private asbestdeskundigen vaak dominant in beeld komen. Wanneer is vastgesteld dat er daadwerkelijk of zeer waarschijnlijk sprake is van asbest, melden zich – doorgaans gespecialiseerde – asbestbedrijven. Veelal is zo'n bedrijf al snel aanwezig en heeft het vastgesteld dat er sprake is van asbest. In omstandigheden dat hulpdiensten en experts op één lijn zitten, is er geen probleem. Er zijn recent echter ook verschillende situaties geweest waarbij de private experts strengere maatregelen voorstelden dan de deskundigen van de brandweer en de GHOR (AGS/GAGS). In Alkmaar gaf het betrokken expertbureau vanwege de gevonden asbest het dwingende advies een fors gebied te ontruimen. De operationele overheidsfunctionarissen – die relatief laat in beeld kwamen bij het bestuur – vonden dat advies veel te vergaand. Zij hadden zo weinig asbest aangetroffen dat ze de situatie anders inschatten. Het kostte de operationele diensten enige inspanning de burgemeester ervan te overtuigen niet tot drastische maatregelen over te gaan. Feitelijk – zo gaf de burgemeester aan in een gesprek – heeft hij min of meer intuïtief, laat in het proces, de adviezen van de publieke adviseurs horend zijn keuze bepaald. Vaak is immers risicomijden een gemakkelijker advies; beter het zekere voor het onzekere te nemen dan later te worden teruggefloten.

De soms tegengestelde adviezen van private en publieke organisaties, alsmede de sterke behoefte aan een integraal objectief advies onder regie van de publieke diensten, is aanleiding in de nieuwe handreiking aan te geven dat het primaat in deze gevallen duidelijk bij de overheid ligt en dat de adviseurs van de brandweer en de GGD/GHOR de eerste adviseurs voor het bestuur horen te zijn.

Asbestpsychose

Asbest roept suggesties op van kanker, veel leed en dood. Natuurlijk zijn er in het verleden – en ook nu nog – mensen hierdoor ziek geworden en overleden. Daarbij wordt echter snel vergeten dat het in vrijwel alle gevallen personen betreft die langdurig – bijvoorbeeld tijdens het werk – zijn blootgesteld aan asbest. Een dergelijke langdurige blootstelling is onvergelijkbaar met de eenmalige blootstelling als gevolg van een brand. Er is zoveel angst rond asbest dat vaak iedere vorm van nuchterheid verdwijnt. Ook wordt het verschil in risico's van asbest binnen of buiten vaak niet onderkend. In een brief van de GGD (casus

Wateringen, brief van GGD Haaglanden, 7 januari 2016) wordt op dit gezondheidsrisico zeer helder ingegaan:

‘Gezondheidsrisico’s kunnen bij asbest alleen optreden wanneer mensen aan losse asbestvezels in de lucht worden blootgesteld. Asbestvezels die in de lucht zweven, kunnen door inademing in de longen terecht komen. Afhankelijk van de blootstellingstijd en concentraties kunnen deze na vele jaren longkanker of mesotheliom veroorzaken. Normaliter ademen we elke dag een bepaalde hoeveelheid asbestvezels in die als gevolg van allerlei activiteiten als achtergrond aanwezig zijn in de buitenlucht. De kans op het daardoor ontwikkelen van kanker is verwaarloosbaar klein. De kans op kanker wordt groter bij het langdurig inademen van grote hoeveelheden asbestvezels. (...). Als iemand op één dag veel asbestvezels inademt (zoals kan gebeuren bij een brand waarbij asbest is vrijgekomen) is de extra kans op het krijgen van kanker verwaarloosbaar klein.’⁹

Rond asbestincidenten bestaat een heel vocabulaire aan woorden en begrippen die bijdragen aan het angstaanjagende karakter ervan. Er is sprake van een forse asbestbesmetting; brokken met asbest mogen niet worden opgeraapt, deze moeten worden verwijderd; de omgeving moet worden gesaneerd. De terminologie draagt ertoe bij dat het lastig is nuchter met asbestrisico’s om te gaan. Terwijl de GGD adviezen geeft eventuele brokstukken met asbest met een natte doek op te rapen en weg te gooien, lopen er tegelijkertijd mannen in asbestpakken door de buurt. Deze zoeken vaak niet alleen naar stukjes asbest, maar zijn eveneens (soms met vergrootglas en pincet) op zoek naar – zoals arts/medisch gezondheidkundige Henk Jans ze beeldend noemt – de laatste ‘Ninja-flinters’. Flintermanagement in plaats van nuchtere omgang met asbest.

Daarmee komen wij bij een lastige kwestie in de aanpak van asbest. Typerend in deze maar ook in andere asbestcasus zijn inherente dilemma’s die aan de aanpak ervan verbonden zijn. Natuurlijk is het onwenselijk en onverstandig dat mensen onnodig worden blootgesteld aan

9 Brief van GGD Haaglanden d.d. 7 januari 2016. Op 26 augustus 2016 ontleend aan www.gemeentewestland.nl/fileadmin/documenten/Asbest_wateringen/20160107_GGD-bericht_over_asbestbrand_Wateringen_def.pdf.

asbest(vezels). De wetgeving is ook streng op dat punt en verplicht overheden en anderen vaak tot vergaande maatregelen om blootstelling te vermijden of zoveel als mogelijk te voorkomen. Aan de andere kant zijn de deskundigen het er zo langzamerhand over eens dat de eenmalige blootstelling aan wat asbestvezels een gering en – zoals dat wel wordt getypeerd – verwaarloosbaar risico met zich meebrengt. Dat betekent dat enerzijds maatregelen worden voorgeschreven en mannen in witte pakken zich veel moeite troosten om zo mogelijk elk vezeltje op te rapen en weg te halen, maar anderzijds veel betrokkenen weten dat al die maatregelen gedaan worden meer omdat het moet dan omdat het nu veel gezondheidsschade zal voorkomen. Een citaat uit het *Noordhollands Dagblad* naar aanleiding van de brand in Alkmaar:

‘Dominant in de Rekerbuurt is een gele kraan die op werkdagen boven het wijkje uittorent. In het bakje dat de machinist langs de woningen dirigeert, speuren werknemers van het onderzoeksbureau daken en goten af op zoek naar minuscule asbestsnippers. In straten die zijn geveegd, vallen mannen in witte pakken op die in gebogen houding met een speciale zaklamp straten en stoepen nacontroleren. Volgens de gezondheidsdienst GGD leveren de deeltjes geen gevaar voor de volksgezondheid op maar mogen ze van de wetgever niet blijven liggen.’¹⁰

Ook het vigerende protocol droeg bij aan deze (te) voorzichtige aanpak. ‘Ontruimen en afzetten’ en ‘binnen blijven’ zijn kernbegrippen van de aanpak. Voor casus als Alkmaar, Roermond en Wateringen betekende dat feitelijk dat mensen in het ‘besmette gebied’ binnen hadden moeten blijven (of eventueel tijdelijk geëvacueerd moesten worden) gedurende de gehele saneringsoperatie. Feitelijk koos men in alle drie de casus al voor een nuchterder variant.

Dit dilemma – een zorgvuldige aanpak ook al zijn de risico’s vaak relatief beperkt – vergt dus veel uitleg. Bekend is immers de reactie bij burgers: ‘Ze zeggen wel dat het risico gering is, maar die mannen (die het kunnen weten) lopen natuurlijk niet voor niets in zulke

¹⁰ *Noordhollands Dagblad*, 9 februari 2014. Alkmaar: Asbestrekening nog onbekend in Alkmaar. Op 26 augustus 2016 ontleend aan www.noordhollandsdagblad.nl/stadstreek/alkmaar/article26728763.ece/Asbestrekening-nog-onbekend-in-Alkmaar.

maanpakken rond.’ Er wordt dikwijls te weinig over dit dilemma gecommuniceerd (het risico is gering, maar toch nemen wij allerlei maatregelen).

De rol van de asbestdeskundigen

Diegenen die wat meer gevoel hebben bij deze tak van sport weten dat dit een wereld is waar heel veel organisaties en bedrijven goed werk verrichten, maar waar ook nog weleens wat gerommeld wordt. Juist degenen die een goede reputatie hebben opgebouwd in de wereld van het analyseren van asbest, bij de vaststelling van de omvang van het besmette gebied, bij het opruimen van asbest of bij het uiteindelijk asbestveilig verklaren van een gebied, hebben last van het cowboykarakter van een (klein) deel van deze branche (waarover wel wordt gesproken als de asbestmaffia). In verschillende casus komen voorbeelden voor van gebeurtenissen waarbij de rol van de asbestdeskundigen door anderen in twijfel wordt getrokken. In Alkmaar wilde de asbestdeskundige veel verdergaande maatregelen dan de publieke adviseurs (AGS en GAGS). In een andere situatie merkten respondenten op dat ‘de vaststeller van de omvang en ernst’ altijd samen met de asbestverwijderaar op de plaats van overleg arriveerde. Toch zouden dat geheel gescheiden processen en rollen zijn. Over de situaties in Roermond en Wateringen kan achteraf zeker de vraag gesteld worden of al die omvangrijke schoonmaakwerkzaamheden wel nodig waren. Waarom moesten er in Wateringen bomen worden weggehaald? Hoe kan er asbest onder een aantal daken zijn gekomen? Ook worden er nog wel eens allerlei dure en tijdrovende onderzoeken (lucht- en kleefmonsters) en metingen verricht, terwijl de daadwerkelijke aanpak niet zo ingewikkeld hoeft te zijn (grotere stukken weghalen, eventueel nog een keer naspuiten). Om in de terminologie te blijven: het zelfreinigend vermogen van de branche zou wel een injectie mogen krijgen.

Belangen

Het is goed te beseffen dat bij dergelijke incidenten altijd verschillende belangen in het geding zijn. Daarbij denken wij natuurlijk primair aan de bewoners, mogelijk getroffen en degenen die voor de kosten moeten opdraaien (soms ook de lokale overheid), maar er zijn duidelijk meer belanghebbenden. De asbestbranche kan goed verdienen aan de langdurige en minutieuze opruimwerkzaamheden (‘de jacht op Ninja

vezels'). Daarbij is er op zijn minst soms twijfel of de 'schotten' tussen degenen die bijvoorbeeld de omvang van het gebied vaststellen en degenen die de asbest opruimen voldoende solide zijn.

Daarnaast zijn er anderen die er belang bij hebben de omvang van de gebeurtenis kleiner, maar soms ook groter te maken dan deze feitelijk is. De SP is een partij die al jaren zeer actief is op dit front en nogal eens de situatie rond asbestincidenten groter maakt dan nodig. Zo spreekt de SP vrij systematisch over 'asbestrampen' en over de ernstige fouten die bij deze 'rampen' keer op keer worden gemaakt. Dit alles om de suggestie te wekken dat burgers de dupe zijn. De nuchtere GGD-adviezen zijn kennelijk niet aan de SP (en gelijk denkenden) besteed.

6.4 Afronding

Er is sprake van een lastig dilemma bij de aanpak van asbest na branden. Hoewel de gezondheidsrisico's objectief veelal gering zijn (tenzij veel asbest verslept wordt en binnenshuis komt), bestaat er vaak een sterke drang om stevige maatregelen te nemen, bewoners te evacueren en een grootschalige saneringsoperatie te starten. Er lijken nauwelijks casus te zijn die achteraf tot zoveel verbazing over de aanpak leiden als casus waarbij asbest in het geding is. Alle stoplichten gaan op rood en de stoppen slaan door. Nuchterheid verdwijnt waar asbest verschijnt, zo zou wel gekscherend gezegd kunnen worden. Het nieuwe asbest-protocol voor de hulpdiensten en de lijn die vanuit de GGD over asbest is vastgesteld, zou in de toekomst tot een grotere nuchterheid moeten leiden.

Als de deskundigen aangeven dat het risico (na een brand waarbij asbest is vrijgekomen) buitenshuis zeer beperkt is, het ruimen van grote brokken en het nog eens afspuiten inderdaad voldoende is en mensen gewoon wordt gezegd dat ze zelf grote brokken uit hun tuin kunnen opruimen (met een natte doek), dan maken wij niet meer zo'n enorme casus van een nieuw geval.

Omdat asbestincidenten zeer mediagevoelig zijn, hebben wij enkele nuchtere asbestgoeroes nodig (de 'Benno Baksteen') die met name ten tijde van grotere incidenten met gezag de (relatieve) risico's en de aanpak kunnen uitdragen. Daarnaast zou het goed zijn als de Rijksoverheid (meest voor de hand liggend is dan het RIVM) op dit ter-

rein een gezaghebbende partij zou worden die bij dergelijke incidenten gevraagd of ongevraagd advies zou kunnen geven in situaties waarbij de meningen sterk uiteenlopen. Daarnaast zou een nationaal potje om grote schades uit te betalen wel wenselijk zijn. Nu moesten de gemeenten Alkmaar, Roermond en Westland bij elkaar een aantal miljoenen euro zelf ophoesten, zonder dat zij 'schuldig' waren aan de ernst en omvang van de gebeurtenis.



Bij mijn oude amateurclubbe OVCS in Sittard gaan ze de al dan niet schadelijke kunstgraskorrels zo te lijf.

Joris van Duin @JorisvanDuin

7

Maatschappelijke discussie over kunstgrasvelden: wie pakt de bal op en binnen welk speelveld?

Marleen Kraaij-Dirkzwager, Jeroen Devilee, Sanne van Wijk, Fred Woudenberg

7.1 Inleiding

In het najaar van 2016 berichtten de media dat sporten op kunstgrasvelden gezondheidsrisico's met zich meebrengt, omdat het rubbergranulaat dat er op ligt wel eens kankerverwekkend zou kunnen zijn. Na een tv-uitzending van *Zembla* op 5 oktober volgt over dit thema een reeks krantenberichten. Er ontstaat ophef onder (ouders van) voetballers. Dit leidt tot Tweede Kamervragen aan minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) die het RIVM vraagt met spoed de schadelijkheid van rubbergranulaat voor de gezondheid van sporters te onderzoeken. Op 20 december 2016 komt het RIVM-rapport gereed. De conclusie van het onderzoek luidt dat sporten op kunstgrasvelden met rubbergranulaat verantwoord is, omdat de gezondheidsrisico's 'praktisch verwaarloosbaar' zijn. Voor de één biedt deze conclusie voldoende zekerheid, voor de ander niet.

Zorgen over mogelijke gezondheidseffecten leiden vaak tot een roep om onderzoek. In sommige gevallen is de focus op gezondheidsrisico's dé manier om aandacht te vragen voor een probleem. Vaak krijgt de sluimerende bezorgdheid of wens tot verandering een 'boost' als deze wordt opgepikt door kritische onderzoeksjournalistiek. De verwachting dat 'de dokter' of 'wetenschapper' altijd een antwoord heeft, zwingelt de dynamiek verder aan. De maatschappij vraagt om zekerheid, een duidelijk antwoord; daarvoor wordt een beroep gedaan op de wetenschap.

De maatschappelijke vraag in deze casus is duidelijk. Mensen verwachten een helder antwoord op de vraag ‘Is het veilig om te voetballen op rubbergranulaat? Ook voor mijn zoontje van zes?’ Er lijkt geen ruimte voor een genuanceerd antwoord waarin onvermijdelijk onzekerheid schuilt. Dit fenomeen staat wel bekend als de onzekerheidsparadox (Van Asselt & Vos, 2006). Het gevolg is dat experts onder druk komen te staan om stellige uitspraken te doen, wat ze vatbaar maakt voor kritiek dat zij niet alle nuances hebben meegenomen, of onvolledig onderzoek hebben gedaan. Daarbij is ‘veilig’ een normatief begrip en is wetenschappelijke informatie over risico’s slechts een van de aspecten op basis waarvan mensen – van beleidsmakers, gezondheidsprofessionals tot het algemeen publiek – oordelen over veiligheid.

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de kwestie over het rubbergranulaat de volgende vraag verkend: wat en hoe kan wetenschappelijke kennis bijdragen aan het beantwoorden van een maatschappelijke vraag.

7.2 Feitenrelaas

Op 5 oktober 2016 zendt *Zembla* de uitzending ‘Gevaarlijk Spel’ uit.¹ In de uitzending wordt een verband gelegd tussen leukemie bij voetballende kinderen en rubbergranulaat dat als ‘infill’ op kunstgrasvelden wordt gebruikt. Een vader, tevens voormalig hoofd van een regionale gezondheidsdienst in Engeland, vertelt in de uitzending over het ziekbed van zijn zoon met leukemie. *Zembla* legt de focus op de database die de Amerikaanse coach Amy Griffin heeft samengesteld van een groep van tientallen keepers met leukemie of lymfklierkanker. Verschillende experts geven aan dat de kennis over rubbergranulaat beperkt is. In fragmenten wordt er ingezoomd op de economische belangen van de autobandenindustrie en de potentiële invloed van deze bedrijfstak op het overheidsbeleid. Volgens *Zembla* heeft het RIVM rubbergranulaat veilig verklaard in Nederland op basis van een beperkt onderzoek onder zeven volwassen spelers (Hofstra, 2007). Het programma eindigt met de oproep van diverse betrokkenen om ‘het voorzorgsprincipe toe te passen’ en het rubbergranulaat van de velden te verwijderen.

¹ Zie <https://zembla.vara.nl/nieuws/gevaarlijk-spel>.

De tv-uitzending en de krantenberichten die daarna volgen, zorgen voor veel commotie. Het verhaal over een industrie die ogenschijnlijk gesteund wordt door de overheid en goed geld verdient aan een product waarvan onze voetballende kinderen kanker krijgen, blijkt doeltreffend om het onderwerp op de maatschappelijke agenda te krijgen. Sporters, ouders, clubbestuurders en wethouders zoeken antwoorden op uiteenlopende vragen: ‘Hoe gevaarlijk is het sporten op rubbergranulaat?’; ‘Kan ik maatregelen nemen om het risico te verkleinen?’; ‘Welk materiaal is wel veilig om te sporten?’; ‘Heeft douchen na het sporten zin?’. Naar aanleiding van deze vragen geeft de minister van VWS het RIVM opdracht om binnen twee maanden helderheid te geven over de risico’s van het sporten op rubbergranulaat.²

Het RIVM start een groot onderzoekstraject waarin de beschikbare kennis over stoffen in rubbergranulaat op een rij wordt gezet. Er worden honderd sportvelden in Nederland bemonsterd en in laboratoriumproeven wordt de blootstelling aan rubbergranulaat nagebootst. Het doel van het onderzoek is vierledig. Het gaat om een goed onderbouwde inschatting van de stoffen in het rubbergranulaat op de Nederlandse velden, een beoordeling van de voor de mens potentieel gevaarlijke stoffen die uit het rubbergranulaat kunnen komen en een inschatting van de mate waarin deze stoffen in het lichaam kunnen komen.

Op verschillende manieren wordt onderzocht of er aanwijzingen zijn voor een verband tussen leukemie, lymfeklierkanker en het sporten op rubbergranulaat.³ Met in Europa gangbare methoden wordt de kans op nadelige gezondheidseffecten en het extra kankerrisico berekend. Tegelijkertijd worden er twee klankbordgroepen in het leven geroepen: ten eerste een wetenschappelijke klankbordgroep bestaande uit experts met uiteenlopende expertises en opvattingen over onderzoek naar blootstelling aan chemische stoffen die het RIVM adviseert over de gekozen onderzoeksmethodologie en de analyse van de uitkomsten. Daarnaast wordt er een maatschappelijke klankbordgroep

2 TK 2016-2017, 30234, nr. 148.

3 De blootstelling aan de potentieel gevaarlijke stoffen wordt afgeleid op basis van verschillende (blootstellings)situaties, zoals kinderen van vier jaar, kinderen die tweemaal per week trainen en een wedstrijd spelen, kinderen die door hun voetbaltalent extra vaak (vijf maal per week enkele uren) spelen op rubbergranulaat en mensen die sinds hun kinderjaren tot hun vijftigste levensjaar keepen.

ingesteld met daarin onder meer vertegenwoordigers van de ministeries van VWS en Infrastructuur en Milieu (IenM), de Nederlandse Voedsel- en Waren Autoriteit (NVWA), het Bureau Risico Beoordeling, GGD/GHOR Nederland, de Vereniging Sport en Gemeenten, de KNVB, VACO (de bedrijfstakorganisatie voor de banden- en wielenbranche in Nederland) en RecyBEM (Vereniging band en milieu). Doel van deze klankbordgroep is het delen van maatschappelijke signalen en het meenemen van alle partners in het onderzoeksproces.

Ook kiest het RIVM voor snelle, heldere en transparante informatievoorziening richting publiek en professionals. De website van het RIVM is daarin het belangrijkste middel. Het onderzoeksprotocol wordt in publieksvriendelijke woorden gepubliceerd, er zijn filmpjes over de monsternamen, en ook de verslagen van de klankbordgroepen worden online gezet.⁴ Vragen en antwoorden worden voortdurend aangepast naar de actualiteit.⁵ Het team analyseert de mediaberichtgeving (zie onderstaand kader), zet een perceptiepeiling uit onder 1000 Nederlanders (met een oververtegenwoordiging van ouders met sportende kinderen), beantwoordt vragen die binnenkomen zo persoonlijk mogelijk en ondersteunt de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) zodat zij lokale sportclubs en gemeentebestuurders zo goed mogelijk kunnen adviseren. Tweemaal wordt er een avond georganiseerd voor mensen die het RIVM hebben benaderd met vragen om informatie te geven over het RIVM-onderzoek en om de emoties achter de vragen beter te begrijpen. De verslagen van deze avonden zijn online beschikbaar gesteld.⁶

- 4 RIVM, 21 oktober 2016. Onderwerpen: Rubbergranulaat: Onderzoek rubbergranulaat sportvelden 2016. Op 31 juli 2017 ontleend aan www.rivm.nl/Onderwerpen/R/Rubbergranulaat/Onderzoek_naar_rubbergranulaat_op_sportvelden.
- 5 RIVM, 22 februari 2017. Documenten en publicaties: Veel gestelde vragen rubbergranulaat. Op 31 juli 2017 ontleend aan www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Veelgestelde_vragen/Milieu_Leefomgeving/Alle_veelgestelde_vragen_over_Rubbergranulaat.
- 6 Verslag focusgroepen rubbergranulaat d.d. 22 en 24 november 2016. Op 31 juli 2017 ontleend aan www.rivm.nl/dsresource?objectid=507f62c5-9d04-4e70-b50c-064844d17eb&type=pdf&disposition=inline.

Maatschappelijke discussie over rubbergranulaat: een media-analyse

Gematigde bezorgdheid

Bij een groot deel van de verenigingen in het Nederlandse amateurvoetbal bestaat er bezorgdheid over de mogelijke gezondheidsrisico's van rubbergranulaat. De bezorgdheid is niet overmatig. In de praktijk meldt zich een klein aantal ouders met zorgen bij het bestuur van verschillende sportclubs. De bezorgdheid betreft vooral de mogelijke gezondheidseffecten op jonge spelers. De mate van bezorgdheid en de manier waarop de sportclubs daarop reageren verschilt sterk per gemeente en per club. Sommige ouders, sportclubs en gemeenten laten hun velden onderzoeken door onderzoeksbureaus. Het levert verschillende dilemma's op, bijvoorbeeld wat betekent zo'n uitslag voor de beoordeling van de gezondheidsrisico's van sporters?

Dilemma's bij voorzorg

Hoewel er over het algemeen vertrouwen is in gemeenten, de KNVB en het RIVM, kiest een aanzienlijk deel van de verenigingen voor het toepassen van voorzorg, soms vooruitlopend op de resultaten van het RIVM-onderzoek. Gemeenten laten de keuze hierbij vaak aan de sportvereniging en de sportvereniging wil over het algemeen tegemoetkomen aan de wensen van ouders. Er zijn daardoor grote verschillen tussen gemeenten en verenigingen met betrekking tot de maatregelen die zij nemen. Sommigen nemen geen maatregelen. Anderen laten de jeugd niet op kunstgras met rubbergranulaat voetballen of verplaatsen de keeperstrainingen. Weer anderen stellen het kunstgrasveld tijdelijk buiten gebruik. Soms is er een specifiek team dat niet op kunstgras wil spelen. In een enkel geval besluit een club wedstrijden af te gelasten. In een enkele gemeente wordt het rubbergranulaat meteen vervangen. Als er sprake is van aanleg of vervanging van een kunstgrasveld dan wordt dit vaak tijdelijk stopgezet of wordt de opzet aangepast. Wethouders en bestuurders geven aan dat 'de geest uit de fles is' en dat het RIVM-onderzoek daar niets meer aan kan veranderen. Soms adviseren clubs om te douchen, handen te wassen en beschermende kleding te dragen. In een enkel geval houden ouders hun kinderen thuis of kiezen zij voor een lidmaatschap bij een club zonder kunstgrasvelden met rubber infill. De keuze om wel of niet op de velden met rubbergranulaat te sporten wordt ook bepaald door de mogelijkheden die sportclubs hebben om (ook) natuurgrasvelden of alternatieve kunstgrasvelden te gebruiken. Het levert extra dilemma's op voor ouders en sportclubs als de partner bij uitwedstrijden geen alternatief veld ter beschikking heeft. De KNVB probeert de sportclubs tegemoet te komen als zij door hun aanpassingen in de problemen dreigen te komen met de reglementen rondom het competitieooster. Zowel de ouders als de sportverenigingen zien het toepassen van voorzorg als een groot dilemma. Ouders worstelen met de keuze of zij hun kinderen van hun hobby weg moeten houden of niet. Als het echter duidelijk is dat er gezondheidsrisico's aan rubbergranulaat kleven dan moeten er, ongeacht de kosten, maatregelen genomen worden.

Relativeren en humor

Er worden ook grappen over rubbergranulaat gemaakt. Een team senioren speelt een hele wedstrijd met mondkapjes en volgens een moeder is rubbergranulaat schadelijker voor je wasmachine dan voor je gezondheid. Ook is men soms wat 'risicomoe', omdat alles tegenwoordig kankerwekkend lijkt te zijn. Twee argumenten herhalen zich: 'men heeft nog nooit gemerkt dat iemand ziek werd van rubbergranulaat' en 'de blootstelling totdat onderzoek duidelijkheid schept kan er ook nog wel bij'. Daarbij gaat men er wel van uit dat het RIVM of de ECHA op een zeker moment duidelijkheid geven. Ook komt het voor dat het risico vergeleken wordt met andere risico's, bijvoorbeeld met voetballen langs een autoweg, met het werken met autobanden of met een niet-rookvrije kantine. In een enkel geval wordt benoemd dat we van de alternatieven van rubbergranulaat ook niet weten hoe veilig ze zijn. En dat elk alternatief materiaal (natuurgras, kurk, synthetische kunststoffen) andere voor- en nadelen kent: bespeelbaarheid in verschillende weersomstandigheden, consequenties voor speelcomfort, kosten voor aanleg en onderhoud en de gevolgen daarvan voor contributies. Tot slot is er een groep mensen die vindt dat de media de zaak hebben opgeblazen.

In reactie op de gebeurtenissen worden verschillende initiatieven gestart. We geven hier enkele voorbeelden.

- De Facebookgroep en website 'Kom van dat gras af', een virtuele actiegroep, wordt opgericht.
- Op de website www.petities.nl wordt een landelijke petitie geopend met de titel 'Stop rubberexperiment met kinderen'.
- Verschillende laboratoria doen bemonsteringproeven van sportvelden op verzoek van media, bezorgde ouders, sportclubs en gemeenten.
- Ook de aanbieders van rubbergranulaat (Recybem en VACO) bieden eigenaren van sportvelden met rubbergranulaat de mogelijkheid hun veld te laten bemonsteren.

Op 20 december 2016 komt het RIVM met zijn conclusies: sporten op rubbergranulaat is verantwoord, want de gezondheidsrisico's voor sporters (van jong tot oud) zijn praktisch verwaarloosbaar. De media-aandacht is groot. Veel mensen (sporters, ouders, sportclubs, beleidsmakers en experts) spreken hun waardering uit over de kwaliteit van het onderzoek, zeker gezien de tijd die daarvoor beschikbaar was. De meningen zijn echter verdeeld over de vraag wat te doen met de uitkomsten van het onderzoek. Die variëren – net als in oktober

2016 – van ‘stoppen met paniekvoetbal’ omdat nu duidelijk is dat de risico’s verwaarloosbaar zijn tot uit voorzorg ‘stoppen met voetballen op rubbergranulaat’ omdat er nog onzekerheden zijn en de risico’s vermijdbaar.

Op 15 februari 2017 komt *Zembla* met de uitzending ‘Gevaarlijk Spel – het vervolg’.⁷ Daarin wordt de aandacht verlegd van de relatie tussen sporten op rubbergranulaat en kanker naar de mogelijke relatie tussen sporten op rubbergranulaat en hyperactiviteit (ADHD, autisme en epilepsie) bij kinderen. Onderzoekers, die niet betrokken waren bij het RIVM-onderzoek, presenteren voorlopige resultaten van sterfte en gedragsverandering bij zebraisembryo’s als gevolg van stoffen uit rubbergranulaat. Daarnaast is er aandacht voor de discussie tussen wetenschappers over de vertaling van gegevens uit muizenstudies naar de mens en met name jonge kinderen. Verschillende experts geven aan ‘hun kinderen niet op rubbergranulaat te laten sporten’ en houden (wederom) een pleidooi voor het toepassen van het voorzorgsprincipe.

Op het moment van schrijven van dit hoofdstuk draagt het RIVM bij aan onderzoek en beleidsvorming binnen EU-verband, beantwoordt het RIVM vragen van stakeholders over rubbergranulaat en worden lokale bestuurders door GGD’en ter zijde gestaan bij het maken van keuzes.

7.3 Kan wetenschappelijk onderzoek maatschappelijke onrust stillen?

De onderzoeksportefeuille van het RIVM is heel divers. Blootstelling aan materialen als rubbergranulaat, het vrijkomen van stoffen uit chemische fabrieken of de effecten van gewasbeschermingsmiddelen die gebruikt worden in de bollenteelt zijn zo maar enkele voorbeelden. Ook kan het gaan om objecten en activiteiten in de directe leefomgeving: het wonen naast een snelweg, de risico’s van houtstook, de zorgen over elektromagnetische velden of laag frequent geluid afkomstig van windturbines. Kenmerkend voor risico’s in de leefomgeving is dat

7 Zie <https://zembla.vara.nl/nieuws/gevaarlijk-spel-het-vervolg>.

mensen er heel verschillend over denken. Voor de één is iets een groot probleem, de ander maakt zich er nauwelijks druk over. Er wordt wel schertsend gezegd dat mensen zich meer zorgen maken over zaken waarvan niet bewezen is dat men er ziek van kan worden (bijvoorbeeld elektromagnetische straling), terwijl mensen ziek worden van zaken waarover zij zich geen zorgen maken (bijvoorbeeld roken).

Verschillende (levens)waarden bepalen de verschillende opvattingen die mensen hebben over veiligheid en risico's, waaronder de inschatting van de ernst van de risico's (zie bijvoorbeeld Douglas & Wildavsky, 1982; Thompson et al., 1990). Daarbij spelen ook opvattingen over verwijtbaarheid en vermijdbaarheid van blootstelling een belangrijke rol. Mensen die al ergens een opvatting over hebben, laten zich vervolgens niet gemakkelijk 'overtuigen' van het tegendeel. Zij benadrukken bijvoorbeeld de tekortkomingen in onderzoek dat niet aansluit bij hun oordeel of verwijzen naar alternatief onderzoek dat mogelijk het tegendeel bewijst.

In dit hoofdstuk focussen we op de vraag op welke manier wetenschappelijk onderzoek kan aansluiten bij maatschappelijke bezorgdheid. Hoe kan onderzoek bezorgde mensen ondersteunen bij de keuzes waarvoor zij zich gesteld zien?

7.4 Analyse

In deze casus deed zich een aantal patronen voor die ook in veel andere dossiers naar voren komen. We gaan achtereenvolgens in op het maatschappelijk uitvergroten van risico's, de dominante opvatting over de rol die wetenschap speelt in besluitvorming en de discussie over het voorzorgsprincipe. Aan het slot van deze paragraaf doen wij enkele suggesties voor toekomstige casus.

7.4.1 *Maatschappelijk uitvergroten van risico's*

De discussie over rubbergranulaat is niet nieuw en voorlopig ook niet ten einde. Mensen die zich zorgen maken over het sporten op rubbergranulaat hebben hiervoor uiteenlopende redenen, vaak aansluitend bij hun (levens)waarden. Zij maken zich zorgen over de

gezondheidsrisico's of over de risico's voor het milieu, ze vinden andere ondergronden beter of vrezen dat economische belangen zwaarder wegen dan de gezondheidsrisico's voor sportende kinderen. Mensen die zich geen zorgen maken, zien vooral de voordelen van rubbergranulaat, zoals een langere bespeelbaarheid van sportvelden in verhouding tot gras en het nuttig hergebruik van versleten autobanden.

Tabel 7.1 Karakteristieken van risico's met een hoge kans op maatschappelijke discussie (Kasperson et al., 1988), toegepast op casus rubbergranulaat

Karakteristieken van het risico	Maatschappelijke beleving in casus rubbergranulaat
1 Het risico is nieuw en mogelijk 'catastrofaal'	Bijzonder groot aantal potentieel blootgestelden, waaronder veel kinderen. De uitzending van Zembla wekt het beeld dat er vooral bij kinderen dodelijke ziekten kunnen ontstaan veroorzaakt door rubbergranulaat. Voor veel mensen was dat nieuwe informatie.
2 Het risico wordt stilgehouden; managers zijn blijikbaar niet te vertrouwen	Er is een onbestemd wantrouwen richting partijen die rubbergranulaat aanbieden en (vaak) ook richting de overheid. Daarbij suggereerde de uitzending van Zembla dat de mogelijke risico's al langer bekend waren bij de overheid, maar dat die er niets of te weinig aan had gedaan.
3 Het risico is niet onder controle	Er is mogelijk blootstelling en mensen kunnen dat niet zelf bepalen (vaak bestaan hierover in een elftal verschillende meningen). Er is geen alternatief beschikbaar bij eigen club of bij uitwedstrijden. In het verleden heeft men geen geïnformeerde keuze kunnen maken voor ondergrond. Het voelt als of men zelf geen controle over het risico heeft.
4 Het risico wordt onvoldoende begrepen	De methode van risicobeoordeling – toegepast op chemische stoffen in onze leefomgeving – is lastig te begrijpen; de resultaten zijn niet zwart-wit. Er zitten allerlei (kankerverwekkende) chemische stoffen in het rubbergranulaat, dus hoe kan het dan dat de conclusie is dat het verantwoord is om op dit materiaal te sporten? Experts discussiëren publiekelijk over de interpretatie van de onderzoeksresultaten.
5 Interesse in de getroffenfen is beperkt; men heeft geen goed idee wat het langetermijneffect is	Deze korrels worden nog niet zo lang toegepast, dus dan zijn de langetermijneffecten nog onzeker, zo luidt het argument van de getroffenfen.

De uitzending van *Zembla* maakte de sluimerende zorgen en opvattingen tot een landelijke discussie. De theorie van het *Social amplification of risk framework* (Kasperson et al., 1988) beschrijft hoe maatschappelijke onrust kan ontstaan door media-aandacht en de reactie van anderen op die media-aandacht. Risico's met bepaalde karakteristieken (tabel 7.1) laten zich makkelijker uitvergroten dan andere. De toepassing op rubbergranulaat (tweede kolom) maakt begrijpelijk waarom de maatschappelijke bezorgdheid om rubbergranulaat aanzienlijk was.

7.4.2 *Dominante opvattingen over wetenschap, de onzekerheidsparadox en het voorzorgsprincipe*

Maatschappelijke aandacht voor gezondheidsrisico's is geregeld aanleiding voor onderzoek. Burgers en andere belanghebbenden vragen om meer en beter onderzoek, in de veronderstelling dat er dan meer gedragen beleid uit voortkomt (*evidence based policy*). De roep om meer natuurwetenschappelijk onderzoek is onderdeel van onze dominante opvattingen over wetenschap, een cultureel bepaald 'ideaalbeeld'. Met het uitgangspunt 'meten is weten' schakelen bestuurders kennisinstututen in en dragen onderzoekers graag bij aan maatschappelijke discussies. De vraag naar kennis concentreert zich echter vaak op één dimensie, in dit geval de gezondheidsrisico's van rubbergranulaat. Maar in de beleidsafweging moeten meerdere belangen meegewogen worden, zoals die van het milieu, de financiën, alternatieve mogelijkheden, het draagvlak voor de verschillende alternatieve keuzes enzovoort. De wetenschappelijke kennis wordt daarom zelden een-op-een vertaald in de 'beste' keuze voor de oplossingsrichting. In een democratie is wetenschappelijke kennis slechts in beperkte mate bepalend voor de richting waarin we ons ontwikkelen. Veel belangrijker is 'wat we met elkaar willen'.

De politiek-bestuurlijke keuze om een maatschappelijke vraag over gezondheidsrisico's te beantwoorden met aanvullend wetenschappelijk onderzoek kan verschillende consequenties hebben. De wetenschap krijgt zo bijvoorbeeld de rol toebedeeld van scheidsrechter die het eindoordeel moet vellen in een vaak al langer durend geschil. Dit schiept onrealistische verwachtingen en maakt wetenschap kwetsbaar. Ook

kunnen andere aspecten die van invloed zijn op de opvattingen van mensen, te lang buiten beeld blijven. Kritische burgers op hun beurt zien deze dynamiek en begrijpen vaak heel goed dat hun zorgen of grieven vooral serieus genomen worden als ze het probleem als een gezondheidsvraagstuk framen. Dit wordt versterkt doordat effecten op de gezondheid en op de veiligheid vaak boven andersoortige argumenten (bijvoorbeeld financiële of aan het milieu gerelateerde belangen) verheven worden. Ook kan het zijn dat de samenleving de mogelijkheden van wetenschappelijk onderzoek overschat en daardoor aanneemt dat meer natuurwetenschappelijk onderzoek de weg is naar geruststelling, gezondheidsbescherming of beter beleid. Bij betwiste maatschappelijke onderwerpen leidt meer wetenschappelijke kennis vaak tot meer in plaats van minder gepolariseerde discussies. Voorbeelden hiervan zijn de discussies over het klimaat en de discussie over gezondheidseffecten van elektromagnetische velden (zie Beck, 2011).

Vaak ontstaat in een casus als deze de onzekerheidsparadox: een situatie waarbij de politiek of de samenleving een vraag stelt en waar geen ruimte is voor onzekerheid of enig voorbehoud. Bij wetenschappelijke risicobeoordelingen zijn er echter altijd aannames en berekeningen en dus onzekerheden. Het is dus onmogelijk om aan de verwachtingen te voldoen: zelden kan een eenduidig ja of nee worden gegeven. Wat volgt is een gepolariseerde discussie tussen degenen die de wetenschappelijke uitkomsten 'verdedigen' ('believers') en degenen die de wetenschappelijke methode ter discussie stellen ('non-believers'). Hun verschillende uitgangspunten zijn van invloed op de ervaren mate van onzekerheid en hoe daarmee om te gaan.

In de discussies over rubbergranulaat was dit duidelijk zichtbaar. De meeste wetenschappers (en iedereen die zich geen zorgen maakte over rubbergranulaat) gingen ervan uit dat de risico's van rubbergranulaat zijn onderzocht volgens internationaal erkende methoden en dat de voorzichtigheid (of veiligheidsmarges) die hierin is opgenomen (meer dan) voldoende waarborg bood. Enkele wetenschappers, kritische en bezorgde burgers en journalisten wilden echter alle onzekerheid wegnemen, inclusief de kans dat de risicobeoordeling ernaast zat. Het ging immers om kinderen. In deze laatste redenering werd expliciet een appèl gedaan op het toepassen van 'het voorzorgsprincipe' dat hier de definitie meekreeg van 'alle risico's uitsluiten'. Maar ook

bij een risico-inschatting met ruime veiligheidsmarges en voorzichtige scenario's wordt voorzorg toegepast. Het is onmogelijk om aan te geven welke toepassing de juiste is. Het voorzorgsprincipe is geen knopje dat je aan- of uitzet. Het is een grondbeginsel waaraan op meerdere manieren vorm en inhoud is te geven. Over de toepassing van het voorzorgsprincipe in een specifieke context moet je met elkaar discussiëren (zie WRR, 2008; IenM, 2014).

7.4.3 *Hoe kunnen we mensen in de onzekerheidsparadox toch goed adviseren?*

Het adviseren van beleidsmakers en publiek op basis van onderzoeksresultaten verdient veel aandacht. Helemaal als dit gebeurt in een context waarin velen vanuit verschillende perspectieven naar een probleem kijken. Mensen met verschillende opvattingen zullen de onderzoeksresultaten verschillend interpreteren. Ook zullen er vrijwel altijd wetenschappers zijn die een andere mening zijn toegedaan, die wijzen op ogenschijnlijk vernieuwend onderzoek of vinden dat er een andere norm gebruikt had kunnen worden. Bij onzekerheidsparadoxen en het normatieve begrip 'veiligheid' is het belangrijk om veel aandacht te besteden aan de vragen die bij stakeholders leven, de doelen die zij nastreven en de middelen die zij daarvoor inzetten. Zo kun je als opdrachtnemer en opdrachtgever van wetenschappelijk onderzoek niet alleen ervoor zorgen dat het onderzoek daar waar mogelijk antwoorden geeft op de vragen die leven. Ook geeft het de mogelijkheid om aan verwachtingenmanagement te doen, zowel met betrekking tot de uitkomsten als ten aanzien van de rollen en taken.

Wij doen hieronder een voorzet voor aandachtspunten bij een communicatiestrategie die betrokkenen zo veel mogelijk grip geeft op de situatie, een resumé van de zaken die we in het voorafgaande ten tonele voerden. Uitgangspunt is dat mensen uit alle berichtgeving die informatie kunnen halen, die zij nodig hebben om hun keuze te bepalen. Kennis over de effectiviteit van communiceren over de context waarbinnen wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt, is nog maar beperkt voorhanden. Het lijkt waardevol om uit te zoeken wat het bieden van meer

informatie over de context van het onderzoek doet met het vertrouwen in de boodschap en de afzender ervan.

1. Schets de context van het onderzoek, inclusief de onvermijdelijke onzekerheidsparadox: welke maatschappelijke vragen zijn er? En welke vragen kan dit onderzoek wel/niet beantwoorden? Geef aan wat de uitkomsten van het onderzoek kunnen worden (uitkomstscenario's). Basisinformatie over bijvoorbeeld methoden voor risicobeoordeling kan hierbij ondersteunend werken. Anticipeer op het feit dat – ook als er een wetenschappelijke consensus is over een antwoord – er altijd ook wetenschappers zijn die er anders over denken. Kortom: 'normaliseer' wat men ziet gebeuren.
2. Voor het RIVM is het belangrijk om in zijn publiekscommunicatie helder te communiceren over de uitgangspunten voor het onderzoek, inclusief gedachten over het voorzorgsprincipe. In de rubbergranulaatcasus had het RIVM wellicht duidelijker kunnen zijn over zijn interpretatie van 'veilige grens' of 'verwaarloosbaar risico'. Bijvoorbeeld: 'Wij vinden voetballen op kunstgras veilig omdat in het onderzoek ruime veiligheidsmarges zijn gehanteerd die gebruikelijk zijn in de wetenschap. Enkele wetenschappers houden grotere veiligheidsmarges aan.'
3. Onderken de normatieve aspecten die aan het maatschappelijke vraagstuk verbonden zijn. Erken en communiceer dat wetenschappelijke kennis niet het enige is dat bepaalt of mensen wel of niet hun kinderen op rubbergranulaat laten voetballen. Voorkom weerstand tegen de conclusies van het onderzoek door dit tijdig in beeld te brengen en bij de presentatie van de onderzoeksresultaten inzichtelijk te maken. Bijvoorbeeld: 'Vanuit gezondheidskundig oogpunt is het volgens het onderzoek van het RIVM veilig om te sporten op rubbergranulaat. Wij zien dat er mensen zijn die om andere redenen een voorkeur hebben voor het verwijderen van het rubbergranulaat.'
4. Kom niet in de verleiding om de uitkomsten te versimpelen of mensen gerust te stellen. Het is een illusie te denken dat je mensen met een andere opvatting of waardeoriëntatie kunt overtuigen. Dat geldt zeker voor het geruststellen van mensen. Niet zelden heeft dat een tegenovergesteld effect. Accepteer dat mensen met verschillende

opvattingen zich niet zullen laten overtuigen door wetenschappelijke onderzoeksresultaten.

5. Werk samen met partners en zorg voor een duidelijke rolverdeling, ook in de communicatie over de resultaten. Bepaal eenieders plek in de context en het netwerk en communiceer dit naar hen die vragen hebben.
6. Faciliteer dialoog. De ervaring is dat één boodschap niet iedereen kan bedienen. Het vergt een persoonlijk gesprek of dialoog om informatiebehoefte te peilen en verschillen in opvattingen te adresseren, als de partijen aan beide kanten daarvoor openstaan. Ga na of er lokaal of landelijk behoefte is aan dialoog. Is het RIVM de juiste partij om de dialoog aan te gaan? Op welke manier? Zo nee, wie dan wel? Een goed gesprek binnen een sportvereniging kan helpen om de onderzoeksresultaten te verduidelijken, vragen te beantwoorden en aan te geven welke lokale keuzes mogelijk zijn. De experts van de GGD kunnen een dergelijk gesprek ondersteunen.
7. Bied handelingsperspectieven. Ook voor mensen die een andere opvatting hebben over de conclusies van het onderzoek, in dit geval mensen die het sporten op rubbergranulaat riskant vonden. Als mensen het gevoel hebben dat ze eventuele risico's kunnen vermijden, maken ze zich minder zorgen (Veil et al., 2008). Het is daarbij wel belangrijk dat het handelingsperspectief voor mensen ook logisch is ('makes sense'). Voor mensen die nog geen duidelijke opvatting hebben over een specifiek risico, kan het bieden van bepaalde handelingsperspectieven risicobevestigend werken en tot meer bezorgdheid leiden. Zo was het advies 'Ga douchen na het sporten en was je handen voor het eten' bedoeld om vooral mensen die bezorgd waren een handvat te geven om hun blootstelling te beperken. Er waren mensen die deze boodschap zagen als geruststellend: het risico is nooit nul en door het nemen van actie kan ik het risico verder verkleinen. Maar sommigen zagen het als risicobevestigend: 'Ik ging me pas zorgen maken toen het RIVM adviseerde om te douchen na het sporten.' Het is dus belangrijk om aan handelingsadviezen een context mee te geven en duidelijk te maken dat ze zijn bedoeld voor mensen die (ondanks het RIVM-advies toch) bezorgd zijn. Het is onvermijdelijk dat sommige mensen er bezorgder door worden. Voor de mensen die de risicocommunicatie

doen, is het geruststellend om te bedenken dat het onmogelijk is om iedereen tevreden te stellen en dat bij alle incidenten de kritiek zal zijn dat 'de communicatie beter had gekund'.

7.5 Afronding

Rubbergranulaat is een voorbeeld van een risico waarover mensen zich zorgen maken. Die bezorgdheid is vooral ontstaan na een tv-uitzending. De minister van VWS vroeg het RIVM om het eindoordeel te vellen en een uitspraak te doen over de veiligheid van het sporten op rubbergranulaat. Het RIVM heeft zijn uiterste best gedaan om aan deze verwachting te voldoen en voerde een state of the art-onderzoek uit naar de gezondheidsrisico's van het sporten op rubbergranulaat. Het RIVM leverde niet alleen technische informatie, maar duidde de wetenschappelijke resultaten: 'het is verantwoord om te sporten op velden met rubbergranulaat'. Daarnaast zette het RIVM zich maximaal in om deze kennis op allerhande wijze zo toegankelijk mogelijk te maken voor (ouders van) sporters, sportclubs en bestuurders. Of dit het beste antwoord was op de maatschappelijke commotie die was ontstaan, blijft natuurlijk de vraag.

De kwestie die we in dit hoofdstuk hebben beschreven is: wat kan een kennisinstituut als het RIVM het beste bijdragen als een maatschappelijke vraag slechts ten dele met kennis kan worden beantwoord? Het in kaart brengen van beschikbare kennis is belangrijk, zowel voor gedeelde beeldvorming als om eventuele misverstanden die ontstaan te beperken. Maar bij onzekere en ambigue risico's zullen er altijd vragen blijven. Het is nu eenmaal onmogelijk 100 procent zekerheid te geven over de risico's van rubbergranulaat en om de onzekerheidsparadox weg te nemen. Wetenschappelijke kennis speelt een belangrijke rol in de oordeelsvorming, maar andere aspecten zijn daarin minstens zo belangrijk en bepalen in grote mate welk belang aan onderzoeksresultaten wordt toegekend bij de beantwoording van maatschappelijke vragen. Over elk onderwerp dat in de schijnwerpers komt te staan, bestaan verschillende opvattingen. Als een maatschappelijke discussie, zoals bij rubbergranulaat, voor een belangrijk deel wordt beïnvloed door uiteenlopende (levens)waarden, kan daar in de onderzoeksoptzet en communicatiestrategie rekening mee worden gehouden. In veel

gevallen ligt de oplossing in de sfeer van het zoeken van de dialoog en het creëren van een gedeeld besef over wat wetenschap wel maar ook niet in een specifieke discussie kan bijdragen. Dat is wenselijk om het vertrouwen in kennisinstituten te behouden of te vergroten. In de huidige organisatie van de overheid rest dan de vraag wie de rol en de capaciteiten heeft om – naast het uitvoeren van en communiceren over het onderzoek – de dialoog die nodig is, aan te kunnen gaan.

Misschien is daarmee wel de belangrijkste les van dit hoofdstuk voor crisismanagers, bestuurders en beleidsmakers: Besef dat wetenschap niet het volledige antwoord kan geven op een maatschappelijk vraagstuk en verken de mogelijkheden voor maatschappelijk dialoog in de netwerksamenleving.



#jodiumtabletten #jodiumpillen #Tihange #Doel @delimburger

Ruben L. Oppenheimer @RLOppenheimer



Communiceren over stralingsrisico's: een kernactiviteit

*Marleen Kraaij-Dirkzwager, Lars Roobol, Lodewijk van Dooren,
Herman Schreurs, Liesbeth Claassen*

8.1 Inleiding

In 1945 maakte de wereld kennis met 'de kracht van het atoom', toen de kernbommen boven Hiroshima en Nagasaki explodeerden. Het beeld van de gevolgen bleek onuitwisbaar en maakte kernenergie en straling in één klap omstreden. De beelden van toen hadden blijvende gevolgen voor de voorbereiding en reactie op stralingsincidenten (ook al waren het destijds vooral de drukgolf en de intense hitte die de mensen doodden). Vanaf 1953 kenterde voor sommigen het beeld toen de Amerikaanse president Eisenhower, in het kader van de Wederopbouw, het 'Atoms for Peace' programma presenteerde. Hij schetste kernenergie als dé energiebron van de toekomst en nucleaire technologie als innovatie voor bijvoorbeeld geneeskundige toepassingen. De ruim tweeduizend kernproeven gedurende de Koude Oorlog beïnvloedden het imago van kerntechniek weer negatief. Ook de ongevallen met de kernreactoren van Three Mile Island (1979), Tsjernobyl (1986) en Fukushima (2011) bevestigden voor sommigen het beeld dat straling voor mensen een van de ergste dreigingen is. In Nederland groeide de anti-kernenergie- en anti-kernbommenbeweging sinds de jaren zeventig met bekende campagnes als 'Dodewaard moet dicht' (1980) en 'Ban de Bom' (1983). Radioactief materiaal werd sindsdien eerder gekoppeld aan kernwapens dan aan industriële toepassingen of medische zorg. Verschillende niet-gouvernementele organisaties (NGO's) maakten voor hun uiteenlopende doelen gebruik van deze associaties. Ook nu nog haalt 'radioactieve straling' regelmatig het nieuws.

We beschrijven in dit hoofdstuk verschillende gebeurtenissen die zich in 2017 voordeden: de terugkerende aandacht voor de kerncentrales in onze buurlanden, de aandacht voor de radioactieve stof ruthenium-106 en de distributie van jodiumtabletten door de overheid. We gaan dieper in op de terugkerende uitdaging in de risico- en crisiscommunicatie: Hoe kunnen overheidsorganisaties in de (risico)communicatie over nucleaire installaties en te nemen voorzorgsmaatregelen aansluiten bij de beleving van het publiek? Wij danken Frank Klaassen en Cindy Gielkens (beiden Veiligheidsregio Zuid Limburg) voor hun bijdrage aan de tekst en Machiel Kleemans, Marjolein Groot en Leonie Wolters (allen ANVS) en Ries Peters en Michiel Hoorweg (ministerie van VWS) voor hun feedback op eerdere versies van dit hoofdstuk.

8.2 Feitenrelaas

Protest rondom Tihange

Op 25 juni 2017 vormen vijftigduizend mensen een menselijke keten van Tihange naar Aachen. Zij eisen de sluiting van de Belgische kerncentrales in Tihange en Doel. In december 2017 volgt een kleinere protestactie. Aanleiding voor deze laatstgenoemde protestactie is een uitzending van *EenVandaag*, waaruit blijkt dat Nederlandse pensioenfondsen voor bijna 250 miljoen euro investeren in het Franse energieconcern Engie, dat eigenaar van deze kerncentrales is. De on- en offline actie ‘Stuur Thiange en Doel met pensioen’ leidt tot een petitie aan het pensioenfonds ABP. In zijn reactie geeft het ABP aan de maatschappelijke signalen serieus te nemen en licht het toe hoe een kritische aandeelhouder kan bijdragen aan duurzame energie en een veilige leefomgeving.¹

In Zuid-Limburg, dat (voor 95 procent) zowel aan Duitsland als aan België (Vlaanderen en Wallonië) grenst, vormen landsgrenzen al heel lang geen enkele barrière meer. Inwoners wonen, werken, recreëren en protesteren over deze landsgrenzen heen. In de regio is de kerncen-

¹ ABP, 22 december 2017. Over ABP: Actueel: Nieuws: Veiligheid kerncentrale Tihange best gediend met kritische aandeelhouder. Op 5 november 2018 ontleend aan www.abp.nl/over-abp/actueel/nieuws/veiligheid-tihange-best-gediend-met-kritische-aandeelhouder.aspx.

trale in Tihange al jaren onderwerp van discussie. Gevoed door het besluit van de Duitse federale overheid om te stoppen met kernenergie, wordt in Duitsland zowel door lokale overheden als actiegroepen voortdurend aangedrongen op sluiting van de centrale in Tihange. Met grote regelmaat worden in de pers verregaande uitspraken gedaan over de (vermeende) grote risico's van deze 'scheurtjescentrale'. Ondanks een groot aantal voorlichtingsbijeenkomsten en het beantwoorden van vragen gesteld door de gemeenteraden in Zuid-Limburg, lijkt er in de maatschappelijke discussie weinig ruimte voor nuancering.

Ruthenium-106

Begin oktober 2017 staat het thema 'straling' opnieuw in de belangstelling. Mediaberichten dat diverse landen (onder andere Italië, Oostenrijk, Tsjechië en Noorwegen) het radioactieve ruthenium-106 in de lucht hebben aangetoond. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) meet in Nederland geen verhoogde concentraties. Ruthenium-106 is een door mensen gemaakte radioactieve stof. Het komt vrij bij kernsplijting en wordt bijvoorbeeld gebruikt bij de behandeling van oogboltumoren. De bron van de vermeende verhoogde concentraties in de lucht is onduidelijk, maar een kernongeval wordt uitgesloten, omdat er in dat geval ook andere radioactieve stoffen zouden worden gemeten. Zelfs de hoogst gemeten waarde (in Wenen) voegt bijna niets toe aan de straling die daar van nature al aanwezig is. Het heeft daarom praktisch geen effect op mens of milieu in Europa. Wel is het onderwerp van aandacht voor internationale instanties zoals het atoomagentschap van de Verenigde Naties in Wenen (IAEA).

Enkele weken later (het ruthenium is inmiddels niet meer aan te tonen in de lucht) komt de zaak opnieuw in het nieuws, als diverse partijen een verklaring voor het fenomeen zoeken. De initiële verklaringen variëren van een kernramp, het neerstorten van een satelliet (die elektriciteit genereert door middel van radioactief verval van ruthenium-106), tot een ongeval in een laboratorium. On- en offline wordt gespeculeerd over de plek van een mogelijk incident. Verschillende partijen wijzen naar Rusland en de mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de lokale bevolking. Zij trekken de parallel met de ramp in Tsjernobyl (1986) waarbij de Sovjet-Unie er destijds voor koos om aanvankelijk niet te communiceren. Rusland ontkent de aantijgingen en stelt dat het geen ruthenium-106 in de lucht heeft waargenomen.

Weer enkele weken later presenteert het Franse onderzoeksinstituut *Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire* een kaart van Europa, waarop met kleuren wordt aangegeven hoe waarschijnlijk het is dat een bepaalde locatie de oorsprong is van het ruthenium.² Het punt met de hoogste waarschijnlijkheid ligt dicht bij het nucleair onderzoeksinstituut in Mayak (Oeral, Rusland). In reactie op Kamervragen van Groen-Links, laten de minister van Buitenlandse Zaken en de staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat weten dat ‘de Russische meteorologische dienst Rosgidromet eind september hoge concentraties radioactief ruthenium-106 heeft gemeten in het zuidelijke deel van Oeral’. Rusland ontkent dat er sprake is geweest van een nucleair incident.³

De zaak laait nog een keer op in februari 2018, als bekend wordt dat een sterk radioactieve bron in Mayak is besteld voor een wetenschappelijk project in Italië. Deze is echter nooit aan Italië geleverd: wellicht is het ruthenium bij de productie van deze bron naar buiten gelekt? Een door Rusland ingestelde internationale onderzoekscommissie met buitenlandse experts heeft de zaak vooralsnog niet dichterbij een conclusie gebracht. De aandacht voor het incident is in de tussentijd echter geluwd.

Jodiumtabletten

In het najaar van 2017 ontvangen 1,2 miljoen Nederlandse huishoudens per post een doosje met jodiumtabletten. Een folder met witte tekst op een rode achtergrond zegt ‘Jodiumtabletten. Bewaar ze goed!’. De jodiumtabletten zijn bedoeld om specifieke doelgroepen te beschermen tegen radioactief jodium dat bij een groot kernongeval vrijkomt.⁴ De tabletten worden verzonden aan huishoudens binnen een straal van 100 km rondom de kernreactoren in Nederland, België en Duitsland. Het preventief uitdelen van deze tabletten wordt ‘predistributie’ genoemd. In de eerste ring (tot 20 km) zijn ze bedoeld voor mensen tot en met 40 jaar en zwangere vrouwen (voor hun ongeboren kind). In de tweede ring (20-100 km) voor kinderen tot 18 jaar en zwangere

2 IRSN, 9 november 2017. Newsroom: News and press releases: Detection of Ruthenium-106 in France and in Europe: Results of IRSN's investigations. Op 5 november 2018 ontleend aan www.irsn.fr/EN/newsroom/News/Pages/20171109_Detection-of-Ruthenium-106-in-France-and-in-Europe-Results-of-IRSN-investigations.aspx.

3 Aanhangsel van de Handelingen TK 2017-2018, nr. 713.

4 Zie www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/straling/jodiumtabletten.

vrouwen. Daarnaast worden plannen uitgewerkt voor noodistributie van tabletten als zich daadwerkelijk een ongeval met een kernreactor voordoet. Deze campagne past in het beleid van de toenmalige minister van Economische Zaken (EZ) en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de voorbereiding op en maatregelen na kernongevallen op België en Duitsland af te stemmen. Mensen ontvangen de jodiumtabletten samen met instructies in woord en beeld. In die instructies wordt uitgelegd wanneer de tabletten moeten worden ingenomen ('alleen als de overheid hiertoe instructie geeft via NL-Alert, Crisis.nl en de regionale omroep') en hoeveel jodiumtabletten iemand moet innemen.

'Het is belangrijk te beseffen dat jodiumtabletten geen bescherming bieden tegen alle gezondheidsschade die bij een ongeval met een kernreactor kan ontstaan. Ze bieden alleen bescherming tegen radioactief jodium dat vrij kan komen bij een kernongeval.'

Mensen kunnen voor meer informatie terecht op de website 'waarom-krijgikjodiumtabletten.nl', via het contactformulier op Rijksoverheid.nl, via telefoonnummer 1400, de Facebookpagina van het ministerie van VWS, Twitter @rijksoverheid en WhatsApp. Met medewerking van onder andere de ministeries van VWS, EZ, Infrastructuur en Milieu,⁵ de Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming (ANVS), het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), GGD-GHOR Nederland en het RIVM staat een responsteam klaar om zo snel mogelijk te reageren op vragen en om eventuele knelpunten op een goede wijze op te lossen.

5 Het ministerie van Economische Zaken heet sinds de installatie van het kabinet Rutte III op 26 oktober 2017 het ministerie van Economische Zaken en Klimaat. Het ministerie van Infrastructuur en Milieu heet sindsdien het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat.

Figuur 8.1 Compilatie van online berichten over de verspreiding van jodiumprofylaxe

Nadya
@Nadya.Majika

Ben ik de enige die dit best wel eng vindt?
#jodiumtabletten



12:13 - 27 okt. 2017

Mervin Willemsz
@MervinWillemsz

Nu weet ik het zeker. We gaan immigreren.
#jodiumtabletten #kerncentrale



3:02 - 24 okt. 2017

Marianne Daelstra Heel mooi allemaal ministerie van Volksgezondheid.

Toch raar dat er dan nu jodiumtabletten worden uitgedeeld en geen andere beschermingsmaatregelen worden getroffen. Zou dan beide uit voorzorg moeten lijken mij. En weet u... Ik vraag me af wie de broodheer is van de door u genoemde instanties.

Hoe vaak blijkt er achteraf niet gehaudeerd te zijn met informatie in rapporten van gersonommeerde bedrijven? Ik ben en blijf erg wantrouwig over dit soort informatie. Zeker als die overheid ermee stroomt... Heeft u misschien aandelen bij de farmaceutia die de jodiumtabletten verkoopt met mega winst? Ik kan het overigens wel waarderen dat u steeds de moeite neemt om te reageren. Dat is wel sportief!

Like Reply See Translation 45w

View more replies

WISE Nederland @gingevog - 5 okt. 2017

Aankomende vrijdag wordt in Heerlen het kunstwerk "Jodium-131" van Fabrice Hermans geopend.

#jodiumtabletten #kernenergie #wisenederland #kernenergie #op...



0 1 2 2

De Facebookpagina van het ministerie van VWS wordt drie miljoen keer bekeken. Daarnaast worden 1500 vragen via e-mail en telefoon gesteld. Ook online wordt er gediscussieerd, waarbij veel gemeenten en veiligheidsregio's een actieve rol vervullen. Er worden vragen gesteld over de vertraging in de distributie, of er voldoende rekening gehouden is met het aantal mensen dat binnen een huishouden aanwezig is (in een doosje genoeg tabletten voor vijf volwassenen) en waarom de jodiumtabletten juist nu worden verspreid. Naast deze informatieve vragen worden ook kritische opmerkingen geplaatst over de meerwaarde en wenselijkheid van deze campagne: Er wordt door sommigen beargumenteerd dat jodiumtabletten schijnveiligheid bieden bij

een kernramp. Anderen uiten hun voorkeur voor het sluiten van de kerncentrales in plaats van het investeren in jodiumtabletten. Online medicijnleveranciers maken van de gelegenheid gebruik om hun diensten aan te bieden. Sommige tweets van het ministerie van VWS laten zien dat de distributie bezorgdheid oproept bij mensen. Er is gelukkig ook humor te ontdekken in tweets en cartoons (zie de compilatie van diverse tweets, weergegeven in figuur 8.1). Het responsteam dat de vragen beantwoordt, wordt binnen enkele weken afgeschaald.

Eind 2017 en in 2018 meet het RIVM op verzoek van het ministerie van VWS de ervaringen van vijfduizend Nederlanders (verdeeld over verschillende doelgroepen) in het digitaal panel van Motivaction. Wat vinden zij van de maatregel om tabletten uit te delen? Hoe hebben zij de informatie geïnterpreteerd en wat hebben zij met de ontvangen tabletten gedaan? De eerste tussenresultaten laten zien dat de distributiecampagne relatief succesvol is geweest. Zo evalueert het merendeel van de ontvangers de informatie positief en worden de instructies over de tabletten ('Bewaar ze goed!') goed opgevolgd. Tegelijkertijd blijkt uit de eerste meting dat een minderheid van de doelgroep de campagne niet heeft opgemerkt en dat voor een deel van de ontvangers onduidelijk blijft wat er van hen wordt verwacht in het geval van een kernongeval.

8.3 Duidelijke risicocommunicatie bij straling

Kerncentrales leiden regelmatig tot maatschappelijke discussies. Het implementeren van en communiceren over maatregelen om de veiligheid en gezondheid van mensen in de omgeving van kerncentrales te bevorderen, vraagt aandacht. Dat is met name belangrijk, omdat de effectiviteit van de gekozen maatregelen – bijvoorbeeld evacueren, schuilen, het innemen van jodiumtabletten, maar ook het informeren daarover – afhankelijk is van de beleving en medewerking van de doelgroep. Wat weten we eigenlijk over de risicobeleving van Nederlanders over 'radioactieve straling'? Wat is de relatie met media-aandacht? Hoe kunnen we hier rekening mee houden bij het vormgeven en implementeren van maatregelen om de veiligheid en gezondheid te bevorderen, voor en na ongevallen? Hoe kan de overheid aansluiten bij de vragen die mensen hebben over straling?

8.4 Beschouwing

Evaluatie van gebeurtenissen zoals hiervoor beschreven, is belangrijk om te begrijpen hoe mensen bepaalde risico's in hun woonomgeving beleven. Resultaten kunnen worden gebruikt om in de voorbereiding op ongevallen gerichtere maatregelen te ontwikkelen. Daarmee kan de (ervaren) veiligheid verbeteren en de fysieke en mentale gezondheid na ongevallen worden bevorderd.

In en nabij ons land zijn verschillende nucleaire installaties.⁶ Verschillende overheidsorganisaties hebben samen de taak om de inwoners van Nederland te beschermen tegen de gevolgen van straling en om de gezondheid te beschermen en te bevorderen als zich toch ongevallen voordoen. Het RIVM meet 24/7 de radioactiviteit in Nederland met een netwerk van meetpalen, het nationaal meetnet radioactiviteit. Als er meer radioactiviteit dan normaal wordt gemeten, geeft het systeem automatisch een melding aan de dienstdoende RIVM'er.⁷ Ook doet het RIVM aanvullende ('hoge precisie') metingen om het radioactiviteitsgehalte van luchtstof en regenwater te bepalen (RIVM, 2011). Voor stralingsincidenten liggen het Nationaal Crisisplan Stralingsincidenten (IenM, 2016), het Nationaal Responsplan Stralingsincidenten (IenM, 2017a) en het Nationaal Crisiscommunicatieplan (IenM, 2017b) klaar. Het Crisis Expert Team straling en nucleair (CETsn) – een landelijk kennis- en adviesnetwerk dat de beschikbare kennis en deskundigheid in Nederland snel bijeenbrengt – kan worden ingeschakeld om het bevoegd gezag te adviseren.⁸ Daarnaast is expertise beschikbaar om de crisis- en risicocommunicatie goed vorm te geven. Met goede informatievoorziening en communicatie-inzet kunnen ook de psychosociale gevolgen van nucleaire incidenten worden beperkt; een aandachtspunt waar de Wereld Gezondheidsorganisatie op heeft gewezen

6 Zie voor een overzicht www.autoriteitnvs.nl/onderwerpen/nucleaire-installaties.

7 Zie www.rivm.nl/Onderwerpen/N/Nationaal_Meetnet_Radioactiviteit.

8 Het CETsn wordt voorgezeten door de ANVS. Afhankelijk van de situatie kunnen o.a. de volgende instituten worden ingeschakeld: ANVS/Task Force, RIVM, ministerie van Defensie/Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG), Koninklijk Nederlands Meteorologisch Instituut (KNMI), Watercycle Research Institute (KWR), Rijkswaterstaat, Instituut voor Voedselveiligheid (RIKILT), Universitair Medisch Centrum Utrecht/Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (UMCU/NVIC).

in haar rapport over het ongeval met de kernreactor in Fukushima in 2011 (WHO, 2013).

8.4.1 *Wat weten we over de beleving van stralingsrisico's en de behoefte aan informatie?*

De ongevallen met de kerncentrales in Tsjernobyl en Fukushima staan bij velen nog helder op het netvlies. Daarnaast roepen sommige toepassingen met stralingsrisico's sterke negatieve emoties op, zoals boosheid of angst. Mensen kunnen straling niet zien of voelen; het is een onzichtbaar risico. Ook hebben mensen weinig invloed op het ontstaan van het risico; het is een onvrijwillig en oncontroleerbaar risico en de gevolgen voor mensen zijn potentieel langdurig of worden pas in de toekomst zichtbaar. Die onzichtbaarheid en ongrijpbaarheid zijn factoren die de risicobeleving van straling versterken. Dit betekent dat bestuurders, professionals, journalisten en burgers, anticiperend op de angst voor stralingsrisico's en afhankelijk van hun doel, bij maatschappelijke gebeurtenissen en nucleaire incidenten in meer of mindere mate reageren vanuit de risicoperceptie die zij rond straling hebben opgebouwd. Zo veel mensen, zo veel percepties. Als gevolg daarvan bestaat de kans dat zij verschillende boodschappen verspreiden. Dat betekent niet dat er altijd sprake van angst of boosheid zal zijn. Dit is deels te verklaren doordat er ook factoren zijn die de risicobeleving afzwakken: er is vaak geen direct persoonlijk gevaar en de meeste mensen vertrouwen op de autoriteiten om het risico te beheersen. Om zo goed mogelijk te reageren op maatschappelijke gebeurtenissen, vergt een samenspel tussen de verschillende betrokken overheidsorganisaties en een goede inschatting van de werkelijke onrust die een incident met zich teweegbrengt.

In de afgelopen jaren zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd om te begrijpen wat mensen weten over radioactieve straling en nucleaire toepassingen, hoe zij de risico's van kernongevallen inschatten en welke informatiebehoefte zij hebben (zie ANVS, 2018, p. 12; Bergstra, 2015; Claassen et al., 2016). Nederlanders willen informatie over de locaties van nucleaire activiteiten in Nederland, de risico's van verschillende bronnen van straling, maatregelen die de overheid heeft genomen om

de nucleaire veiligheid te garanderen, maatregelen die kunnen worden genomen als er een ongeval plaatsvindt (door overheden en bedrijven) en de mogelijke gevolgen van een stralingsincident.

In het algemeen blijkt uit diezelfde onderzoeken dat de meeste mensen in Nederland zich weinig zorgen maken over de straling van kerncentrales en kernongevallen. De kans op een kernongeval wordt als zeer klein geschat, de gevolgen echter als zeer ernstig. Juist in de inschatting van de gevolgen lopen de perceptie en de feiten uiteen. Zo hebben veel mensen het idee dat bij het vrijkomen van kleine hoeveelheden straling er ook op zeer grote afstand van het stralingsincident gezondheidsschade verwacht kan worden, zonder dat men zich hier tegen kan beschermen. Men verwacht bij een kernongeval direct veel sterfgevallen en op langere termijn meer mensen die als gevolg van het ongeval kanker en genetische afwijkingen krijgen. Dat is veel meer gezondheidsschade dan experts bij een kernongeval verwachten.

Het Nederlandse publiek heeft bij incidenten behoefte aan informatie over te nemen maatregelen en de mogelijke gevolgen. Men verwacht via radio, tv of NL-Alert op de hoogte te worden gehouden en instructies te ontvangen. Dit is niet anders dan bij andere grote ongevallen. Bij een ernstig stralingsincident zeggen de meeste Nederlanders de adviezen van de overheid op te volgen (bijvoorbeeld binnenblijven en wachten op instructies). Er is echter ook een aanzienlijke groep die aangeeft direct te vertrekken naar een veilig gebied.

Voorafgaande aan de verspreiding van jodiumtabletten is een experiment uitgevoerd met voorbeeldbrieven. In de brief werd uitleg gegeven over de verspreiding van radioactieve stoffen en de afname van stoffen via de wind en de afstand, de toename in de kans op kanker na blootstelling, de kwetsbaarheid van baby's en jonge kinderen, het juiste moment om tabletten te slikken en een specificatie van officiële informatiekanaalen. Mensen bleken door het lezen van deze brief niet ongeruster te worden. Het begrip van de maatregel bleef echter beperkt. Voor veel mensen was het niet duidelijk waarom er een leeftijdsgrens voor het slikken van jodiumtabletten is, wanneer de tabletten geslikt moesten worden of waarom de voorgenomen uitbreiding van de distributie alleen tot een gebied van honderd kilometer van een kerncentrale plaatsvond. Dit was ook terug te zien in het relatief grote aandeel dat aangaf zijn of haar kinderen bij een kernongeval meteen

de tabletten te laten slikken (terwijl het de bedoeling is dit pas te doen nadat de overheid hierover adviseert, omdat inname afhankelijk is van de situatie). Vooral de deelnemers die in de distributiezone woonden, hadden na het lezen van de informatiebrief sterke behoefte aan extra informatie. Men was geïnteresseerd om te weten waar kerncentrales staan, wat te doen bij een kernongeval, wat de gevolgen ervan zijn en welke stralingsbeschermingsmaatregelen genomen konden worden. Men gaf aan niet te weten bij wie men met vragen terecht kon. Uit vooronderzoek bleek dat informatie al snel te veel is en dat extra informatie ook weer extra vragen oproept. Daarom is gekozen voor eenvoudige boodschappen bij de tabletten. Voor aanvullende informatie kon men op de website terecht.

8.4.2 *Communiceren in netwerken*

De vragen die mensen stellen, moeten zo goed mogelijk door de overheid beantwoord worden. De overheidscommunicatie over nucleaire installaties en ongevallen is geregeld in de Kernenergiewet. Daarnaast gelden de reguliere verantwoordelijkheden zoals beschreven in de Wet veiligheidsregio's en de Wet Publieke Gezondheid. Afhankelijk van het incident (er is onderscheid tussen A- en B-objecten), is ofwel de minister van Infrastructuur en Waterstaat (IenW) dan wel de veiligheidsregio 'in de lead' om de crisiscommunicatie richting de bevolking vorm te geven. In de 'koude fase' (geen dreiging, wel maatschappelijke vragen) en 'nafase' (langetermijnrespons) van incidenten spelen de gemeenten, gesteund door hun GGD, een grote rol in het informeren van hun inwoners en het beantwoorden van vragen. De ANVS en het RIVM kunnen desgewenst de verschillende actoren ondersteunen met inhoudelijke expertise en advies; het NVIC is primair de adviseur en sparringpartner voor zorgverleners.

Iedereen die betrokken is bij een gebeurtenis, communiceert. Communicatie is niet alleen een activiteit van de communicatieafdeling. De optelsom van daden (bijvoorbeeld wel of niet een maatregel treffen), woorden (niet spreken over 'geen risico voor de volksgezondheid' als mensen vragen hebben over hún gezondheid of die van hun naasten) en beelden ('mannen in witte pakken' of 'menselijke ketens tussen

kernreactoren') die voor, tijdens of na een gebeurtenis worden geuit, zijn bepalend voor de perceptie van allen: burgers, wetenschappers, journalisten en bestuurders. Ook gebeurtenissen in de buurlanden beïnvloeden de beleving. Ter illustratie schetsen we de situatie rondom Zuid-Limburg, waarbij in een aantal Duitse buurregio's gekozen is om bij de toevallig gelijklopende jodiumdistributie ook tabletten te geven aan volwassenen tot 45 jaar. In België kan iedere Belg de tabletten gratis afhalen en geldt geen leeftijdsgrens.

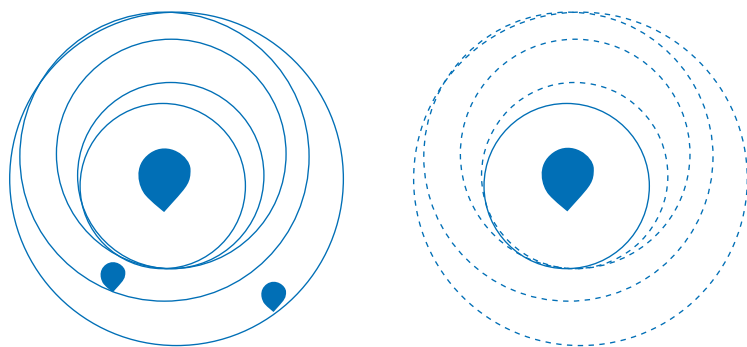
Kortom: crisis- en risicocommunicatie gebeurt vanuit de overheid in een netwerk van partners, te midden van verschillende private organisaties, NGO's, wetenschappelijke instellingen, belangengroepen en burgers die al dan niet online met elkaar communiceren en elkaar beïnvloeden. Dat beïnvloedt de risicoperceptie en stelt de overheidspartijen voor een uitdaging om effectief en efficiënt in woord en daad te reageren.

8.4.3 *Drijvers in de maatschappelijke discussie*

Het uitwisselen van informatie tussen alle betrokken partijen versterkt of matigt de risicobeleving, aldus Kaspersen et al. in *The social amplification of risk* (1988). Een signaal over een risico kan worden vergeleken met 'een steentje in de vijver' (zie figuur 8.2), het 'rippling effect'. Mensen (bestuurders, professionals, journalisten, burgers in al hun gedaanten) reageren er al dan niet op door wel of geen actie te ondernemen, door informatie over het risico te filteren en zelf informatie over het risico te geven. De redenen daarvoor kunnen, afhankelijk van de gebeurtenis, heel divers zijn. Wat is de verwachte impact van een incident? Hoe indringend zijn de beelden? Wie worden getroffen? Wordt het incident überhaupt waargenomen te midden van alle gebeurtenissen waarover wordt bericht? En andere motieven om signalen door te geven, bijvoorbeeld of het nieuws- of ideologische waarde heeft. Of iets vervolgens als een probleem ervaren wordt, bepalen mensen ook op basis van het aantal berichten afkomstig uit verschillende bronnen die zij zelf belangrijk vinden en vertrouwen. Maatschappelijke aandacht of commotie, zoals angst of boosheid, ontstaat vervolgens door de manier waarop mensen reageren op een gebeurtenis of de berichtgeving. Het maakt verschil of mensen primair bang zijn of bijvoorbeeld boos,

omdat zij onrecht of nalatigheid ervaren. Of omdat specifieke waarden die voor hen belangrijk zijn in het geding zijn. Ook vertrouwen in en verwachtingen van de overheid spelen een rol. Specifieke gebeurtenissen kunnen gekoppeld worden aan andere thema's. Een incident bij een kerncentrale wordt dan geïnterpreteerd als een bevestiging dat de overheid ook in andere situaties niet effectief handelt bijvoorbeeld. Er zijn altijd reacties nodig (van bestuurders, professionals, journalisten, burgers in al hun gedaanten) die als een 'nieuwe druppel' de maatschappelijke aandacht verder doen 'golven'. Omdat zij zich wel of niet verantwoordelijk voelen om te handelen. Of omdat zij een gebeurtenis als kans of dreiging zien om bepaalde activiteiten in de leefomgeving te stoppen of verder te ontwikkelen. Als er geen nieuwe 'druppels' zijn, dan dooft een maatschappelijke reactie – net als een rimpel in de vijver – ook vanzelf weer uit.

Figuur 8.2 Kringenmodel ('rippling effect'), gebaseerd op Kaspersons et al., 1988.



Kortom: nadenken over risicocommunicatie betekent ook nadenken over de drijvers van maatschappelijke reacties, de eigen rol en bijdrage en die van anderen daarin. In de protesten rondom Tihange, de ruthenium-casus en de aandacht voor de jodiumprofylaxe zien we een aantal patronen. In de protesten rondom Tihange is het doel van de protesten helder: men wil sluiting van de kerncentrales Tihange en Doel. Het risico van de centrales voor de veiligheid en gezondheid is in deze discussies slechts één argument. Het feit dat de feitelijke risico's klein zijn,

zegt immers maar tot op zekere hoogte iets over de maatschappelijke beleving die vooral ook gekoppeld is aan gevoelens over de wenselijkheid van bepaalde activiteiten die risico's veroorzaken. De ruthenium-casus laat een andere dynamiek zien. Experts en NGO's zoeken en voeren on- en offline de discussie vanuit ten minste twee beweegredenen: wat is er feitelijk aan de hand? En worden er zaken 'onder de pet gehouden'? De maatschappelijke aandacht voor jodiumprofyaxe kenmerkte zich door een feitelijke informatiebehoefte van een groot deel van het publiek. Ook emoties (bezorgdheid/angst) bij sommigen en een mogelijkheid om het beleid rondom kerncentrales ter discussie te stellen, speelden een rol. Een voorbeeld hiervan is het zes meter hoge kunstwerk op een rotonde in de gemeente Heerlen: een stapeling van uitvergroete pillenpotten die op het symbool van radioactiviteit drijven (zie foto). De maker wilde met dit kunstwerk de schijnveiligheid van het uitdelen van jodiumtabletten aan de orde stellen.

De communicatiekeuzes van betrokkenen moeten natuurlijk passen bij het doel. Communiceren in reactie of in anticipatie op maatschappelijke vragen, zonder dat er sprake is van blootstelling, vergt een andere strategie (in termen van boodschap, kanalen, capaciteit en competenties) dan communiceren na een incident waarbij de samenwerking met anderen (burgers, zorgverleners, overheden, media) nodig is. Veiligheidsregio Zuid Limburg kiest bijvoorbeeld voor de strategie om consequent en consistent met alle betrokkenen (burgers, hulpverleners van alle kolommen, de politiek, actiegroepen en de media) in dialoog te blijven over de stand van zaken, de bijbehorende risico's en de maatregelen die worden/zijn voorbereid.

8.4.4 *Vertrouwen*

Een van de belangrijkste factoren die de risicoperceptie beïnvloedt, is vertrouwen. Daarbij gaat het niet alleen om vertrouwen in de vakken-nis en competentie van experts (die overigens zowel voor als tegen het gebruik van kernenergie kunnen zijn) en het vertrouwen in de kwaliteit van de risicoschattingen, maar ook om het vertrouwen in deze organisaties als samenwerkend geheel. Specifiek gaat het om het vertrouwen in de waarden (als veiligheid, gezondheid, duurzaamheid) die de organisaties gezamenlijk vertegenwoordigen en de mate waarin de

communicatie als transparant wordt ervaren. Om het vertrouwen van het publiek te onderhouden, is het goed om regelmatig aandacht te besteden aan de gezamenlijke waarden en te laten zien dat 'je begrijpt wat er gevraagd wordt' en 'hiervoor kennis en expertise in huis hebt', ook buiten crises. Dit vergt – bij voorkeur in dialoogvorm – erkenning van 'het (ervaren) probleem', herkenning van onderliggende zorgen en het op gang brengen van een goede informatievoorziening, passend bij de uiteenlopende doel- en risicogroepen. Het is belangrijk om voldoende mensen met affiniteit en vaardigheden gereed te hebben. Zij zijn de 'first responders' om de toestroom van vragen, die in reactie op de communicatie van overheidsorganisaties of anderen gesteld worden, op te pakken. De zorgen rondom de veiligheid van de kerncentrales in de grensregio's vragen specifieke aandacht. De centrales liggen immers niet binnen de invloedssfeer van de Nederlandse overheid. Daarmee is de burger ook afhankelijk van zijn vertrouwen in bijvoorbeeld de Belgische overheid en de samenwerking tussen de Nederlandse en Belgische overheid, waarvoor de Onderzoeksraad voor Veiligheid onlangs nog aandacht heeft gevraagd (zie OvV, 2018b).

8.4.5 Een goede voorbereiding is meer dan het halve werk

Uit onderzoek en ervaringen met risico's in de leefomgeving weten we dat het vormgeven van goede communicatie bij crises en incidenten cruciaal is om het vertrouwen van inwoners te houden. Vaak gaat het daarbij om het beantwoorden van hele praktische vragen die mensen stellen. Een deel van de praktische vragen na een kernongeval laat zich goed voorspellen: Kan ik terug naar een gebied? Kan ik mijn kinderen laten onderzoeken? Mag ik het water uit de kraan drinken? Mijn zelfgekweekte sla eten? Ook over maatregelen die mogelijk getroffen zullen worden, is uit eerdere ervaring veel bekend, bijvoorbeeld het vernietigen van specifieke gewassen uit specifieke gebieden om te zorgen dat besmette producten niet geconsumeerd worden of uit voorzorg om daarmee de export te beschermen. Zowel onderzoek als praktijkervaringen laten zien dat vragen soms weliswaar lastig te beantwoorden zijn, maar dat de mensen die ze stellen voor het merendeel zich goed geholpen weten met een helder en persoonlijk antwoord. In de koude fase is er rust en ruimte om te bouwen aan het vertrouwen dat de

overheid zaken geregeld heeft voor de respons op nucleaire incidenten. Het is belangrijk dat mensen weten wat er geregeld is, hoe het geregeld is en wat ze kunnen verwachten als er iets gebeurt. Natuurlijk pikt niet iedereen dit op in de koude fase. Maar dat hoeft ook niet. Als voldoende mensen, waaronder degenen die de leiding pakken bij een incident, op de hoogte zijn wat er bekend en beschikbaar is, juist rondom de informatievoorziening, dan wordt de ‘ruis’ tijdens de respons een stuk minder.

8.5 Afrondend

We beschreven drie verschillende gebeurtenissen uit 2017 om te laten zien dat de maatschappelijke aandacht voor radioactieve straling actueel is. We kunnen hiervan leren om voorbereid te zijn op ‘echte’ crises. Om effectief de gezondheid van mensen te beschermen en te bevorderen, zullen (overheids)organisaties voor en na een stralingsincident zowel in hun advisering als in hun informatievoorziening moeten aansluiten bij de beleving van het publiek. Daarin hebben we gelukkig steeds meer inzicht en er zijn voldoende middelen beschikbaar om – indien nodig – dat inzicht te vergroten. We geven de volgende aanbevelingen mee:

1. Herken en sluit aan bij de beelden die mensen hebben. Veel mensen associëren kernongevallen met de gevolgen van kernbommen. Mensen vormen hun beeld op basis van de gebeurtenissen die zij waarnemen. Dat is in Nederland vooral via de media, de aandacht voor de kerncentrales in de grensregio en de berichten van specifieke groepen voor wie elke kans op blootstelling er één te veel is. Aan de andere kant is aandacht in de (sociale) media niet altijd een juiste graadmeter voor risicobeleving. Investeer in de mogelijkheden om op valide manieren (sociale) media en andere communicatiemiddelen te kunnen analyseren.
2. Zorg dat de informatie over straling en de risico’s van straling altijd op orde is, zodat je hier bij incidenten en crises op kan varen. Ook bouw je hiermee in ‘niet-crisis tijden’ aan het vertrouwen dat mensen hebben in de beschikbare expertise. Dit vereist dat betrokken organisaties (o.a. ANVS, RIVM, Rijksoverheid.nl, NL alert,

veiligheidsregio's, GGD'en en gemeenten) de informatie on- en offline op elkaar afstemmen en desgewenst naar elkaar verwijzen, zodat de burgers in Nederland weten wat de overheid doet en wat van hem of haar wordt verwacht. Wat kan ik zelf doen om mijn gezondheid en die van mijn naasten te beschermen? En vooral: bij wie kan ik met mijn vragen terecht? De website 'infonucleairrisico.nl' biedt een mooie basis.

3. Herken de drijvers van (opleving in de) maatschappelijke discussies om passend te kunnen reageren (niet te veel, niet te weinig). Bedenk daarbij dat de discussie vaak niet zozeer over straling gaat, maar over de wenselijkheid van kernenergie in de buurt. Wees voorbereid om per situatie een goede analyse te kunnen doen: Is er sprake van boosheid of angst? Welke (informatie)behoefte uit men? Wat zijn de vragen/behoefte achter de vragen die initieel worden gesteld? Wie kan het beste deze vragen beantwoorden of de dialoog aangaan? En wat betekent dit alles voor de samenwerking in het netwerk van betrokken organisaties, experts, professionals en burgers die zich rondom een gebeurtenis zullen organiseren?

Mensen zoeken hun informatie bij mensen en organisaties die zij kennen en vertrouwen. Hebben we de 'first-line responders' (zij die het eerste aanspreekpunt van burgers zullen zijn) voldoende toegerust om te reageren op de vragen die burgers stellen? Geen gemakkelijke opgave. Wel noodzakelijk om in te investeren; hoe klein de kans dat een ongeval met straling zich voordoet ook is.



Terugkijken: Wouter Bos over de evacuatie van 339 patiënten van het VUmc <http://pauw.vara.nl/media/345490>

Pauw @pauwnl

9

Wateroverlast bij het VUmc

Menno van Duin, Jos Ketelaars

9.1 Inleiding

Op 8 september 2015 sprong er in Amsterdam een drinkwaterleiding. De breuk deed zich voor aan de Van der Boechorststraat, waaraan het VU Medisch Centrum (VUmc) gelegen is. Nu is een breuk van een drinkwaterleiding niet iets heel bijzonders. Er zijn geen exacte cijfers bekend over het aantal breuken per jaar, maar een zoektocht op een aantal regionale en landelijke nieuwssites leert dat het om vele tientallen breuken per jaar gaat. In verreweg de meeste gevallen levert dit overlast op, in de zin van enkele ondergelopen straten, ondergelopen huizen en bedrijfspanden en enkele sinkholes. In deze casus echter zorgde de breuk voor meer complicaties, omdat het water de kelder van het VUmc instroomde, wat er uiteindelijk toe leidde dat het gehele ziekenhuis moest worden geëvacueerd.

In dit hoofdstuk staan wij stil bij de evacuatie van de meer dan 300 patiënten van het VUmc naar omliggende, en wat verder gelegen ziekenhuizen. Daarbij is de vraag hoe nu de primaire verantwoordelijkheid van een ziekenhuis (i.c. het VUmc) zich verhoudt tot de verantwoordelijkheid van met name de GHOR, de organisatie die bij grootschalige calamiteiten een rol heeft in het waarborgen van de continuïteit van zorg. Ten behoeve van deze casus zijn gesprekken gevoerd met personen van publieke organisaties (GHOR, brandweer) en is een conceptversie van dit hoofdstuk voorgelegd aan betrokkenen van het VUmc. Verder hebben wij dankbaar gebruikgemaakt van commentaar van voormalig hoogleraar Rampengeneeskunde Joost Bierens.

9.2 Feitenrelaas

Op dinsdag 8 september 2015 ontvangt de meldkamer van waterbedrijf Waternet om 07.25 uur een bericht van de brandweer Amsterdam-Amstelland dat de brandweer op weg is naar een lekkende drinkwaterleiding aan de Boelelaan in Amsterdam. Een paar minuten later blijkt uit de bedrijfssystemen van Waternet dat de druk in het waterleidingnet van Amsterdam daalt. Vanuit de nabijgelegen watertoren aan de Amstelveenseweg wordt veel meer water verpompt dan normaal. Dat duidt op een groot drinkwaterlek in Amsterdam-Zuid.

De crisisorganisatie van Waternet schaalst op naar fase 1. Er wordt uitgezocht om welke drinkwaterleiding in het fijnmazige leidingnet het precies gaat. Als blijkt dat het gaat om een transportleiding die drinkwater in de richting van Amstelveen en Schiphol transporteert, wordt er een plan gemaakt om ervoor te zorgen dat de beschadigde leiding – met een doorsnede van 600 mm hetgeen fors is!) – kan worden afgesloten. Ook zal ervoor moet worden gezorgd dat de betreffende gebieden via andere leidingen toch van drinkwater kunnen worden blijven voorzien.

Om 07.50 uur gaan monteurs van de Storingsdienst en de Officier van Dienst Water (OvD-W) van Waternet ter plaatse om de leiding af te sluiten. Het water kolkt op dat moment over de weg. Er ontstaan verkeersproblemen doordat de ochtendspits nog in volle gang is en de breuk van de waterleiding zich vlakbij de ringweg A10 bevindt. In het gat dat in de weg is geslagen draait een auto rond. Het water loopt de kelder van het VUmc in.

Korte tijd later (om 07.54 uur) schaalst de politie op naar GRIP-1. Naast de vaste bezetting van het CoPI sluiten ook de OvD-W van Waternet, een liaison van Rijkswaterstaat en een liaison van Defensie bij het CoPI-overleg aan.

Afsluiten van de drinkwaterleiding

De eerste zorg van het CoPI is het stoppen van de watertoevoer door de gesprongen leiding. Dat kan niet zo maar van het ene op het andere moment. Het water in het leidingnet staat onder hoge druk. Als de leiding te snel afgesloten wordt, bestaat het risico op waterslag in het stelsel, waardoor ook op andere plaatsen schade aan het leidingnet optreedt. Om een drinkwaterleiding te sluiten moeten meerdere

afsluiters worden dichtgedraaid. Normaal gesproken duurt dat gehele proces ongeveer anderhalf uur. In dit geval gaat het sneller. Om 08.20 uur is de drinkwaterleiding afgesloten, zodat de toevoer van water gestopt is. De druk in het leidingnet herstelt zich.

Gevolgen voor VUmc

Hoewel er geen klanten zonder drinkwater hebben gezeten (ook het VUmc niet), omdat de lekkage zich in een transportleiding en niet in een distributieleiding voordeed, zijn de gevolgen van de leidingbreuk voor het VUmc toch groot. In de kelder van het VUmc staan veel installaties die nodig zijn voor de waterhuishouding van het ziekenhuis. Door het onderlopen van de kelder valt die apparatuur uit. Vanwege de kans op kortsluiting besluit het crisisteam van het VUmc om in een groot deel van het ziekenhuis de stoomvoorziening preventief uit te schakelen. Daarnaast bestaat door het onderlopen van de kelder diepeming het risico op vervuiling met gevaarlijke stoffen die in de kelder zijn opgeslagen.

Door het uitvallen van enkele vitale technische installaties kan de continuïteit van de zorg aan patiënten in het VUmc niet worden gegarandeerd. Daarom wordt in eerste instantie een evacuatie van de patiënten op de intensive care en neonatologie voorbereid. Om 08.45 uur staan er 22 ambulances ter plaatse om patiënten van de intensive care en hartbewaking naar andere ziekenhuizen te vervoeren. Omdat de liften zijn uitgevallen moeten deze patiënten één voor één naar de uitgang worden gebracht. Rond 09.00 uur wordt stroom uit een andere vleugel (toren D) aangesloten voor de beademings- en bewakingsapparatuur van de IC-patiënten. De patiëntenzorg is daarvoor geborgd.

Verdere verloop

Nadat eerst was opgeschaald naar GRIP-1, wordt om 08.23 uur besloten tot opschaling naar GRIP-2 en een ROT geformeerd. Om 09.00 uur start de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) het ambulancebijstandsplan op. Tien minuten later start het Actiecentrum van de GHOR met het informeren van de ziekenhuizen in de eigen regio.

Om 11.00 uur besluit het VUmc dat het gehele ziekenhuis geëvacueerd moet worden. Rond het middaguur brengt Wouter Bos, voorzitter van de raad van bestuur van het VUmc, dit nieuws in een

persconferentie naar buiten. Naar aanleiding van dit besluit neemt een medisch stafid van het VUmc plaats in het CoPI. Ook Wouter Bos neemt enkele malen deel aan het CoPI-overleg.

De GHOR wil van het VUmc graag weten hoeveel patiënten er in totaal vervoerd moeten worden en op welke wijze (liggend of zittend), om zo inzicht te krijgen in de effecten op de zorgcontinuïteit en capaciteit in de regio. Het VUmc verwacht dat het plan voor de evacuatie van de naar schatting 300 patiënten om 13.00 uur gereed zal zijn. Omdat er geen sprake is van acute risico's voor de patiënten, betracht het crisisteam van het VUmc de grootst mogelijke zorgvuldigheid bij het opstellen van de evacuatielijst. Het is van cruciaal belang dat elke patiënt de juiste zorg krijgt en met inbegrip van alle relevante medische dossiers wordt overgeplaatst.

Het evacuatieplan dat rond 13.00 uur gepresenteerd wordt, voldoet niet aan de verwachtingen van de GHOR. Voor het VUmc zelf was het vooral een opzet hoe de evacuatie te gaan organiseren en zeker ook nog niet bedoeld als een uitgewerkt plan. Het bevat nog geen aantallen en geen indicatie van gewenst vervoer. Het Actiecentrum GHOR laat het crisisteam van het VUmc weten dat dit plan voor de MKA niet voldoende is om zicht te krijgen op de benodigde inzet van ambulances en de patiëntenspreiding en voor de GHOR niet voldoende inzicht biedt in de effecten op de regionale zorgcontinuïteit. De adjunct-directeur Publieke Gezondheid (adjunct-DPG) besluit (buiten de GRIP-structuur om) tot openstelling van het Calamiteitenhospitaal in Utrecht, om de continuïteit van de zorg in de regio te kunnen garanderen.

Tot 16.00 uur bestaat er bij de GHOR onduidelijkheid over de verdeling van patiënten over andere ziekenhuizen. Specialisten van het VUmc bellen goedbedoeld, maar in dit geval niet gewenst, andere ziekenhuizen in de regio met de vraag of hun patiënten daar terecht kunnen. Het Actiecentrum GHOR belt op verzoek van de MKA de ziekenhuizen om te vragen naar hun opvangcapaciteit. Politie en Rijkswaterstaat dringen aan op een tijdige start van de evacuatie, zodat die voor de avondspits zal zijn afgerond. Om 16.00 uur is er bij het CoPI echter nog geen duidelijk plan bekend. De evacuatie is weliswaar begonnen, maar verloopt door de beperkte liftcapaciteit erg traag. Er worden nieuwe afspraken gemaakt: Een eerste groep van 100 patiënten zal naar het Calamiteitenhospitaal in Utrecht worden overgebracht. Het VUmc zal voor de relatief kleine groep patiënten die zeer gespecialiseerde zorg

behoeft, bepalen waar zij heen gaan; de MKA regelt het vervoer. De overige patiënten worden verspreid op basis van een door de MKA op te stellen patiëntenspreidingsplan. Twee medewerkers van het VUmc zullen dit spreidingsplan met de MKA uitwerken. Zij melden zich bij de MKA om te adviseren bij de verplaatsing van patiënten naar omliggende ziekenhuizen.

Rond diezelfde tijd meldt de liaison van Defensie aan de adjunct-DPG te kunnen zorgen voor ambulances, busjes en de inzet van mariniers om de evacuatie te versnellen. De adjunct-DPG accepteert het aanbod van busjes en mariniers, maar wijst het aanbod van ambulances af, omdat die niet nodig zijn. Op aanwijzing van de adjunct-DPG draagt het Actiecentrum GHOR de OvD-G op dat de evacuatie, wil deze voor middernacht zijn afgerond, sneller moet. Vanaf circa 18.00 uur wordt gebruikgemaakt van het aanbod van Defensie en brengen mariniers patiënten per brancard via de trap naar buiten, waar ze met busjes naar elders worden overgebracht. Op die manier versnelt het tempo van de evacuatie, maar het zwaartepunt van de evacuatie ligt alsnog tijdens de avondspits.

Het ROT schaalte om 20.30 uur af naar GRIP-1. De evacuatie is dan goed op gang en wordt rond 23.30 uur afgerond. Volgens het registratiesysteem zijn er dan nog 13 patiënten niet geëvacueerd, maar zij zijn niet meer fysiek in het ziekenhuis aanwezig. Het VUmc zal deze administratieve kwestie afhandelen. Het CoPI schaalte om 23.35 uur af naar GRIP-0. Op dat moment heeft de laatste patiënt het VUmc verlaten.

In totaal zijn 95 patiënten naar het Calamiteitenhospitaal gebracht, 64 patiënten zijn versneld ontslagen en 150 patiënten zijn verdeeld over andere ziekenhuizen in de regio. Eén patiënt is naar een hospice gebracht. Er hebben zich tijdens de verplaatsing van patiënten geen verdere incidenten voorgedaan.

9.3 Wie is verantwoordelijk voor de evacuatie?

Achteraf is vastgesteld dat uiteindelijk alle patiënten zonder veel extra problemen het ziekenhuis hebben kunnen verlaten en dat de continuïteit van de zorg geen acuut probleem is geweest. Natuurlijk was de evacuatie als zodanig voor veel van de patiënten een bijzondere en soms

zeker ook vervelende gebeurtenis. Verhuizen is immers nooit prettig, maar eind goed al goed.

Het centrale thema dat in deze casus speelde, was de vraag wie nu bij de evacuatie van de patiënten wat moest doen en wie waarvoor primair verantwoordelijk was. Was het VUmc zelf verantwoordelijk of lag er ook een logische rol en verantwoordelijkheid bij de GHOR? Als bedacht wordt dat het VUmc die dag feitelijk verantwoordelijk was voor de patiëntenzorg, lijkt dit dilemma mogelijk wat ‘spijkers op laag water zoeken’. Toch is dat niet het geval. Ten tijde van een ramp is immers de GHOR verantwoordelijk voor de evacuatie van – in dat geval – gewonden. Het thema van verantwoordelijkheid voor de evacuatie en de meest geschikte aanpak speelde bovendien niet alleen die dag in september, het was ook na afloop nog volop een thema van discussie en debat. Zo werden er verschillende evaluatieve sessies georganiseerd door de GHOR, waaronder een sessie met het VUmc en de MKA, en permitteerde Wouter Bos, als speciale gast tijdens het jaarlijks brandweercongres (met ruim 300 man in de zaal), zich een wat onvriendelijke uitspraak over de GHOR.

Om een indruk te krijgen van het verloop van het evacuatieproces wordt onderstaand een aantal belangrijke momenten rond de evacuatie chronologisch weergegeven.

Tijdstip	
08.16 uur	Stroom preventief uitgeschakeld/uitgevallen; kritische voorzieningen draaien door op UPC-back-upvoorzieningen. Ambulances nodig ten behoeve van evacuatie van IC-patiënten.
08.45 uur	22 ambulances paraat; mogelijk 22 patiënten van IC/CCU, hartbewaking en kinder-IC te vervoeren.
09.15 uur	36 ambulances ter plaatse; 1 patiënt vervoerd. Door verlengsnoeren toch stroom in toren D van VUmc.
11.00 uur	VUmc besluit hele ziekenhuis te evacueren, vooral in verband met uitvallen ketelhuis (gelegen in kelder). Hierdoor geen warm water, warmte- en stoomvoorzieningen meer in het ziekenhuis. Ovd-G brieft ambulances ter plaatse.
12.00 uur	Wouter Bos, voorzitter van de raad van bestuur van het VUmc meldt in persbijeenkomst dat het hele ziekenhuis moet worden geëvacueerd. GHOR (i.c. adjunct-DPG) wil inzicht in evacuatieplan van het VUmc. VUmc geeft aan dit om 13.00 uur gereed te hebben. De meldkamer van het ambulancevervoer (MKA) krijgt de regie op gewondenspreiding (i.p.v. GHOR).

13.00 uur	Het Actiecentrum GHOR ontvangt van het VUmc een evacuatieplan. De OvD-G geeft aan dat het betreffende plan onvoldoende basis biedt voor de MKA om patiëntenspreiding te organiseren. Het crisisteam VUmc geeft aan dat alle informatie vanaf nu via de OvD-G en het CoPI zal geschieden (en dus geen rechtstreeks contact meer met Actiecentrum-GHOR).
13.45 uur	Het VUmc levert het CoPI een stick met patio steunlijst; niet bekend is daarbij wie liggend en wie zittend vervoerd kan worden. Het gaat in totaal om 340 personen. Onduidelijk is wie nu verantwoordelijk is voor de spreiding van patiënten: MKA of VUmc. Bij VUmc leggen de artsen zelf contact met collega's van andere ziekenhuizen ten behoeve van de overdracht. Patiënten kunnen maar in een enkele (handbediende) lift naar beneden; per uur kunnen daardoor relatief weinig (zo'n 20-40) patiënten per uur worden vervoerd. ¹⁰⁶
15.00 uur	Evacuatie verloopt traag. De GHOR wil dat de ambulances (die er al zo'n zes uur staan) patiënten gaan vervoeren. Twee vertegenwoordigers van het VUmc melden zich bij MKA, maar krijgen pas na zo'n één tot anderhalf uur echt toegang.
16.00 uur	Afspraak VUmc en MKA dat eerste groep patiënten naar calamiteitenshospitaal in Utrecht kan worden vervoerd. Patiënten met gespecialiseerde hulp worden door artsen VUmc geregeld; MKA regelt hiervoor wel vervoer (maar dus niet de bestemming).
16.45 uur	Op aangeven van de adjunct-DPG besluit OvD-G (buiten CoPI om) om Defensie in te schakelen om tempo evacuatie te versnellen. Vanaf 17.00 à 17.30 uur komt vervoer patiënten goed op gang. Een vertegenwoordiger van Defensie is overigens al de gehele dag in het CoPI.
18.30 uur	51 patiënten zijn vervoerd.
23.30 uur	Alle patiënten zijn vervoerd.

9.4 Analyse

Uit bovenstaand overzicht komt naar voren dat gaandeweg het VUmc en de GHOR (zowel de adjunct DPG, het Actiecentrum GHOR als de OvD-G) de aansluiting bij elkaars processen verloren. Het VUmc begreep niet goed wat de GHOR nu wilde, terwijl de GHOR vond dat het allemaal te lang duurde. Hoe kwam dit verschil in perceptie tot stand? Wij komen op een aantal factoren.

1 Het is niet helemaal duidelijk of er nu één of twee liften gebruikt konden worden voor patiëntenvervoer. Respondenten geven niet allemaal hetzelfde antwoord.

De ‘omgekeerde flitsramp’

Een belangrijke factor is gelegen in de aard van de situatie. Dit was bij uitstek een casus die echt anders en afwijkend was. Normaliter moet een evacuatie op stel en sprong geregeld en uitgevoerd worden; in dit geval was er betrekkelijk veel tijd. In een evaluatie van deze casus die door de GHOR van veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland is opgesteld, is dit contrast in een schema fraai naast elkaar gezet. De GRIP-structuur en de opschaling van de GHOR gaan meestal samen met een ‘klassieke flitsramp’. De evacuatie van patiënten van het VUmc daarentegen was een ‘omgekeerde flitsramp’. Er was geen sprake van een verhoogd aanbod van patiënten, zoals bij een flitsramp, maar van een totale evacuatie van ziekenhuispatiënten.

‘Klassieke ramp’	Evacuatie VUmc
Acuut zorgproces staat centraal. GHOR is verantwoordelijk voor de regie en coördinatie.	Zorg continuïteit staat centraal – zorginstelling is zelf verantwoordelijk.
Rampterrein: buiten, onveilig. Chaos	Ziekenhuis en rondom: binnen, veilig. Redelijke orde/georganiseerde toestand.
OVD-G heeft de leiding op plaats incident. Slachtoffers	VUmc heeft de leiding. Patiënten met behandelaar
Haast – om mensen weg van de ramp te krijgen.	Tijd – voor zorgvuldigheid voor overdracht patiënten en registratie.
Redden (brandweer)	Redden niet nodig.
Triëren	Diagnoses, dossiers, behandelplannen
Gewondenspreidingsplan: op Meldkamer bestemming bepalen.	Zorgoverdracht naar andere instelling: zorg continuïteit. Bestemming door VUmc te bepalen. Gewondenspreidingsplan is hier niet van toepassing; Meldkamer heeft geen inzicht in gespecialiseerde bedden capaciteit.
Vervoeren (meest spoedrit: A1 of A2) Opname in ziekenhuis – dat evt. opschaaft, maar bij spreiding meestal niet nodig.	Vervoeren (‘besteld vervoer’) Opname in ziekenhuizen – dat evt. opschaaft.
Ziekenhuizen krijgen informatie van Meldkamer (per rit) en Actiecentrum GHOR (overall beeld).	Ziekenhuizen krijgen informatie van VUmc, Meldkamer en GHOR – onduidelijk wie waarover gaat.

Actiecentrum GHOR spil in informatiemanagement in de gezondheidsketen.	VUmc/Meldkamer spil in informatiemanagement; Actiecentrum GHOR op informatie-achterstand.
Eventueel slachtofferregistratie t.b.v. verwantenmatching – door GHOR i.s.m. bevolkingszorg. Ziekenhuizen leveren registratie aan AC GHOR.	Registratie van patiënten die vertrekken – door VUmc en registratie gegevens door eerste ambulance.
Meldkamer geeft voorwaarschuwing aan ziekenhuizen.	Artsen VUmc informeren bij ziekenhuizen
Als Actiecentrum GHOR operationeel is, informeert het de ziekenhuizen over het incident en mogelijke knelpunten.	Actiecentrum GHOR informeert ziekenhuizen over het incident, Meldkamer en VUmc doen dat ook voor wat betreft de daadwerkelijke spreiding. Ziekenhuizen weten niet wat het ‘centrale loket’ is m.b.t. de informatie-uitwisseling over de capaciteit en de overdracht van patiënten: GHOR, Meldkamer of VUmc?

Als wij dit schema langslopen, ontstaat het beeld van een casus waarin de GHOR eigenlijk een ondersteunende en faciliterende rol had te spelen. Het VUmc had een probleem en loste dat ook zelf weer op. Tijdens de persconferentie van 12.00 uur had Wouter Bos ook aangegeven dat het VUmc verantwoordelijk was voor zijn patiënten. Cruciaal bij de evacuatie was feitelijk de goede overdracht van de patiënten (en hun dossiers). Interklinisch vervoer van patiënten is in feite aan de orde van de dag, omdat er dagelijks tussen vakspecialisten onderling afspraken worden gemaakt over waar een patiënt het beste behandeld kan worden. Het is dus dagelijks werk van artsen om met collega's van andere ziekenhuizen te overleggen over patiënten en, waar nodig, patiënten naar een ander ziekenhuis over te brengen.

Toch is hiermee niet het gehele verhaal verteld. Over de casus is meer te zeggen dan dat het ‘een pakkie aan’ was van alleen het VUmc. Er waren enkele andere factoren die eveneens een rol speelden.

Niet één maar vier gebeurtenissen

Terecht onderscheidt de GHOR in haar evaluatie een aantal stadia op die betreffende dag.² Het *eerste* stadium (07.30 uur tot 08.23 uur) had betrekking op de gesprongen waterleiding en de rol die met name de

2 Tijdens zijn ontleend aan presentatie GHOR-AA. In de evaluatie worden drie incidenten onderscheiden; hier noemen wij het vier stadia.

brandweer en de politie daarbij hadden (wegpompen van water, gevaar van kortsluiting e.d.; terrein vrij maken en gebied afzetten). In deze fase speelde de geneeskundige zorg een ondergeschikte rol.

Het *tweede* stadium (8.23 uur tot 11.00 uur) betrof de (aanvankelijk volledige) stroomuitval in het ziekenhuis en de afwezigheid van noodstroom (opgesteld in kelder; risico kortsluiting). Dat betekende dat vooral voor die patiënten voor wie netstroom onontbeerlijk was (IC/CCU-bedden), er met grote spoed maatregelen moesten worden genomen. Aanvankelijk liet het zich aanzien dat enkele tientallen IC-patiënten en neonaten snel vervoerd zouden moeten worden, maar uiteindelijk was een spoedige evacuatie niet nodig, omdat uit een andere vleugel van het ziekenhuis elektriciteit kon worden ‘afgetapt’.

De verbreding van de problematiek (alle patiënten moeten het ziekenhuis uit) was mede aanleiding voor opschaling naar GRIP-2. De dienstdoende DPG had bestuurlijk overleg met onder andere de locoburgemeester. Kernthema betrof de zorgcontinuïteit van het VUmc, maar daarnaast moest ook gekeken worden naar de zorgcontinuïteit in de regio (zijnde een verantwoordelijkheid van de DPG). Omdat een fors aantal ambulances werd ingezet voor de evacuatie van patiënten van het VUmc, was de GHOR bezorgd dat de andere ziekenhuizen in de stad zouden worden ‘dichtgetimmerd’ door de toestroom van patiënten van het VUmc.

Het *derde* stadium (11.00 uur tot ongeveer 17.00 uur) startte met de beslissing van het VUmc om het gehele ziekenhuis te evacueren. Over dit proces en de onduidelijkheden die zich daarbij voordeden, is op 18 september (en nadien) alle discussie ontstaan; niet over de gebeurtenissen die zich in de andere stadia voordeden.

Ten slotte ging vanaf ongeveer 17.00 uur de evacuatie lopen (*vierde* stadium) en waren iets voor middernacht alle patiënten over.

Bovenstaand onderscheid in stadia verheldert de analyse. Er waren feitelijk vier verschillende fasen die elk verschillende vragen oproepen, verschilden in mate van (gepercipieerde) tijdsdruk, verschillende sleutelactoren en daarmee ook eigensoortige problemen en probleem-eigenaren kenden. Van spanningen tussen het VUmc en de GHOR was feitelijk alleen sprake in het derde stadium toen zowel de beelden als de gewenste aanpak uiteen gingen lopen.

Verschillen in beleefde urgentie

Zoals gezegd kwam uiteindelijk alles goed en kan achteraf gesproken worden van een topprestatie. Ook de beeldvorming was goed. Voorzitter van de raad van bestuur Wouter Bos toonde aan dat hij het publiekelijk communiceren nog niet verleerd was. Zijn persmomenten en zijn doortastend crisismanagement werden alomtorens geprezen. Iedereen begreep dat dit een lastige situatie was en dat maakte dat ook na afloop niemand vraagtekens zette bij bijvoorbeeld de snelheid van de evacuatie. Er was lof dat rond middernacht het hele ziekenhuis met een kleine 339 patiënten (dat aantal was door Bos tijdens een persbijeenkomst aangegeven), ondanks het uitvallen van bijna alle liften, geheel was geëvacueerd.

Partijen in het CoPI waren achteraf tevreden over het verloop van de gebeurtenissen en de zorgvuldigheid die richting de patiënten was betracht. Men was met name trots dat de veiligheid en zorg aan patiënten was geborgd en de patiënten niet buiten hoefden te wachten op ambulancevervoer. Bij het ROT bestond het beeld dat er te weinig gebeurde en raakte men wat ongerust en ongedurig omdat gaande de middag er zo weinig actie leek te worden ondernomen. Bijna alle patiënten waren nog in het ziekenhuis; straks zou de evacuatie pas op gang komen als de avondspits weer begon. De politie zou dan meer capaciteit nodig hebben om een en ander te kunnen regelen en de vlotte en veilige doorstroming van het verkeer op de A10 (belang RWS) kwam daarmee nog meer in gevaar dan tijdens een normale avondspits.

Waarom ging het ogenschijnlijk zo langzaam?

Er zijn uiteindelijk verschillende redenen waarom de evacuatie van de patiënten uit het ziekenhuis ogenschijnlijk zo lang duurde. Ten eerste was er natuurlijk de schaarse liftcapaciteit. Het vervoer met de nog (handmatig) werkende lift(en) duurde zo veel langer (tot vier keer langer) dan normaal. Feitelijk konden per uur maar twintig tot veertig patiënten vervoerd worden. De veronderstelling dat er in de loop van de middag meer liften zouden gaan werken, bleek te optimistisch. Zonder twijfel vormt dit de belangrijkste reden dat de evacuatie uiteindelijk pas rond middernacht was voltooid.

Ten tweede was al in het begin afgesproken dat de patiënten in principe liggend vervoerd zouden worden. Toen later in de middag duidelijk werd dat er niet meer liften in gebruik konden worden genomen, is dat

uitgangspunt verlaten en zijn vanaf een uur of zes ook mensen zittend (via de trappenhuizen) naar beneden gedragen.

Ten derde was er geen grote haast. Toen in de loop van de ochtend (rond 09.15 uur) de stroomvoorziening voldoende op orde was, was er geen extreme druk meer om iedereen zo snel mogelijk het ziekenhuis uit te krijgen. Vanwege deze relatief beperkte tijdsdruk werd zorgvuldigheid des te belangrijker. Dat betekende dat de artsen van het ziekenhuis zich verstonden met hun collega's in de omliggende ziekenhuizen om een passende plek te vinden voor hun patiënten. Dat nam uiteraard de nodige tijd in beslag en daarnaast moest het vervolgens ook nog zo georganiseerd worden dat het hele logistieke proces van het interne vervoer van de patiënt naar de begane grond en het vervoer van de patiënt naar het betreffende ziekenhuis (vergezeld van alle benodigde informatie!) zo vloeiend mogelijk zou geschieden. Terecht wilde men niet dat beneden grote groepen patiënten, in een niet daarvoor bedoelde ruimte, zouden moeten wachten alvorens te worden vervoerd.

Ten slotte speelden nog kleine, onvoorzienne vertragingen een rol. Zo was er in de loop van de middag wat geharrewar over het vervoer in kleine busjes (wie regelt dat dan?) van patiënten naar het Calamiteitenhospitaal in Utrecht. Zij hoefden niet per se liggend vervoerd te worden omdat het merendeel al geopereerd was en nog slechts voor herstel en observatie in het VUmc verbleef. Ook het ontbreken van een benodigde accreditatie van twee artsen van het VUmc om tot de meldkamer te worden toegelaten (waar gezamenlijk de locatie van alle patiënten zou worden vastgelegd) vormde een vertragende factor. Het leidde ertoe dat deze personen ruim een uur moesten wachten voordat zij uiteindelijk aan het werk konden.

Toch viel het achteraf allemaal wel mee en konden dankzij met name de inzet van brandweer en militairen veel patiënten via het trappenhuis naar beneden worden gebracht.

Tegenover vertragende factoren waren er dus ook versnellende factoren zoals het gebruik van het Calamiteitenhospitaal en de inzet van militairen. Uiteindelijk woog de zorgvuldigheid en het feit dat alle patiënten in een goede en passende alternatieve omgeving werden ondergebracht, (terecht!) zwaarder dan de (beperkte) versnelling die mogelijk gerealiseerd had kunnen worden. Als het hele proces enkele uren eerder al volledig was gestart en ambulances al zo'n twee uur eerder patiënten hadden kunnen vervoeren (door een eerdere inzet van militairen

en brandweer) dan hadden zich vrijwel zeker enkele, maar mogelijk zelfs meer fouten voorgedaan (waren patiënten op een verkeerde plaats terecht gekomen of hadden zij verkeerde of onvolledige dossiers bij zich gehad). Helaas betekende het wel dat die avond de files op de Amsterdamse wegen nog wat langer waren dan normaal, omdat nu juist rond de avondspits het patiëntenvervoer startte. Maar uit reacties, ook in de sociale media, kwam naar voren dat veel mensen daar wel begrip voor hadden.

Overleggreemia

Achteraf kan de vraag worden gesteld of de aanwezigheid van de voorzitter van de raad van bestuur (Wouter Bos) en van een chirurg van het VUmc bij enkele CoPI-overleggen nu echt verstandig was en of het niet beter was geweest als het zwaartepunt van de besluitvorming minder bij het CoPI had gelegen. Op het Brandweercongres waar Wouter Bos een betoog hield, vertelde hij dat Harm Balk (leider CoPI) hem enkele dagen na de evacuatie had toegefluisterd dat ‘op het moment waarop hij (Harm Balk) die dag een bekende Nederlander en een chirurg zag binnenkomen [in de CoPI-bak, auteurs] hij heel erg pessimistisch werd of het wel goed zou komen met het managen van de crisis’. Achteraf was zowel Bos als Balk tevreden over het CoPI en de directe verbinding tussen het CoPI en het VUmc. Wel heeft de situatie ertoe geleid dat het zwaartepunt van de operatie bij het CoPI kwam te liggen. De leider CoPI was (achteraf) juist zo tevreden omdat door aanwezigheid van Bos in het CoPI er nu eens niet een liaison van een functionele keten aanwezig was zonder enig mandaat, maar alles wat van het VUmc gewenst werd, ook gewoon snel gerealiseerd kon worden.

Wij denken dat de crisis grosso modo goed is gemanaged maar gezien de aard van de situatie was het goed geweest als in de loop van de middag de verschillende beelden en verwachtingen tussen de meest betrokkenen meer en beter waren gedeeld. Nu liepen de beelden van het ROT en het CoPI, maar ook van de GHOR en het VUmc, te ver uiteen. Dat was de reden dat er bijvoorbeeld zonder veel overleg – maar inhoudelijk begrijpelijk – vanuit het ROT besloten werd een beroep te doen op de inzet van militairen. Het lijkt erop dat de afwijking van het protocol (een bestuursvoorzitter in het CoPI) de situatie zowel heeft vergemakkelijkt als gecompliceerd.

9.5 Afronding

Bij grote rampen is er vaak hulp uit omringende en andere landen. Over de hele wereld staan bijvoorbeeld SAR-teams klaar om na aardbevingen mensen onder het puin vandaan te komen halen. Toch is het niet altijd zo dat de hulp die wordt aangeboden ook wordt aanvaard. Er zijn internationaal hele procedures ontwikkeld voor wederzijdse bijstand. Italië baarde in 2009 enig opzien toen het expliciet te kennen gaf helemaal geen buitenlandse hulp nodig te hebben. Bij een aardbeving in L'Aquila en omgeving kwamen meer dan 150 personen om het leven, raakten er zo'n 1500 gewond en werden vele personen dakloos. Zowel afzonderlijke landen als de EU boden hulp aan, maar een regeringsfunctionaris gaf aan dat hulp niet direct nodig was. Misschien had het te maken met de omvang van de ramp maar mogelijk hadden de Italianen geen zin in allerlei buitenlandse ogen, extra coördinatielast e.d.

Het is in het kader van dit hoofdstuk de vraag of het VUmc niet gewoon Italië uit het bovenstaande voorbeeld is. Feitelijk had het VUmc weinig behoefte aan externe ondersteuning en was men in staat in ieder geval de opvang en mogelijke evacuatie van de patiënten zelf te regelen. Er was – toen er stroom van elders was georganiseerd – ook geen enorme spoed meer. Tot op zekere hoogte zal inmenging van buiten als een soort van last zijn ervaren. Als het VUmc zelf om hulp had moeten vragen, zou men dat – met uitzondering van ambulances voor het vervoer – zeer waarschijnlijk ook niet gedaan hebben.

Een voor de hand liggende les uit deze casus zou dan zijn dat ziekenhuizen zelf expliciet om hulp moeten vragen (net zoals landen dat moeten doen in het kader van internationale hulp). Niet vragen betekent dan ook dat het betreffende ziekenhuis het zelf afhandelt. Redzaamheid geldt voor personen maar natuurlijk ook voor organisaties. Daar waar organisaties hun eigen problemen op kunnen lossen, moeten anderen (ook de hulpdiensten) op afstand blijven en zich er niet nodeloos mee bemoeien. Tegelijkertijd was er in deze casus ook een breder maatschappelijk belang dat anders niet per se aandacht zou hebben gekregen. De spreiding over de ziekenhuizen moest zo georganiseerd worden dat niet in één keer heel Amsterdam en ruime omgeving nauwelijks meer een patiënt zou hebben kunnen opnemen als zich onverwacht (nog) iets zou hebben voorgedaan. Daarnaast werd

een groot beroep gedaan op (altijd) schaarse ambulancecapaciteit. Dat vergt ook per definitie afstemming.

De casus zal voor de betrokkenen zeker verschillende leerpunten hebben opgeleverd. Is een dergelijke liftcapaciteit bij stroomuitval acceptabel? Moeten patiënten wel als regel liggend vervoerd worden (als er enige druk op de ketel is)? Is het niet verstandig eerder te overwegen gebruik te maken van de opvangcapaciteit van het militaire noodhospitaal in Utrecht (waarmee de bestaande voorzieningen immers niet worden belast) dan nu gebeurde? Hoofdpunt blijft toch dat de evacuatie van patiënten uit een ziekenhuis een andere triage en logistieke regels kent dan de evacuatie van gewonden van een rampterrein.

Ten slotte kent een casus als deze een financiële nafase. Door de uitval van voorzieningen in het ziekenhuis was de continuïteit van de zorg aan de patiënten in gevaar en werd een evacuatie van alle patiënten noodzakelijk. Door de fysieke schade aan de apparatuur in het ketelhuis van het VUmc en het gedurende twee weken buiten gebruik stellen van het ziekenhuis, is een financiële schadepost ontstaan. Die schade loopt, volgens uitlatingen van het VUmc in de media, in de tientallen miljoenen euro's. De verzekeraars van Waternet en het VUmc doen onderzoek naar de oorzaak van de drinkwaterleiding en zijn in gesprek over de afwikkeling van de schade. Dat proces zal zeker voer zijn voor juristen en wordt mogelijk weer een casus op zich.



De gemeenteraad heeft op 29/11 een dringende brief over ziekenhuis verzonden aan minister Bruins van Medische Zorg en Sport. De brief vindt u hier www.lelystad.nl/raad. #mczuidertzee #lelystad #omarmonsziekenhuis RT wordt op prijs gesteld. (foto door @fotowierd)

Raad van Lelystad @raadvanlelystad

10

Faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaartziekenhuis

Emily Berger, Laurens van der Varst

10.1 Inleiding

Na een periode van twaalf jaar met financiële problemen bleek in oktober 2018 een faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland en het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis onvermijdelijk. Toch kwam het faillissement onverwacht en leidde het tot een chaotische situatie met niet eerder geziene taferelen. Op één dag sloten twee ziekenhuizen, twee medische centra, een polikliniek en een verloskundigenpraktijk hun deuren, wat leidde tot onrust onder personeel en patiënten. Van de ene op de andere dag moesten alle patiënten het ziekenhuis verlaten, verdween uit Lelystad – als provinciehoofdstad – de spoedeisende hulp en werden tweeduizend zorgmedewerkers ontslagen.¹ Hoewel de IJsselmeerziekenhuizen in maart 2019 deels een doorstart maakten, bestaan er in de regio nog steeds de nodige zorgen vanwege het ontbreken van een volledige spoedeisende hulppost en acute kraamzorg. Voor het Slotervaartziekenhuis was het definitief einde verhaal.

Het faillissement van de ziekenhuizen leidde tot grote ophef. In een Tweede Kamerdebat uitten Kamerleden forse kritiek op minister Bruins voor Medische Zorg en Sport, over wie werd gezegd dat hij had

¹ 'Is een zorgverzekeraar de boosdoener of de redder als een ziekenhuis failliet gaat?', *de Volkskrant*, 26 oktober 2018.

moeten ingrijpen.² De gang van zaken rond het faillissement van de ziekenhuizen was voor de Onderzoeksraad voor Veiligheid reden om een onderzoek te starten naar de patiëntveiligheid. Daarnaast werd door minister Bruins een onafhankelijke onderzoekscommissie ingesteld die onderzoek naar de faillissementen zou doen.³ Het faillissement plaatste de financiële huishouding van medische centra in een nieuw daglicht. Uit een financiële stresstest bleek dat nog eens dertien andere ziekenhuizen zich in de gevarenzone bevinden.⁴ Het is daarmee niet uitgesloten dat meer ziekenhuisfaillissementen zullen volgen.

In dit hoofdstuk beschrijven we het verloop van de gebeurtenissen rond het faillissement van de ziekenhuizen en stellen daarbij drie dilemma's centraal.

Het eerste dilemma betreft de vraag wie in deze casus de regie had. Het grote aantal betrokken instanties met hun eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden zorgde haast vanzelfsprekend voor complexiteit: wie is verantwoordelijk en waarvoor precies?

Een tweede dilemma gaat in op de zorg en strijd om patiënten. Een van de vraagstukken bij het faillissement was, hoe de zorg en patiëntveiligheid zo goed mogelijk te waarborgen, terwijl er tussen de curator en de maatschappen een strijd gaande was om het eigenaarschap van de medische patiëntendossiers.

Het derde dilemma gaat over de rol van de gemeente Lelystad die vrij plotseling geconfronteerd werd met het faillissement van een ziekenhuis, maar niet gaat over ziekenhuiszorg en geen rol heeft in de juridische afwikkeling van het faillissement. Wat kan een gemeente dan doen?

Het hoofdstuk is gebaseerd op nieuwsartikelen, Tweede Kamerstukken en openbare rapporten. Tevens zijn gesprekken gevoerd met directe betrokkenen onder wie de burgemeester van Lelystad.

2 Tweede Kamer, 31 oktober 2018. Kamerstukken: Plenaire verslagen: Debatten in het kort: Debat over het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaartziekenhuis d.d. 31 oktober 2018. Op 9 september 2019 ontleend aan www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/debat-over-het-faillissement-van-de.

3 Rijksoverheid, z.d., 'Onderzoek naar faillissement ziekenhuizen'. Op 9 september 2019 ontleend aan www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/faillissement-mc-slotervaart-en-ijsselmeerziekenhuizen/onafhankelijke-onderzoekscommissie.

4 Zie <https://perspectieven.bdo.nl/benchmark-ziekenhuizen-2018#!/cover>.

10.2 Feitenrelaas

Al in 2008 zijn er financiële problemen rond de IJsselmeerziekenhuizen die meerdere locaties in Flevoland hebben, waaronder in Lelystad, Emmeloord, Dronten en Urk. De ziekenhuizen kunnen alleen voortbestaan als een bank of verzekeraar bereid is de boedel over te nemen. In 2009 koopt Loek Winter, radioloog en ondernemer, samen met zijn compagnon Willem de Boer de IJsselmeerziekenhuizen. Het toenmalige kabinet-Balkenende IV verleent daarbij een financiële steuninjectie van 20 miljoen euro. De ziekenhuizen zijn daarmee gered. In 2013 nemen Winter en De Boer ook het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis over. Met de IJsselmeerziekenhuizen valt het ‘Slotervaart’ sindsdien onder de MC Groep.⁵

Na enkele jaren raakt Winter in opspraak. Critici beschuldigen hem ervan winst te maken met zorggelden. Zo liggen in 2017 zijn ‘Thomashuizen’ voor kinderen met een beperking onder vuur, omdat deze gefinancierd zouden worden met persoonsgebonden budgetten die daarvoor niet zijn bedoeld.⁶ Begin 2018 wordt Winter door de cliëntenraad van DeSeizoenen, een woongemeenschap voor mensen met een verstandelijke beperking, voor de rechter gedaagd. De cliëntenraad vermoedt dat Winter en andere aandeelhouders jaarlijks 1,5 miljoen euro aan zorggeld wegsluizen.⁷ Uit onderzoek van de Ondernemingskamer van het Gerechtshof Amsterdam zou later blijken dat geen sprake van wanbeleid is geweest.⁸

Hoewel in de loop van de jaren flink is gesaneerd, blijven de financiële moeilijkheden bij de MC Groep bestaan. In juli 2018 schort zorgverzekeraar Zilveren Kruis, die voor 60 procent de ziekenhuizen financiert, een vordering van – naar eigen zeggen – ‘miljoenen euro’s’ op, om de ziekenhuizen de tijd te geven met een reddingsplan te komen. Op 6 augustus worden de IJsselmeerziekenhuizen door de Inspectie

5 De vier grote medische centra die hieronder vallen, zijn de enige in Nederland die eigendom zijn van een commerciële partij.

6 ‘Critici willen Thomashuizen verbieden’, *NRC Handelsblad*, 10 juli 2017.

7 “‘Ziekenhuisdokter’ Loek Winter helpt ziekenhuizen in financiële nood – maar dat lukt niet altijd’, *Trouw*, 24 oktober 2018.

8 ‘Geen wanbeleid zorginstelling DeSeizoenen met vestiging in Eindhoven’, *Algemeen Dagblad*, 28 december 2018.

Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onder verscherpt toezicht gesteld, zodat een vinger aan de pols wordt gehouden bij de uit te voeren maatregelen.

Begin oktober wordt bekend dat de IJsselmeerziekenhuizen 4,6 miljoen euro aan schulden hebben uitstaan en ook het Slotervaartziekenhuis draait fors verlies. Er kan niet langer aan de financiële verplichtingen worden voldaan, ook het uitbetalen van salarissen aan medewerkers komt onder druk te staan. In diezelfde maand besluit Zilveren Kruis de geldkraan dicht te draaien, waarop andere verzekeraars volgen. Op 23 oktober wordt uitstel van betaling aangevraagd. Twee dagen later, op 25 oktober, wordt de MC Groep door de Rechtbank Midden-Nederland failliet verklaard. Het personeel (1200 medewerkers in Amsterdam, 825 in Flevoland) krijgt nog twee maanden loon via het UWV uitbetaald en wordt hulp naar een nieuwe baan toegezegd.⁹

De vraag die vanaf dat moment speelt, is wie welke zorg overneemt en hoe de inhuur van personeel georganiseerd wordt. Krijgen de IJsselmeerziekenhuizen een doorstart of betekent het faillissement dat de circa 180.000 inwoners van de gemeenten Lelystad, Dronten, Urk en de Noordoostpolder voortaan naar ziekenhuizen in Zwolle, Almere en Harderwijk moeten? Volgens burgemeester Adema van Lelystad is dit laatste geen optie: 'Veel mensen zijn afhankelijk van het openbaar vervoer, waarvoor die ziekenhuizen te ver weg zijn'. Zij pleit ervoor dat in ieder geval de 'basiszorg', zoals reguliere controles, verloskunde en spoedeisende hulp, in Lelystad blijft.

Op 25 oktober, de dag van het faillissement, wordt op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een crisisstaf bijeen geroepen. Minister Bruins informeert diezelfde dag de Tweede Kamer per brief waarin hij aangeeft dat hij intensief contact heeft met alle betrokken actoren, onder wie de curatoren, verzekeraars en de gemeenten Amsterdam en Lelystad en dat hij hen op hun verantwoordelijkheid heeft gewezen.¹⁰ Ook de IGJ en de Nederlandse Zorgautoriteit nemen deel aan het crisisonderzoek. De eerste aandacht gaat uit naar het waar-

9 'IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland en Slotervaart Amsterdam failliet verklaard, personeel ontslagen', *de Volkskrant*, 25 oktober 2018.

10 Brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 25 oktober 2018, TK 2018-2019, 31016, nr. 112.

borgen van goede en veilige zorg. In een volgende brief, gedateerd 30 oktober, geeft de minister aan de afstemming tussen betrokken instanties te faciliteren.¹¹

In *Trouw* worden ondertussen enkele reacties van patiënten opgetekend:

‘In Lelystad hoopt Danny Hartwich vurig op een doorstart. Hij staat met een sigaret in het rokershok, een paal met een zoutinfuus aan zijn zij. “Het is een ramp, joh”, verzucht hij. “Voor Lelystad, en voor Flevoland.” Patiënten moeten straks misschien naar Harderwijk, een half uur met de auto, of Almere, op een kleine veertig minuten. Te ver, vindt Hartwich. “Hier wonen vooral mensen met een laag inkomen, die moeten straks gaan reizen. En wat als je acuut hulp nodig hebt?” [...] Jacob Bruning: “Ik ben zwaar hartpatiënt, ik kan niet meer hijgen. Ik overleef het niet als ik met de regiotaxi naar Harderwijk moet.”’¹²

Ook het personeel maakt zich zorgen:

‘Alle medewerkers werden gisteren bijgepraat door de curator. [...] “Er breekt een onzekere tijd voor ons aan”, zegt gynaecoloog Giel van Stralen na die bijeenkomst. “Het leidt tot veel emoties. Iedereen maakt zich zorgen over zijn inkomen, ik ook. Maar vooralsnog gaat de zorg door.” Ook verpleegkundige Cécile van Brakel hoopt op een doorstart. “We hebben op de kraamafdeling echt een superteam”, zegt ze. “We zijn verbijsterd dat het ziekenhuis failliet gaat.”’¹³

De eerste reacties uit Den Haag zijn terughoudend en zorgverzekeraar Zilveren Kruis past ervoor om de structureel verlieslatende ziekenhuizen te financieren. Curatoren gaan op zoek naar overnamekandidaten.¹⁴

Het Slotervaartziekenhuis draait in de dagen voor het faillissement al niet meer op volle kracht: leveranciers staken leveringen uit angst

11 Brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 30 oktober 2018, TK 2018-2019, 31016, nr. 113.

12 ‘Bankroet ziekenhuizen is een ramp, vinden patiënten’, *Trouw*, 25 oktober 2018.

13 Idem.

14 ‘Lelystad staat machteloos bij snelle sluiting’, *NRC Handelsblad*, 25 oktober 2018.

geen geld meer te ontvangen, de spoedeisende hulp is al dicht.¹⁵ De intensive care moet per direct dicht, omdat uitzendbureaus hun tijdelijke krachten terugtrekken.¹⁶ Enkele tientallen zorgmedewerkers voeren actie om het ziekenhuis open te houden, maar het is tevergeefs.¹⁷ De circa vijftig patiënten in het Slotervaartziekenhuis moeten elders worden ondergebracht en wel voor 15.00 uur de volgende dag. Het wegvallen van het Slotervaartziekenhuis zal weinig veranderen aan het zorgaanbod in Amsterdam, aangezien in de regio al langer sprake is van een overcapaciteit en het ziekenhuis nog geen tien procent van de zorg in de regio aanbood.¹⁸ Er is echter kritiek op de snelheid waarmee het Slotervaartziekenhuis is gesloten, terwijl een warme overdracht was beloofd. Het roept verontwaardiging op bij patiënten en personeel en ook bij huisartsen in Amsterdam. Zorgeconoom Schrijvers sluit zich hierbij aan:

‘Ik vind het te kort en te snel. Vijf maanden is te lang, maar vier weken hadden ze toch kunnen nemen? [...] Het verraste mij dat er geen compromis is gesloten, dat geeft aan hoe verstoord de relatie tussen het ziekenhuis en de verzekeraar was.’¹⁹

Zo zijn er nog grofweg twintigduizend patiënten die bij het ziekenhuis onder behandeling staan en voor wie niet duidelijk is waar hun behandeling wordt voortgezet. Wil Roode, patiënt bij het Slotervaartziekenhuis, vertelt in *de Volkskrant*:

‘Waar het op neer komt, is dat je het allemaal zelf moet regelen. Ik ben een week bezig geweest met mijn zorgverzekeraar te bellen. Ik ben verbaal sterk, ik kom er wel. Maar er zijn ook mensen die er veel erger aan toe zijn dan ik. Mensen met kanker die chemo nodig hebben. Hoe moeten zij dat allemaal regelen?’²⁰

15 ‘IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland en Slotervaart Amsterdam failliet verklaard, personeel ontslagen’, *de Volkskrant*, 25 oktober 2018.

16 ‘Kilometers dossiers van patiënten en veel vragen’, *NRC Handelsblad*, 9 januari 2019.

17 ‘IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland en Slotervaart Amsterdam failliet verklaard, personeel ontslagen’, *de Volkskrant*, 25 oktober 2018.

18 ‘Doorstart MC Slotervaart gaat niet door, voor IJsselmeerziekenhuizen is er meer hoop’, *de Volkskrant*, 13 november 2018.

19 ‘Waarom moet het Slotervaartziekenhuis zo snel dicht?’, *Trouw*, 29 oktober 2018.

20 ‘Chaotische situatie rondom patiënten MC Slotervaart’, *de Volkskrant*, 2 november 2018.

De IJsselmeerziekenhuizen blijven nog even open, maar ook hier wordt de zorg afgebouwd. De 89 patiënten die nog in het ziekenhuis in Lelystad liggen, worden verplaatst naar ziekenhuizen in Zwolle, Harderwijk en Almere die op verzoek van Zilveren Kruis voorlopig bijspringen. Bedden zijn er voldoende, maar de personeelsbezetting moet worden opgeschaald.

Per maart 2019 maken de IJsselmeerziekenhuizen een doorstart, waarbij St. Jansdal (Harderwijk) de zorg in Lelystad en Dronten continueert. In de Noordoostpolder (locaties Emmeloord en Urk) wordt de zorg overgenomen door het Antonius Ziekenhuis in Sneek. Het ziekenhuis in Lelystad heeft geen volwaardige spoedeisende hulp meer. Er zijn nog wel spoedposten in Lelystad en Emmeloord voor eenvoudige gevallen zoals breuken en snij- of schaafwonden, maar die posten zijn 's nachts gesloten en voor een herseninfarct of spoedbevalling moeten patiënten een stuk verder reizen,²¹ terwijl minister Bruins had beloofd dat in Lelystad de spoedeisende hulp en bevallingszorg in elk geval open zouden blijven.²²

10.3 Wie heeft de leiding?

Een eerste dilemma in deze casus betreft de vraag wie nu de leiding had in het beperken van de gevolgen van het plotselinge faillissement van de ziekenhuizen. Er waren vele instanties betrokken, met elk hun eigen verantwoordelijkheden, die zich gesteld zagen voor een onbekende situatie. Er was zogezegd sprake van een 'ongekende crisis'. Er speelden daarbij meerdere vraagstukken, zoals de spoedeisende zorg, het verplaatsen van patiënten en behandelaafspraken, het waarborgen van medische patiëntgegevens, de medische apparatuur, de zorg om personeel en de beschikbaarheid van zorg. Hiervoor lagen geen noodplannen gereed en er was weinig eerdere ervaring. Hoe in zo'n complex speelveld te zorgen voor enige onderlinge coördinatie?

21 'Geen spoedeisende hulp meer in MC Zuiderzee? Dit gaat mensenlevens kosten', *de Volkskrant*, 21 november 2018. Zie ook de website van St. Jansdal: www.stjansdal.nl/locaties/zorgaanbod-lelystad.

22 'Faillissement binnen de zorg is volgens de Tweede Kamer geen probleem, maar de manier van handelen die ermee gepaard gaat wel', *de Volkskrant*, 31 oktober 2018.

Uit de reconstructie blijkt dat er al langere tijd ernstige zorgen bestonden over de financiële situatie bij de betreffende ziekenhuizen. In de aanloop naar het faillissement vond regelmatig overleg plaats tussen de IGJ en de directies van de ziekenhuizen. Zo was er op 16 juli 2018 een overleg over de besturing van het ziekenhuis, waarbij de IGJ de raad van commissarissen van de MC IJsselmeerziekenhuizen opdracht gaf om een continuïteitsplan op te stellen. De financiële zorgen waren voor de ziekenhuisdirecties aanleiding om diezelfde maand overleg te hebben met verzekeraar Zilveren Kruis. De ziekenhuisdirecties vroegen de verzekeraar om tijd, om aan een toekomstplan te werken. Die tijd werd hun gegund, maar het plan bood de verzekeraar weinig vertrouwen. Voor de uitvoering van het plan vroegen de directies van de verzekeraar namelijk een lening van 16 miljoen euro. Die voelde daar weinig voor, mede gezien de financiële huishouding van de ziekenhuizen. Voor een lening moesten de directies maar naar de bank, zo vond Zilveren Kruis.²³

Het bestuur van het MC Slotervaart restte vervolgens weinig anders dan op 18 oktober het ministerie van VWS te informeren dat de gesprekken met Zilveren Kruis tot geen resultaat hadden geleid. De IGJ en de Nederlandse Zorgautoriteit stemden daarop een gezamenlijke aanpak af. Nog diezelfde dag gaf de IGJ beide ziekenhuizen de opdracht plannen voor de afbouw van zorg op te stellen en deze af te stemmen met de zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit benadrukte richting Zilveren Kruis het belang van een zorgvuldige afbouw.

Vier dagen later, op 22 oktober, hadden de IGJ, de Nederlandse Zorgautoriteit en het ministerie van VWS contact met de ziekenhuisdirecties, de zorgverzekeraar en de Regionale Overleggen Acute Zorgketen. Op 23 oktober, de dag van de surseance, volgde een overleg tussen de IGJ, de Nederlandse Zorgautoriteit en Zilveren Kruis. De daaropvolgende dag vond er een overleg plaats tussen het ministerie van VWS en de bewindvoerders van de ziekenhuizen. De Nederlandse Zorgautoriteit onderhield ondertussen intensief contact met de gemeenten Amsterdam en Lelystad.

23 'Het geld lekte aan alle kanten weg', *NRC Handelsblad*, 22 december 2018.

De signalen over de ernst van de situatie werden door betrokkenen dus wel gezien. Bij de ziekenhuisdirecties bleek echter sprake van een heilig geloof dat de verzekeraar een faillissement koste wat kost zou willen voorkomen. Kortom, zo'n vaart zou het niet lopen. De verzekeraar bleek echter veel kritischer op de plannen die waren opgesteld en wenste niet als verstrekker van noodkrediet op te treden, zeker niet onder de garanties die door de ziekenhuisdirecties werden gegeven. Ook verschilden beide partijen in hun zienswijze op de vraag wie verantwoordelijk was voor een oplossing. De ziekenhuisdirecties meenden dat van een 'gezamenlijke verantwoordelijkheid' sprake was, de verzekeraar legde de bal bij de directies die met een oplossing dienden te komen. Een finale poging van Loek Winter richting Zilveren Kruis om tijd te winnen en tot een gezamenlijke oplossing te komen, mocht niet baten:

'Een harde landing zal een bloedbad worden, waarbij continuïteit, patiëntenzorg, respect naar medewerkers niet uitlegbaar is en bovendien onnodig is. (...) Laten we de verantwoordelijkheid voor goede patiëntenzorg continueren. Met vriendelijke groet, Loek.'²⁴

Al vrij snel werd in die dagen een vergelijking met de bankencrisis uit 2008 gemaakt, waarbij de overheid als redder optrad.²⁵ Ook nu werd naar de overheid gekeken. Het ministerie van VWS onderhield (als toezichthouder en coördinator) contact met de ziekenhuizen. De zorgelijke situatie was het ministerie niet ontgaan: op 31 juli plaatste de IGJ de ziekenhuizen onder verscherpt toezicht. Het ministerie achtte zich echter niet verantwoordelijk voor de financiële redding. Voor de continuering van goede zorg werden de curatoren bestuurlijk verantwoordelijk geacht.²⁶ Vanuit de IGJ en de Nederlandse Zorgautoriteit werd toegezien op het proces van afbouw en de overdracht van patiëntenzorg. Beide instanties leken weinig meer te kunnen doen dan de betrokkenen te wijzen op het belang van samenwerking ten behoeve van de patiëntveiligheid, continuïteit van individuele patiëntenzorg en de toegankelijkheid van zorg.

24 'Het geld lekte aan alle kanten weg', *NRC Handelsblad*, 22 december 2018.

25 'Banken worden gered, maar ziekenhuizen worden gesloten', *NRC Handelsblad*, 26 oktober 2018.

26 Brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 30 oktober 2018, TK 2008-2019, 31016, nr. 113.

Opmerkelijk is dat pas op 25 oktober, de dag van het faillissement, op het ministerie van VWS een gezamenlijk crisisoverleg plaatsvond. Gezien de signalen in de aanloop ernaartoe, is dat laat te noemen. Mogelijk gebeurde dit niet eerder, omdat de ernst van de situatie werd onderschat en een faillissement niet als een reëel scenario werd gezien.

‘Hoe is het mogelijk dat de verantwoordelijke ziekenhuisbestuurders niet in staat zijn geweest het scenario te voorkomen zoals dat zich heeft voorgedaan? Ja, we wisten dat het kon gebeuren, maar niet zo plotseling, met zulke nare gevolgen voor kwetsbare mensen die op dat moment in het ziekenhuis lagen. (...) Ik denk dat we er niet aan ontkomen om een regiehouder aan te wijzen. Net als in een ziekenhuis, waar er altijd één hoofdbehandelaar moet zijn. Heb je er vijf, dan is niemand verantwoordelijk’ (Van Diemen, inspecteur-generaal bij de IGJ).²⁷

Had eerder crisisoverleg de sluiting afgewend? Waarschijnlijk niet. Maar het had de betrokkenen wel in staat gesteld zich een gezamenlijk beeld van de situatie te vormen, alsook van relevante actoren (en hun verantwoordelijkheden) en van mogelijke beheersmaatregelen. Een ander opmerkelijk punt is dat het overleg dat op het ministerie plaatsvond, zich beperkte tot ‘de kring van zorginstanties’. Andere belanghebbenden zoals de gemeente Lelystad waren daarbij niet betrokken.

10.4 Onzekerheid voor patiënten

Voor patiënten was de impact van de sluiting van de ziekenhuizen groot. De sluiting leidde tot grote onzekerheid en tal van vragen over bijvoorbeeld de voortzetting van lopende behandelingen (hoe, waar, door welke arts?), het aanbod van zorg (waar moet ik straks naartoe?), de bereikbaarheid van zorg (hoe kom ik daar en wie betaalt dat?) en verdere informatie (waar kan ik terecht met vragen?). Voor veel patiënten die onder behandeling stonden, was onduidelijk waar die behandeling zou worden voortgezet. Hun vaste ziekenhuis en behandelaar waren immers weggefallen. De patiënten wisten niet waar zij terecht konden.

27 ‘Waar angst regeert, wordt niet geleerd’, *Het Financieele Dagblad*, 5 januari 2019.

Daarbij hielp het niet dat betrokken instanties vooral naar elkaar wezen: zorgverzekeraars wezen naar het ziekenhuis, maar de artsen gaven aan handen tekort te komen door het abrupte faillissement. Op papier zijn weliswaar afspraken over de overdracht vastgelegd, maar in de praktijk kwamen veel patiënten bij de huisarts terecht. Deze beschikte vaak niet over de benodigde informatie en bemiddelen is niet diens rol. Gevolg: ‘het ziekenhuis laat op zich wachten, de zorgverzekeraar verwijst terug naar het ziekenhuis of naar de huisarts, die niets voor ze kan doen’.²⁸ In *Trouw* stond de situatie van Annet Weber opgetekend, die voor een looptest in het ziekenhuis in Lelystad was op de dag van het faillissement:

‘Het zuurstofgehalte in haar bloed werd gemeten tijdens inspanning. Twee verpleegkundigen liepen met haar mee door de gang van het ziekenhuis. Aan het eind van de test rende een andere medewerker de gang op, die hardop riep dat het ziekenhuis failliet was. “Het was of er een bom afging”, zegt Weber. (...) De IJsselmeerziekenhuizen maken in maart een doorstart en draaien tot die tijd zo goed mogelijk door. Weber belt iedere week, maar ze weet nog steeds niet wanneer ze weer terecht kan. (...) “Ik sta op een wachtlijst. Als ik in januari nog niets gehoord heb, dan moet ik weer bellen.” Ze verzucht: “Ik wil gewoon weten waar ik aan toe ben. Alles wat ik nu weet, weet ik via de media. We worden niet geïnformeerd.”²⁹

Patiënten leken behoefte te hebben aan een duidelijk aanspreekpunt, maar dat was er niet. Niemand kon de patiënten helderheid verschaffen; men bleef naar een andere instantie verwijzen.

‘Hier was sprake van botsende werelden tussen kompas en zakelijkheid. (...) Het is altijd makkelijk naar een ander te wijzen, maar wij hadden hier zeker een verantwoordelijkheid. Het dossier was belegd bij alle instituties, maar de patiënt die zegt “wie zorgt er nu voor mij?” was vergeten. Iedereen heeft te veel vertrouwd op het verleden’ (Van Diemen, inspecteur-generaal bij de IGJ).³⁰

28 ‘Chaotische situatie rondom patiënten MC Slotervaart’, *de Volkskrant*, 2 november 2018.

29 ‘Annet Weber kwam voor een looptest toen er opeens iemand riep dat het ziekenhuis failliet was’, *Trouw*, 28 december 2018.

30 ‘Waar angst regeert, wordt niet geleerd’, *Het Financieele Dagblad*, 5 januari 2019.

Ook een half jaar later bestonden er nog steeds zorgen. Ondanks de doorstart van de IJsselmeerziekenhuizen was er ontevredenheid over het ontbreken van een volwaardige spoedpost en acute kraamzorg. Voor de patiënten betekende dat een grotere reisafstand en hogere kosten, wat met name kwetsbare groepen nog steeds raakt. Huisarts en voorzitter van huisartsengroep Lelystad Ingrid Letsch: ‘In deze regio hebben we in vergelijking met de rest van Nederland een armere en zwakkere bevolking.’³¹ Ze uitte daarbij haar vrees dat inwoners zorg zouden gaan mijden nu ze naar een ander plaats moeten. ‘Want hoe moeten ze daar komen? De ambulance brengt patiënten heen, maar hoe kom je terug? En wie gaat dat betalen?’³²

Hoewel de capaciteit van St. Jansdal in Harderwijk fors werd uitgebreid, bleek dit niet voldoende. De spoedpost van Harderwijk raakte twee tot drie keer per week overbelast door de toestroom van patiënten uit de omgeving van Lelystad, zo bleek in april 2019. Die patiëntenstops duurden één tot anderhalf uur per keer en ambulances moesten daarvoor soms nog verder rijden. Het zorgaanbod moest nog op allerlei manieren worden bijgesteld. Zo zou bijvoorbeeld bij het Flevoziekenhuis in Almere de capaciteit kunnen worden uitgebreid, aangezien Almere net zo ver van Lelystad af ligt als Harderwijk.³³

Een ander fenomeen dat zich na het faillissement voordeed, was dat veel specialisten eigen behandelcentra begonnen. Er ontstond op de achtergrond een ‘gevecht’ om de patiënten van de failliete IJsselmeerziekenhuizen.³⁴ Met de versplintering van zorg gingen echter de ‘korte lijntjes’ die er binnen een ziekenhuis voor patiënten zijn, verloren. Vooral voor ouderen en lager opgeleiden kan dit heel lastig zijn, aldus de voorzitter van de Flevolandse Patiëntenfederatie Martine Visser. Het gevaar is dat een patiënt tussen wal en schip terecht komt. Hoogleraar Bestuur en management van zorgorganisaties Richard Janssen kwam tot de volgende conclusie:

31 ‘Geen spoedeisende hulp meer in MC Zuiderzee? Dit gaat mensenlevens kosten’, *de Volkskrant*, 21 november 2018.

32 *Idem*.

33 ‘Ziekenhuis Harderwijk krijgt te veel spoedgevallen uit Lelystad’, *Trouw*, 13 april 2019.

34 ‘De patiënt in Lelystad valt tussen wal en schip’, *Trouw*, 10 maart 2019.

‘Of de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg in de regio met deze fragmentatie gediend zijn, is de vraag. Je ziet dat bij zo’n faillissement het publieke belang nu niet goed behartigd wordt.’³⁵

10.5 De rol van de gemeente

Een derde dilemma dat zich in deze casus voordeed, had betrekking op de rol van de gemeente. Ook al zijn gemeenten sinds de inwerking-treding van de nieuwe Jeugdwet (per 1 januari 2015) verantwoordelijk voor het waarborgen van adequate jeugdzorg, zij hebben geen rol in de medische ziekenhuiszorg. Wat kan een gemeente dan doen bij een faillissement van een ziekenhuis?

De gemeente Lelystad werd in juli 2018 door het bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen geïnformeerd dat het ziekenhuis onder verscherpt toezicht was geplaatst. Het beeld was toen: ‘het komt goed’. Er waren wel zorgen over de financiële situatie, maar het ging al beter dan in voorgaande jaren. Noch bij de gemeente, noch bij het ziekenhuis voorzagen men op dat moment een faillissement. Pas op 22 oktober, een dag voor het bekend worden van de surseance, hoorde de gemeente dat de situatie uiterst precair was. Op 24 oktober vond overleg plaats tussen de gemeente en het ziekenhuis. De boodschap van de ziekenhuisdirectie aan de gemeente was toen dat het ziekenhuis failliet was en na het weekend gesloten zou zijn. Dat bericht kwam bij de gemeente binnen als een donderslag bij heldere hemel. De burgemeester besloot nog diezelfde dag een crisisteam bijeen te roepen, bestaande uit onder andere de wethouder Zorg, een provinciale gedeputeerde, een communicatieadviseur en een adviseur gezondheidsbeleid. Het doel was het openhouden van het ziekenhuis en te zorgen voor een doorstart om de continuïteit van zorg te waarborgen. Hoewel de gemeente zocht naar manieren om dit te realiseren, drong al snel het besef door dat het gemeentelijke instrumentarium voor beïnvloeding beperkt was. Wat restte was lobbyen en druk uitoefenen, belanghebbenden – waaronder de gemeenteraad – informeren en (juridische) informatie en expertise inwinnen om een beter beeld te vormen van de situatie en mogelijke

35 ‘De patiënt in Lelystad valt tussen wal en schip’, *Trouw*, 10 maart 2019.

maatregelen. Burgemeester Adema informeerde aldus de gemeenteraad over de situatie die unaniem een motie aannam waarin de raad aangaf de sluiting van het ziekenhuis onacceptabel te vinden. Tevens riep de raad alle betrokken partijen op om een ziekenhuisvoorziening in stand te houden.

Wat de situatie voor de gemeente extra lastig maakte, was dat zij door de curator niet betrokken werd bij de zoektocht naar een nieuwe zorgaanbieder. Daardoor tastte de gemeente in het duister over de vraag of de zorg zou worden gecontinueerd. Omdat bij een faillissement doorgaans de belangen van schuldeisers centraal staan, waren andere belangen, als de impact van de sluiting op de regionale zorg, daaraan ondergeschikt.

De gemeente lichtte in een *position paper* de gevolgen van het faillissement voor patiënten, inwoners en de stad toe, waaronder de gezondheidseffecten door het verdwijnen van medisch-specialistische zorg, het ontbreken van spoedeisende hulp aan kinderen onder de twaalf jaar,³⁶ de toegenomen werkdruk voor huisartsen en verloskundigen, de opgelopen ritduur voor ambulances tot ruim vijftig minuten voor vervoer van patiënten naar een verder weg gelegen ziekenhuis en de hogere kosten en zwaardere belasting voor patiënten (en hun naasten/familie) die afhankelijk werden van zorg van ziekenhuizen in Harderwijk, Sneek of Heerenveen.

De sluiting van de IJsselmeerziekenhuizen leidde tot een sociaal-maatschappelijk vraagstuk voor de gemeente en de omliggende regio. Het meest zwarte scenario waarmee de gemeente rekening hield, namelijk het volledig verdwijnen van een ziekenhuis uit Lelystad, werd uiteindelijk niet bewaarheid. Eind 2018 werd duidelijk dat het ziekenhuis St. Jansdal uit Harderwijk per 1 maart 2019 een deel van de zorg zou overnemen. Wel zal vermoedelijk de spoedeisende hulp en verloskunde niet terugkeren naar Lelystad, zo bleek uit een verkenning in opdracht van minister Bruins. Er zouden in Flevoland voldoende

36 Position Paper ziekenhuis Lelystad, 8 februari 2019. Op 9 september 2019 ontleend aan www.lelystad.nl/Documenten/Position%20paper%20ziekenhuis%20Lelystad%20jan%202019_v7.pdf.

ambulances zijn om te voldoen aan wettelijke aanrijtijden en ook voldoende spoedeisende hulp voor de opvang van patiënten.³⁷

10.6 Afronding

Het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen was in Nederland een ongekende situatie en het bleek lastig om dit in goede banen te leiden. Het was een scenario waarmee eigenlijk geen van de betrokken partijen rekening had gehouden, behalve mogelijk de verzekeraar. Toen die de stekker eruit trok, ging het snel. Een plan voor gestage afbouw en/of doorstart was niet voorhanden. Voor betrokken partijen, waaronder het ministerie van VWS en de gemeente Lelystad, was het improviseren op onbekend terrein.

Zo'n chaotisch faillissement, zeker van organisaties met een belangrijke maatschappelijke functie als een ziekenhuis, is altijd onwenselijk, zo stelde ook curator Van Zanten. Hij suggereerde dat het beter was geweest als al vóór het faillissement een doorstart of afbouw was voorbereid.³⁸ Anderen pleitten voor een noodfonds om op terug te vallen, om de periode tot opheffen of overname van een ziekenhuis te overbruggen.³⁹ Ook een meerderheid van de Tweede Kamer bleek voorstander van zo'n crisisfonds.⁴⁰ Daarmee spitst de discussie zich toe op de vraag hoe eventuele toekomstige faillissementen in goede banen te leiden. Mede gezien de grote en brede maatschappelijke impact van zo'n sluiting is dat een cruciale vraag. De sluiting leidde bij patiënten tot grote onzekerheid en tot tal van vragen over behandelingen en toekomstig zorgaanbod. Daarop adequaat inspelen, bleek een enorme uitdaging. Ook was de factor tijd in deze casus cruciaal. Terugkijkend hadden sommige partijen er baat bij gehad eerder in het proces betrokken te worden om mee te praten over de maatschappelijke gevolgen van de sluiting van de ziekenhuizen. De gemeente Lelystad werd nu

37 NOS, 12 juli 2019. Regio: 'Advies: geen spoedeisende hulp en acute verloskunde in Lelystad'. Op 9 september 2019 ontleend aan <https://nos.nl/artikel/2293215-advies-geen-spoedeisende-hulp-en-acute-verloskunde-in-lelystad.html>.

38 'Kilometers van dossiers van patiënten en veel vragen', *NRC Handelsblad*, 10 januari 2019.

39 'Vijf vragen over failliete ziekenhuizen', *Medisch Contact*, 7 november 2018.

40 Brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 8 november 2018, TK 2018-2019, 31016, nr. 139.

geconfronteerd met een voldongen feit, waarvan zij niet de veroorzaker maar wel de 'effecteigenaar' was. Dat was knap ingewikkeld, temeer omdat gemeenten in deze geen verantwoordelijkheid of inhoudelijke zorgexpertise hebben. Alleen al het doorgronden van de werking van het Nederlandse zorgstelsel was voor de gemeente een uitdaging. De gemeente was grotendeels afhankelijk van beslissingen van andere partijen. Wat restte, was het uitoefenen van politieke druk, aansluiten bij overleggen en in gesprek blijven met betrokken partijen, zoals het ministerie van VWS, de patiënten- en cliëntenraad, Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad en de gemeenteraad.⁴¹ Juist in een situatie met veel onzekerheid is het cruciaal om met belanghebbenden in gesprek te zijn. Die rol pakte de gemeente voortvarend op. Daarmee speelde ze alsnog een belangrijke rol in de afwikkeling.

41 Een belangrijk besluit van de gemeente Lelystad was een zogenoemd voorbereidingsbesluit, waarmee zij de bestemming van de kavel bevriest. Dat betekent dat de nieuwe eigenaar de functie van de kavel niet zomaar kan wijzigen, wat voorkomt dat er op termijn door een private partij appartementen kunnen worden gebouwd.



*Kinderen afgevoerd na oververhitting op zomerkamp in Leusden
<https://rtlnieuws.nl/nieuws/video/video/4793156/kinderen-afgevoerd-na-oververhitting-op-zomerkamp-leusden>*

RTL Nieuws @RTLnieuws

Hoe houden we in hete zomers het hoofd koel?

Emily Berger, Marleen Kraaij-Dirkzwager

11.1 Inleiding

Zonnige zomers bieden veel aangename momenten. Aanhoudende hitte kan echter risicovol zijn. De zomer van 2019 kende veel hitte-records, waaronder een meting van 40,7 graden Celsius op 25 juli in Gilze-Rijen, een unicum voor Nederland.¹ In diezelfde week overleden bijna vierhonderd mensen meer dan gemiddeld in de zomer, vooral personen van 80 jaar en ouder.²

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor de gevolgen van zomerse hitte voor de gezondheid. Het gaat dan met name om de effecten van (langdurige) hoge temperaturen en de daarmee gepaard gaande zonkracht en luchtvervuiling. Hoewel schattingen grote onzekerheidsmarges kennen, wordt wel gesteld dat elke graad stijging van de gemiddelde zomertemperatuur ten opzichte van het langjarig gemiddelde leidt tot een extra sterfte van ruim dertig personen per week.³ Het is lastig om het exacte verband tussen temperatuurverhoging en sterfte vast te stellen, omdat verschillende factoren een rol spelen, zoals de duur van de hitteperiode en de dag- en nachttemperatuur. De toename van sterfte gedurende hitteperiodes is echter onmiskenbaar (zie onderstaand kader).

- 1 KNMI, 25 juli 2019. Nieuws: 'Temperatuur door historische grens van 40°C'. Op 4 september 2020 ontleend aan www.knmi.nl/over-het-knmi/nieuws/temperatuur-door-historische-grens-van-40-c.
- 2 CBS, 9 augustus 2019. Nieuws: 'Hogere sterfte tijdens recente hittegolf'. Op 4 september 2020 ontleend aan www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/32/hogere-sterfte-tijdens-recente-hittegolf.
- 3 NRC, 2 juli 2015, 'Als het een week lang 1 graad warmer is dan normaal, gaan er dertig mensen extra dood'.

Extra sterfte door hitte

In de zomer van 2003, die erg warm was, overleden duizend tot veertienhonderd personen meer dan normaal.⁴ Ook in juli 2006 overleden duizend mensen meer dan in een gemiddelde julimaand.⁵ Tijdens de twaalfdaagse hittegolf in 2010 stierven naar schatting vijfhonderd mensen meer dan normaal in die periode.⁶ In 2018 viel de oversterfte door hitte tijdens twee hittegolven in juli en augustus mee.⁷ Tijdens deze hittegolven overleden ongeveer honderd personen meer dan gemiddeld in de zomerperiode.

De afgelopen jaren werd in de zomer soms meermaals het Nationaal Hitteplan afgekondigd om (verzorgers van) mensen die kwetsbaar zijn voor hitte – met name heel jonge kinderen, ouderen en mensen met bepaalde chronische aandoeningen – te waarschuwen. In de zomer van 2019 vonden verschillende incidenten plaats waarbij personen bevangen werden door de hitte. We beschrijven in dit hoofdstuk een situatie waarbij kinderen tijdens een kinderkamp oververhit raakten en hulpdiensten uiteindelijk opschaalden naar GRIP-1.⁸ In de analyse beschouwen we de vraag: wat als 40 graden het nieuwe normaal wordt?

Het hoofdstuk is tot stand gekomen met medewerking van Hein Daanen, hoogleraar (thermo)fysiologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, Werner Hagens, coördinator Nationaal Hitteplan bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), en Rob Sluiter, programmamanager Early Warning Centre bij het Koninklijk Nederlands Meteorologisch Instituut (KNMI).

- 4 CBS, 8 september 2003. Nieuws: 'Ruim duizend extra doden warmer zomer'. Op 4 september 2020 ontleend aan www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2003/2003-1275-wm.htm.
- 5 CBS, 30 augustus 2006. Nieuws: 'Door hitte in juli duizend extra doden'. Op 4 september 2020 ontleend aan www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2006/35/door-hitte-in-juli-duizend-extra-doden.
- 6 CBS, 19 juli 2010. Nieuws: 'Door recente hitte 500 extra doden'. Op 4 september 2020 ontleend aan www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2010/29/door-recente-hitte-500-extra-doden.
- 7 CBS, 17 augustus 2018. Nieuws: 'Hitte heeft niet geleid tot veel meer sterfte'. Op 4 september 2020 ontleend aan www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/33/hitte-heeft-niet-geleid-tot-veel-meer-sterfte.
- 8 Het feitenrelaas is mede gebaseerd op een evaluatie van de beheerder van het desbetreffende kampterein.

11.2 Feitenrelaas

Op zaterdag 20 juli arriveren op het terrein van YMCA Leusden negen groepen kinderen in de leeftijd van 7 tot 16 jaar voor een zomerkamp. De groepen zijn verdeeld over het kampeerterrein en staan onder verantwoordelijkheid van verschillende organisatoren. In totaal zijn er ongeveer vijfhonderd personen op het kampterrein aanwezig. Zij gaan een zonnige en zeer warme week tegemoet. Op zondag wordt 27 graden voorspeld, de dagen erna loopt de temperatuur op naar respectievelijk 31, 36 en 37 graden. Ook op vrijdag wordt een temperatuur van hoger dan 35 graden verwacht.

Bij aankomst op 20 juli vindt er overleg plaats met de organisatoren van de zomerkampen over de verwachte hitte en de maatregelen die in het Nationaal Hitteplan beschreven zijn. Nog diezelfde dag worden voor de kampeerders extra waterflessen besteld en de volgende dag staan er zwembaden klaar om in te spelen. Op dinsdag 23 juli kondigt het RIVM het Nationaal Hitteplan af, dat tot en met 28 juli geactiveerd zal blijven. Diezelfde dag kondigt het KNMI code oranje af, wat tot en met 27 juli zou gelden. Aan het programma van de zomerkampen wordt een verkoelende invulling gegeven: op 23 en 24 juli wordt er een groot watergevecht gehouden, er staan badjes klaar en een aantal groepen bezoekt het zwembad.

Na een warme nacht is het op donderdagochtend al 25 graden. Er staat nauwelijks tot geen wind en de temperatuur loopt snel op. Vier groepen kinderen en hun begeleiders vertrekken van het terrein voor externe activiteiten, onder andere naar het zwembad. Vijf groepen blijven op het terrein. De organisatie van ten minste een van de groepen ontvangt telefoontjes van ouders over de hoge temperatuur. Ouders vragen zich af of het wel verantwoord is om het kamp door te laten gaan, maar de organisatoren besluiten om het kamp niet voortijdig te staken. De ochtend wordt gevuld met waterspelletjes en het middagprogramma zal bestaan uit een lunch, rust, spel en avondeten. Ongeveer honderd kinderen lunchen in een warme eettent. Hoewel de zijanten van de tent open zijn en het dak schaduw biedt, is afkoeling haast niet meer mogelijk. De kinderen moeten ten minste twee boterhammen eten en twee bekers vocht drinken. De temperatuur is ondertussen opgelopen tot zo'n 30 à 35 graden Celsius. Na de lunch is er een verplicht rustuurtje en gaan de kinderen op matrasjes buiten hun

tent liggen. Rond 14.15 uur signaleert de leiding dat het met een aantal kinderen niet goed gaat. Een kwartier later worden de kinderen geëvacueerd naar een ander deel van het terrein en er wordt hen cola en chips aangeboden. Even later wordt een groep van 25 kinderen aangetroffen die duif in hun stoelen hangt. Ook melden kinderen zich met klachten dat ze niet meer kunnen lopen en ziek van de hitte zijn. Iemand van de kampleiding stelt voor om de kinderen die extra aandacht nodig hebben mee te nemen naar de tuin, waar schaduw is en waar de kinderen gekoeld kunnen worden met behulp van een tuinslang. De kinderen worden gekoeld met natte doeken, badjes en drinken. Een aanwezige arts (in opleiding) adviseert te blijven koelen en te drinken. Rond 15.15 uur besluit de leiding van een van de kampen om de activiteiten te beëindigen en de kinderen te laten ophalen. Er wordt wederom advies aan de arts gevraagd, die deel uitmaakt van de kampbegeleiding. Het advies blijft koelen en drinken.

Rond 16.00 uur wordt besloten om externe hulp in te schakelen. De situatie is complex door het grote aantal kinderen met wie het niet goed gaat. Het alarmnummer 112 wordt gebeld. Even later arriveert de officier van dienst geneeskundig en ook een eerste ambulance. Er volgt al snel opschaling naar GRIP-1. Ook andere hulpdiensten en meerdere ambulances komen naar het kamp, evenals de media. De politie wil weten hoeveel personen er op het kamp zijn en of de groepen compleet zijn. Na een snelle inventarisatie blijkt dit het geval te zijn. Meer dan dertig kinderen en één personeelslid zijn onwel geworden en worden overgebracht naar het ziekenhuis. Via Facebook wordt een filmpje gedeeld waarin wordt gemeld dat er voor alle kinderen goed gezorgd wordt. Ondertussen blijven kinderen zich met klachten melden bij de leiding, waarna nog zeven kinderen naar het ziekenhuis worden gebracht. In totaal worden 39 mensen naar het ziekenhuis gebracht voor onderzoek. De meeste kinderen kunnen dezelfde avond naar huis. Drie kinderen moeten één of twee nachten ter observatie in het ziekenhuis blijven.

In de middag wordt tevens besloten het grootste kamp af te blazen. Voor de kinderen die nog niet zijn opgehaald, wordt een avondmaaltijd verzorgd. De overige kampen zullen de volgende morgen, op vrijdag 26 juli, eindigen. Tussen 9.00 uur en 10.00 uur worden de kinderen opgehaald.

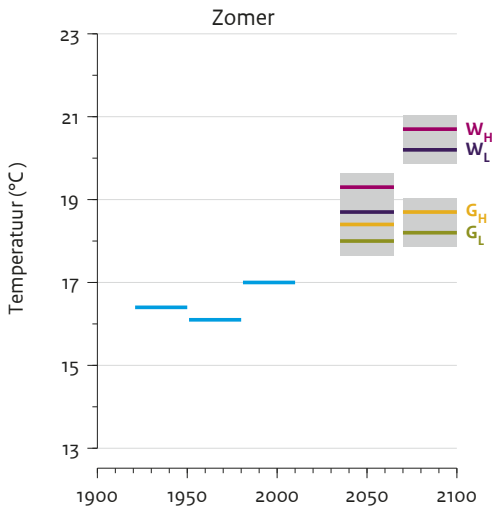
De gebeurtenissen hebben een behoorlijke impact, ook onder de staf van het kamp, de personeelsleden en vrijwilligers. De YMCA Leusden evalueert na afloop de gebeurtenissen. Uit de evaluatie komt naar voren dat er bij de kampleiding behoefte bestaat aan een duidelijke omschrijving van de symptomen passend bij oververhitting en de maatregelen die genomen kunnen worden als kinderen oververhit zijn geraakt. De leiding was in verwarring over de ernst van de klachten en had geen toetssteen. YMCA neemt zich voor om een 'Hitte op Kamp'-protocol op te stellen met daarin ook aandacht voor het – verplicht – kunnen beëindigen van kampen.

11.3 Wat als 40 graden het nieuwe normaal wordt?

Het klimaat verandert. In de afgelopen eeuw is in Nederland de gemiddelde jaartemperatuur gestegen met circa 2 graden Celsius. Daarmee samenhangend is de frequentie van warme perioden toegenomen, alsook de intensiteit van de hitte. Tijdens een hittegolf is het tegenwoordig gemiddeld 3 graden warmer dan honderd jaar geleden. Volgens de klimaatscenario's van het KNMI zal de gemiddelde temperatuur verder toenemen: de zomers worden fors warmer (zie figuur 11.1), de warmste zomerdagen zelfs bovengemiddeld. De hittegolf van 2019 was dan ook geen uitzondering.

Ondanks onzekerheden over de klimaatverandering is duidelijk dat Nederland vaker geconfronteerd zal worden met heel warme periodes. De verwachting is dat zowel de frequentie van hitteperiodes als de impact ervan zal toenemen. Wat betekent dit voor het handelen van mensen, voor overheden, zorgverleners en voor bijvoorbeeld organisatoren van evenementen? Zijn hittegolven tijdig en accuraat te voorspellen? Hoe is te bepalen of mensen problemen door hitte zullen ervaren? En wat te doen in situaties waarin mensen oververhit zijn geraakt?

Figuur 11.1 Gemiddelde zomertemperatuur in 2050 en 2085 volgens vier KNMI klimaatscenario's



Bron: KNMI

Legenda: De blauwe lijnen geven de gemiddelde temperatuur weer over de tijdvakken 1921-1950, 1951-1980 en 1981-2010. Voor de komende twee tijdvakken geeft de grijze band de variabiliteit aan tussen de vier klimaatscenario's van het KNMI, waarbij G staat voor gematigd en W voor warm; L betekent laag en H betekent hoog.

11.4 Analyse

In de beschreven casus lijken de kinderen slachtoffer te zijn geworden van een extreme 'cocktail'. Meerdere risicofactoren waren aanwezig: een hoge temperatuur, er stond weinig wind en in de tenten kon het door de zon heel warm worden. Het lijkt een ongelukkige samenloop van omstandigheden.⁹ Uit de evaluatie die de organisatie uitvoerde, bleek een behoefte aan meer informatie en meer specifiek aan voorlichting en protocollen om keuzes over handelingsperspectieven te vergemakkelijken.

9 '36 kinderen onwel tijdens jeugdkamp in Leusden – wat ging er mis?', *de Volkskrant*, 26 juli 2019.

11.4.1 Vermijden van negatieve effecten

Als warme periodes in Nederland zullen toenemen, zowel in frequentie als in intensiteit, heeft dit consequenties voor de gezondheid van mensen. Warme periodes vergroten de kans op oververhitting, blootstelling aan luchtvervuiling (smog) en te veel zonkracht (ultraviolette straling). Adequaat handelen van individuen, zorgverleners en overheden kan levens redden. Zoals vaak bij gezondheidsdreigingen geldt ook hier het adagium 'beter voorkomen dan genezen'. Op nationaal en regionaal niveau vinden uiteenlopende activiteiten plaats om de uitvoeringsagenda van de *Nationale Adaptatie Strategie* en het *Deltaplan Ruimtelijke adaptatie* handen en voeten te geven.¹⁰ Beide plannen zijn erop gericht om de gevolgen van de klimaatveranderingen te beperken en de samenleving te helpen bij het aanpassen aan de veranderende omstandigheden.

Het voorkómen van negatieve gezondheidseffecten door oververhitting vraagt om bewustwording en vervolgens ook om een gedragsverandering. Dat gaat niet vanzelf. Het is daarom van belang te investeren in voorlichting en advisering om oververhitting te voorkomen en aandacht te besteden aan passende interventies als 'het kwaad is geschied' en mensen oververhit zijn geraakt.

¹⁰ Niet alleen door het *Global Heat Health Information Network* wordt expertise bijeengebracht (www.ghhn.org), ook op het kennisportaal 'Ruimtelijkeadaptatie.nl' worden *best practices* uit verschillende sectoren gedeeld.

Ontstaan van het Nationaal Hitteplan

De zomer van 2003 was vooral in het zuiden van Europa de warmste zomer in vijfhonderd jaar. De extreme hitte ‘had statistisch gesproken niet mogen plaatsvinden’.¹¹ Onder meer Frankrijk werd getroffen door extreme temperaturen; er vielen bijna 15.000 doden als gevolg van de hitte, vooral ouderen. Media toonden beelden van overvolle ziekenhuizen en mortuaria en de regering werd verweten het aantal doden ernstig te onderschatten. Sindsdien doen de Franse autoriteiten hun uiterste best om de gezondheidsschade van hittegolven te beperken. Zo is er een app waarin voor Parijs de koelste plekken van de stad worden getoond en wordt aangegeven welke zwembaden en parken langer open zijn. Ook wordt sindsdien bij extreme hitte op posters en in tv-reclames de boodschap overgebracht luiken overdag gesloten te houden, op bekenden te letten en voldoende te drinken.¹² Tevens is na de hete zomer van 2003 in Frankrijk een hittewaarschuwingssysteem ingevoerd van vier niveaus. In de zomer van 2019 werd voor het eerst code rood, het hoogste alarm, afgeroepen.¹³

In reactie op de hittegolven in Europa in 2003 en 2006 is ook in Nederland, op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, een Nationaal Hitteplan opgesteld. Als er in (delen van) Nederland vier dagen achtereenvolgende een temperatuur van meer dan 27 graden wordt verwacht, informeert het KNMI hierover het RIVM. Het RIVM kan daarop besluiten het Nationaal Hitteplan te activeren. Naast de kans op aanhoudend warm weer met maximumtemperaturen boven de 27 graden wordt in deze beslissing ook rekening gehouden met de verwachte nachttemperatuur en de luchtvochtigheid. Het Nationaal Hitteplan kan voor heel Nederland, maar ook voor delen van het land worden geactiveerd. In feite is het een waarschuwingssysteem, bedoeld om aandacht te vragen voor de risico’s van hitte voor mensen met een kwetsbare gezondheid.

Sinds 2007 is het Nationaal Hitteplan veertien keer geactiveerd, hetzij voor een aantal provincies, hetzij voor het hele land. Bij afkondiging van het Nationaal Hitteplan informeert het RIVM de partners in de zorg, waaronder de GGD, het Nederlandse Rode Kruis en de koepels van zorgorganisaties. Jaarlijkse evaluaties laten zien dat zorgpartners deze waarschuwingen en activering van het Hitteplan waarderen. Het geeft

- 11 KNMI, 7 maart 2004. Nieuws: ‘Zomer 2003 in Europa warmste in 500 jaar’. Op 4 september 2020 ontleend aan www.knmi.nl/over-het-knmi/nieuws/zomer-2003-in-europa-warmste-in-500-jaar.
- 12 ‘Sinds de horrorhittegolf van 2003 let Parijs goed op zijn ouderen’, *de Volkskrant*, 25 juli 2019.
- 13 NOS, 28 juni 2019. Nieuws buitenland: ‘Hittegolf teistert Europa: 45,9 graden in Zuid-Frankrijk, doden in Spanje’. Op 4 september 2020 ontleend aan www.nos.nl/artikel/2291041-hittegolf-teistert-europa-45-9-graden-in-zuid-frankrijk-doden-in-spanje.html.

hun het signaal om hun zorgverlening aan te passen aan de zorgvraag die bij langdurige hitte ontstaat. Activering van het Nationaal Hitteplan gaat gepaard met de volgende adviezen die bedoeld zijn om mensen die kwetsbaar zijn voor de effecten van (langdurige) hitte te beschermen:¹⁴

- *Drink voldoende:* Drink water, thee of koffie. Ook als u geen dorst heeft, want ouderen hebben minder dorstgevoel. Matig het gebruik van alcohol. Tip: zorg dat u altijd een flesje water bij de hand hebt, zeker als u naar buiten gaat of met de auto op pad gaat.
- *Houd uzelf koel:* Blijf in de schaduw en beperk lichamelijke inspanning in de middag (tussen 12:00 en 18:00 uur). Tip: maak gebruik van de koelere ochtend en avond voor uw boodschappen of wandeling. Neem een verkoelend (voeten)bad of een douche.
- *Houd uw woning koel:* Houd de zon en warmte zo veel mogelijk buiten uw woning, bijvoorbeeld met zonwering, ventilator of airconditioning. Tip: zorg voor extra frisse lucht door het openen van ramen en/of deuren op tijdstippen dat het buiten is afgekoeld.
- *Zorg voor elkaar:* Let bij warm weer extra op mensen in uw omgeving die misschien uw hulp kunnen gebruiken. Tip: ga een keer extra langs of bel ze op en vraag wat u kunt doen.
- *Medicijnen en hitte:* Sommige medicijnen kunnen bij hitte tot gezondheidsproblemen leiden doordat de water- en zouthuishouding in het lichaam verstoord wordt. Dit kan leiden tot uitdroging, te weinig zweten en onwel worden. Overleg met uw apotheek of huisarts als u vragen heeft over het gebruik van uw medicijnen tijdens hitte.

11.4.2 Risicocommunicatie

De casus van het kinderzomerkamp laat zien dat het niet eenvoudig is om de risico's van langdurige hitte in te schatten. Er rezen allerlei vragen: wel of niet evenementen afblazen, wel of geen externe hulp inroepen en wie neemt welke besluiten? Van risicocommunicatie kan een preventieve werking uitgaan. Ook kan het bijdragen aan een juiste reactie op klachten. Bij het verwerken van informatie over risico's spelen verschillende elementen een rol: de risicoperceptie, affectieve respons, responseffectiviteit, zelfeffectiviteit, vertrouwen in de afzender en de sociale norm. In de publicatie *Gedrag beïnvloeden met risicocommunicatie* zijn wetenschappelijke inzichten hierover bijeengebracht (Bakker & Mertens, 2019). Er is echter tot op heden slechts beperkt onderzoek beschikbaar dat inzicht biedt in de maatregelen die bedoeld

14 Bron: www.rivm.nl/hitte.

zijn om de gezondheid gedurende langdurige hitteperiodes effectief te beschermen (Mayrhuber et al., 2018; RIVM, 2012).

- *Risicoperceptie* betreft de wijze waarop mensen risico's interpreteren en deze beschouwen als een bedreiging voor zichzelf, hun familie of omgeving. Mensen maken een afweging tussen de mogelijkheid dat het risico zich voordoet en de eventuele gevolgen ervan voor henzelf of hun naasten. In hoeverre denkt iemand kwetsbaar te zijn voor de effecten van een aantal warme dagen op rij?
- Met *affectieve respons* worden de gevoelens bedoeld die mensen ervaren als ze aan risico's denken, zoals angst, gespannenheid en bezorgdheid. Het maakt verschil voor de risicobeleving of iemand de zon vooral associeert met vrolijkheid of juist met gevaar op uitdroging. Dit verschil in beleving zal invloed hebben op het gedrag. Bijvoorbeeld: wel of niet uit de zon blijven.
- *Responseffectiviteit* is de overtuiging dat een specifieke handeling effectief is voor het verminderen van het risico of de gevolgen van het risico. Bijvoorbeeld: niet te lang in de zon maar in de schaduw blijven, omkijken naar ouderen die nabij wonen, de gordijnen al in de ochtend sluiten.
- *Zelfeffectiviteit* betreft de inschatting van mensen om de handelingsperspectieven die worden aangedragen daadwerkelijk uit te voeren. Te denken valt aan het bieden van hulp bij oververhitting: weten hoe te koelen, vocht toe te dienen of hulp in te roepen.
- Het *vertrouwen in de afzender van informatie* over een risico bepaalt mede of mensen deze informatie zullen gebruiken bij het maken van beslissingen. Ieder jaar leidt het eventueel afkondigen van het Nationaal Hitteplan tot veel media-aandacht, wat zeker bijdraagt aan het verspreiden van het signaal dat het langdurig warm wordt. Jaarlijkse evaluaties onder ontvangers van de hittewaarschuwingen laten zien dat mensen de overheidsinspanningen om te communiceren over hitte waarderen. Uit deze peilingen blijkt echter ook dat mensen niet per se handelen overeenkomstig de adviezen, bijvoorbeeld omdat zij zichzelf niet beschouwen als kwetsbaar voor oververhitting.
- Bij het nemen van beslissingen is ten slotte de *sociale norm* belangrijk. Wanneer iemand uit de sociale omgeving zijn gedrag aanpast vanwege berichtgeving over een bepaald risico, is de kans groter dat anderen dat ook doen. Denk hierbij aan het niet gaan sporten als

het daarvoor te warm is. Als anderen aanbevolen gedrag definiëren als ‘vroeger hoefde dat ook niet, we kunnen nergens meer tegen’ is in de communicatiestrategie expliciet aandacht nodig om daadwerkelijk gedragsverandering te bereiken.

11.4.3 *Samenspel van organisaties*

De (risico)communicatie over hitte-episodes wordt door verschillende partijen vormgegeven. Het KNMI heeft de taak om waarschuwingen uit te geven als de weersomstandigheden een risico vormen. Door tijdig te waarschuwen kunnen mensen zich voorbereiden op gevaarlijk weer, waardoor de kans op schade en letsel wordt beperkt. De impact van het weer is het uitgangspunt voor de weerswaarschuwingen (zie onderstaand kader).

Aandacht voor de effecten van extreem weer

Extreme weersomstandigheden kunnen leiden tot temperatuurgerelateerde sterfte. Wereldwijd is temperatuurgerelateerde sterfte vooral te wijten aan lage temperaturen (wintersterfte) (Gasparrini et al., 2015). In Nederland is er naast aandacht voor de effecten van hitteperiodes ook aandacht voor de effecten van extreme kou (RIVM, 2009).

De waarschuwingssystematiek van het KNMI

Het KNMI geeft waarschuwingen uit voor onder andere regen, gladheid, onweersbuien, windstoten en temperatuur (hitte/koude). Het KNMI gebruikt internationale waarschuwingskleuren om de impact van gevaarlijk weer aan te geven: code groen (= geen bijzonderheden), code geel (= wees alert), code oranje (= wees voorbereid) en code rood (= onderneem actie).

Het KNMI heeft drempelwaarden vastgesteld voor de kleurcodes geel en oranje. De drempelwaarden voor code geel bij hitte zijn: het Hitteplan moet geactiveerd zijn of de verwachte maximumtemperatuur moet hoger zijn dan 35 graden. Voor code oranje geldt dat er drie aaneengesloten etmalen een maximumtemperatuur van meer dan 30 graden moet zijn, waarbij de minimumtemperatuur hoger dan 18 graden is. Code rood wordt afgegeven wanneer er een kans bestaat dat het weer een grote impact heeft op de samenleving. Dit kan ook worden afgegeven bij een kleine kans op optreden, maar het risico op letsel, schade of overlast erg groot is.

Om tot een afgewogen besluit te komen over het afkondigen van een weerwaarschuwing, betreft het KNMI verschillende partners. Bij opschaling naar code oranje vindt er intern overleg plaats binnen het Expertteam, waaraan onder andere een veiligheidsmeteoroloog, communicatiemedewerker, klimatoloog en modellenexpert deelnemen. Ook wordt aan commerciële weerbedrijven en meteorologen van Defensie gevraagd om een inschatting te maken van de kans dat het weerextreem zich zal voordoen. Over een eventuele opschaling naar code rood (weeralarm) vindt overleg plaats met het WeerImpactTeam (WIT) dat onder andere bestaat uit vertegenwoordigers van het Departementaal Coördinatiecentrum Crisisbeheersing van het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (DCC-IenW), het Nationaal CrisisCentrum (NCC), het Verkeerscentrum Nederland, de politie, brandweer en ProRail. Het WIT voert een impactanalyse uit van het naderende extreme weer en adviseert het KNMI om al dan niet op te schalen naar code rood.¹⁵

Early Warning Centre

Om in te spelen op het veranderende weer en de maatschappelijke vraag gaat het KNMI eerder en preciezer waarschuwen. De komende jaren ontwikkelt het KNMI een *Early Warning Centre*, een nationaal waarschuwingsadviesstelsel, waarbij in de informatievoorziening de mogelijke impact van de weersomstandigheden en het handelingsperspectief centraal staan. Daarbij zoekt het KNMI, zowel op Europees als op nationaal niveau, de samenwerking met marktpartijen, kennisinstellingen en overheden.¹⁶

Het RIVM is betrokken bij het activeren van het Hitteplan en de berichtgeving die hiermee gepaard gaat. Daarnaast meet het RIVM de luchtverontreiniging, onderzoekt het de verwachte ontwikkeling en geeft het, als dat nodig is, een smogwaarschuwing.¹⁷ Sinds 1995 wordt ook voortdurend de zonkracht gemeten.¹⁸ Het RIVM zet steeds meer in op het informeren van verschillende groepen mensen over de effecten van blootstelling aan hitte, zonkracht en smog en wat te doen om gezondheidsschade te voorkomen.¹⁹ Bij periodes van langdurige hitte ligt de aandacht op het tijdig waarschuwen voor aanhoudende hitte (activering Hitteplan) en preventieve maatregelen (blijf uit de

15 Bron: www.knmi.nl/kennis-en-datacentrum/uitleg/knmi-waarschuwingen.

16 Bron: www.knmi.nl/kennis-en-datacentrum/uitleg/early-warning-centre.

17 Een smogwaarschuwing is een verplichting, gebaseerd op richtlijn 2008/50/EG van het Europees Parlement en de Raad van 21 mei 2008 betreffende de luchtkwaliteit en schonere lucht voor Europa, die is vastgelegd in de Smogreling 2010 (Staatscourant 2010, nr. 8386).

18 De zonkracht geeft aan hoe snel de huid kan verbranden door blootstelling aan UV-straling.

19 Zie bijvoorbeeld www.rivm.nl/zonkracht en www.rivm.nl/smog.

zon, vermijd inspanning, drink voldoende en denk aan elkaar). Deze maatregelen zijn gericht op het voorkomen van negatieve gezondheidseffecten en sterfte onder kwetsbare groepen: jonge kinderen, ouderen en mensen met onderliggende aandoeningen. Bij extreme hitte zal de aandacht verschuiven naar een bredere doelgroep, namelijk de gehele bevolking met als doel om symptomen van oververhitting te herkennen en gericht actie te ondernemen. Op de website van het RIVM is informatie te vinden hoe om te gaan met hitte, ook tijdens evenementen.²⁰ Organisatoren van evenementen wordt aangeraden om contact op te nemen met de lokale GGD/GHOR voor advies gericht op de lokale omstandigheden en specifieke doelgroepen.

Behalve het KNMI, het RIVM en de GGD/GHOR hebben ook anderen een rol. Zowel veiligheidsregio's als colleges van burgemeesters en wethouders hebben op grond van respectievelijk de Wet veiligheidsregio's en de Wet publieke gezondheid een verantwoordelijkheid om inwoners in hun regio's optimaal te informeren om hun gezondheid te beschermen.²¹ Het Nederlandse Rode Kruis heeft tal van vrijwilligers die voorafgaand en tijdens hitteperiodes op locatie voorlichting en hulp bieden.²² Verschillende afdelingen van het Rode Kruis zijn onderdeel van lokale hitteplannen die geactiveerd worden bij activering van het Nationaal Hitteplan of bij lokale afwegingen (bijvoorbeeld of en hoe een evenement kan doorgaan).²³ Op deze manier worden landelijke waarschuwingen en adviezen omgezet in lokale initiatieven en activiteiten om de risico's van hitte voor mensen te verminderen. Ook de huisartsen besteden aandacht aan hitte via de website www.thuisarts.nl.

20 Bron: www.rivm.nl/hitte/evenementen.

21 In artikel 46 van de Wet veiligheidsregio's is vastgelegd dat de veiligheidsregio ervoor zorgdraagt dat de bevolking informatie wordt verschaft over rampen en crises die de regio kunnen treffen, over de maatregelen die zijn getroffen ter voorkoming en bestrijding of beheersing hiervan en over de daarbij te volgen gedragslijn. Artikel 1, lid c, van de Wet publieke gezondheid (Wpg) definieert publieke gezondheid als 'gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten'.

22 Bron: www.rodekruis.nl/hulp-in-nederland/wat-moet-je-doen-bij-hitte.

23 Zie de *Handreiking Lokaal Hitteplan* die in 2019 in opdracht van het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat is opgesteld (IenW, 2019).

Als verschillende organisaties communiceren over hetzelfde gezondheidsrisico, is afstemming nodig om tegenstrijdige voorlichtingsboodschappen te voorkomen. Goed afgestemde risicocommunicatie kan het effect van de boodschap versterken.

11.5 Afronding

Zomerse dagen zijn over het algemeen fijn, omdat we kunnen genieten van het buitenleven. Met de klimaatverandering die gaande is, zullen we echter moeten stilstaan bij de negatieve effecten van hitte en ons gedrag hierop moeten aanpassen. Dit is niet alleen nodig om de gezondheid van mensen te beschermen, maar ook om het schaarse aanbod van professionele zorg doelmatig te benutten. Risicocommunicatie is daarbij cruciaal. Tot een paar jaar geleden bestond risicocommunicatie voornamelijk uit informatie over de kans op blootstelling, de mogelijke gevolgen daarvan en de handelingsperspectieven om negatieve effecten te voorkomen. Steeds meer wordt erkend dat de risicoperceptie ook wordt bepaald door een bepaalde emotie of beleving met betrekking tot een specifieke situatie of gebeurtenis. Om mensen bewuster te maken van risico's moeten we enerzijds de kennis over kansen en consequenties overbrengen en anderzijds de affectieve respons aanspreken om daadwerkelijk het gewenste gedrag te stimuleren. Om risicocommunicatie effectief in te zetten, is het van belang om aan te sluiten bij de emoties en gevoelens van de verschillende doelgroepen: ouders van jonge kinderen, mensen die genieten van het in de zon liggen, ouderen of mensen met onderliggend lijden die door hun aandoeningen kwetsbaarder zijn voor de effecten van hitte, zonkracht en luchtverontreiniging. Onderzoek hiernaar is vooralsnog beperkt. Terwijl we de kennis ontwikkelen, zullen we met de experts die we hebben in dit land zo goed mogelijk moeten handelen om de gezondheid van jong en oud te beschermen. De deskundigen bij de GGD – verenigd in de landelijke werkgroep klimaat en gezondheid – kunnen overheden en zorgverleners adviseren bij vragen over specifieke doelgroepen en activiteiten.

We eindigen dit hoofdstuk met de oproep om bewust te zijn van de effecten van warme zomerdagen voor verschillende groepen mensen.

Mogelijk kan een stresstest of lokaal hitteplan hierbij helpen.²⁴ Daarnaast is het van belang om actief te kijken naar de risicobeleving van de groepen waarvan de gezondheid in gevaar is en naar de beschikbare (zorg)netwerken om negatieve gezondheidseffecten te beperken.

24 In het *Deltaplan Ruimtelijke adaptatie* is afgesproken dat alle overheden voor eind 2019 de kwetsbaarheid van hun gebied voor klimaatverandering onderzoeken. Daartoe is de *Handreiking Stresstest-Light* ontwikkeld als instrument om een eerste beeld te krijgen van de kwetsbaarheid voor wateroverlast, hitte, droogte en overstromingen.

Literatuur

- Ammerlaan, K. (2009). *Na de ramp: De rol van de overheid bij de (schade) afwikkeling van rampen vanuit een belangenperspectief van de slachtoffers* (diss.). Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- ANVS (2018). *Jaarverslag 2017*. Den Haag: Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming.
- Arnstein, S.R. (1969). A ladder of citizen participation, *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), p. 216-224.
- Asselt, M. van & Smits, L. (2008). Onzekere risico's. De ontdekking van rekenen met kansen, *Leven met onzekerheid*, 27(1), p. 5-11.
- Asselt, M.B.A. van & Vos, E. (2006). The precautionary principle and the uncertainty paradox, *Journal of Risk Research*, 9(4), p. 313-336.
- Bakker, M. & Mertens, C. (2019). *Gedrag beïnvloeden met risicocommunicatie*. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.
- Bakker, M., Ruiten, M., Koopmans, B. & Duin, M. van (2018). *Verminderd zelfredzamen ten tijde van rampen en crises: de overheid een zorg?* Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.
- Beck, S. (2011). Moving beyond the linear model of expertise? IPCC and the test of adaptation, *Regional Environmental Change*, 12(11), p. 297-306.
- Beekman, M. et al. (2016). *Evaluation of substances used in the GenX technology by Chemours, Dordrecht*. Bilthoven: RIVM (Letter report 2016-0174).
- Bergstra, A.D. (2015). *Evaluatieonderzoek huis aan huis distributie jodiumtabletten in de gemeenten Borsele, Middelburg en Vlissingen*. Middelburg: GGD Zeeland.
- Boin, R.A. & 't Hart, P. (2000). Institutional crises and reforms in policy sectors. In H.C. Wagenaar (red.), *Government institutions: effects, changes and normative foundations* (p. 9-31). Dordrecht: Springer.

- Bonanno, G.A., Brewin, C.R., Kaniasty, K. & Greca, A.M.L. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families and communities. *Psychological science in the public interest*, 11(1), p. 1-49.
- Bosmans, M. et al. (2020a). *Feitenblad. Behoeftte aan zorgen ondersteuning tijdens uitbraak coronavirus (COVID-19-pandemie)*. Resultaten uit gedragswetenschappelijk onderzoek COVID-19. Utrecht: Nivel.
- Bosmans, M. et al. (2020b). *Behoeftte aan zorg en ondersteuning tijdens uitbraak coronavirus (COVID-19-pandemie)*. Behoefttepeiling 1. Utrecht: Nivel.
- Claassen, L., Greven, R., Reen, W. & Hall, E.F. (2016). *Risicocommunicatie over stralingsongevallen en de verspreiding van jodiumtabletten*. Utrecht: RIVM.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Douglas, M. & Wildavsky, A.B. (1982). *Risk and culture: An essay on the selection of technical and environmental dangers*. Berkeley: University of California Press.
- Dückers, M. et al. (2020). *Rapid needs assessments bij rampen en crises. Snel inzicht in behoeften en problemen van getroffenenen*. Utrecht: Nivel.
- Dückers, M., Gerbecks, J. & Jacobs, J. (2019). *Voorbereid op éénloketsfuncties bij rampen en crises: resultaten van een behoefttepeiling onder gemeenten*. Utrecht: Nivel.
- Dückers, M., Hoof, W. van & Holsappel, J. (2019). Psychosociale aspecten van crisismangement: taken en uitdagingen voor bestuur en beleid. Een analyse van recente casuïstiek, *Tijdschrift voor Veiligheid*, nr. 3-4, p. 14-41.
- Dückers, M., IJzermans, J., Jong, W. & Boin, A. (2017). Psychosocial crisis management: The unexplored intersection of crisis leadership and psychosocial support, *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 8(2), p. 94-112.
- Dückers, M. & Moors H. (2012). Kwaliteit binnen de crisisbeheersing, *Magazine Nationale Veiligheid en Crisisbeheersing*, 10(4), p. 28-29.
- Dückers, M. & Pröpper, I. (2011). Zelfredzaamheid in crisistijd, *Openbaar Bestuur, Tijdschrift voor beleid, bestuur en politiek*, 21(10), p. 24-28.

- Dückers, M.L. & Thormar, S.B. (2015). Post-disaster psychosocial support and quality improvement: A conceptual framework for understanding and improving the quality of psychosocial support programs, *Nursing & Health Sciences*, 17(2), p. 159-165.
- Duin, M. van (2011). *Veerkrachtige crisisbeheersing: nuchter over het bijzondere* (lectorale rede). Apeldoorn/Arnhem: Politieacademie/NIFV.
- Duin, M. van (2013). Asbest in Utrecht. In M. van Duin, V. Wijkhuijs & W. Jong (red.), *Lessen uit crises en mini-crisis 2012* (p. 151-165). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Duin, M. van & Dückers, M. (2018). Aardbevingen in Groningen: een probleem met voeten in de aarde, *Impact Magazine*, nr. 4, p. 8-11.
- Duin, M. van & Wijkhuijs, V. (2014). Aardgasbeving in Groningen. In M. van Duin & V. Wijkhuijs (red.), *Lessen uit crises en mini-crisis 2013* (p. 59-88). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Erikson, K. (1976). *Everything in its path: destruction of community in the Buffalo Creek Flood*. New York: Simon & Schuster.
- Evaluatiecommissie Asbestincident Roermond (2015). *Evaluatie Asbestincident Roermond*. Op 1 december 2020 ontleend aan www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20150612-vr-ln-evaluatierapportage-asbestincident-roermond.pdf.
- Friesema, I.H. et al. (2012). Outbreak of Salmonella Thompson in the Netherlands since July 2012. *Euro Surveill.*, 43.
- Gasparrini, A. et al. (2015). Mortality risk attributable to high and low ambient temperature: a multicountry observational study, *Lancet*, 386, p. 369-375.
- Groninger Gasberaad (2017). *Groningse gaswinningsverhalen: De prijs van zestig jaar Nederlandse welvaart* (deel 1).
- Hahné, S.J.M. (2014). Wat is mazelen en hoe vaak komt het voor? In *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Head, B.W. (2019). Forty years of wicked problems literature: Forging closer links to policy studies. *Policy and Society*, 38(2), p. 180-197.
- Helsloot, I. & Vlagsma, J. (2016). *Inzichten in de omgang met de risico's van asbest*. Renswoude: Crisislab.
- Hof, S. van den & Zwakhals, S.A.M. (2005). Mazelenepidemie 1999-2000. In *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

- Hofstra, U. (2007). *Milieu- en gezondheidsaspecten van instrooirubber. Gemalen rubber van autobanden als instrooi materiaal op kunstgrasvelden*. Spijkenisse: SGS Intron.
- Holsappel, J., Hoof, W. van, Jacobs, J. & Dückers, M. (2017). *Psychosociale impact van de aardbevingen in Groningen: een analyse van beschikbare onderzoeken*. Diemen: Impact.
- Huber, M. (2011). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Maastricht: Maastricht University.
- IenM (2014). *Bewust omgaan met veiligheid: een proeve van een IenM-breed afwegingskader*. Den Haag: Ministerie van Infrastructuur en Milieu.
- IenM (2016). *Nationaal Crisisplan Stralingsincidenten*. Den Haag: Ministerie van Infrastructuur en Milieu.
- IenM (2017a). *Responsplan Nationaal Crisisplan Stralingsincidenten*. Den Haag: Ministerie van Infrastructuur en Milieu.
- IenM (2017b). *Crisiscommunicatieplan Stralingsincidenten*. Den Haag: Ministerie van Infrastructuur en Milieu.
- IenW (2019). *Handreiking Lokaal Hitteplan*. Op 1 december 2020 ontleend aan ruimtelijkeadaptatie.nl/hulpmiddelen/overzicht/lokaal-hitteplan/.
- IFV (2018). *Mindmap slachtofferregistratie*. Op 1 december 2020 ontleend aan www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20181122-IFV-Mindmap-slachtofferregistratie.pdf.
- IGJ (2020). *GGD'en zijn goed op weg. Alleen is de weg nog lang...* Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- IJzermans, J. & Dückers, M. (2016). Ziekmakende bodemsanering in Olst: de zaak Olasfa. In M. van Duin & V. Wijkhuijs (red.), *Lessen uit crises en mini-crisis 2015* (p. 265-279). Den Haag: Boom bestuurskunde.
- Impact (2014). *Multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises*. Diemen: Impact.
- Jacobs, J. et al. (2019). The organization of post-disaster psychosocial support in the Netherlands: A meta-synthesis, *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1544024.

- Jans, H., IJzermans, J. & Dückers, M. (2020). In het spoor van de eikenprocessierups: gaan de wolven ons inhalen? In V. Wijkhuijs & M. van Duin (red.), *Lessen uit crises en mini-crisis 2019* (p. 147-164). Den Haag: Boom bestuurskunde.
- Jong, W. & Dückers, M.L. (2019). The perspective of the affected: what people confronted with disasters expect from government officials and public leaders, *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 10(1), p. 14-31.
- Kasperson, R.E. et al. (1988). The social amplification of risk: a conceptual framework, *Risk Analysis*, 8(2), p. 177-178.
- Kenis, P. & Cambre, B. (2019). *Organisatienetwerken: de organisatievorm van de toekomst*. Antwerpen: Pelckmans Pro.
- Kraaij-Dirkzwager, M.M., Schol, L.G.C. & Schuitmaker-Warnaar, T.J. (2019). Stakeholder involvement in Outbreak Management: To fear or not to fear?, *International Journal of Information Systems for Crisis Response and Management*, 11(2), p. 57-78.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
- Mackenbach, J.P. & Stronks, K. (2016). *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*, (achtste druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mayrhuber et al. (2018). Vulnerability to heatwaves and implications for public health interventions: A scoping review, *Environmental Research*, nr. 166, p. 42-54.
- Norris, F.H. et al. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001, *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), p. 207-239.
- NPV en Academische Werkplaats AMPH (2013). *Vaccinatie: voorzienigheid, vertrouwen en verantwoordelijkheid, en Vaccinatie in de reformatische gezindte*. Informatie voor de jeugdgezondheidszorg.
- Oberijé, N. (2011). *Burgerhulp bij 10 rampen/incidenten in Nederland*. Arnhem: NIFV.
- Opstelten, W. et al. (2013). Er heerst weer mazelen, *Ned. Tijdschr. Geneeskd.*, nr. 157, p. 1-5.
- OvV (2018). *Samenwerken aan nucleaire veiligheid. Een onderzoek naar de samenwerking tussen Nederland, België en Duitsland inzake de kerncentrales in de grensgebieden*. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.

- Patel, V. et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development, *The Lancet*, 392(10157), p. 1553-1598.
- Pierik, R. (2013). Dan toch maar een vaccinatieplicht?, *Nederlands Juristenblad*, afl. 40, p. 2798-2807.
- Pol, R. van der et al. (2017). *PFOA-metingen in bloed. Metingen in serum bij omwonenden van DuPont/Chemours te Dordrecht*. Bilthoven: RIVM (Rapport 2017-0077).
- Postmes, T. et al. (2018a). *Gevolgen van bodembeweging voor Groningers. Ervaren veiligheid, gezondheid en toekomstperspectief 2016-2017*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Postmes, T. et al. (2018b). *Reacties op de beving van Zeerijp (8 jan. 2018). Voorlopige resultaten van het panel Gronings Perspectief*. Op 1 december 2020 ontleend aan www.groningsperspectief.nl/wp-content/uploads/2018/01/bijlage_Zeerijp.pdf.
- Rittel, H.W.J. & Webber, M.M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning, *Policy Sciences*, 4, p. 155-169.
- RIVM (2009). *GGD-richtlijn medische milieukunde: gezondheidsrisico's van winterse omstandigheden*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2011). *Metingen in buitenlucht op het RIVM terrein te Bilthoven na het Fukushima kernongeval in maart 2011*. RIVM briefrapport 610891001/2011. Utrecht: RIVM.
- RIVM (2012). *GGD-richtlijn medische milieukunde: gezondheidsrisico's van zomerse omstandigheden*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2014a). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2014b). *Overzicht mazelen-epidemie Nederland, mei 2013-februari 2014*.
- RIVM (2018). *Themaverkenning Bredere determinanten van gezondheid VTV-2018: achtergronden en methodologie*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM/cGM (2016). *Advies expertgroep Gezondheidsonderzoek en Nazorg na rampen en (milieu-)incidenten n.a.v. Rapport Zeilmaker*. Bilthoven: RIVM.
- Roovers-Schellekens, M. (2014). Een dokter is niet immuun, *Medisch Contact*, nr. 14, p. 665-666.
- Rump, B.O. (2020). *Responsible care in times of antimicrobial resistance. Caring for the carrier* (diss. Radboud Universiteit). Bilthoven: RIVM.
- RVS (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

- Schmidt, A., Boersma, K. & Groenewegen, P. (2018). Management strategies in response to an institutional crisis: the case of earthquakes in Groningen, *Public Administration*, 96, p. 513-552.
- Schoemaker, C.G. et al. (2020). Four normative perspectives on public health policy-making and their preferences for bodies of evidence. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), p. 94.
- Sintubin, M. (2018). The Groningen case: when science becomes part of the problem, not the solution, *Seismological Research Letters*, 89(6), p. 2001-2007.
- SodM (2018). *Gevolgen voor de veiligheidsrisico's en de versterkingsoperatie*. Den Haag: Staatstoezicht op de Mijnen.
- Terpstra, J. (2001). Netwerken en samenwerking bij de uitvoering van beleid, *Beleidswetenschap*, 2(15), p. 141-168.
- Thompson, M., Ellis, R. & Wildavsky, A. (1990). *Cultural theory*. Boulder: West View press.
- Thoresen, S., Birkeland, M.S., Wentzel-Larsen, T. & Blix, I. (2018). Loss of trust may never heal. Institutional trust in disaster victims in a long-term perspective: associations with social support and mental health, *Frontiers in Psychology*, 9(1204).
- Veil, S., Reynolds, B., Sellnow, T.L. & Seeger, M.W. (2008). CERC as a theoretical framework for research and practice, *Health Promotion Practice*, 9(4-suppl.), p. 26S-34S.
- Visser, M.J., Burg, W. ter & Muller, J.J.A. (2016). *Historisch overzicht van openbare informatie over de gezondheidseffecten, classificatie en normstelling voor PFOA en DMAC toegespitst op blootstelling van werknemers*. Bilthoven: RIVM (Briefrapport 2016-0131).
- Vlek, Ch. (2018). Lagere gaswinning maakt Groningen langzaam veiliger, *Tijdschrift Milieu*, nr. 7 (november), p. 44-49.
- Vlek, Ch. (2019a). Rise and reduction of induced earthquakes in the Groningen gas field, 1991-2018: statistical trends, social impacts, and policy change, *Environmental Earth Sciences*, nr. 59. <https://rdcu.be/bhn68>.
- Vlek, Ch. (2019b). The Groningen gasquakes: foreseeable surprises, complications of hard science, and the search for effective risk communication, *Seismological Research Letters*, 90(3), p. 1071-1077.

- Vlek, Ch. (2019c). *Versterken als mosterd na de maaltijd: een overzicht en recensie van het 'Plan van Aanpak Mijnraadadvies' van de Nationaal Coördinator Groningen*. Op 1 december 2020 ontleend aan <http://houdgroningenovereind.nl/index.php?SMExt=SMDownloads&SMDDownloadsFile=Vlek-recensie-10-2-PvA-NCG.pdf>.
- VWS (2020). *Welkom bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Weiss, C. (2003). Scientific uncertainty and science-based precaution, *International Environmental Agreements*, 3(2), p. 137-166.
- WHO (2013). *Health risk assessment from the nuclear accident after the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami, based on a preliminary dose estimation*. Geneva: World Health Organization.
- WRR (2008). *Onzekere veiligheid: Verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Zeilmaker, M.J. et al. (2016). *Risicoschatting emissie PFOA voor omwonenden*. Bilthoven: RIVM (Briefrapport 2016-0049).

Afkortingen

AGS	adviseur gevaarlijke stoffen
ANVS	Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming
BAO	Bestuurlijk afstemmingsoverleg infectieziektebestrijding
BMR	bof, mazelen, rode hond
Cib	Centrum Infectieziektebestrijding
CoPI	commando plaats incident
DGJ	Dienst Gezondheid & Jeugd
DMAc	dimethylacetamide
DPG	Directeur Publieke Gezondheid
EU	Europese Unie
EZK	Economische Zaken en Klimaat
FTM	website 'Follow The Money'
GAGS	gezondheidskundig adviseur gevaarlijke stoffen
GBT	gemeentelijk beleidsteam
GGD	gemeentelijke gezondheidsdienst
GHOR	geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
GRIP	gecoördineerde regionale incidentbestrijdings-procedure
ic	intensive care
IenM	Infrastructuur en Milieu (thans: IenW)
IenW	Infrastructuur en Waterstaat
IFV	Instituut Fysieke Veiligheid
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg (thans: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd)
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KNMI	Koninklijk Nederlands Meteorologisch Instituut
KNVB	Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond
MKA	Meldkamer Ambulancezorg

MZS	Medische Zorg en Sport
NAM	Nederlandse Aardolie Maatschappij
NVWA	Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit
OvD	officier van dienst
OvV	Onderzoeksraad voor Veiligheid
PFOA	perfluorooctaanzuur
RecyBEM	Vereniging band en milieu
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROT	regionaal operationeel team
RWS	Rijkswaterstaat
SodM	Staatstoezicht op de Mijnen
VACO	bedrijfstakorganisatie voor de banden- en wielen- branche in Nederland
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wpg	Wet publieke gezondheid
Wtzi	Wet toelating zorginstellingen
Wvr	Wet veiligheidsregio's

Over de auteurs

- Emily Berger*, junior onderzoeker bij het lectoraat Crisisbeheersing, Instituut Fysieke Veiligheid
- Liesbeth Claassen*, adviseur Risico- en crisiscommunicatie (RIVM) en wetenschappelijk onderzoeker (VUmc)
- Jeroen Devilee*, onderzoeker en adviseur Milieu & Veiligheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- Lodewijk van Dooren*, communicatieadviseur Centrum Veiligheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- Michel Dückers*, bijzonder hoogleraar Crises, veiligheid en gezondheid (Rijksuniversiteit Groningen) en senior onderzoeker Rampen en crises (Nivel)
- Menno van Duin*, lector Crisisbeheersing, Instituut Fysieke Veiligheid
- Martina Duyvis*, senior onderzoeker, Instituut Fysieke Veiligheid
- Régis Flohr*, adviseur crisismanagement en adviseur gevaarlijke stoffen, Veiligheidsregio Haaglanden
- Joris IJzermans*, senior onderzoeker Rampen en Milieudreigingen, Nivel
- Jos Ketelaars*, strategisch adviseur crisisbeheersing, Waternet
- Henk Klapwijk*, arts Maatschappij & Gezondheid, Dienst Gezondheid & Jeugd Zuid-Holland Zuid
- Marleen Kraaij-Dirkzwager*, arts Maatschappij & Gezondheid
- Lars Roobol*, afdelingshoofd Meten en Monitoring, Centrum Veiligheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- Anouk Ros*, crisiscoördinator Noodhulp Nationaal en accounthouder Bevolkingszorg en Ready2Help, Rode Kruis
- Herman Schreurs*, coördinator nucleaire en radiologische incidenten, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- Nadiëh Taks*, arts Maatschappij & Gezondheid i.o.
- Laurens van der Varst*, senior onderzoeker bij het lectoraat Crisisbeheersing, Instituut Fysieke Veiligheid

Sanne van Wijk, senior communicatieadviseur, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Vina Wijkhuijs, senior onderzoeker bij het lectoraat Crisisbeheersing, Instituut Fysieke Veiligheid

Fred Woudenberg, hoofd van de afdeling Leefomgeving, GGD Amsterdam