

Verminderd zelfredzamen ten tijde van rampen en crises: de overheid een zorg?



Instituut Fysieke Veiligheid
Lectoraat Crisisbeheersing
Postbus 7010
6801 HA Arnhem
Kemperbergerweg 783, Arnhem
www.ifv.nl
info@ifv.nl
026 355 24 00

Colofon

Instituut Fysieke Veiligheid (2018). *Verminderd zelfredzamen ten tijde van rampen en crises: de overheid een zorg?* Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.

Opdrachtgever: Veiligheidsberaad
Contactpersoon: Marije Bakker
Titel: Verminderd zelfredzamen ten tijde van rampen en crises: de overheid een zorg?
Datum: 3 december 2018
Status: Definitief
Versie: 1.1
Auteurs: Marije Bakker (IFV), Merel Ruiters (IFV), Bart Koopmans (GGD/GHOR Nederland), Menno van Duin (IFV)
Projectleider: Martina Duyvis
Eindverantwoordelijk: Menno van Duin

Inhoud

	Inleiding	5
1	Verminderd zelfredzamen	9
1.1	Definitie	9
1.2	Categorieën verminderd zelfredzamen	9
1.3	Factoren die (verminderde) zelfredzaamheid beïnvloeden	13
1.4	Conclusie	16
2	Kwetsbaarheid en verwachtingen	17
2.1	Wie zijn onder welke omstandigheden verminderd zelfredzaam?	17
2.2	Ervaringen uit het buitenland	23
2.3	Conclusie	25
3	Crisissituaties	26
3.1	Natuurlijke omgeving	26
3.2	Gebouwde omgeving	26
3.3	Technologische omgeving	27
3.4	Vitale infrastructuur en voorzieningen	27
3.5	Verkeer en vervoer	27
3.6	Gezondheid	28
3.7	Sociaal-maatschappelijke omgeving	28
3.8	Conclusie	28
4	Initiatieven	30
4.1	Overzicht	30
4.2	Conclusie	32
5	Juridische kaders voor verantwoordelijkheid	33
5.1	Verantwoordelijkheid gemeente	33
5.2	Verantwoordelijkheid veiligheidsregio	37
5.3	Verantwoordelijkheid GHOR	38
5.4	Verantwoordelijkheid zorginstellingen	39
5.5	Verantwoordelijkheid brandweer	39
5.6	Basishulpverlening (BHV)	40
5.7	Conclusie	40
6	Lessen uit praktijkcasussen	42
6.1	Stroomstoring Bommeler- en Tielerswaard (2007)	42
6.2	Brand in flat 'Het Lichtpunt' Rotterdam (2014)	43
6.3	Gasexplosie 'De Beukenhorst' Diemen (2014)	43
6.4	Brand in seniorenflat 'De Notenhout' Nijmegen (2015)	44
6.5	Stroomstoring VUmc Amsterdam (2015)	45
6.6	Brand in verzorgingstehuis 'Nieulande' Krabbendijke (2016)	45
6.7	Camping 'Fort Oranje' Zundert (2017)	46
6.8	Conclusie	47

7	Conclusies en aanbevelingen	48
7.1	Verminderde zelfredzaamheid	48
7.2	Bestaande structuren versus nieuwe structuren	49
7.3	Juridische kaders voor schaarse situaties	50
7.4	Aanbevelingen	51
	Literatuur	53
	Bijlage 1 Toetsing categorieën	58
	Bijlage 2 Overzicht initiatieven	59

Inleiding

Achtergrond

In Nederland vindt de laatste jaren een transitie plaats van de verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Van iedereen die dat kan, wordt steeds meer gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en naar eigen vermogen mee te doen aan de samenleving. Deze transitie heeft onder andere geleid tot verschuivingen in de zorg. Waar bijvoorbeeld ouderen met een zorgvraag voorheen in een intramurale zorginstelling verbleven, blijven ze nu langer en vaker zelfstandig wonen. Dit geldt ook voor andere 'kwetsbare' groepen, zoals mensen met een cognitieve en/of lichamelijke beperking. Deze verschuivingen stellen de hulpdiensten voor een nieuwe situatie. Zijn de hulpdiensten daar voldoende op voorbereid of moeten zij daar nog op anticiperen? Deze vraagstukken zijn mogelijk nog belangrijker wanneer we het niet hebben over een dagelijkse situatie, maar over een ramp of crisis.

In de visie *Bevolkingszorg op Orde 2.0* (Veiligheidsberaad, 2014) is al een ontwikkeling in gang gezet: de overheid gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van burgers en geeft zichzelf een expliciete taak voor de zorg aan verminderd zelfredzamen. Het is vooralsnog onduidelijk wat deze verantwoordelijkheid voor de zorg precies inhoudt, ook omdat de vraag wie verminderd zelfredzaam is, afhankelijk is van de context of situatie. Als reactie hierop heeft het Veiligheidsberaad in 2016 het thema 'verminderde zelfredzaamheid' toegevoegd aan de Strategische Agenda en een projectplan opgesteld (Raad Directeuren Veiligheidsregio's, 2017). Daarbij is afgesproken dat er eerst een inventarisatie wordt uitgevoerd naar de inspanningen en activiteiten die regio's al uitvoeren in het kader van (verminderde) zelfredzaamheid. Uit die inventarisatie is gebleken dat het aanbod van initiatieven erg divers is, waarbij het moeilijk is te constateren welke resultaten er nu precies behaald worden. Ook ontbreekt het aan een onderbouwing en een bestuurlijk kader.

De inventarisatie heeft niet alleen inzicht gegeven in de activiteiten die regio's ontplooiën, maar heeft ook tot een aantal vragen geleid. Om welke mensen 'gaat het' als we spreken over verminderde zelfredzaamheid? Is het noodzakelijk of wenselijk dat we zicht hebben op al deze verminderd zelfredzamen? In hoeverre kunnen deze mensen zichzelf nu redden of zijn er netwerken rond deze personen die hulp bieden? Welke verwachtingen leven bij deze mensen en wat verwachten zij (voor rampen en crises) van de overheid?

Het Veiligheidsberaad heeft vervolgens het lectoraat Crisisbeheersing gevraagd onderzoek te verrichten naar de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van de zorg voor verminderd zelfredzamen bij rampen en crises en een toekomstbestendige uitwerking van het thema te geven.

Doel- en vraagstelling

Met het onderzoek dient duidelijkheid te ontstaan hoe invulling gegeven kan worden aan de verantwoordelijkheid voor de zorg aan verminderd zelfredzamen ten tijde van een ramp of crisis.

De centrale vraag in dit onderzoek luidt: Wat is de verantwoordelijkheid en hoe ver reikt de rol van de overheid¹ voor de zorg voor verminderd zelfredzamen, in het kader van rampenbestrijding en crisisbeheersing?

Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- > Wat houdt verminderde zelfredzaamheid in? Welke categorieën verminderd zelfredzamen zijn te onderscheiden? Welke factoren beïnvloeden deze verminderde zelfredzaamheid?
- > Wie zijn, onder welke omstandigheden, verminderd zelfredzaam? Daarbij gaat het ook om verschillende soorten rampen en crises en of en wat dat voor verschil maakt? Wat voor verwachtingen hebben verminderd zelfredzamen naar de overheid toe?
- > Welke initiatieven hebben veiligheidsregio's en anderen (gemeenten, zorg- en welzijnspartners) ontplooid met het thema 'verminderde zelfredzaamheid'?
- > Wat zijn de (juridische) kaders voor de verantwoordelijkheid van de overheid voor verminderd zelfredzamen tijdens crises en rampen en wat betekent 'het vastgesteld zorgniveau' in dit verband?
- > Welke ervaring is er wat betreft de zorg aan verminderd zelfredzamen, zeker ook in pro-actieve en preventieve zin ('awareness')? Is er jurisprudentie? Zijn er (hier of elders, eventueel buitenland) 'best practices' voor handen?
- > Wat is mogelijk? Wat is wenselijk? Wat is zinvol? Welke dilemma's heeft de overheid op bestuurlijk, beleidsmatig en operationeel niveau?

Aanpak

De ervaringen die de afgelopen jaren in de verschillende veiligheidsregio's zijn opgedaan rondom het thema 'verminderde zelfredzaamheid', samen met literatuur uit zowel binnen- en buitenland, vormen de basis voor dit onderzoek. Informatie hierover is op de volgende manieren bijeengebracht.

Deskresearch en discussienotitie

Ten eerste heeft er een deskresearch plaatsgevonden door relevante documenten (van verschillende veiligheidsregio's) en literatuur (uit binnen- en buitenland) te zoeken, op te vragen en te bestuderen. De documenten van veiligheidsregio's zijn verkregen via het netwerk Zelfredzaamheid en de websites van de veiligheidsregio's. De literatuur is verzameld door te zoeken in wetenschappelijke databanken, te weten ResearchGate en Google Scholar. De taal van de zoektermen was in het Nederlands of Engels. De volgende zoektermen werden zowel losstaand als in combinatie met elkaar gebruikt: 'verminderd zelfredzamen', 'zelfredzaamheid', 'kwetsbaar/kwetsbare', 'beperking', 'handicap', 'alarmen', 'informer', 'nafase', 'crisiscommunicatie', 'ramp/rampen', 'crisis/crises', 'crisisituatie', en 'veiligheid'. De verkregen informatie over verminderd zelfredzamen, hun

¹ Wij hanteren het brede begrip overheid dat uiteraard verschillende actoren kent: gemeenten, de GHOR/GGD, veiligheidsregio's, politie e.a.

kwetsbaarheden en verwachtingen, en de initiatieven van veiligheidsregio's rondom het thema 'verminderde zelfredzaamheid' is samengevat in een discussienotitie. De discussienotitie is gebruikt als basis voor de bijeenkomsten met de begeleidingscommissie.

Expertmeetings

Om informatie te verkrijgen en draagvlak te creëren bij experts uit het veld zijn twee expertmeetings gehouden. De eerste sessie heeft plaatsgevonden met het netwerk Zelfredzaamheid. Tijdens deze bijeenkomst is de deelnemers gevraagd feedback te geven op de categorieën verminderd zelfredzamen die wij onderscheiden en de factoren die (verminderde) zelfredzaamheid kunnen beïnvloeden. Tevens is gevraagd aan de deelnemers of zij een update konden geven van de initiatieven die in de regio's worden ontplooid en of zij casussen konden aandragen van incidenten waarbij verminderde zelfredzaamheid een rol heeft gespeeld. De tweede sessie heeft plaatsgevonden met de Bestuurlijke adviescommissie GHOR. Tijdens deze bijeenkomst is er kort gesproken met de aanwezigen (onder andere vijf burgemeesters) over de inhoud van het rapport en de conclusies die getrokken kunnen worden.

Doelgroep(en) onderzoeken

Op basis van de deskresearch is onderzocht welke categorieën verminderd zelfredzamen te onderscheiden zijn, wat hun kwetsbaarheden zijn, en wat deze verschillende categorieën verwachten van de overheid tijdens crises en rampen. Deze informatie is eerst voorgelegd aan het netwerk Zelfredzaamheid en vervolgens ter controle voorgelegd aan professionals die werkzaam zijn met de categorieën verminderd zelfredzamen, zie bijlage 1. Op basis van de feedback van de professionals is, waar nodig, informatie aangepast of toegevoegd.

Begeleidingscommissie

Het onderzoek, dat in opdracht van het Veiligheidsberaad geschiedde, is begeleid door een multidisciplinaire begeleidingscommissie waarin alle kolommen vertegenwoordigd waren. De begeleidingscommissie bestond uit:

- > Wim Kleinhuis (Voorzitter begeleidingscommissie, Directeur Veiligheidsregio Friesland)
- > Moniek Pieters (DPG regio Gelderland-Zuid, landelijk portefeuillehouder zelfredzaamheid in de raad voor DPG-en)
- > Maarten Dewachter (Coördinerend gemeentesecretaris Veiligheidsregio Midden- en West Brabant)
- > Hilda Raasing (Algemeen directeur/commandant Veiligheidsregio Zaanstreek-Waterland, landelijk portefeuillehouder Brandveilig Leven)
- > Cees Punter (Nationale Politie)
- > Carla Kats (Coördinerend gemeentesecretaris Veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland, portefeuillehouder GGD vanuit het landelijk netwerk bevolkingszorg).

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 gaan wij in op wat verminderde zelfredzaamheid inhoudt, welke categorieën verminderd zelfredzamen te onderscheiden zijn en welke factoren verminderde zelfredzaamheid kunnen beïnvloeden. In hoofdstuk 2 worden de kwetsbaarheden van verminderd zelfredzamen beschreven en hun verwachtingen naar de overheid toe. Tevens worden ervaringen uit het buitenland gedeeld. In hoofdstuk 3 worden de soorten crisissituaties beschreven, waar wij in Nederland mee te maken kunnen krijgen. In hoofdstuk

4 wordt een inventarisatie gegeven van de initiatieven die ontplooid zijn rondom verminderd zelfredzamen. In hoofdstuk 5 worden juridische kaders weergegeven voor de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van verminderd zelfredzamen bij rampen en crises. In hoofdstuk 6 komen een aantal casussen aan bod van crisissituaties, waarbij verminderd zelfredzamen betrokken zijn geweest. Ten slotte worden in hoofdstuk 7 de bevindingen samengevat, met daarbij enkele aanbevelingen.

1 Verminderd zelfredzamen

In dit hoofdstuk wordt besproken wat verminderde zelfredzaamheid inhoudt, welke categorieën verminderd zelfredzamen te onderscheiden zijn en welke factoren (verminderde) zelfredzaamheid kunnen beïnvloeden.

1.1 Definitie

Niet iedereen is in staat om zichzelf te redden wanneer wij in Nederland te maken krijgen met een crisissituatie. Deze groep mensen kan aangeduid worden als 'verminderd zelfredzaam'. Er bestaan verschillende definities van verminderde zelfredzaamheid, maar de gemeenschappelijke deler is dat verminderd zelfredzamen tijdens een crisissituatie niet zelf voor hun eigen 'veiligheid' kunnen zorgen en (deels) afhankelijk zijn van hulp van anderen (zie bijvoorbeeld Cabinet Office, 2008; Don & De Jong, 2008; Infopunt Veiligheid, 2012). In de wetenschappelijke literatuur worden verminderd zelfredzamen aangeduid als 'vulnerable people' (Eisenman, Cardasco, Asch, Golden & Glik, 2007). Wie verminderd zelfredzaam is verschilt per situatie en context. De mate van verminderde zelfredzaamheid wordt bepaald door:

- > de mobiliteit van de persoon
- > de mate waarin de persoon inzicht heeft in een gevaarlijke situatie
- > de handelingsbekwaamheid van de persoon bij gevaar (NIFV, 2007).

1.2 Categorieën verminderd zelfredzamen

De groep verminderd zelfredzamen is erg divers. Uit de literatuur- en documentenstudie blijkt dat de volgende categorieën, door zowel de nationale als internationale literatuur, als verminderd zelfredzaam worden gezien (zie bijvoorbeeld Cabinet Office, 2008; Stel, Ketelaar, Gutteling, Giebels & Kerstholt, 2017):

- | | |
|---|---|
| > Ouderen > 65 jaar | > Personen met een auditieve beperking |
| > Kinderen < 12 jaar | > Personen met een visuele beperking |
| > Personen met een lichamelijke beperking | > Personen met een tijdelijke beperking |
| > Personen met een cognitieve en/of neurologische beperking | > Personen met een taalbarrière |
| > Personen met een psychische beperking | > Toeristen |
| | > Gedetineerden/personen in een gesloten inrichting |
| | > Bewoners van een zorginstelling. |

Bij deze indeling in categorieën willen wij benadrukken dat dé persoon met een kwetsbaarheid niet bestaat: personen verschillen in de mate waarin ze verminderd zelfredzaam zijn. Ook zijn ze niet altijd in te delen in één categorie: een persoon kan meerdere kwetsbaarheden hebben. Ongeveer 20 procent van de Nederlandse bevolking

behoort tot de groep ‘verminderd zelfredzamen’. In de toekomst zal dit percentage oplopen naar ongeveer 25 procent door onder andere de vergrijzing en het langer zelfstandig wonen van burgers (Programma Versterking Cliënten Positie, 2008).

Tabel 1.1 Schatting van aantallen mensen per categorie verminderd zelfredzamen

Categorie	Schatting van het aantal mensen
Ouderen 65 tot 80 jaar	2.395.385
80 jaar en ouder	764.275 (CBS, 2018a)
Kinderen < 12 jaar	2.200.000 (CBS, 2017a)
Personen met een lichamelijke beperking	1.400.000 (De Klerk, Fernee, Woittiez & Ras, 2012)
Personen met een cognitieve en/of neurologische beperking	> 100 000 (Wever, Jonker, Van Soomeren & Van der Graaf, 2006)
Personen met een psychische beperking	221.000 (Zorgvisie, 2017)
Personen met een auditieve beperking	575.000 (SCP, 2012)
Personen met een visuele beperking	298.000 (SCP, 2012)
Personen met een tijdelijke beperking	285.000 (Wever e.a., 2006)
Personen met een taalbarrière	2.381.565 (Stichting lezen en schrijven, 2018a, 2018b)
Toeristen (per jaar)	15.800.000 (CBS, 2017b)
Gedetineerden/personen in een gesloten inrichting	13.800 (CBS, 2015, Jeugdzorg Nederland, 2017, TBS Nederland, 2018)
Bewoners van een zorginstelling	245.700 (CBS, 2016)

In tabel 1.1 wordt een schatting gegeven van aantallen mensen in Nederland die tot de categorieën van verminderd zelfredzamen behoren. Daarbij moet opgemerkt worden dat sommige mensen onder meer dan één categorie kunnen vallen: soms zijn mensen bijvoorbeeld zowel lichamelijk- als cognitief beperkt. De aantallen bij de categorieën kunnen daarom niet bij elkaar opgeteld worden om tot het totaal aantal verminderd zelfredzamen in Nederland te komen.

1.2.1 Ouderen

Met de categorie ouderen worden mensen van 65 jaar of ouder bedoeld. Het is echt niet per definitie zo dat alle 65-plussers verminderd zelfredzaam zijn. Uit recente gegevens van het CBS blijkt dat sinds de jaren tachtig de gezondheid van ouderen aanzienlijk is verbeterd (CBS, 2018b). Mensen worden steeds ouder en ervaren steeds minder lichamelijke ongemakken. Een groot deel van de ouderen tussen de 65 en 80 jaar zal dan ook prima in staat zijn om voor hun eigen veiligheid te zorgen tijdens een crisissituatie. Vanaf 80 jaar neemt de kans op ziekten en beperkingen echter duidelijk toe en neemt de ervaren

gezondheid af. Deze groep zal dan ook meer kwetsbaar zijn tijdens een crisissituatie (Zantinge, Van der Wilk, Van Wieren & Schoemaker, 2011).

1.2.2 Kinderen

Kinderen onder de twaalf jaar zijn kwetsbaar in een crisissituatie, omdat zij vaak afhankelijk zijn van hun ouders/voogd of een andere verantwoordelijke op dat moment (bijvoorbeeld de school, de kinderopvang of de sportclub). Wanneer zij niet onder toezicht staan, kan het zijn dat crisisinformatie hen niet bereikt. Als crisisinformatie wel ontvangen wordt, kunnen kinderen alsnog kwetsbaar zijn, omdat ze mogelijk moeite hebben om de situatie goed in te schatten en om de juiste acties te bepalen en uit te voeren (Mitchell, Haynes, Hall, Choong & Oven, 2008).

1.2.3 Personen met een lichamelijke beperking

De categorie 'personen met een lichamelijke beperking' is erg divers: onder andere mensen met een dwarslaesie, reumatische aandoening, ziekte van Parkinson, astma en spasmes.² De ernst van de lichamelijke beperking zal bepalen in hoeverre iemand daadwerkelijk kwetsbaar zal zijn tijdens een crisissituatie. Het is te verwachten dat deze categorie net zo goed crisisinformatie kan ontvangen en interpreteren als mensen zonder lichamelijke beperkingen, maar deze groep kan wel beperkingen ondervinden in het uitvoeren van handelingen (Hoffman, 2008; Wever e.a., 2006).

1.2.4 Personen met een cognitieve en/of neurologische beperking

Door cognitieve en/of neurologische beperkingen (bijvoorbeeld aangeboren hersenletsel, ADHD, laagbegaafdheid, autisme, multiple sclerose en dementie) kunnen activiteiten die aangestuurd worden door de hersenen minder goed werken. Denk hierbij aan spraak, beweging, aandacht, concentratie, geheugen, tempo van informatieverwerking, handelen en denken. De mate van de beperking bepaalt in hoeverre iemand voor zijn of haar eigen veiligheid kan zorgen tijdens een crisissituatie. Deze groep zal gemiddeld genomen vooral moeite hebben met het begrijpen van informatie en het opvolgen van de aangegeven handelingsperspectieven (Wever e.a., 2006).

1.2.5 Personen met een psychische beperking

De aard van de problemen en de ernst zijn erg verschillend bij personen met een psychische beperking. Mensen kunnen onder andere te maken hebben met psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, middelenstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, autismespectrum stoornissen en niet aangeboren hersenletsel. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen personen met een chronische psychiatrische beperking en personen met een tijdelijke psychiatrische beperking. Tijdens een crisissituatie kunnen beide groepen echter tegen dezelfde problemen aanlopen: moeite met het interpreteren van crisisinformatie en moeite met het opvolgen van de aangegeven handelingsperspectieven (NIFV, 2007; Wever e.a., 2006).

1.2.6 Personen met een auditieve beperking

De categorie 'personen met een auditieve beperking' bestaat uit mensen die doof of slechthorend zijn. Tijdens een crisissituatie kan deze groep kwetsbaar zijn, omdat zij uit minder kanalen waarschuwingen en informatie kunnen ontvangen. Audio-informatie via sirenes, tv, radio en luidsprekers zullen doven en slechthorenden niet of slecht bereiken.

² Wij zien mensen met een visuele of auditieve beperking als twee aparte categorieën van mensen met een lichamelijke beperking, omdat zij hun eigen specifieke moeilijkheden hebben tijdens een crisissituatie.

Visuele waarschuwingen, zoals NL-Alert berichten, ondersteunende gebarentaal, of ondertiteling op tv bereiken deze groep wel (Stel e.a., 2017).

1.2.7 Personen met een visuele beperking

Personen met een visuele beperking zijn ofwel blind of slechtziend. Deze categorie kan verminderd zelfredzaam zijn tijdens een crisissituatie wanneer informatie over een crisis voornamelijk tekstueel verspreid wordt, zoals via NL-Alert en crisis.nl. Deze informatie is niet altijd beschikbaar via de Voice over: een systeem die tekstuele informatie voorleest. Ook kan deze categorie moeite hebben met het uitvoeren van handelingen, doordat ze visuele signalen niet waarnemen (Hoffman, 2008; Stel e.a., 2017).

1.2.8 Personen met een tijdelijke beperking

Met personen met een tijdelijke beperking worden personen bedoeld die zwanger zijn, pas geopereerd zijn of verwondingen hebben opgelopen. Personen met een tijdelijke beperking zijn niet gewend aan hun beperking. Hierdoor kunnen zij moeilijkheden ervaren in het uitvoeren van handelingen tijdens een crisissituatie (Stel e.a., 2017).

1.2.9 Personen met een taalbarrière

De categorie 'personen met een taalbarrière' bestaat uit analfabeten, laaggeletterden en migranten. Een analfabeet is iemand die de vaardigheid in lezen, spellen en schrijven niet – of niet in voldoende mate – beheerst. Laaggeletterden kunnen wel lezen en schrijven, maar hebben hier moeite mee en beheersen het minimale niveau niet om volwaardig te kunnen functioneren in de Nederlandse maatschappij (Stichting lezen en schrijven, 2018b) Migranten hebben niet allemaal de vaardigheden om de Nederlandse taal te kunnen spreken en/of begrijpen. Het onvoldoende of niet beheersen van de Nederlandse taal kan ervoor zorgen dat deze categorie kwetsbaar is tijdens een crisissituatie (Don & De Jong, 2008; Stel e.a., 2017).

1.2.10 Toeristen

In diverse onderzoeken worden toeristen gerekend tot de groep personen met een taalbarrière, maar in dit onderzoek zien wij deze groep als een aparte categorie. Toeristen zijn slechts tijdelijk aanwezig in Nederland en zijn onbekend met de lokale gevaren en hoe hiermee omgegaan kan worden. Tevens hebben toeristen een klein tot geen lokaal sociaal netwerk, waardoor zij minder snel gewaarschuwd zullen worden door anderen. Het is lastig te bepalen wat de rol van de overheid is ten aanzien van toeristen wanneer een crisissituatie zich voordoet. Dit is bijvoorbeeld afhankelijk van de locatie waar de toerist zich bevindt ten tijde van een crisis. Wanneer een toerist zich bevindt op de Dam, dan zal de overheid actie moeten ondernemen. Is diezelfde toerist echter in het Rijksmuseum, dan ligt de verantwoordelijkheid bij het museum (Hoffman, 2009).

1.2.11 Gedetineerden/personen in een gesloten inrichting

De categorie 'gedetineerden/personen in een gesloten inrichting' is een groep die maar weinig wordt beschreven in de literatuur. Waarschijnlijk komt dit doordat er over het algemeen van uitgegaan wordt dat gedetineerden en personen in een gesloten inrichting, geholpen worden door verantwoordelijken van de gevangenis/instelling, omdat het geen (wettelijke) taak is van de overheid. Deze categorie kan echter wel kwetsbaar zijn tijdens een crisissituatie, omdat zij afhankelijk zijn van anderen voor het krijgen van crisisinformatie en het uitvoeren van handelingen. De vraag is dan ook in hoeverre de gevangenis/instelling

voorbereid is op een crisissituatie en of zij in staat zijn om zorg te dragen voor de personen die er verblijven (Hoffman, 2009).

1.2.12 Personen in een zorginstelling

Onder de categorie 'personen in een zorginstelling' vallen ouderen die wonen in een verpleeghuis, maar ook personen die wonen in een instelling voor beperkten (verstandelijk en/of lichamelijk). In zo'n zorginstelling wonen veel verminderd zelfredzamen bij elkaar die afhankelijk zijn van de zorg die door de zorginstelling wordt geleverd. Aangezien zij verblijven in een zorginstelling kan men ervan uitgaan dat zij extra kwetsbaar zijn tijdens een crisissituatie, omdat zij afhankelijk zijn van zorg. Een belangrijke vraag is dan ook in hoeverre zorginstellingen zich ervan bewust zijn dat zij verantwoordelijk zijn voor het verlenen van zorg tijdens een crisissituatie en in hoeverre zij toegerust zijn om die zorg daadwerkelijk te leveren. Ook speelt hier de vraag welke rol de overheid richting die instellingen heeft (toezicht e.v.).

1.3 Factoren die (verminderde) zelfredzaamheid beïnvloeden

Uit bovenstaande uiteenzetting blijkt dat verminderd zelfredzamen op te delen zijn in twaalf categorieën. De mate van (verminderde) zelfredzaamheid bij deze categorieën wordt, naast de mate van de beperking, ook nog beïnvloed door de volgende negen factoren:³

- > Een lage sociaaleconomische status
- > Ondersteuning vanuit de zorg
- > Ondersteuning vanuit de overheid
- > Het sociale netwerk
- > De woonsituatie
- > De context van de crisissituatie
- > Het doenvermogen
- > Informatie- en digitale vaardigheden
- > Technologische ontwikkelingen.

1.3.1 Een lage sociaaleconomische status

Personen met een lage sociaaleconomische status zijn vaak minder goed opgeleid, waardoor zij informatie over een crisissituatie minder goed kunnen begrijpen. Dit is ook gebleken uit een onderzoek naar orkaan Katrina, waarin veel mensen met een lage sociaaleconomische status hebben aangegeven dat zij de televisieberichten over de orkaan onduidelijk vonden. Bovendien werd er volgens hen geen duidelijk handelingsperspectief gegeven in de berichtgeving en/of konden ze niet onthouden naar welke plekken ze het beste konden evacueren. Tevens waren zij ook minder goed in staat om te begrijpen wat de gevolgen konden zijn van de crisissituatie en handelden ze vooral op basis van eigen ervaringen in eerdere situaties. Ten slotte beschikten zij door een lager inkomen niet altijd over de middelen om te kunnen evacueren: ze hadden geen geld voor transport of ander onderdak. Mensen met een gemiddelde/hoge sociaaleconomische status ervaarden deze problemen niet (Eisenman e.a., 2007).

1.3.2 Ondersteuning vanuit de zorg

De mate waarin mensen ondersteuning ontvangen vanuit de (in)formele zorg (bijvoorbeeld mantelzorg, thuiszorg en sociale wijkteams) kan een factor zijn van verminderde

³ Zie bijvoorbeeld Drabek (1999); Eisenman e.a. (2007); Movisie (2013); Stel e.a. (2017).

zelfredzaamheid (Movisie, 2013). Dat zij deze ondersteuning nodig hebben geeft aan dat zij zonder deze hulp minder goed in staat zijn zichzelf te redden. Wat betreft thuiszorg maken wij onderscheid tussen mensen die zorg ontvangen via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)⁴ en de Wet langdurige zorg (Wlz).⁵ Iemand die zorg ontvangt via de Wmo kan zich misschien niet zelfstandig aankleden of wassen, terwijl iemand die zorg ontvangt via de Wlz meer zware, intensieve zorg nodig heeft doordat deze persoon bijvoorbeeld afhankelijk is van beademingsapparatuur.

1.3.3 Ondersteuning vanuit de overheid

Bij ondersteuning vanuit de overheid (in de praktijk uitgevoerd door de veiligheidsregio's, gemeente en rijksoverheid) kan men denken aan de risicocommunicatie die bedoeld is om mensen te informeren over mogelijke crisissituaties die kunnen plaatsvinden. Mensen zijn dan goed voorbereid wanneer er daadwerkelijk een crisissituatie ontstaat. Ook wordt er geoefend met bijvoorbeeld het ontvangen van een NL-Alert bericht. Wanneer iemand goed voorbereid is, kan dit een positief effect hebben op de mate van zelfredzaamheid tijdens een daadwerkelijke crisis.

1.3.4 Het sociale netwerk

Vanuit literatuuronderzoek is gebleken dat mensen met een beperkt sociaal netwerk minder gealarmeerd en geïnformeerd worden door hun sociale netwerk. Hierdoor zijn mensen met minder sociale contacten kwetsbaar in de alarmerings- en informatiefase van alle crisissituaties (Stel e.a., 2017). Wanneer het sociale netwerk sterk is, dan kan dit er echter voor zorgen dat iemand meer zelfredzaam zal zijn tijdens een crisis. Deze mensen zullen sneller geïnformeerd worden door anderen en zullen ook ondersteund worden door het netwerk tijdens een crisissituatie. Wanneer wij het hebben over de ondersteuning van anderen (burgers, familie, buurtnetwerken en organisaties) tijdens een crisissituatie om zo de gevolgen te beperken, spreken wij over redzaamheid (TNO, 2016). Het is echter niet vanzelfsprekend dat sociale netwerken ondersteuning bieden, wanneer daar om gevraagd wordt (Vriesema, 2018).

1.3.5 De woonsituatie

De woonsituatie van mensen kan ook invloed hebben op de mate van verminderde zelfredzaamheid ten tijde van een crisissituatie. Als men verminderd zelfredzaam is, maar woonachtig in een rijtjeshuis tussen allemaal zelfredzame mensen, dan zal dat minder problematisch zijn tijdens een crisissituatie, dan wanneer men in een rijtjeshuis woont en de burens ook bijna allemaal verminderd zelfredzaam zijn.

1.3.6 De context van de crisissituatie

Niet iedere persoon die ingedeeld wordt in de groep verminderd zelfredzamen, zal daadwerkelijk verminderd zelfredzaam zijn in iedere crisissituatie. Een deel van de mensen met een lichamelijke beperking zal zich bijvoorbeeld prima weten te redden tijdens een crisissituatie, wanneer het advies is om binnen te blijven en ramen en deuren te sluiten. Bovendien kan een persoon die normaal gesproken zelfredzaam is, verminderd zelfredzaam zijn tijdens een crisissituatie, omdat hij/zij bijvoorbeeld niet bekend is met de omgeving of geen telefoon bij zich heeft waardoor (crisis)informatie niet ontvangen wordt.

⁴ Klik [hier](#) voor een uitleg over de WMO.

⁵ Klik [hier](#) voor een uitleg over de Wlz.

1.3.7 Het doenvermogen

De mate van verminderde zelfredzaamheid wordt niet alleen bepaald door het denkvermogen (cognitief vermogen), maar ook door het 'doenvermogen' (een term van de WRR). In hoeverre is iemand in staat om in actie te komen, om te gaan met tegenslagen en in staat om vol te houden? Dit doenvermogen wordt bepaald door temperament, zelfcontrole en overtuigingen. Met temperament wordt bedoeld hoe iemand omgaat met 'stressoren'. Pakt iemand aan of heeft iemand de neiging stressoren te vermijden? Er lijkt een sterke samenhang te zijn tussen temperament en iemands niveau van zelfredzaamheid. Zelfcontrole refereert naar de bewuste controle over het eigen gedrag, gedachten en emoties. Heeft iemand veel zelfcontrole, dan zal dit een positief effect hebben op de zelfredzaamheid. Overtuigingen hebben te maken met waarneming, ervaring en betekenisgeving. Deze overtuigingen zijn relatief gevoelig voor wat iemand meemaakt. Een reeks van negatieve ervaringen op een bepaald gebied (bijvoorbeeld echtscheiding, verlies baan, sterfgeval) kan iemands optimisme en gevoel van controle negatief beïnvloeden. Hierdoor kan iemand tijdelijk minder zelfredzaam zijn (WRR, 2017).

1.3.8 Informatie- en digitale vaardigheden

Informatievaardigheden zijn steeds meer essentieel om volledig mee te kunnen doen in de samenleving. Het gaat hierbij om het zoeken, vinden, selecteren en interpreteren van online- en offline informatie. Bij digitale vaardigheden gaat het onder andere om het werken met smartphones, computers en het internet. Goede digitale basisvaardigheden zijn een voorwaarde voor goede informatievaardigheden, omdat steeds meer informatie digitaal wordt aangeboden. Om mee te kunnen doen in de huidige samenleving moet je kunnen werken met computers en internet. Op dit moment heeft ongeveer tien procent van de Nederlandse bevolking onvoldoende digitale vaardigheden. Wanneer iemand niet de nodige informatie- en digitale vaardigheden heeft, kan dit leiden tot verminderde zelfredzaamheid tijdens een crisissituatie. Zo'n persoon is dan minder goed in staat om informatie over een crisis te ontvangen (bijvoorbeeld door geen toegang te hebben tot NL-Alert) en om zelfstandig informatie te vinden over een crisissituatie (Koninklijke Bibliotheek, z.j.)

1.3.9 Technologische ontwikkelingen

De afgelopen jaren zijn er vele technologische ontwikkelingen geweest die verminderd zelfredzamen, meer zelfredzaam kunnen maken. Zo bestaan er rookmelders die gekoppeld kunnen worden met andere rookmelders in het huis, maar ook met die van de burens. Als een rookmelder in huis afgaat, dan gaat het signaal niet alleen af bij alle rookmelders in het huis, maar ook bij de burens. Dit laatste is handig, omdat burens snel alarm kunnen slaan en hulp kunnen bieden bij het veilig naar buiten komen in het geval van brand (Brandweeracademie, 2015). Een ander voorbeeld is het systeem 'Leef Samen'. Het systeem kan via sensoren in het huis automatisch mensen uit het eigen sociale netwerk (burens, familie, mantelzorger) en/of hulpdiensten alarmeren (Leef Samen, z.j.). Tevens is er een mobiele watermist sprinkler ontwikkeld die snel en gemakkelijker geplaatst kan worden (ook in bestaande woningen). Waar normaal gesproken een brand in een woonomgeving binnen ongeveer 3 minuten dodelijk kan zijn, kan dit systeem de beschikbare tijd voor hulpverleners om verminderd zelfredzamen te evacueren verlengen naar minimaal 15 minuten (Brandweeracademie, 2016). Ook worden er zo ongeveer dagelijks nieuwe app's ontwikkeld die kunnen bijdragen aan een betere en snellere respons bij incidenten (hartaanval, brand, ongeval e.a.).

1.4 Conclusie

Verminderd zelfredzamen zijn mensen die tijdens een crisissituatie niet goed voor hun eigen 'veiligheid' kunnen zorgen en (deels) afhankelijk zijn van hulp van anderen. Onderzoek heeft aangetoond dat op dit moment ongeveer 20 procent van de Nederlandse bevolking valt onder de groep verminderd zelfredzamen. Er zijn twaalf categorieën verminderd zelfredzamen te onderscheiden: 1. ouderen, 2. kinderen < 12 jaar, 3. personen met een lichamelijke beperking, 4. personen met een cognitieve en/of neurologische beperking, 5. personen met een psychische beperking, 6. personen met een auditieve beperking, 7. personen met een visuele beperking, 8. personen met een tijdelijke beperking, 9. personen met een taalbarrière, 10. toeristen, 11. gedetineerden/personen in een gesloten inrichting en 12. personen in een zorginstelling. Bij de laatste drie categorieën speelt de vraag wat de rol is van de overheid, wanneer een crisissituatie zich voordoet. Ten slotte kunnen er tenminste negen factoren worden onderscheiden die van invloed (ten positieve of ten negatieve) zijn op de mate van (verminderde) zelfredzaamheid tijdens een crisissituatie: 1. een lage sociaaleconomische status, 2. ondersteuning vanuit de zorg, 3. ondersteuning vanuit de overheid, 4. het sociale netwerk, 5. de woonsituatie, 6. de context van de crisissituatie, 7. het doenvermogen, 8. informatie- en digitale vaardigheden en 9. technologische ontwikkelingen.

2 Kwetsbaarheid en verwachtingen

De categorieën verminderd zelfredzamen verschillen met betrekking tot in welke fase van een crisissituatie zij als kwetsbare groep aangemerkt kunnen worden. Om te bepalen wie onder welke omstandigheden verminderd zelfredzaam zijn, wordt in dit hoofdstuk per categorie verminderd zelfredzamen beschreven tegen welke moeilijkheden zij aan kunnen lopen tijdens de drie fasen van een crisis: 1. de alarmerings- en informatiefase, 2. de handelingsfase en 3. de nafase. Tevens zijn de verwachtingen van de verminderd zelfredzamen naar de overheid toe in kaart gebracht. Ten slotte wordt in dit hoofdstuk beschreven hoe in het buitenland omgegaan wordt met verminderd zelfredzamen wanneer een crisissituatie zich voordoet.

2.1 Wie zijn onder welke omstandigheden verminderd zelfredzaam?

Voor de alarmerings- en informatiefase is onderzocht in hoeverre de categorieën verminderd zelfredzamen te bereiken zijn via de mogelijke communicatiemiddelen en in hoeverre zij in staat zijn de gecommuniceerde informatie juist te interpreteren. Voor de handelingsfase is onderzocht in hoeverre er risico's en/of problemen aanwezig zijn die belemmerend kunnen werken om handelingsperspectieven uit te voeren. Voor de nazorgfase is er gekeken wat de verschillende categorieën nodig hebben qua zorg om weer terug te kunnen keren naar de reguliere situatie. De beschreven resultaten geven per categorie verminderd zelfredzamen een algemeen beeld, waarop uiteraard vele uitzonderingen mogelijk zijn.

De informatie in deze paragraaf is gebaseerd op het WODC-rapport over het alarmeren en informeren van kwetsbare groepen bij crisissituaties (Stel et al., 2017), een lesbrief over brandweerhulpverlening aan verminderd zelfredzame personen (NIFV, 2007), een quick scan over de risico's voor mensen met beperkingen bij calamiteiten (Don & De Jong, 2008) en diverse websites van belangenverenigingen. Ter controle is het verkregen beeld, op basis van de informatie uit de rapporten, getoetst bij vertegenwoordigers van de categorieën verminderd zelfredzamen en aangepast wanneer dit nodig bleek te zijn.

2.1.1 Ouderen

In de alarmerings- en informatiefase kunnen ouderen kwetsbaar zijn, omdat zij niet altijd hun mobiele telefoon mee hebben of er niet vaak op kijken. Ook zijn ze niet altijd bekend met NL-Alert en hebben ze soms moeite met het instellen ervan. Ouderen verwachten dat ze vooral gewaarschuwd worden via de televisie, radio, geluidswagen of de WAS-palen (die uitgefaseerd worden). Of ouderen gewaarschuwd zullen worden door anderen hangt af van het sociale netwerk om hen heen. Een deel van de ouderen heeft een beperkt sociaal netwerk, waardoor ze niet altijd door anderen gewaarschuwd zullen worden. Wel worden

ouderen (soms) door zorgverleners gewaarschuwd die zich verantwoordelijk voelen voor de ouderen.

In de handelingsfase kunnen ouderen in twee groepen ingedeeld worden (afhankelijken en de meer redzamen). Bij de ene groep 'afhankelijken' kan het zijn dat ze crisissituaties pas later signaleren en dat ze handelingen niet of moeilijk kunnen uitvoeren. Ook kan het zijn dat ze meer tijd nodig hebben om te vluchten. Bovendien zijn ze niet altijd in staat om zelfstandig te vluchten; dit hangt af van de beschikbare vluchtwegen. Net als in het dagelijkse leven is deze groep afhankelijk van zorg en ondersteuning door thuiszorg en wijkverpleging. De groep 'meer redzamen' bestaat uit personen die heel bewust de eigen regie willen houden. Zij hebben ook meestal minder moeite om te handelen tijdens een calamiteit. Tijdens een ontruiming bij brand waren er bijvoorbeeld ouderen die zelfstandig de trap afgingen, terwijl ze dat normaal niet 'kunnen' vanwege rollatorgebruik. Het zelf bestrijden van een beginnende brand lukt deze groep echter meestal niet.

In de nafase hebben ouderen hulp nodig bij het herstellen van eventuele schade en nazorg bij een gemeenschappelijke calamiteit als een ontruiming. Belangrijk is dat na het incident gesproken wordt over het incident om zo de gebeurtenis te kunnen verwerken. Ouderen die al zorg krijgen zullen normaliter voorzien worden van deze ondersteuning in de nafase, maar dit geldt niet voor ouderen die geen zorg krijgen. Zij moeten het meer hebben van het eigen sociale netwerk. Ouderen die geen sociaal netwerk hebben, kunnen 'vergeten' worden in de nafase.

Verwachtingen:

- > De overheid biedt ondersteuning wanneer er geëvacueerd dient te worden.
- > De overheid draagt zorg voor het continueren van de zorg, zoals die in het dagelijks leven gegeven wordt.

2.1.2 Kinderen < 12 jaar

Kinderen onder de 12 jaar kunnen kwetsbaar zijn in alle fasen van een crisissituatie, wanneer zij niet onder toezicht staan van hun ouders/voogd of een andere verantwoordelijke op dat moment. Van de kinderen die een mobiele telefoon heeft, heeft een groot deel NL-Alert ingeschakeld staan. Zij kunnen echter wel moeite hebben met het interpreteren van een crisisbericht. Wanneer zij hierover contact zouden op willen nemen met ouders, dan is het niet vanzelfsprekend dat dit lukt door een gebrek aan beltegoed/internet of een overbelast netwerk.

In de handelingsfase hebben kinderen, net als in het dagelijkse leven, ondersteuning nodig van een volwassene bij het maken van de juiste keuzes. Wanneer die ondersteuning er niet is, vinden kinderen het vaak moeilijk om te bepalen hoe ze goed kunnen handelen tijdens een crisissituatie. Bijvoorbeeld als het brandalarm afgaat op school, dan kijken alle leerlingen eerst naar de docent, want hij of zij vertelt de leerlingen wat ze moeten doen. De oudere kinderen (10-12 jaar) zouden wel zelfstandig actie kunnen ondernemen, mits dit geoefend wordt.

In de nafase hebben kinderen vooral de behoefte om hun ervaringen te kunnen delen in een vertrouwde omgeving (eventueel met professionele hulpverlening). Ga in gesprek met de kinderen. Wat hebben ze gezien en wat hebben ze goed gedaan? Belangrijk hierbij is de kinderen het gevoel te geven dat ze goed hebben gehandeld. Wanneer er een

groepsgesprek plaatsvindt met kinderen is het belangrijk om te weten dat kinderen, onder invloed van de groep, soms de neiging hebben om hun emoties te versterken om meer aandacht te krijgen. Belangrijk hierbij is om het niet groter te maken dan nodig is, maar geef ze wel tijd om erover te praten.

Verwachtingen:

- > Wanneer het kind niet bij de ouders is, maar bijvoorbeeld op school, verwachten ouders dat de school zorgt voor de opvang van de kinderen tijdens een crisissituatie en dat de overheid hierop toezicht houdt.

2.1.3 Personen met een lichamelijke beperking

Personen met een lichamelijke beperking ondervinden over het algemeen geen problemen in de alarmerings- en informatiefase van een crisissituatie. Sommigen zijn alleen niet altijd in de mogelijkheid om zelfstandig gebruik te maken van media.

Als er gekeken wordt naar de handelingsfase, dan zijn deze personen net als in het dagelijks leven vaak minder handelingsbekwaam. Voor het uitvoeren van handelingsperspectieven kan het zijn dat ze bijvoorbeeld te weinig kracht in hun armen en/of benen hebben om ramen of deuren te openen en/of sluiten. Ook hebben ze vaak hulpmiddelen nodig om zich te kunnen voortbewegen, waardoor ze minder makkelijk kunnen vluchten. Ten slotte kan het ook zijn dat personen met een lichamelijke beperking onvoldoende energie hebben om adequaat actie te ondernemen.

In de nafase zullen deze mensen, net als mensen zonder beperking, voornamelijk psychosociale ondersteuning nodig hebben om wat ze mee hebben gemaakt te kunnen verwerken.

Verwachtingen:

- > Tijdens een crisissituatie waarbij geëvacueerd dient te worden, wordt verwacht dat of de overheid of de instelling waarin ze verblijven hen ondersteunt waar nodig.

2.1.4 Personen met een cognitieve en/of neurologische beperking

Voor personen met een cognitieve en/of neurologische beperking is de informatie die aangeboden wordt tijdens een crisissituatie vaak te complex om te kunnen begrijpen. Zij hebben dan ook hulp nodig met het duiden van de informatie. Tevens vinden ze het lastig om te bepalen wie ze kunnen bellen om te vragen wat er aan de hand is en wat ze moeten doen. Sommige personen uit deze categorie zullen minder snel geïnformeerd worden door anderen vanwege een beperkt sociaal netwerk.

Een crisissituatie is voor deze groep erg lastig, omdat ze over het algemeen behoefte hebben aan structuur, overzicht en duidelijkheid. Tijdens een crisissituatie is dit er niet, waardoor zij mogelijk instructies missen, verkeerd gaan handelen en/of koppig zijn tijdens een evacuatie.

In de nafase heeft deze categorie vooral behoefte aan psychosociale hulpverlening om wat ze mee hebben gemaakt te kunnen verwerken.

Verwachtingen:

- > Ze willen het liefste gewaarschuwd worden via een tekstbericht op de mobiele telefoon of via nieuwsberichten.
- > Sommigen wensen dat er iemand persoonlijk langs komt om te waarschuwen. Belangrijk is dat deze persoon rustig blijft en iemand gerust kan stellen.

2.1.5 Personen met een psychische beperking

Personen met een psychische beperking kunnen problemen ervaren met het interpreteren/begrijpen van de informatie die aangeboden wordt tijdens een crisissituatie. Tevens kan het zijn dat zij de informatie de ze krijgen vervormen (andere betekenis geven), of dat ze niet doorhebben dat er iets aan de hand is door een lage sensitiviteit (wat door medicatie kan komen). Hierdoor kunnen signalen zoals rook of een brandlucht gemist worden.

In de handelingsfase kan het zijn dat personen met een psychische beperking niets doen, omdat ze niet goed beseffen dat er iets aan de hand is. Als ze wel willen handelen kan het zijn dat ze niet goed weten wat ze moeten doen. Ook kunnen ze agressief worden door de stress die ontstaat bij een crisissituatie.

In de nafase is voor personen met een psychische beperking intensieve ondersteuning nodig. Zeker wanneer het gaat om mensen die getraumatiseerd zijn, kan er sprake zijn van een toename van psychische klachten.

Verwachtingen:

- > Personen met een psychische beperking verwachten dat er voortdurend en duidelijk gecommuniceerd wordt, zodat ze weten wat er van hen verwacht wordt en wat zij zelf moeten doen in het kader van hun eigen veiligheid.
- > Het is belangrijk dat structuur, duidelijkheid en overzichtelijkheid wordt geboden.

2.1.6 Personen met een auditieve beperking

Personen met een auditieve beperking kunnen tijdens een crisissituatie bereikt worden via de mobiele telefoon. Waarschuwingen die gebruikmaken van geluid (geluidswagen, sirene, brandalarm) zullen deze personen echter niet bereiken. Bovendien zijn ze kwetsbaar als ze niet of pas laat opmerken dat er iets aan de hand is. Ze worden niet altijd gewaarschuwd door anderen, omdat zij er niet bij stilstaan dat een persoon met een auditieve beperking bijvoorbeeld het alarm niet hoort. Wanneer andere mensen in de omgeving een persoon met een auditieve beperking wel willen waarschuwen, gaat dit vaak moeizaam doordat ze meestal geen gebarentaal kunnen.

In de handelingsfase is deze groep behoorlijk zelfredzaam. Alleen verbale instructies van hulpverleners gaan (deels) aan hun voorbij. Tijdens een crisissituatie maken ze veel gebruik van regio-apps om op de hoogte te blijven en te weten hoe ze moeten handelen. Deze regio-apps waarschuwen hen echter niet wanneer ze zich buiten hun regio bevinden.

In de nafase heeft deze categorie geen andere ondersteuning nodig dan mensen zonder beperking. Wel is het wenselijk dat bij psychosociale, medische en maatschappelijke hulp een tolk aanwezig is.

Verwachtingen:

- > Personen met een auditieve beperking wensen een landelijke app die vergelijkbaar is met de regio-app, die waarschuwt wanneer ze op een locatie zijn waar een crisissituatie is.
- > Het is wenselijk als informatie/kennis over (mogelijke) crisissituaties en wat men kan/moet doen, toegankelijk gemaakt wordt voor personen met een auditieve beperking (via gebarentaal, ondertiteling en visuele instructiefilmpjes).
- > Het is wenselijk als het systeem waarmee de overheid waarschuwingen geeft, ook aangesloten kan worden op waarschuwingssystemen die geluiden zichtbaar of voelbaar maken in huis.
- > Het zou goed zijn als hulpverleners basisgebaren in kunnen zetten, zodat instructies overgebracht kunnen worden.

2.1.7 Personen met een visuele beperking

Waarschuwingen waar zicht voor nodig is, zullen personen met een visuele beperking niet bereiken. Er zijn echter andere mogelijkheden om deze categorie alsnog te bereiken: via radio en televisie met braille. Ook kunnen computers, smartphones en smartwatches crisisinformatie uitspreken. Personen met een visuele beperking zijn echter wel afhankelijk van moderne technologieën. Als die uitvallen zijn ze voornamelijk afhankelijk van het sociale netwerk. Het kan echter zijn dat het sociale netwerk er niet aan denkt om een visueel beperkte te waarschuwen door de impact van een situatie.

In de handelingsfase zijn visueel beperkten in een thuissituatie over het algemeen in staat om te handelen, omdat ze de omgeving goed kennen. Het zou echter wel kunnen zijn dat ze visuele signalen missen, wat kan leiden tot minder adequaat gedrag. Wanneer personen met een visuele beperking in een vreemde omgeving verblijven, dan zullen zij meer ondersteuning nodig hebben om te kunnen handelen. Vertrouwen in de persoon die ondersteuning biedt is erg belangrijk. Dit vertrouwen kan gegeven worden door duidelijk te vertellen wat er gebeurt, waar het gevaar is en waar een eventuele vluchtweg langs gaat.

In de nafase hebben visueel beperkten vooral psychosociale hulpverlening nodig. De veilige omgeving is helemaal op de kop gezet en dat moet weer een veilige basis worden in het hoofd van deze mensen. Hiervoor zijn gesprekken nodig met maatschappelijke hulpverlening of psychologen.

Verwachtingen:

- > Personen met een visuele beperking wensen dat calamiteiten- en waarschuwingskaarten ook in braille beschikbaar gesteld worden.
- > Alle informatie over een crisissituatie zou ook toegankelijk moeten zijn via de Voice over.

2.1.8 Personen met een tijdelijke beperking

Personen met een tijdelijke beperking ondervinden geen moeilijkheden in de alarmerings- en informatiefase.

Ze zijn vaak niet gewend aan hun beperking en kunnen hierdoor moeite hebben met het uitvoeren van handelingen, door bijvoorbeeld mobiliteitsproblemen.

In de nafase van een crisis zullen personen met een tijdelijke beperking, net als mensen zonder een beperking, vooral behoefte hebben aan een veilige 'eigen' plek, met vertrouwde spullen/mensen om hen heen. Verder moet er een mogelijkheid geboden worden om te

praten over de ingrijpende gebeurtenis. Of dit met familie of professionele hulpverlening moet zijn, zal per persoon verschillend zijn.

Verwachtingen:

- > Er zijn geen verwachtingen naar de overheid toe, aangezien ze verwachten dat het netwerk dat hun in het dagelijkse leven ondersteunt, dit ook zal doen tijdens een crisissituatie.

2.1.9 Personen met een taalbarrière

Personen met een taalbarrière kunnen moeite hebben met het instellen van NL-Alert. Tevens kunnen ze moeite hebben met het begrijpen van een NL-Alert en ook snappen ze het nut er niet altijd van. Informatie wordt niet altijd goed begrepen; informatie is alleen in het Nederlands beschikbaar en het taalgebruik is soms te complex. Een deel van de personen met een taalbarrière heeft een klein sociaal netwerk, waardoor ze minder snel door anderen gewaarschuwd worden.

Doordat ze een beperkt taalbegrip hebben kan het zijn dat instructies niet goed worden opgevolgd of zelfs gemist worden. Bovendien zijn mensen met een migratieachtergrond niet altijd bekend hoe de hulpverlening in Nederland werkt, wat voor problemen kan zorgen.

Wat personen met een taalbarrière nodig hebben in de nafase is erg afhankelijk van persoonlijke omstandigheden.

Verwachtingen:

- > Personen met een taalbarrière zouden het op prijs stellen als handelingsperspectieven gecommuniceerd worden door middel van een (foto) stripverhaal, filmpje of gesproken boodschap. Dit kan een deel van de problemen rondom taal wegnemen.

2.1.10 Toeristen

Toeristen kunnen kwetsbaar zijn tijdens de alarmerings- en informatiefase, omdat ze niet bekend zijn hoe ze in Nederland informatie kunnen krijgen over een crisissituatie. Wanneer toeristen wel crisisinformatie ontvangen, dan kan het zijn dat de informatie niet begrepen wordt, omdat deze alleen gegeven wordt in het Nederlands. Als de informatie wel in andere talen beschikbaar zou zijn, dan kan het alsnog zijn dat toeristen niet direct iets met de informatie kunnen (bijvoorbeeld code rood weeralarm 'ga niet de weg op').

In de handelingsfase zouden toeristen verkeerd kunnen gaan handelen, wanneer zij de instructies niet begrijpen.

In de nafase van een crisissituatie kan een rol weggelegd zijn voor de ambassade. Eerst zullen toeristen contact willen hebben met dierbaren om te laten weten dat ze veilig zijn. Vervolgens zullen zij veelal zo snel mogelijk weer naar huis willen.

Verwachtingen:

- > Toeristen verwachten van de overheid dat de informatie over crisissituaties ook beschikbaar is in een andere taal dan alleen het Nederlands.
- > Het liefste willen ze gewaarschuwd worden via hun eigen ambassade (al zal de uitvoering hiervan vrijwel onmogelijk zijn).

2.1.11 Gedetineerden/personen in een gesloten inrichting

Deze categorie is afhankelijk van derden voor het verkrijgen van informatie over een crisissituatie. Indien het een crisissituatie betreft waar de instelling direct bij betrokken is, dan zal bij een acute dreiging gedetineerden geïnformeerd worden via de intercom. Wanneer de dreiging niet acuut is, dan zal dit schriftelijk (per brief, kabelkrant) gedaan worden. Wanneer het een crisissituatie buiten de instelling betreft, dan bestaat de mogelijkheid dat ze informatie krijgen via de televisie of radio.

In de handelingsfase zullen de meeste personen niet kwetsbaar zijn, omdat de instelling waarin ze verblijven zal zorgdragen voor hun veiligheid. Ze verwachten dan ook dat bewakers of behandelaars in actie zullen komen, wanneer dit nodig blijkt te zijn. Personen in een gesloten inrichting met psychiatrische of psychische aandoeningen kunnen wel moeilijkheden ondervinden in de handelingsfase. Door een gebrek aan relativiseringsvermogen zouden ze in paniek kunnen raken.

In de nafase van een crisis is het ook bij deze categorie belangrijk om ruimte te bieden, zodat deze mensen kunnen praten over de gebeurtenis.

Verwachtingen:

- > Gedetineerden/personen in een gesloten inrichting hebben geen verwachtingen naar de overheid toe, aangezien zij verwachten dat de instelling handelt indien nodig.

2.1.12 Personen in een zorginstelling

Personen in een zorginstelling zijn kwetsbaar, omdat ze met een grote groep verminderd zelfredzamen samenwonen en afhankelijk zijn van de hulp van het personeel. Afhankelijk van hun beperkingen zullen ze wel of niet bereikt worden door crisisinformatie en zullen ze wel of niet kunnen handelen. In een verpleeghuis waar voornamelijk dementerenden wonen zal bijvoorbeeld geen enkele cliënt reageren op welke alarmerings- of crisisinformatie dan ook.

Ook zullen zij niet in staat zijn om te handelen. Ondanks de dementie zullen cliënten wel merken dat er wat aan de hand is, waardoor ze onrustig kunnen worden of mogelijk agressie vertonen.

In de nafase is het vooral belangrijk om de rust terug te laten keren. Dit zou kunnen gebeuren door de cliënten één op één te begeleiden.

Verwachtingen:

- > Personen in een zorginstelling hebben geen verwachtingen naar de overheid toe, aangezien zij verwachten dat de zorginstelling zorgdraagt voor hun veiligheid tijdens een crisissituatie.

2.2 Ervaringen uit het buitenland

Hoewel de focus in dit onderzoek gericht is op verminderde zelfredzaamheid ten tijde van een crisis in Nederland, is het interessant om te weten hoe het buitenland omgaat met de kwetsbaarheden van verminderd zelfredzamen tijdens een crisissituatie. Wij geven hieronder een kort overzicht hoe in een aantal andere Westerse landen ten tijde van rampen of crises

omgegaan wordt met verminderd zelfredzamen; het is niet onze bedoeling hierin uitputtend te zijn.

2.2.1 Amerika

In Amerika werd bij zowel 9/11 (2001) als de orkaan Katrina (2005) geen rekening gehouden met mensen met een beperking (lichamelijk, cognitief en/of zintuigelijk) in rampenplannen. De rampenplannen waren ontworpen voor mensen die in staat waren zichzelf te verplaatsen en die konden zien en horen. Mensen met een beperking werden uit het planningsproces gehouden. De gevolgen hiervan werden zichtbaar tijdens 9/11. Tijdens de aanslag op de Twin Towers werden bijvoorbeeld mensen met een beperking achtergelaten tijdens het evacueren van de gebouwen. Sommigen van hen gingen zelf hun eigen evacuatie organiseren, maar anderen wachtten volgens protocol op de hulp van de brandweer. Veel mensen die kozen om te wachten stierven uiteindelijk (Fox, White, Rooney & Rowland, 2007). Naar aanleiding van deze ramp werd een website ontwikkeld voor mensen met een beperking waarop gedetailleerde informatie te vinden is over hoe zij kunnen evacueren en hoe zij kunnen reageren op een ramp. Tijdens orkaan Katrina is gebleken dat veel mensen met een beperking werden achtergelaten. Ook raakten mensen gewond en sommigen kwamen zelfs te overlijden, doordat ze het Engelstalige evacuatiebericht niet konden begrijpen of niet in staat waren om te evacueren. Voor de mensen met een beperking die wel geëvacueerd werden, waren de opvanglocaties niet altijd geschikt, waardoor mensen gedwongen buiten moesten slapen in hun rolstoel. Gedetineerden bleven tijdens orkaan Katrina vaak opgesloten en ondervonden hierdoor veel negatieve gevolgen van de orkaan, doordat de stroom uitviel en de gevangenis onderwater liep (Hoffman, 2008). Sinds orkaan Katrina zijn er verbeteringen doorgevoerd in de crisiscommunicatie voor mensen met een beperking. Zo heeft 'the Weather Channel' de meeste programma's ondertiteld en ook nieuwsuitzendingen tijdens rampen en/of crises worden tegenwoordig ondertiteld. Deze verbeteringen zijn er echter alleen op gericht om de traditionele media meer toegankelijk te maken voor mensen met een beperking. Sociale mediaplatforms zoals Facebook en Twitter zouden echter ook goed toegankelijk moeten zijn voor deze mensen (Kent & Ellis, 2015).

2.2.2 Australië

In Australië zijn diverse onderzoeken gedaan naar hoe verschillende groepen kwetsbare mensen crisis gerelateerde informatie ontvangen en interpreteren. Ouders met jonge kinderen hebben vaak minder tijd en middelen om aanwezig te zijn bij buurtbijeenkomsten, waardoor ze soms belangrijke informatie missen. Sommige oudere mensen hebben moeilijkheden met het gebruik van nieuwe communicatiemiddelen, zoals mobiele telefoons en ramp-gerelateerde applicaties, waardoor ook zij informatie kunnen missen. Mensen met gezondheidsbeperkingen of mentale beperkingen kunnen moeilijkheden hebben met het ontvangen en begrijpen van crisisinformatie. Tevens laat onderzoek zien dat mensen die doof en/of blind zijn vaak waarschuwingsboodschappen niet op tijd ontvangen. Mensen met een migratieachtergrond hebben een kleinere kans om informatie te ontvangen of te begrijpen door een taalbarrière. Bovendien krijgen ze minder ondersteuning van anderen, doordat ze vaak een klein sociaal netwerk hebben (Howard, Agllias, Bevis & Blakemore, 2017).

2.2.3 Nieuw-Zeeland

In Nieuw-Zeeland wordt vooral aandacht gevraagd voor de problematiek van mensen met beperkingen ten tijde van een crisis of ramp. Er worden simpele tips geboden hoe hier het beste mee omgegaan kan worden. Deze tips worden gegeven op een website van de

overheid (Qureshi, 2012). Zo wordt beschreven dat mensen met beperkingen specifieke behoeften hebben waar rekening mee gehouden dient te worden. Een van de tips gaat bijvoorbeeld over het maken van afspraken wie een doof persoon informeert wanneer iets aan de hand is. Verder wordt informatie aangeboden die gericht is op bewustwording van familie en vrienden van mensen met een beperking (onder andere houd bij een incident rekening met vrienden die een beperking hebben) en bij de mensen met een beperking zelf (zorg dat je weet aan wie je hulp kunt vragen bij een incident) (Wever e.a., 2006).

2.3 Conclusie

Al met al kan er geconcludeerd worden dat iedere categorie verminderd zelfredzamen, tijdens een crisissituatie, eigen kwetsbaarheden heeft en specifieke verwachtingen heeft van de overheid. Ouderen, personen met een lichamelijke beperking, personen met een cognitieve en/of neurologische beperking en personen met een psychische beperking hebben over het algemeen moeite met het ontvangen en/of begrijpen van crisisinformatie. Tevens zullen zij vaak ondersteuning nodig hebben wanneer er geëvacueerd dient te worden. Zij verwachten dat de overheid hiervoor zorgdraagt. Kinderen en personen met een tijdelijke beperking zullen zich over het algemeen prima redden tijdens een crisissituatie, wanneer zij ondersteund worden door mensen uit hun sociale netwerk of onder toezicht staan. Deze categorieën hebben dan ook geen verwachtingen van de overheid. Meer problemen zijn te verwachten voor personen met een auditieve beperking, personen met een visuele beperking, personen met een taalbarrière en toeristen. Zij worden niet altijd bereikt door waarschuwingen en kunnen problemen ondervinden bij het uitvoeren van handelingen, omdat ze bijvoorbeeld de instructies niet horen, zien of begrijpen. Personen met een auditieve beperking, personen met een visuele beperking, personen met een taalbarrière en toeristen verwachten dan ook van de overheid dat de waarschuwingen en crisisinformatie die aangeboden worden via de verschillende informatiekkanalen aangepast worden aan taal en taalniveau (gebarentaal, braille, af te luisteren via Voice over, ondertiteling, Engels en het liefste in de eigen taal). Ten slotte is de categorie gedetineerden/ personen in een gesloten inrichting en personen in een zorginstelling (grotendeels) afhankelijk van crisisinformatie die zij ontvangen van de instelling waarin ze verblijven. Mocht er gehandeld moeten worden of is er een evacuatie nodig, dan zijn ze ook afhankelijk van de instelling. Er wordt verwacht dat de overheid zorgdraagt voor hun veiligheid tijdens een crisissituatie door toezicht te houden op de instelling en te ondersteunen waar nodig. Ten slotte ervaren verminderd zelfredzamen in Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland, net als in Nederland, moeilijkheden tijdens de verschillende fasen van een crisissituatie. Wel zijn er in al deze landen positieve ontwikkelingen gaande om beter zorg te kunnen dragen voor verminderd zelfredzamen ten tijde van een crisis.

3 Crisissituaties

In het voorgaande hoofdstuk is gesteld dat verminderd zelfredzamen tijdens een crisissituatie niet altijd voor hun 'eigen veiligheid' kunnen zorgen en (deels) afhankelijk zijn van hulp van anderen. Over wat voor soort crisissituaties hebben wij het dan en hoe vaak komen dergelijke situaties voor? Op basis van de *Handreiking Regionaal Risicoprofiel* (ARCADIS, Gemini Consultants, Houdijk Advies & Stichting Werkgemeenschap tussen Techniek & Zorg, 2009) zijn zeven maatschappelijke thema's te onderscheiden die kunnen leiden tot een ramp of crisis:

- > Natuurlijke omgeving
- > Gebouwde omgeving
- > Technologische omgeving
- > Vitale infrastructuur en voorzieningen
- > Verkeer en vervoer
- > Gezondheid
- > Sociaal-maatschappelijke omgeving.

3.1 Natuurlijke omgeving

Bij een incident in de natuurlijke omgeving kan er sprake zijn van een natuurbrand, aardbeving of overstroming. Natuurbranden komen in Nederland een paar keer per jaar voor, maar meestal betreft het slechts een kleine natuurbrand. Om de paar jaar hebben we te maken met een relatief grote natuurbrand die zich ontwikkelt tot een onbeheersbare natuurbrand. In 2014 brak er bijvoorbeeld een grote brand uit in het Nationaal Park De Hoge Veluwe, waarbij 527 hectare bos en hei verloren is gegaan. De ongeveer 2000 bezoekers moesten het park verlaten (Flohr & van Ruijven, 2014). Deze brand heeft geleid tot inzicht bij zorginstelling 's Heeren Loo, waar meervoudig zwaar gehandicapte personen verblijven. Deze instelling is midden in de bossen gelegen en had tijdens de brand te maken met rookontwikkeling op hun terrein. Naar aanleiding van deze brand heeft de instelling in samenwerking met de veiligheidsregio maatregelen genomen, zodat ze beter voorbereid zijn op een eventuele natuurbrand.

Aardbevingen komen vaker voor in Nederland, maar dan vooral in het uiterste noorden van het land. In 2017 zijn er 18 aardbevingen geregistreerd met een kracht van 1.5 of hoger op de schaal van Richter. Tot nu toe hebben deze aardbevingen nog niet direct geleid tot gewonden of doden. Wel zijn vele gebouwen beschadigd geraakt door de aardbevingen. Hierdoor is in Groningen een versterkingsoperatie in gang gezet om ervoor te zorgen dat alle gebouwen voldoen aan de veiligheidsnorm. Binnen deze operatie is specifiek aandacht voor kwetsbare locaties, zoals verpleeghuizen (RTV Noord, z.j.).

3.2 Gebouwde omgeving

Bij een incident in de gebouwde omgeving kan gedacht worden aan een brand in een kwetsbaar object. Volgens de risicokaart gaat het om gebouwen met een grootschalige publieksfunctie of gebouwen waar veel mensen niet of verminderd zelfredzaam zijn, zoals

een ziekenhuis. Ook hoge gebouwen van meer dan 25 verdiepingen staan op de kaart. Zo'n brand in een kwetsbaar object gebeurt een paar keer per jaar. Een recente situatie is de brand in Woonzorgcentrum Arcadia in Zwolle, waarbij een grote groep ouderen geëvacueerd moest worden doordat er brand in een woning was uitgebroken. De evacuatie verliep goed; slechts 4 bewoners werden na het inademen van rook uit voorzorg naar het ziekenhuis gebracht (De Vries, Laconi & Cuijpers, 2017). Er zijn echter ook voorbeelden te noemen waar een brand minder goed afliep. In 2011 kwamen drie patiënten om het leven bij een brand in de psychiatrische instelling Rivierduinen in Oegstgeest. Uit het onderzoek naar deze brand bleek dat de zorginstelling met hun brandveiligheidsmaatregelen te weinig rekening hield met de verminderde zelfredzaamheid van de patiënten en het effect hiervan op een evacuatie. Bedrijfshulpverleners werden tijdens de brand bijvoorbeeld geconfronteerd met patiënten die niet wilden meewerken aan de evacuatie (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2011). Tevens komen er elk jaar mensen om als gevolg van brand in de (eigen) woning. De verwachting is dat de komende jaren het percentage ouderen dat omkomt bij brand zal toenemen (Brandweeracademie & Nederlandse Brandwonden Stichting, 2015).

3.3 Technologische omgeving

Bij het incidenttype technologische omgeving horen onder andere een kernincident en ongeval met gevaarlijke stoffen. De kans op een kernincident in Nederland is heel klein, omdat kerncentrales een groot aantal veiligheidsmaatregelen nemen en daarnaast worden ze ook gecontroleerd door (inter)nationale toezichthouders. De laatste keer dat we in Nederland te maken hebben gehad met de gevolgen van een kernincident was in 1986. Er vond toen een ernstig ongeluk plaats met kernreactoren in Tsjernobyl. Met een ongeval met gevaarlijke stoffen wordt bijvoorbeeld een groot ongeluk op een bedrijfsterrein bedoeld. Er zijn veel bedrijven met gevaarlijke stoffen die zo'n risico vormen. Hoewel exacte cijfers niet bekend zijn, gaat het hierbij om meerdere incidenten per jaar, maar daarbij zijn (vrijwel) nooit doden buiten het bedrijfsterrein te betreuren.

3.4 Vitale infrastructuur en voorzieningen

Een voorbeeld van een incident in de vitale infrastructuur en voorzieningen is een verstoring in de energievoorziening. In Nederland waren er in 2017 gemiddeld 55 stroomstoringen per dag, die gemiddeld na bijna 1.5 uur verholpen waren. Deze kortdurende storingen zorgen meestal niet voor serieuze problemen. Echter, de grootste stroomstoring in 2017 was op 17 januari in Amsterdam, die ongeveer 5 uur duurde. Honderdduizenden mensen zaten zonder elektriciteit, het openbaar vervoer was ontregeld en het alarmnummer 112 was moeilijk te bereiken. Twee mensen zijn overleden tijdens de stroomstoring, maar van één persoon is inmiddels duidelijk dat zij niet is overleden aan de gevolgen van de stroomstoring (Inspectie Veiligheid en Justitie, Inspectie voor de Gezondheidszorg & Agentschap Telecom, 2017).

3.5 Verkeer en vervoer

Bij het incidenttype verkeer en vervoer kan gedacht worden aan luchtvaartincidenten en incidenten in tunnels. In Nederland gebeuren dagelijks luchtvaartincidenten die de

vliegveiligheid kunnen beïnvloeden. De laatste 20 jaar heeft er echter slechts één groot incident (op Nederlandse bodem) plaatsgevonden met serieuze gevolgen. In 2009 stortte een vliegtuig van Turkish Airlines kort voor de landing neer, waarbij 9 doden en 86 gewonden vielen (NU.nl, 2009). Als er gekeken wordt naar incidenten in tunnels (Nederland heeft 14 tunnels in autosnelwegen), dan zijn er gemiddeld 9 ernstige ongevallen per jaar in een tunnel (SWOV, 2011).

3.6 Gezondheid

Dierziektes die overdraagbaar zijn op de mens en een griepgolf horen bij het incidenttype gezondheid. In 2014 was de laatste uitbraak van een dierziekte (de vogelgriep) die overdraagbaar is op de mens. Deze uitbraak heeft echter niet geleid tot problemen voor de volksgezondheid. Dat gold daarentegen wel voor de q-koorts een aantal jaren eerder. De griepgolf is een jaarlijks terugkerend verschijnsel. Voor de meeste mensen is deze griep alleen vervelend, maar ouderen en mensen met een chronische ziekte lopen meer risico op ernstige gezondheidsproblemen. Het is niet het griepvirus zelf waaraan ouderen overlijden, maar het kan wel de druppel zijn voor bejaarden met een zwak hart of longproblemen. In 2017 stierven 7500 mensen doordat ze griep kregen. In dat jaar zorgde de lengte en intensiteit van de griepgolf voor serieuze problemen in de zorgverlening. Door de veranderingen in de zorg (langer thuis wonen) en schaarste in personeel hebben ziekenhuizen meerdere keren een opnamestop van de spoedeisende hulp moeten afkondigen (Voermans, 2018). Naar aanleiding van deze griepgolf wordt onderzoek gedaan naar wat gedaan kan worden, om ervoor te zorgen dat bij een toekomstige griepgolf de zorgketen niet meer vastloopt.

3.7 Sociaal-maatschappelijke omgeving

Voorbeelden van incidenten in een sociaal-maatschappelijke omgeving zijn 'paniek' bij een evenement en maatschappelijke onrust. Een bekend voorbeeld in Nederland is het incident op de Dam tijdens de dodenherdenking in 2010. Tijdens de 2 minuten stilte begon een man luid te schreeuwen, viel er een koffer en schreeuwde iemand dat er een bom was. Hierdoor stooft de menigte uiteen en raakten verschillende mensen gewond (Het Parool, 2010). Gelukkig komt paniek bij een evenement dat leidt tot gewonden of zelfs doden niet vaak voor. Mocht in de toekomst zich een incident voordoen, dan kan dit voor problemen gaan zorgen bij mindervaliden. Door de nieuwe veiligheidsregels voor evenementen (zie het Besluit brandveilig gebruik en basishulpverlening overige plaatsen, Bbgbop), die sinds 1 januari 2018 van kracht zijn, voelen veel jonge mindervaliden zich niet meer veilig op festivals en andere evenementen. De vluchtroutes zijn te smal en er zijn te weinig paden, waardoor mindervaliden het risico lopen om onder de voet gelopen te worden (AT5, 2018).

3.8 Conclusie

Er wordt door veiligheidsregio's rekening gehouden met verschillende incidenttypes die zich in Nederland kunnen voordoen. De meeste situaties die zij beschrijven zijn incidenten die zich voornamelijk op lokaal/regionaal niveau manifesteren (uitzonderingen daargelaten). De meeste situaties doen zich niet vaak voor en zorgen ook niet voor grote aantallen gewonden

en/of doden. Een uitzondering hierop is de jaarlijks terugkerende griep epidemie, maar de vraag is in hoeverre hier iets tegen te doen is. Daar tegenover staan natuurlijk vele duizenden situaties waarbij mensen gewond raken of komen te overlijden door meer 'dagelijkse' ongevallen in het verkeer, bij brand, in ziekenhuizen, en (val)incidenten in en om het huis. In een fors deel van deze gevallen zijn verminderd zelfredzamen betrokken. Wij moeten dan ook met een realistische blik kijken naar de 'crisissituaties' en ons afvragen of de overheid een forse inspanning zou moeten leveren om de veiligheid van verminderd zelfredzamen te kunnen waarborgen voor deze relatief zeldzame gebeurtenissen. Bovendien is niet iedere categorie verminderd zelfredzamen daadwerkelijk verminderd zelfredzaam tijdens elke crisissituatie en zullen veel van deze verminderd zelfredzamen waarschijnlijk eerder betrokken raken bij een woningbrand, valincident, en dergelijke.

4 Initiatieven

Het Veiligheidsberaad heeft in 2016 het thema 'verminderde zelfredzaamheid' toegevoegd aan de Strategische Agenda en een projectplan opgesteld (Raad Directeuren Veiligheidsregio's, 2017). Uit een inventarisatie onder de veiligheidsregio's (input van het netwerk Zelfredzaamheid en informatie op de websites van veiligheidsregio's) is gebleken dat veiligheidsregio's (samen met andere organisaties) inmiddels naar eigen inzicht diverse initiatieven hebben ontplooid. Tot op heden ontbrak het echter aan een overzicht van deze initiatieven. Wij achten zo'n overzicht waardevol, zodat er van elkaar geleerd kan worden en wellicht bestaande, goedwerkende initiatieven binnen andere veiligheidsregio's ontplooid kunnen worden. Wellicht zijn er nog meer initiatieven ontplooid waar we niet bekend mee zijn, het overzicht is dan ook mogelijk niet compleet.

4.1 Overzicht

Om een overzicht te maken van de initiatieven rondom het thema 'verminderde zelfredzaamheid' zijn 41 initiatieven nader bekeken. In tabel 4.1 wordt een samenvatting gegeven van soort initiatieven die ontplooid zijn en worden de doelgroep, doelstelling en inhoud van deze initiatieven weergegeven. Zie bijlage 2 voor een volledig overzicht van alle individuele initiatieven.

Tabel 4.1 Samenvatting van initiatieven rondom het thema 'verminderde zelfredzaamheid'

Thema	Doelgroep	Doelstelling	Inhoud
Continueren van zorg	Zorginstellingen	Het continueren van zorg tijdens crisissituaties.	Zorginstellingen worden gestimuleerd om zich voor te bereiden op mogelijke crisissituaties door het schrijven van een continuïteitsplan. Ook worden ze gestimuleerd zich te registreren in de applicatie GHOR4all.
Stimuleren van brandveilig leven	Ouderen WMO'ers, thuiszorgorganisaties, vereniging van eigenaren, zorginstellingen	Brandveilig wonen stimuleren.	Informeren over de risico's van brand en het voorkomen ervan. Ook worden ervaringen gedeeld. Er zijn rookmelders geplaatst en er is een handelingskaart

			ontwikkeld met adviezen en tips. Rapport met 6 scenario's uitgewerkt, waardoor inzicht verkregen is in mogelijke gevolgen van incidenten en maatregelen die getroffen kunnen worden om incidenten te voorkomen.
Veiligheid en zelfredzaamheid bevorderen	Ouderen Visueel beperkten	Stimuleren van veiligheid en zelfredzaamheid	Workshops worden gegeven over veilig wonen voor ouderen. Ook kunnen ouderen hun woning laten scannen op veiligheid. Er wordt een EHBO-cursus aangeboden, zodat visueel beperkten leren hoe ze zichzelf en anderen kunnen helpen in een noodsituatie. Er is een advieswijzer Veilig en Gezond wonen ontwikkeld. Uitrol van slimme sensoren (paniekknop, inbraaksensoren en rookmelders).
Oefenen met evacueren	Zorginstellingen Ouderen	Zorgen dat mensen voorbereid zijn voor mogelijke evacuaties.	Er zijn ontruimingsoefeningen gehouden bij zorginstellingen. Ook is er bij een seniorenpanel geoefend hoe te vluchten bij brand.
Verbinden van partijen (brandweer, GHOR, VBK, gemeenten, zorginstellingen, burgers, bedrijven)	Verminderd zelfredzamen Zorginstellingen Ouderen Mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking	Stimuleren om samen te werken.	Overheid, bedrijven, instellingen en burgers moeten samen verantwoordelijkheid nemen, zodat er een grotere mate van zelfredzaamheid en samenredzaamheid ontstaat.

(In)zicht krijgen op verminderd zelfredzamen	Ouderen Zorginstellingen Gemeenten	Inzicht krijgen in de veiligheidssituaties langs het spoor. Inzicht krijgen in de zorgvraag van mensen in de straat, gebouw of wijk, zodat de juiste hulp geboden kan worden tijdens een crisis.	Er is onderzocht welke voorbereiding zorginstellingen hebben op het gebied van crisissituaties, er is gekeken over welke gegevens hulpdiensten beschikken over de zorginstelling en er is gekeken of bewoners meer zelfredzaam gemaakt kunnen worden. Informatiestromen bundelen, zodat er zicht is op verminderd zelfredzamen.
Geven van voorlichting	Ouderen Verminderd zelfredzamen Kinderen	Bewustmaken van risico's en wat ze kunnen doen als er daadwerkelijk een crisissituatie ontstaat.	Workshops zijn gegeven, er is een lespakket ontwikkeld over brandveiligheid en aardbevingen, en in nagebootste praktijksituaties worden kinderen en ouderen bewust gemaakt van veiligheidsrisico's en oplossingen.

4.2 Conclusie

Er worden door het hele land initiatieven ontplooid rondom het thema 'verminderde zelfredzaamheid' die ingedeeld kunnen worden in de volgende thema's:

- > continueren van zorg
- > stimuleren van brandveilig leven
- > veiligheid en zelfredzaamheid bevorderen
- > oefenen met evacueren
- > verbinden van partijen
- > (in)zicht krijgen op verminderd zelfredzamen
- > voorlichting geven over verschillende risico's.

Veel van deze initiatieven hebben als doelgroep zorginstellingen of ouderen. Slechts enkele initiatieven zijn ontplooid speciaal voor kinderen, visueel beperkten en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking. De doelstellingen van deze initiatieven zijn divers: bewustwording van risico's, het stimuleren van voorbereidend gedrag en het nemen van beschermende maatregelen, inzicht krijgen in wat mensen nodig hebben tijdens een crisissituatie en het stimuleren om samen te werken met andere partijen. De methoden die ingezet worden lopen sterk uiteen. Zo worden er trainingen gegeven, workshops georganiseerd, voorlichting gegeven, geoefend met ontruiming, onderzoek gedaan en lespakketten ontwikkeld.

5 Juridische kaders voor verantwoordelijkheid

De overheid verricht inspanningen om ontwrichting van de samenleving als gevolg van rampen en crises te voorkomen en de veiligheid van de bevolking te garanderen. Een volledige veiligheidsgarantie is echter niet te geven. Bij een ramp of een crisis kan het zijn dat burgers enige tijd op zichzelf zijn aangewezen. De capaciteit van de professionele hulpverlening is beperkt en wordt in principe als eerste ingezet voor de mensen die deze het hardst nodig hebben. Daarom wordt van (zelfredzame) burgers verwacht dat ze hun eigen verantwoordelijkheid nemen als het gaat om het voorbereiden op rampen en crises (Bakker, 2018). Zo wordt verwacht dat deze burgers zichzelf laten informeren, voorbereidende maatregelen treffen en weten wat ze moeten doen tijdens een ramp of crises. De overheid gaat dus uit van de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van burgers (Ter Horst, 2009). Voor de burgers die geen eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen en niet zelfredzaam zijn, ligt er – op basis van de visie *Bevolkingszorg op Orde 2.0* (Veiligheidsberaad, 2014) – een expliciete taak voor de overheid. Het is echter vooralsnog onduidelijk wat de juridische kaders zijn voor de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van verminderd zelfredzamen bij rampen en crises. In dit hoofdstuk wordt de verantwoordelijkheid van gemeenten, veiligheidsregio's, brandweer, GHOR, en zorginstellingen beschreven.

5.1 Verantwoordelijkheid gemeente

Gemeenten hebben als onderdeel van het openbaar bestuur een algemene zorgplicht voor haar inwoners, ook tijdens rampen en crises. In artikel 2 van de Wet veiligheidsregio's (Wvr) staat beschreven dat het college van burgemeester en wethouders is belast met de organisatie van de brandweezorg, de rampenbestrijding, de crisisbeheersing en de geneeskundige hulpverlening. Op grond van artikel 10 Wvr wordt dit belegd bij de veiligheidsregio. In het onderliggende Besluit veiligheidsregio's (Bvr) staat in artikel 2.1.3 beschreven dat de organisatie van bevolkingszorgtaken is belegd bij gemeenten. Een team bevolkingszorg bestaat volgens artikel 2.1.1 van het Bvr ten minste uit de door het college van burgemeester en wethouders aangewezen functionarissen, van wie één functionaris belast is met de leiding van het team, één functionaris met het informatiemanagement, en één functionaris met de coördinatie van de crisiscommunicatie. Bevolkingszorg bestaat uit de maatregelen en voorzieningen die gemeenten treffen met het oog op een ramp of crisis (Veiligheidsberaad, 2014). In artikel 2.1.3 van het Bvr worden de volgende zes bevolkingszorgtaken benoemd:

- > het verzorgen van de crisiscommunicatie
- > het voorzien in opvang en verzorging van de bevolking
- > het verzorgen van nazorg voor de bevolking
- > het registreren van de slachtoffers
- > het registreren van schadegevallen
- > het adviseren van het regionaal operationeel team.

Uit deze bevolkingszorgtaken kunnen drie hoofdtaken worden afgeleid: crisiscommunicatie, acute bevolkingszorg en herstelzorg (Veiligheidsberaad, 2014).

Crisiscommunicatie is geregeld in artikel 7 van de Wvr. Daarin staat beschreven dat de burgemeester zorgdraagt voor het informeren van haar burgers over de oorsprong, de omvang en de gevolgen van een ramp of crisis die de gemeente bedreigt of treft. Ook dient de burgemeester te communiceren over de maatregelen die de bevolking dient te treffen om schadelijke gevolgen van een ramp of crisis zo veel mogelijk te beperken. Er dienen speciale instructies gegeven te worden voor bepaalde bevolkingsgroepen (Besluit informatie inzake rampen en crises, art. 11). Ten slotte dient de burgemeester afstemming te zoeken met de informatievoorziening op Rijksniveau (Wvr art. 7). De gemeente heeft geen wettelijke taak wat betreft de informatievoorziening over potentiële dreigingen (risicocommunicatie). In artikel 46 van de Wvr wordt beschreven dat dit een taak is voor het bestuur van de veiligheidsregio.

Acute bevolkingszorg gaat om de bevolkingszorg die, naast de spoedeisende zorg, door professionele hulpverleners ter plaatse direct geleverd moet worden. Het gaat hierbij vooral om de opvang en verzorging van betrokkenen, het registreren van de slachtoffers en het informeren van verwanten.

De bevolkingszorg die na de acute fase van een crisis nodig is om een terugkeer naar de reguliere situatie te ondersteunen, wordt herstelzorg genoemd. Welke herstelzorg nodig is, is afhankelijk van het type incident. Het kan hierbij gaan om psychosociale nazorg, bijzondere uitvaartverzorging (o.a. herdenken of stille tocht), het afleggen van verantwoording, het laten uitvoeren van evaluaties en het afhandelen van schade.

Bovengenoemde taken en werkzaamheden hoeven niet allemaal door de gemeenten zelf uitgevoerd te worden. Indien een andere organisatie beter uitgerust is om bepaalde taken uit te voeren, kunnen deze taken – onder de verantwoordelijkheid van bevolkingszorg – worden uitbesteed. Het opstarten en uitvoeren van de processen bevolkingszorg zijn niet afhankelijk van een bepaald GRIP-niveau, maar is gebaseerd op de behoefte van de samenleving, hulpverleningsdiensten of de gezagsdrager (Instituut Fysieke Veiligheid, 2016).

5.1.1 Bevolkingszorg op orde

De Wvr stelt geen verdere eisen aan het leveren van bevolkingszorg: bovengenoemde taken zijn wel opgenomen in de wet, maar er worden geen wettelijke eisen gesteld aan de invulling van deze taken. Door het ontbreken van duidelijkheid over wat onder adequate bevolkingszorg wordt verstaan, is in 2012 het rapport *Bevolkingszorg op Orde – De vrijblijvendheid voorbij* (Veiligheidsberaad, 2012) verschenen. Het doel van dit rapport was om een visie te ontwikkelen en daarbij richtinggevende prestatie-eisen te formuleren, zodat er duidelijkheid ontstaat wat er wordt verstaan onder adequate bevolkingszorg. Voorop staat dat de bevolkingszorg moet passen bij de behoefte aan zorg die in de samenleving bestaat. In 2014 is dit principe verder aangescherpt in het rapport *Bevolkingszorg op Orde 2.0 - Eigentijdse bevolkingszorg volgens afspraak* (Veiligheidsberaad, 2014). In dit nieuwe rapport wordt een bevolkingszorg beschreven die volgens de auteurs beter aansluit bij de huidige maatschappelijke normen. Inwoners en bedrijven ontvangen daarbij niet alleen zorg, maar dienen ook zelf actief bij te dragen aan het zorgen voor veiligheid.

De visie op bevolkingszorg is gebaseerd op drie praktijkbevindingen die betrekking hebben op de wijze waarop mensen tijdens een crisis handelen. De bevindingen zijn generiek van aard, wat betekent dat zij zich voordoen in vrijwel alle crisissituaties en relevant zijn voor alle bevolkingszorgprocessen. De eerste bevinding is dat het merendeel van de burgers bij een crisis in staat is om rationeel en handelend op te treden en is daardoor in staat om zichzelf te redden. De tweede bevinding is dat een deel van de samenleving tijdens een crisis redzaam is: onmiddellijk na het ontstaan van een crisis verlenen zij zorg aan betrokkenen. De derde bevinding is dat gemeentefunctionarissen bij een crisis laten zien dat zij over improvisatievermogen beschikken. In acute crisissituaties vallen professionals terug op handelingen die zij in de dagelijkse situatie uitvoeren.

Op basis van deze bevindingen is een visie op bevolkingszorg geformuleerd. Deze visie bestaat uit een viertal visie-elementen die inzicht geven in wat verstaan wordt onder adequate bevolkingszorg. Ten eerste rekent de overheid erop dat de samenleving haar verantwoordelijkheid neemt tijdens en na een crisis: er zijn immers grenzen aan de hulpverleningscapaciteit van de overheid. Voor bevolkingszorg betekent dit dat de overheid regelmatig communiceert met de samenleving over wat de grenzen zijn van de door de overheid te leveren zorgverlening. Daarbij dient aangegeven te worden wat zij van de samenleving verwacht tijdens een crisis. Ook geeft de overheid relevante informatie over de crisis, zodat de samenleving in staat wordt gesteld haar verantwoordelijkheid te nemen. Ten tweede stemt de overheid haar bevolkingszorg af op de zelfredzaamheid van de samenleving. Een deel van de burgers kan zelf zorgdragen voor zijn of haar veiligheid, waardoor de overheid zich vooral kan richten op de betrokkenen die de zorg het hardst nodig hebben: de verminderd zelfredzamen. Om dit te kunnen bereiken dient de overheid waar nodig, tijdens en na een crisis, de zelfredzaamheid van de samenleving te stimuleren en faciliteren zonder de verantwoordelijkheid voor het handelen over te nemen. Ook dient de overheid zich tijdens en na een crisis te richten op vooral de zorg aan verminderd zelfredzamen. Ten derde dient de overheid rekening te houden met – en maakt gebruik van – spontane hulp uit de samenleving. Dit betekent voor de overheid dat zij burgers moeten laten helpen (zeker zolang de hulpdiensten nog niet volledig zijn opgeschaald) en dient zij specialistisch hulpaanbod van burgers te accepteren. Het vierde en laatste visie-element houdt in dat de overheid zich dient voor te bereiden, daar waar het om verminderd zelfredzamen gaat, tot een vastgesteld zorgniveau, aangeduid als ‘voorbereide bevolkingszorg’. De ‘restzorg’ dienen zij te leveren op basis van veerkracht en improvisatie, wat wordt aangeduid als ‘geïmproviseerde zorg’. De voorbereide bevolkingszorg tijdens en na een crisis hoort in verhouding te staan tot de zorg die in reguliere situaties wordt geleverd. Dat wil zeggen dat betrokkenen van omvangrijke crises niet meer of minder recht hebben op zorg, dan betrokkenen van kleinere en meer voorkomende ongevallen (bijvoorbeeld verkeersongevallen). Ook dient de zorg in verhouding te staan tot de omvang van de crisis. Dit betekent dat bij een beperkt aantal betrokkenen niet de gehele voorbereide bevolkingszorg ingezet hoeft te worden. Het is dan beter om bevolkingszorg op maat in te zetten.

Op basis van de visie op bevolkingszorg is een aantal prestatie-eisen voor bevolkingszorg opgesteld, die ingedeeld kunnen worden in drie hoofdtaken: crisiscommunicatie, acute bevolkingszorg en herstelzorg.

- > Voor crisiscommunicatie betekent dit onder andere dat de overheid vooraf en tijdens een crisis betrokkenen stimuleert om zichzelf en elkaar te informeren. Ook dient de overheid

tijdens een crisis de situatie te duiden en informatie te verstrekken over het incident en de te ondernemen acties.

- > De prestatie-eisen voor acute bevolkingszorg, die specifiek gelden voor verminderd zelfredzamen, beschrijven onder andere dat de opvang en verzorging aan verminderd zelfredzamen binnen drie uur na aanvang van het incident geleverd dient te worden. Er dient dan opvang en verzorging geregeld te worden die past bij de capaciteit van maximaal tien procent van de betrokkenen met een absoluut maximum van 200 personen. Tevens dient, wanneer dit nodig blijkt te zijn, uiterlijk binnen 48 uur tijdelijke huisvesting geregeld te worden. Daar waar nodig en mogelijk worden redzame burgers ingezet om een bijdrage te leveren bij de opvang en verzorging. Uiterlijk acht uur na aanvang van de crisis dienen minimaal 500 verwanten van betrokkenen die zich bij de frontoffice hebben gemeld, geïnformeerd te worden over de gang van zaken rondom informatieverstrekking over betrokkenen. Verwanten die na acht uur na aanvang van de crisis nog in onwetendheid zijn over het lot van betrokkenen, worden iedere vier uur actief over de status van het proces geïnformeerd. Na 24 uur krijgen verwanten die nog in onwetendheid zijn een individuele contactpersoon toegewezen die hen regelmatig en naar behoefte informeert.
- > De prestatie-eisen voor herstelzorg houden onder andere in dat betrokkenen worden gestimuleerd om via de reguliere weg contact te zoeken met de benodigde hulpverlenende instanties voor de herstelzorg. Betrokkenen die zich toch bij de overheid melden voor herstelzorg worden gefaciliteerd bij het in contact komen met de desbetreffende hulpverlenende instantie. Voordat de acute fase van de crisis is afgerond dient een plan van aanpak voor de herstelfase opgesteld te worden. Dit met als doel het zorgdragen voor een goede overdracht waarin aandacht is voor: interne procesorganisatie en zorg aan de eigen organisatie, de wijze waarop slachtoffers ondersteund gaan worden bij de schadeafhandeling, psychosociale hulpverlening, collectieve rouwverwerking, communicatie, evaluatie en verantwoording over de crisis. Ten slotte dient er een publieksenquête gehouden te worden over de tevredenheid van betrokkenen over de bevolkingszorg.

Hoewel de prestatie-eisen uit *Bevolkingszorg op orde 2.0* niet wettelijk zijn vastgelegd, hebben alle gemeenten (c.q. veiligheidsregio's) deze prestatie-eisen omarmd. In (vrijwel) ieder regionaal beleidsplan wordt het rapport genoemd. Zo beschrijft Veiligheidsregio Hollands Midden dat zij landelijke ontwikkelingen op het gebied van crisiscommunicatie in de gaten houden en waar nodig de organisatie, inhoud, middelen of vorm van crisiscommunicatie aanpast. De prestatie-eisen die geformuleerd zijn bij crisiscommunicatie in het rapport *Bevolkingszorg op orde 2.0* zijn hierbij uitgangspunt voor uitvoering. Het regionaal beleidsplan van Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost beschrijft dat *Bevolkingszorg op orde 2.0* de basis vormt voor de organisatie van de bevolkingszorgprocessen. Ook bij Veiligheidsregio Groningen wordt de nieuwe werkwijze op basis van de prestatie-eisen uit het rapport geïmplementeerd om zo bevolkingszorg te versterken. Hoewel er dus geen wettelijke verplichtingen zijn, is er wel sprake van zelfopgelegde verplichtingen die beschreven zijn in de regionale beleidsplannen.

5.1.2 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wmo regelt de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke ondersteuning van haar inwoners. Gemeenten worden met deze wet (Wmo art. 1.2.1) verantwoordelijk voor het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking, chronische, psychische of psychosociale problemen. Die ondersteuning

moet er zo veel mogelijk op gericht zijn dat mensen zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen wonen. Voor mensen met psychische of psychosociale problemen of voor mensen die gezien de risico's voor hun veiligheid niet meer thuis kunnen wonen, voorzien gemeenten in de behoefte aan beschermd wonen en opvang.

Hoewel deze wetgeving beschrijft dat gemeenten een verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van maatschappelijke ondersteuning aan verminderd zelfredzamen, wordt hierin niets vermeld over de specifieke verantwoordelijkheid van gemeenten in het kader van Wmo ten tijde van een ramp of crisis.

5.2 Verantwoordelijkheid veiligheidsregio

De Wvr (art. 10) verplicht gemeenten om de organisatie van rampenbestrijding en crisisbeheersing over te dragen aan een veiligheidsregio. Gemeenten hebben onvoldoende capaciteit, kennis en deskundigheid op het gebied van crisisbeheersing, met name met het oog op potentieel steeds complexere en ingrijpendere crises. Binnen een veiligheidsregio wordt door verschillende besturen en diensten samengewerkt op het gebied van brandweezorg, rampenbestrijding, crisisbeheersing en geneeskundige hulpverlening. Het algemeen bestuur van de veiligheidsregio bestaat uit de burgemeesters van alle gemeenten in de veiligheidsregio. De voorzitter van het bestuur wordt, bij koninklijk besluit, benoemd uit de burgemeesters van de gemeenten in de regio (Wvr, art. 11).

Op basis van artikel 10 van de Wvr heeft iedere veiligheidsregio een aantal taken:

- > het inventariseren van risico's van branden, rampen en crises
- > het adviseren van het bevoegd gezag over risico's van branden, rampen en crises
- > het adviseren van het college van burgemeester en wethouders over brandweezorg
- > het voorbereiden op de bestrijding van branden en het organiseren van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing
- > het instellen en in stand houden van de brandweer en GHOR
- > het voorzien in de meldkamerfunctie
- > het aanschaffen en beheren van gemeenschappelijk materiaal
- > het inrichten en in stand houden van de informatievoorzieningen binnen de diensten van de veiligheidsregio en tussen deze diensten en de andere diensten en organisaties.

Op basis van artikel 7 en 46 van de Wvr is de veiligheidsregio ook verantwoordelijk voor de informatievoorziening aan burgers. Belangrijk is om hierbij onderscheid te maken tussen risico- en crisiscommunicatie. Risicocommunicatie is de informatie die verstrekt wordt over risico's waaraan mensen kunnen blootstaan voordat zich daadwerkelijk een ramp voldoet. De informatie bevat de risico's van een mogelijke ramp of crisis, welke maatregelen er zijn getroffen ter voorkoming en bestrijding of beheersing hiervan en er worden handelingsperspectieven gegeven. Volgens artikel 46 van de Wvr draagt het bestuur van de veiligheidsregio zorg voor de risicocommunicatie. De wet schrijft echter niet voor aan welke inhoudelijke voorwaarden de plannen voor risicocommunicatie moeten voldoen, noch dat een veiligheidsregio de risicocommunicatie zelf uitvoert. In het regionaal beleidsplan van iedere veiligheidsregio staat beschreven hoe risicocommunicatie binnen de regio wordt vormgegeven.

Crisiscommunicatie heeft betrekking op de oorsprong, omvang en de gevolgen van een crisissituatie die de gemeente bedreigt of treft, alsmede over de daarbij te volgen handelingsperspectieven. Waar de burgemeester aan zet is bij een ramp of crisis met een plaatselijke betekenis, is de voorzitter van de veiligheidsregio aan zet als de crisissituatie een bovenlokaal karakter heeft, of bij ernstige vrees voor het ontstaan daarvan. In de praktijk zal de woordvoerder van de brandweer, veiligheidsregio of politie de communicatie richting de bevolking opstarten. Bij opschaling naar een team bevolkingszorg (vanaf GRIP-2 of GRIP-3; afhankelijk van regionale afspraken) is het team bevolkingszorg verantwoordelijk voor het coördineren en verzorgen van de crisiscommunicatie (Instituut Fysieke Veiligheid, 2018).

5.3 Verantwoordelijkheid GHOR

Het college van burgemeester en wethouders is belast met de organisatie van onder andere de geneeskundige hulpverlening (Wvr, art. 2); op grond van art. 10 Wvr is dit belegd bij de veiligheidsregio. Hiervoor is de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) in het leven geroepen. Deze organisatie is belast met de coördinatie, aansturing en regie van geneeskundige hulpverlening tijdens een crisissituatie, en met de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied (Wvr, art.1). De GHOR werkt onder operationele leiding van de directeur publieke gezondheid (DPG). De DPG is directeur van de GGD (Wpg, art. 14) en is onder andere belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening (Wvr, art. 32). Om deze taak zo goed mogelijk uit te kunnen voeren maakt de directeur publieke gezondheid, namens het bestuur van de veiligheidsregio, afspraken met zorginstellingen die een taak hebben binnen de geneeskundige hulpverlening zoals GGD'en, huisartsenposten, Rode Kruis, traumacentra, ziekenhuizen en regionale ambulancediensten over hun inzet (Wvr, art. 33).

Er worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt over onder andere:

- > de procedures die gevolgd worden bij een ramp of crisis;
- > de wijze waarop en de mate waarin personeel en materieel worden ingezet;
- > de wijze van trainen en oefenen met het oog op het gezamenlijk optreden bij de rampenbestrijding en crisisbeheersing;
- > de frequentie waarin getraind en geoefend wordt.

Bij het maken van deze afspraken wordt het uitgangspunt gehanteerd dat instellingen en diensten in de zorg onder alle omstandigheden zelf verantwoordelijk zijn voor hun voorbereiding op en werkzaamheden bij rampen en crises, op grond van Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi 2017).⁶

Naast de wettelijke taken die de GHOR uitvoert zoals hierboven beschreven, hebben nagenoeg alle GHOR regio's ook contact met zorginstellingen die geen wettelijke taak hebben met betrekking tot geneeskundige hulpverlening, maar vaak wel een kwetsbare doelgroep huisvesten en verzorgen. In het werkveld wordt dit vaak de 'Care' sector genoemd. Hieronder worden de verpleeghuizen, GGZ en gehandicaptenzorginstellingen verstaan waar 24/7 zorg verleend wordt. Veelal heeft de GHOR zicht op de verschillende zorgaanbieders door accountmanagement en draagt de GHOR zorg voor bewustwording om

⁶ Beleidsregels WTZi, Bijlage bij art. 1 (hfd 4, toelichting).

de instellingen bewust te maken van hun eigen verantwoordelijkheid om voorbereid te zijn op mogelijke crisissituaties en het op orde hebben van hun eigen crisisorganisatie.

5.4 Verantwoordelijkheid zorginstellingen

Zorginstellingen zijn volgens artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verantwoordelijk voor het leveren van 'goede zorg'. Onder 'goede zorg' wordt de zorg verstaan die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Alle zorginstellingen zijn ook onder bijzondere omstandigheden verantwoordelijk voor het verlenen van goede zorg, dus ook tijdens en na een crisis (Beleidsregels WTZi 2017). Om te voldoen aan het leveren van zorg onder alle omstandigheden is het daarom belangrijk dat zorginstellingen zich ook voorbereiden op buitengewone omstandigheden zoals een ramp of crisis.

Conform de Wvr geldt dat met de Cure organisaties, die een taak hebben in de geneeskundige hulpverlening (zoals bijvoorbeeld regionale ambulancevervoerders, huisartsen en ziekenhuizen), de nodige maatregelen treffen met het oog op hun taak en de voorbereiding daarop. De GHOR maakt schriftelijke afspraken over de inzet van deze instellingen en monitort de mate van voorbereiding (art. 33 en 34 Wvr).

De Care organisaties (zoals bijvoorbeeld verpleeghuizen, GGZ en gehandicaptenzorginstellingen waar 24/7 zorg verleend wordt) hebben geen taak in de geneeskundige hulpverlening als zodanig beschreven in de Wvr. Vanzelfsprekend zijn ook zij gebaat bij een goede voorbereiding op rampen en crisis, omdat zij in de regel een zeer kwetsbare doelgroep huisvesten en verzorgen en het van essentieel belang is voor de veiligheidsregio dat zij ook onder bijzondere omstandigheden deze zorg kunnen continueren. In veel veiligheidsregio's brengt de GHOR daarom deze intramurale zorginstellingen in kaart, maakt afspraken over de 24/7 bereikbaarheid en draagt zorg voor bewustwording om aan de slag te gaan met planvorming en voorbereiding op rampen en crisis.

Een continuïteitsplan draagt bij aan een goede voorbereiding. In het zorgcontinuïteitsplan beschrijven zorginstellingen hoe zij omgaan met de mogelijke gevolgen van een crisissituatie. Denk hierbij aan vraagstukken over hoe er extra personeel opgeroepen kan worden, wie er plaatsneemt in een overleg met hulpdiensten, waar cliënten heen kunnen als een locatie niet langer te gebruiken is en van welke voorzieningen de instelling afhankelijk is en wat er gedaan wordt als deze voorzieningen uitvallen (Henkes, Koopmans, Spanjaard & Vliek, 2015). Tevens zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk het eigen personeel op te leiden, bij te scholen en te oefenen met mogelijke (toekomstige) crisissituaties. De zorginstelling is primair zelf verantwoordelijk voor een goede voorbereiding en planvorming.

5.5 Verantwoordelijkheid brandweer

Vanuit de Wvr heeft de brandweer onder andere de taak om risico's te inventariseren en het bevoegd gezag te adviseren over maatregelen die nodig zijn om brand, brandgevaar en alles wat hiermee verband houdt te voorkomen en te beperken. Ook geldt een aantal wettelijke besluiten, waarin de brandweer als onderdeel van de veiligheidsregio expliciet een adviesrol toebedeeld heeft gekregen. Het gaat hierbij met name om het adviseren van

andere overheden en organisaties op het gebied van brandweezorg en brandbestrijding en het voorkomen, beperken en bestrijden van ongevallen met gevaarlijke stoffen.

5.6 Basishulpverlening (BHV)

De basishulpverlening heeft tot taak om groepen mensen die in georganiseerd verband bij elkaar komen te helpen bij brand en andere noodsituaties, door te zorgen voor snelle ontruiming en eerste hulp in de periode voordat de politie, brandweer en ambulance personeel arriveren. Bij incidenten in het verleden, zoals de brand in het cellencomplex bij Schiphol, bestond onduidelijkheid over wie verantwoordelijk was voor de veiligheid van personen op bepaalde plaatsen. Daarom wordt in het Besluit Bgbop de basishulpverlening geregeld (Besluit Bgbop, 2017). Basishulpverlening is het samenspel van activiteiten die na een incident moeten worden verricht totdat professionele hulpverleners de hulpverlening kunnen overnemen. Het Besluit Bgbop is van kracht sinds 1 augustus 2018 en heeft betrekking op plaatsen waar groepen mensen in georganiseerd verband bij elkaar zijn. Als algemeen uitgangspunt geldt dat burgers verantwoordelijk zijn voor hun eigen veiligheid en dat zij zelfredzaam zijn. De overheid heeft echter ook verplichtingen, daarom is in het Besluit Bgbop het brandveilig gebruik van de openbare ruimte en de basishulpverlening geregeld. Het besluit bevat regels die voorheen in de gemeentelijke brandveiligheidsverordeningen te vinden waren, maar nu zijn geüniformeerd tot één landelijke regeling. Tevens stelt het besluit het hebben van een ontruimingsplan verplicht voor plaatsen met extra risico's. Verder moet de organisator van een evenement ervoor zorgen dat voldoende mensen bekend zijn met het ontruimingsplan en de genoemde maatregelen kunnen uitoefenen. Bij kleine evenementen met weinig risico's zijn bhv'ers vaak een prima oplossing voor de organisator.

5.7 Conclusie

Op basis van de Wvr hebben gemeenten een algemene zorgplicht voor hun inwoners. Een belangrijke taak die hieruit voortvloeit is het aanwijzen van functionarissen voor een team bevolkingszorg, dat belast is met crisiscommunicatie, acute bevolkingszorg en herstelzorg. Wat betreft de invulling van crisiscommunicatie spreekt de wet voor zich, maar de invulling van acute bevolkingszorg en herstelzorg blijft op basis van wetgeving weinig concreet. Door het ontbreken van duidelijkheid wat onder adequate bevolkingszorg wordt verstaan, is het visiedocument *Bevolkingszorg op orde 2.0* verschenen. Hoewel de prestatie-eisen uit dit document niet wettelijk zijn vastgesteld, hebben gemeenten (c.q. veiligheidsregio's) deze eisen wel omarmd en staat het beschreven in regionale beleidsplannen van de veiligheidsregio's. Toch wordt ook daarin niet altijd concreet benoemd wat de verantwoordelijkheid voor verminderd zelfredzamen inhoudt. Veiligheidsregio's hebben, op basis van de Wvr, onder andere de volgende taken: het inventariseren van risico's van branden, rampen en crises, het adviseren van het bevoegd gezag over deze risico's, het instellen en in stand houden van de brandweer en GHOR, en het voorbereiden op de bestrijding van branden en het organiseren van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing. Wie verantwoordelijk is voor de zorg van verminderd zelfredzamen ten tijde van een incident is afhankelijk van waar die verminderd zelfredzame persoon verblijft. Wanneer verminderd zelfredzamen in een zorginstelling wonen, dan is de zorginstelling primair zelf verantwoordelijk voor het verlenen van goede zorg, ook tijdens en na een crisis. Om goed voorbereid te zijn, dienen instellingen een zorgcontinuïteitsplan op te stellen en eigen

personeel op te leiden, bij te scholen en met ze te oefenen. De GHOR heeft hierin een regisserende, adviserende en ondersteunende rol. De wet geeft geen duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de zorg aan verminderd zelfredzamen die zelfstandig in de wijk wonen. In de praktijk zal, afhankelijk van de situatie, de GHOR of de gemeente dit oppakken.

6 Lessen uit praktijkcasussen

Op basis van de wet- en regelgeving valt beperkt iets te zeggen over waar de verantwoordelijkheid ligt voor de zorg aan verminderd zelfredzamen tijdens een crisissituatie. Interessant is dan ook om te weten hoe de praktijk tot nu toe zorg verleent aan verminderd zelfredzamen tijdens incidenten. In dit hoofdstuk een beschrijving van een aantal (mini-)crisissituaties uit het verleden.

6.1 Stroomstoring Bommeler- en Tieleraard (2007)

Op woensdag 12 december 2007 vloog 's avonds een Apache gevechtshelikopter nabij het Gelderse Hurwenen tegen een hoogspanningskabel aan. Door het breken van een aantal van deze kabels viel de stroom uit in de Bommelerwaard en in delen van de Tieleraard. De kabels werden in de dagen erna hersteld en op vrijdagavond was iedereen weer voorzien van stroom. De gevolgen van de massale stroomuitval waren groot voor de vele burgers, bedrijven en ondernemers in het gebied. Terwijl met man en macht werd gewerkt aan het herstel van de stroomvoorziening, richtte de overheid zich op de zorg aan de bevolking.

De hulpverlening richtte zich voornamelijk op de verminderd zelfredzamen, die zich ofwel thuis bevonden ofwel in een zorginstelling. Minder zelfredzame burgers zijn, vaak meer dan andere groepen burgers, voor hun levensonderhoud afhankelijk van elektriciteit. Wanneer in een zorginstelling de elektriciteit voor langere tijd uitvalt kan dat onder andere leiden tot het niet meer functioneren van medische en verpleegkundige hulpmiddelen (bijvoorbeeld infuus- en voedingspompen en hoog-laagbedden) en bewoners kunnen niet meer om hulp vragen via het oproepsysteem. De sectie Gemeente en de sectie GHOR van het Regionaal Operationeel Team (ROT) begonnen daarom direct met het inwinnen van informatie over de situatie in de zorginstellingen. De GHOR zocht tevens uit waar medische apparatuur door patiënten thuis werd gebruikt. Geconcludeerd kon worden dat voor de meeste instellingen de situatie niet direct problematisch was. Een verzorgingshuis meldde dat hun noodaggregaat het niet deed, dus daar werd een nieuwe voor geregeld. In het getroffen gebied woonden zes mensen met thuisbeademing, waarvoor Thuisbeademing Nederland automatisch maatregelen had getroffen. De stroomuitval heeft dus niet geleid tot problemen in de zorgverlening.

Op het moment dat het Regionaal Beleidsteam (RBT) op de hoogte werd gebracht dat de herstelwerkzaamheden langer zouden gaan duren dan aanvankelijk gedacht (minimaal 24 uur langer), werd er nagedacht over de opvang van burgers. Verwacht werd dat slechts een klein deel van de getroffen hier gebruik van zou maken. Het uitgangspunt was dan ook om vijf gemeentelijke locaties met kleine opvang in te richten voor verminderd zelfredzamen. Dit bleek voldoende, toen slechts een enkeling zich meldde voor (nacht)opvang. Ook werd regelmatig herhaald in persconferenties en andere informatiebronnen om in de eigen omgeving oog te houden voor verminderd zelfredzame mensen. Nadat bleek dat het herstel langer zou duren is het ROT opnieuw bij zorginstellingen nagegaan of zij in die komende 24 uur problemen verwachtten. In de RBT-vergadering kwam verder naar voren dat de situatie

bij de thuiszorg niet alarmerend was, maar dat het wel lastig was om erachter te komen waar kwetsbare groepen zaten die in een thuissituatie verkeerden. Ook was hier geen compleet beeld van, omdat door de stroomuitval de lokale zorginstellingen niet meer in hun computerbestanden konden komen. Waar dit wel lukte, duurde het vaak de hele dag voordat alle informatie over risicocliënten kon worden aangeleverd. Waar het niet lukte om de informatie te verzamelen heeft het ROT geprobeerd dit te achterhalen via kerken, huisartsen, woningcorporaties en afdelingen die belast zijn met de Wmo. Ook vroegen zij kerken om een inventarisatie te maken met betrekking tot eten/voorzieningen voor kwetsbare doelgroepen bij Tafeltje-Dekje-organisaties. Hieruit bleek dat de maaltijdvoorzieningen voor deze groepen niet in het geding kwam: de organisaties hadden zelf oplossingen bedacht. De vrijwillige gemeentelijke brandweren hebben tijdens de stroomstoring op eigen initiatief verschillende zorginstellingen ondersteund, met onder andere het regelen van noodstroom en het bewaken van het gebouw in verband met het uitvallen van de brandmeldinstallaties en zusteroproepsystemen. Ook buurtbewoners boden hun hulp aan bij zorginstellingen. Het effect van de inspanningen van de verschillende actoren was zoals beoogd: er zijn tijdens de stroomstoring geen ernstige ongevallen gebeurd met verminderd zelfredzamen (NIFV, Politieacademie & Vrije Universiteit Amsterdam, 2008).

6.2 Brand in flat 'Het Lichtpunt' Rotterdam (2014)

Op dinsdagmiddag 15 april brak er brand uit (veroorzaakt tijdens de preparatie van cocaïne) in een appartement in gebouw Het Lichtpunt in Rotterdam. Het Lichtpunt biedt huisvesting aan voornamelijk oude bewoners. De brand ging gepaard met zeer veel rook die zich snel door het pand verspreidde. De hulpdiensten besloten alle 232 bewoners te evacueren. Dit bleek nog een hele klus, omdat een groot deel van de bewoners 'verminderd zelfredzaam' was door lichamelijke en/of psychische beperkingen. Hierdoor hadden meer bewoners (intensievere) begeleiding nodig bij het evacueren, dan dat bij de ontruiming van een gemiddeld gebouw verwacht mag worden.

Aangezien de brandweer de enige hulpverleningsorganisatie is die over adembeschermingsapparatuur beschikt en in de korte tijd veel mensen op de locatie van het incident kan krijgen, lag de evacuatie van de bewoners bij dit incident voor het grootste gedeelte in handen van de brandweer. De GHOR en de ambulancedienst speelden een grote rol bij dit incident in het beoordelen van de gezondheidstoestand van de 232 geëvacueerde mensen, het registreren en het vervoeren van gewonden naar het ziekenhuis. Daarnaast hebben GHOR-, ambulance-, en Rode Kruismedewerkers een enkele keer geassisteerd bij het naar beneden begeleiden van bewoners en bij het regelen van opvang voor sommige bewoners in een verzorgingstehuis. De politie ondersteunde de brandweer waar nodig. Agenten maakten bijvoorbeeld contact met de bewoners die op verschillende balkons stonden en probeerden hen gerust te stellen (Brandweeracademie & Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond, 2014).

6.3 Gasexplosie 'De Beukenhorst' Diemen (2014)

Op 4 september deed zich tijdens renovatiewerkzaamheden aan de flat De Beukenhorst in Diemen een gasexplosie voor, waardoor een deel van de gevel instortte. Er waren twee

doden te betreuren en vijftien mensen raakten gewond. De explosie had grote gevolgen voor de 213 bewoners van de flat. Niemand mocht die nacht meer in het eigen huis slapen. Het organiseren van nachtopvang bleek gaandeweg een lastige opgave, omdat relatief veel bewoners gebruik wensten te maken van deze nachtopvang, terwijl de hotels door evenementen grotendeels volgeboekt zaten. Uiteindelijk was het gelukt om alle bewoners een goed onderkomen te geven voor de nacht.

De volgende dag bleek dat er tijdelijke huisvesting voor langere duur nodig was voor de bewoners. Die bewoners bleken na onderzoek te bestaan uit een grote groep verminderd zelfredzamen met een meer complexe hulpvraag, dan in eerste instantie werd gedacht. Het organiseren van de hulpverlening aan deze groep vergde tijd en improvisatie van professioneel betrokkenen (Gemeente Diemen, opvanglocatie Berkenstede, Woningbouwvereniging De Key en defensie). Hierbij was een zekere vertraging ontstaan, omdat de onderkenning van de problemen en de gewenste adviezen van de GGD de nodige tijd vergde. Een leerpunt uit dit incident heeft dan ook betrekking op het formuleren van de zorgbehoefte en de aanpak. Bij een zorgvraag van deze omvang moet er snel inzicht zijn in het reële zorgaanbod dat vanuit diverse zorgaanbieders kan worden geboden. Het is verstandig om het lokale hulpnetwerk hier direct bij te betrekken (Gemeente Diemen, 2015).

6.4 Brand in seniorenflat 'De Notenhout' Nijmegen (2015)

Op vrijdag 20 februari ontstond er brand in een snackbar in Nijmegen. Toen de brandweer ter plaatse kwam, was de brand net overgeslagen naar seniorenflat De Notenhout.⁷ Op het moment dat de brand in de snackbar uitslaand werd, vatte het PUR van de sandwichpanelen aan de gevel van de flat vlam. In een deel van de galerijen, het trappenhuis en in een aantal appartementen hing hierdoor al snel dichte rook. Politieagenten probeerden bewoners te alarmeren, maar konden niet verder door de dichte rook. Aangezien het een seniorenflat betrof werd er rekening mee gehouden dat de bewoners kwetsbaar en minder mobiel konden zijn, waardoor ze niet allemaal zelfstandig zouden kunnen vluchten. De brandweer zette dan ook alle beschikbare capaciteit op de redding. De bestrijding van de brand kreeg een lagere prioriteit. Alle bewoners werden uit het pand gehaald, waarna 16 bewoners naar een ziekenhuis werden gebracht. De overige bewoners werden opgevangen in het wijkcentrum of werden opgehaald door familie of kennissen.

Steeds meer ouderen blijven langer zelfstandig wonen. Dit is deels een eigen keuze, maar deels ook noodgedwongen, omdat de criteria om in aanmerking te komen voor een kamer in een verzorgings- of verpleegtehuis de laatste jaren steeds strenger zijn geworden. Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat steeds meer ouderen bij elkaar gaan wonen in een zogenaamde seniorenflat. Deze flats hebben echter niet dezelfde status als bijvoorbeeld een verzorgingstehuis. Hierdoor wordt ervan uitgegaan dat mensen in een seniorenflat zelfredzaam zijn, maar feitelijk is een groot deel van de bewoners verminderd zelfredzaam. Er is dus tijdens een noodsituatie ook onvoldoende ondersteuning vanuit de eigen directe omgeving. Deze casus laat zien dat dit problematisch kan zijn, wanneer er een brand uitbreekt. Ouderen zijn relatief vaak verminderd zelfredzaam, waardoor ze voor het vluchten vaak aangewezen zijn op de hulp van anderen. Deze 'anderen' kunnen medebewoners of burens zijn. Als die medebewoners of burens echter ook verminderd zelfredzaam zijn, dan

⁷ Wij gebruiken de term 'seniorenflat', omdat de woningen in het gebouw alleen worden verhuurd aan personen met een minimumleeftijd van 55 jaar.

komt het in veiligheid brengen van deze mensen met name neer op de brandweer. In de toekomst zal de brandweer vaker met dit soort situaties geconfronteerd worden, waardoor het dilemma ontstaat of de beschikbare capaciteit zich direct moet richten op de redding van de minder zelfredzame bewoners of dat er beter eerst geblust kan worden. Omdat een toename van het aantal doden en gewonden bij brand al snel stuit op emotionele bezwaren, ligt het voor de hand dat van de brandweerorganisatie verwacht wordt om het maximale te doen om ouderen bij brand te redden. Dit betekent dat wanneer de brandweer geconfronteerd wordt met een melding van een brand in een seniorenflat, daar direct veel mensen en middelen op af moeten voor de evacuatie (eventueel in combinatie met blussen). Dat is een grote organisatorische uitdaging, zeker buiten de grote steden (Brandweeracademie & Veiligheidsregio Gelderland-Zuid, 2015; Hagen & Tonnaer, 2016).

6.5 Stroomstoring VUmc Amsterdam (2015)

Op 8 september brak een waterleiding nabij het Amsterdamse ziekenhuis VUmc. De grote hoeveelheden water die het gebouw van het VUmc binnenstroomde, veroorzaakte forse schade aan (kritische) apparatuur. Door het uitvallen van enkele vitale technische installaties kon de continuïteit van de zorg aan patiënten in het VUmc niet worden gegarandeerd. Daarom werd besloten om het gehele ziekenhuis te evacueren. Achteraf is vastgesteld dat alle patiënten zonder veel extra problemen het ziekenhuis hebben kunnen verlaten en dat de continuïteit van zorg geen acuut probleem is geweest (COT, VUmc & Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland, 2016).

Het interessante aan deze casus is de vraag waar de verantwoordelijkheid lag rondom het evacueren. Was het VUmc zelf verantwoordelijk of lag er ook een logische rol en verantwoordelijkheid bij de GHOR? In principe is het VUmc zelf die dag verantwoordelijk voor de patiëntenzorg en zij moeten zorgdragen voor zorgcontinuïteit. Echter, de GHOR is verantwoordelijk – ten tijde van een crisissituatie – voor de evacuatie van gewonden. Er was alleen geen sprake van een verhoogd aanbod van patiënten (dus ‘nieuwe’ gewonden), maar van een totale evacuatie van ziekenhuispatiënten. Bovendien bleek het VUmc prima in staat om de verantwoordelijkheid voor zijn patiënten te nemen en de opvang en evacuatie van patiënten zelf te regelen. De GHOR kan dan een meer ondersteunende en faciliterende rol aannemen (Van Duin & Ketelaars, 2016).

6.6 Brand in verzorgingstehuis ‘Nieulande’ Krabbendijke (2016)

Op zondag 28 augustus 2016 brak 's middags brand uit op de bovenste verdieping van verzorgingshuis Nieulande te Krabbendijke. Als gevolg van de brand kwamen drie bewoners om het leven. Ondanks de trieste afloop verliep de evacuatie van de verminderd zelfredzame bewoners voorspoedig, omdat de instelling zelf direct begon met het evacueren van bewoners en buurtbewoners ook spontaan hun hulp aanboden. Wel duurde het enkele uren voordat het duidelijk was of bewoners nog die avond naar hun appartement terug konden keren.

Vanuit de juridische kaders is de zorgstelling primair verantwoordelijk voor de opvang van bewoners in het kader van zorgcontinuïteit. Dat bleek bij dit verzorgingstehuis goed op orde;

de zorggroep was in staat om de bewoners die geëvacueerd moesten worden tijdelijk een alternatief te bieden in een ander verzorgingstehuis. Ook werd een aantal ouderen tijdelijk ondergebracht bij familie. Indien meer bewoners niet naar hun appartement hadden terug kunnen keren, dan was dit waarschijnlijk niet zomaar gelukt zonder extra ondersteuning van de veiligheidsregio. In dat geval zou ook gebruikgemaakt kunnen worden van het Noodhospitaal in Utrecht; deze was uit voorzorg al wel gereedgemaakt, maar dit was uiteindelijk niet nodig (Wijkhuijs, 2017).

6.7 Camping 'Fort Oranje' Zundert (2017)

Camping Fort Oranje is een camping in Zundert waarover de gemeente al jaren signalen ontving van zorgelijke situaties. In de loop van de jaren was het een verzamelplaats van criminele praktijken en belastingontduiking geworden. Een groot deel van de bewoners verkeerde in bijzonder slechte leefomstandigheden en leefde in armoede. In januari 2014 raakte GGD West Brabant betrokken bij Fort Oranje. Een onderzoek liet zien hoe ernstig en grootschalig de problematiek was op Fort Oranje, waardoor de GGD (in opdracht van de burgemeester) zich ging inzetten om de leefbaarheid en de leefsituatie van de bewoners te verbeteren. Alle inspanningen van de gemeente, politie, GGD en andere partijen leidden niet tot een structurele verbetering van de situatie. Hierdoor werd op 9 juni 2017 besloten de camping op termijn te gaan sluiten. In de maanden die volgden, werkten gemeente, politie en GGD met ondersteuning van de veiligheidsregio aan de ontruiming en sluiting van de camping en aan zorg en herhuisvesting voor de bewoners die daarvoor in aanmerking kwamen.

Sinds 2014 heeft de GGD zich met toenemende intensiteit ingezet om de leefsituatie voor de bewoners van Fort Oranje te verbeteren. Daarbij werden de betrokken medewerkers van de GGD geconfronteerd met zware problematiek, werkten zij onder ongewone omstandigheden met soms ongebruikelijke partners en vervulden zij rollen en verrichtten zij taken die zij in hun normale werk niet hadden. Hoewel volgens de Wpg de formele verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheidszorg grotendeels bij gemeenten ligt, voert de GGD in de praktijk vele taken uit in het kader van publieke gezondheid.

Volgens de Wpg (art. 14) zijn gemeenten verplicht om een regionale gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden, waarin deskundigheid ten aanzien van de publieke gezondheidszorg is samengebracht. De taken van de GGD vloeien voort uit verschillende wetten, waaronder de Wpg, de Wmo en de Wet op de kinderopvang. Het Besluit publieke gezondheid stelt een aantal eisen aan de taken van de publieke gezondheidszorg. De vier kerntaken voor iedere GGD zijn:

1. Monitoring, signalering en advisering (o.a. jeugdmonitor en gezondheidsmonitor)
2. Uitvoerende taken gezondheidsbescherming (o.a. infectieziektebestrijding en medische milieukunde)
3. Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises (o.a. psychosociale hulpverlening en gezondheidskundig advies).
4. Toezicht houden (toezicht kinderopvang).

Tijdens Fort Oranje heeft de GGD diverse taken vervuld die overeenkomen met de kerntaken uit de wetgeving. Zo heeft de GGD onder andere diverse onderzoeken gedaan naar de bewoners van Fort Oranje en hun problematiek, hebben ze de gemeente

geadviseerd over hoe de publieke gezondheid van de bewoners te verbeteren en zijn ze zorgverlener geweest voor met name de jeugd en mensen die geestelijke ondersteuning nodig hadden. Tevens was de GGD crisispartner en nam de coördinerende rol op zich tijdens de opschaling voor 'de zorg'. Hoewel de GHOR gewoonlijk de coördinerende crisispartner is, was tijdens Fort Oranje de GGD coördinator. Zij deden dit al ruim voor GRIP-4 aan de orde was en gingen hier ongeacht de opschaling gewoon mee door. Wel heeft de GHOR ondersteuning geboden om de GGD wegwijz te maken in de werkwijze van ROT en RBT (Instituut Fysieke Veiligheid, 2017).

6.8 Conclusie

In Nederland hebben we af en toe te maken met (mini-)crisissituaties waarbij verminderd zelfredzamen betrokken zijn. Op basis van de casussen die wij hebben bekeken kan geconcludeerd worden dat de zorgverlening door de diverse partijen over het algemeen goed is verlopen. Wel moet gezegd worden dat bij deze casussen er enige tijd was om zorg te verlenen en dat de aantallen verminderd zelfredzamen relatief beperkt bleven, waardoor er zeker niet gegeneraliseerd kan worden naar alle crises/rampen. Toch kunnen er een aantal knelpunten aangestipt worden op basis van de door ons beschreven casussen. Zo blijkt dat tijdens de grootschalige stroomstoring in de Bommelerwaard het lastig was om te achterhalen waar de verminderd zelfredzamen zaten die zelfstandig woonden. Computerbestanden waren niet altijd toegankelijk door de stroomstoring en waar er wel toegang was duurde het erg lang om de juiste informatie te verzamelen. Ook zijn er regelmatig incidenten op locaties waar veel ouderen zelfstandig 'samenwonen'. Ouderen zijn relatief vaak verminderd zelfredzaam, waardoor ze voor het vluchten vaak ondersteuning nodig hebben van anderen (meestal de brandweer). Dit betekent dus dat wanneer de brandweer geconfronteerd wordt met een incident in een seniorenflat, de brandweer extra capaciteit nodig heeft om iedereen op tijd te kunnen evacueren. Ten slotte blijkt dat instellingen over het algemeen goed in staat zijn om hun verantwoordelijkheid te nemen wanneer een crisissituatie zich voordoet. Dit is gebleken bij zowel de brand bij een verzorgingstehuis in Krabbendijke als de stroomstoring bij het VUmc. In beide situaties waren hulpverleners in staat om de zorgverlening zelf te organiseren en de zorgcontinuïteit te garanderen.

7 Conclusies en aanbevelingen

De vraag die in dit onderzoek centraal stond was: 'Wat is de verantwoordelijkheid en hoe ver reikt de rol van de overheid voor de zorg aan verminderd zelfredzamen ten tijde van een ramp of crisis?'⁸ In het voorgaande zijn wij uitvoerig ingegaan op welke categorieën verminderde zelfredzamen te onderscheiden zijn, welke factoren verminderde zelfredzaamheid kunnen beïnvloeden, wie in welke fase van een crisissituatie kwetsbaar kan zijn, welke crisissituaties te onderscheiden zijn, welke initiatieven ontplooid zijn rondom het thema 'verminderd zelfredzamen', de juridische kaders voor verantwoordelijkheid en welke lessen geleerd kunnen worden van praktijkcasussen. In dit hoofdstuk zetten wij onze bevindingen op een rij en sluiten wij af met enkele aanbevelingen.

7.1 Verminderde zelfredzaamheid

Het is lastig om een eenduidig antwoord te geven op de vraag: 'wie is nu verminderd zelfredzaam?' Volgens onze definitie van verminderde zelfredzaamheid gaat het om personen die tijdens een crisissituatie niet zelf voor hun eigen veiligheid kunnen zorgen en (deels) afhankelijk zijn van hulp van anderen. Deze definitie houdt echter geen rekening met het feit dat verminderde zelfredzaamheid tijdens een crisissituatie, afhankelijk is van het type crisis, de fase van een crisis (alarmerings- en informatiefase, handelingsfase of nafase) en een aantal andere factoren die de mate van verminderde zelfredzaamheid kunnen beïnvloeden (o.a. het sociale netwerk, de woonsituatie en ondersteuning vanuit zorg en/of overheid). Er is dus altijd sprake – gezien de situatie en moment – van een meer of mindere mate van zelfredzaamheid.

Veel verminderd zelfredzamen zijn ook beduidend zelfredzamer dan wij vaak veronderstellen. Zo zal een groot deel van de mensen met een lichamelijke beperking geen moeilijkheden ondervinden in de alarmerings- en informatiefase van een crisissituatie en zal iemand met een auditieve beperking prima in staat zijn om handelingen te verrichten tijdens een crisissituatie. Tevens zullen ouderen met een sociaal netwerk meestal weinig tot geen ondersteuning nodig hebben van de overheid, omdat het netwerk – net als in een dagelijkse situatie – hen zal informeren en ondersteunen. Er zijn echter ook veel 'zelfredzamen' die in de praktijk minder zelfredzaam zijn dan vaak wordt verondersteld. Denk hierbij aan een persoon die niet bekend is met de omgeving of geen telefoon bij zich heeft, waardoor (crisis)informatie niet ontvangen wordt en ook niemand hem/haar via informele kanalen kan informeren. Daarnaast kan iemand tijdelijk minder zelfredzaam zijn door negatieve ervaringen (bijvoorbeeld een echtscheiding of een sterfgeval).

Op basis van deze bevindingen moeten wij ons dan ook afvragen waar de overheid wel en waar niet een duidelijke verantwoordelijkheid heeft. Wat betreft de alarmerings- en

⁸ Als wij in dit hoofdstuk spreken over de overheid bedoelen wij hiermee gemeenten, veiligheidsregio's en GHOR/GGD.

informatiefase hebben gemeenten en/of veiligheidsregio's onder andere de wettelijke verplichting om zorg te dragen voor de crisiscommunicatie. Er dienen tevens speciale instructies gegeven te worden voor bepaalde bevolkingsgroepen. Uit het hoofdstuk over de kwetsbaarheden van verminderd zelfredzamen blijkt echter dat thans nog niet iedereen bereikt wordt met de huidige crisiscommunicatie. Wel is het ministerie van Justitie en Veiligheid momenteel bezig met de verbreding van NL-Alert om ouderen en mensen met een beperking beter te kunnen bereiken tijdens een crisissituatie.

In de handelingsfase wordt het voor de overheid duidelijk lastiger om iets te kunnen betekenen voor verminderd zelfredzamen. Het is immers niet mogelijk om alle verminderd zelfredzamen te ondersteunen met het uitvoeren van handelingsperspectieven, zoals het sluiten van ramen en/of deuren. Ook bij een evacuatie (een situatie die nauwelijks voorkomt in Nederland!) is het vrijwel onmogelijk om alle verminderd zelfredzamen snel te bereiken, mede omdat er op dit moment weinig zicht is op waar de verminderd zelfredzamen wonen. Om dit probleem op te lossen heeft een aantal veiligheidsregio's het initiatief genomen om te onderzoeken of zij zicht kunnen krijgen op verminderd zelfredzamen in de wijk door informatiestromen te koppelen. Zelfs al zou dit lukken, dan is het nog de vraag in hoeverre de informatie snel beschikbaar gesteld kan worden, wanneer een acute crisissituatie zich voordoet en of er dan ook voldoende capaciteit is om al de zelfredzamen te ondersteunen. Tevens zal er een afweging gemaakt moeten worden of er (geld en menskracht) geïnvesteerd dient te worden in een situatie (een evacuatie) die bijna nooit voorkomt.

7.2 Bestaande structuren versus nieuwe structuren

Praktijkcasussen van incidenten laten zien dat de zorgverlening aan verminderd zelfredzamen, door gemeenten, veiligheidsregio's, politie, brandweer en GHOR, over het algemeen goed verloopt. Over het algemeen weten deze partijen wat hun taak en verantwoordelijkheid is tijdens een crisissituatie, waardoor vertrouwd kan worden op de veerkracht en flexibiliteit van hulpverleners. De vraag is dan ook in hoeverre geïnvesteerd dient te worden in nieuwe structuren om zorg te kunnen dragen voor de veiligheid van verminderd zelfredzamen tijdens een crisissituatie en wat zo'n investering dan zou gaan opleveren.

Het is wellicht zinvoller om gebruik te maken van bestaande (reguliere) structuren (Van Duin, 2011). Zo zouden gemeenten en GHOR kunnen zorgen voor goede contacten met organisaties die dagelijks werken met verminderd zelfredzamen. Juist de goede contacten met deze organisaties (o.a. thuiszorgorganisaties, dagbesteding) in de koude fase, kan voordeel opleveren in een eventuele warme fase. Daar waar men elkaar al kent, zal men elkaar ook vaak beter weten te vinden tijdens een crisissituatie. Deze organisaties zouden dan een waardevolle rol kunnen spelen bij het inzichtelijk maken waar verminderd zelfredzamen zich bevinden, welke aanvullende hulp deze mensen mogelijk nodig hebben en bij de feitelijke ondersteuning in een kritieke situatie. Daarnaast zouden deze organisaties ook ingezet kunnen worden om verminderd zelfredzamen te informeren en bevragen over de mate van zelfredzaamheid tijdens verschillende crisissituaties. Zo kan er meer risicobewustzijn gecreëerd worden. De vraag is echter in hoeverre dit haalbaar is in de praktijk. Er zijn veel verschillende zorgaanbieders, dus het zal extra inspanning (geld en mankracht) vragen van gemeenten en GHOR om te weten te komen welke extramurale zorgaanbieders allemaal actief zijn en om met ze in contact te komen.

7.3 Juridische kaders voor schaarse situaties

De wettelijke verplichtingen voor de zorgverlening aan verminderd zelfredzamen ten tijde van een crisis zijn beperkt. Wat wel in de wet staat beschreven is de wettelijke verplichting voor gemeenten en veiligheidsregio's over het informeren van (ook) verminderd zelfredzamen. Tevens is er – zoals aangegeven in *Bevolkingszorg op orde 2.0* (Veiligheidsberaad, 2014) en in regionale beleidsplannen – een prestatie-eis die aangeeft dat de overheid zich moet voorbereiden ten behoeve van verminderd zelfredzamen tot een vastgesteld zorgniveau. Feitelijk is dat idee van het vastgesteld zorgniveau nogal symbolisch, omdat er nauwelijks iets over dit niveau is vastgesteld. Verder wordt genoemd dat 'restzorg' geleverd moet worden op basis van veerkracht en improvisatie. Er worden geen specifieke eisen gesteld over de inhoud van zorgverlening in de handelingsfase en de nafase van een crisis. Feitelijk is nu dus ten aanzien van de zorg ten tijde van crises voor verminderd zelfredzamen – ondanks dat bestuurders zich hierop hebben vastgelegd – sprake van een behoorlijk lege huls.

Zou het wenselijk zijn als hier meer over vastgelegd wordt in de wet, dan wel dat men bij de veiligheidsregio's daadwerkelijk werk zou maken van de vastgelegde prestatie-eisen? Naar onze mening is dat om verschillende redenen niet zo zinvol. Uit de praktijkcasussen blijkt dat hulpverleningsorganisaties behoorlijk in staat zijn om zorg te verlenen aan verminderd zelfredzamen ten tijde van een crisissituatie. Daarnaast hebben wij het – zeker als het over een grotere ramp gaat – over situaties die zelden voorkomen en die zich in de meeste situaties slechts manifesteren op lokaal/regionaal niveau. Er zijn de laatste decennia enkele uitzonderingen: de Watersnood in 1953 en het Hoogwater van 1995 waar daadwerkelijk grote aantallen verminderd zelfredzamen hulp behoeften. De meeste situaties leiden gelukkig bijna nooit tot grote aantallen gewonden en/of doden. Daar tegenover staan de vele duizenden incidenten waarbij mensen gewond raken of komen te overlijden door 'dagelijkse' ongevallen in onder andere het verkeer en bij (val)incidenten in en om het huis. In een deel van deze gevallen (zeker de incidenten in en rond het huis) zijn verminderd zelfredzamen betrokken.

Wij denken dat het daarom beter is dat de overheid haar verplichtingen voor het alledaagse richting deze groepen waarmaakt, zoals dat bijvoorbeeld nodig is in het kader van de Wmo, dan dat de overheid nu voor de specifieke (en uitzonderlijke) situatie van een ramp of crisis allerlei bijzondere voorbereidingen treft ten behoeve van verminderd zelfredzamen. Vooral ook omdat het per crisissituatie en fase zo verschillend is wie extra ondersteuning nodig zal hebben. Maatregelen die de overheid en organisaties ten behoeve van de dagelijkse zorg richting deze groepen verrichten, hebben voor deze groep niet alleen dagelijks voordelen, ook zullen deze nog een functie kunnen vervullen in een onverhoopte crisissituatie.

Op basis van deze bevindingen achten wij het niet zo zinvol extra inspanning te leveren voor situaties die niet vaak voorkomen en meestal gelukkig ook nog eens tot weinig doden en/of gewonden leiden. Feitelijk zullen we moeten accepteren dat er in de toekomst situaties zullen voorkomen, waarbij enkele extra gewonden en/of doden vallen mede als gevolg van verminderde zelfredzaamheid. Tevens blijkt dat veiligheidsregio's, gemeenten, GHOR, brandweer en politie, over het algemeen, prima in staat zijn om zorg te verlenen aan verminderd zelfredzamen tijdens (mini-)crisissituaties. Hierdoor kunnen we vertrouwen op de veerkracht en flexibiliteit van de hulpverleners.

7.4 Aanbevelingen

- > In dit rapport worden twaalf verschillende categorieën van verminderd zelfredzamen onderkend. Bij elkaar geeft dat enkele miljoenen potentieel verminderd zelfredzamen waarmee de overheid rekening zou kunnen/moeten houden. Hoewel het ondoenlijk is voor al deze groepen (vooraf) allerlei maatregelen te nemen, helpt deze indeling wel om na te denken met welke specifieke groepen het zinvol is vooraf contact te leggen c.q. bepaalde groepen of organisaties (bijvoorbeeld verenigingen van bepaalde categorieën van verminderd zelfredzamen) te benaderen.
- > Het is vooraf lastig vast te stellen wie precies verminderd zelfredzaam zal zijn in een crisissituatie. Vele zaken (factor tijd, aanwezigheid van een sociaal netwerk, de woonsituatie e.v.) zijn daarop van invloed. Daarom is het ook niet eenvoudig en ook niet zo zinvol om vooraf al – als overheid – voor alle groepen verminderd zelfredzamen voorbereidingen te plegen.
- > Een deel van deze groepen verminderd zelfredzamen is aan de zorg van anderen (verschillende soorten van instellingen - intramuraal) toevertrouwd. Hoewel de overheid richting deze groepen geen primaire verantwoordelijkheid heeft, is het goed om ‘vinger aan de pols’ te houden of deze groepen ook in bijzondere, crisisachtige omstandigheden voldoende hulp en ondersteuning krijgen en of daarmee de zorgcontinuïteit voldoende gegarandeerd is.
- > Het is een illusie dat plannen, scenario's en afspraken die vooraf gemaakt worden voor of met (groepen van) verminderd zelfredzamen in een onverhoopte ramp- of crisissituatie van grote betekenis zullen zijn. Wel kan het zinvol zijn vooraf voor enkele heel specifieke groepen met zeer herkenbare kwetsbaarheden afspraken te maken c.q. inzichtelijk te hebben waar deze personen zich bevinden (mensen aan de dialyse; mensen die beademd worden e.v.).
- > Wij constateren dat er thans in regio's verschillend gedacht wordt wie nu primair verantwoordelijk is voor zelfstandig wonende verminderd zelfredzamen ten tijde van een crisis. Pakt de gemeente of de GHOR/GGD dit nu op? Het is goed hier onderling afspraken over te maken. In situaties waar dit onduidelijk blijft, zal de betreffende veiligheidsregio hier regie moeten pakken c.q. sturing aan geven.
- > In dit onderzoek hanteren wij het uitgangspunt dat de zorg voor verminderd zelfredzamen vooral in het dagelijkse en het normale gezocht moet worden. Iemand die bijvoorbeeld wekenlang niemand langs ziet komen, zal ook in een ramp zeer kwetsbaar zijn. Het heeft echter weinig zin voor deze bijzondere (en zeer uitzonderlijke) situatie zaken te regelen, als in het normale de situatie feitelijk problematisch is.
- > Daarbij denken wij – en laat onderzoek ook wel zien – dat de hulp en ondersteuning voor het dagelijkse ook in het uitzonderlijke vaak nog zal plaatsvinden. De thuiszorgorganisatie bijvoorbeeld zal ook in een crisissituatie aandacht hebben voor zijn/haar cliënten. Wij pleiten er daarom voor de reguliere structuren ook in te zetten in bijzonder situaties (en daar desgewenst ook afspraken over te maken).
- > Als er ergens een rol ligt bij gemeenten/veiligheidsregio's richting verminderd zelfredzamen, dan is het wel op het vlak van de crisiscommunicatie. Nu zijn er nog verschillende categorieën verminderd zelfredzamen die zeer waarschijnlijk niet goed bereikt (kunnen) worden. Op dit punt zal er duidelijk actie moeten worden genomen richting groepen als doven en blinden, buitenlanders (niet-Nederlands sprekenden) en mensen met een cognitieve/neurologische beperking.

- > Veiligheidsregio's/gemeenten zijn verantwoordelijk voor het informeren van de bevolking over de rampen en de 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. Tot nu toe is de risicocommunicatie (vooral) gericht op het versterken van de 'zelfredzame' burgers en niet op het versterken van de verschillende categorieën verminderd zelfredzamen. Wij achten het belangrijk dat dit wel gedaan wordt, zodat verminderd zelfredzamen ook (waar mogelijk) voorbereid zijn wanneer er daadwerkelijk iets aan de hand is.
- > Waar bij een acute crisissituatie het vrijwel onmogelijk zal zijn om snel zicht te hebben op verminderd zelfredzamen in de wijk, zal dit wel mogelijk zijn bij een crisissituatie die zich langzamer ontwikkelt (bijvoorbeeld hoog water). In de koude fase kan in beeld gebracht worden welke organisaties over informatie van verminderd zelfredzamen beschikken, zodat deze informatie tijdens de warme fase makkelijk en snel opgevraagd kan worden en verminderd zelfredzamen zo goed mogelijk de hulp kunnen ontvangen die zij nodig hebben.

Literatuur

ARCADIS, Gemini Consultants, Houdijk Advies & Stichting Werkgemeenschap tussen Techniek en Zorg (2009). *Handreiking regionaal risicoprofiel*. Op 1 oktober 2018 ontleend aan <https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20091105-Politie-NVBR-GHORNL-Coordinerend-Gemeentesecretarissen-Handreiking-Regionaal-Risicoprofiel.pdf>

AT5 (2018, 3 april). Brandbrief van mindervaliden om veiligheid op evenementen. Op 10 juli 2018 ontleend aan <http://www.at5.nl/artikelen/180386/brandbrief-van-mindervaliden-om-veiligheid-op-evenementen>

Bakker, M.H. (2018). *Turning crisis into opportunity: the influence of government and social environment* (Dissertatie). Op 17 oktober 2018 ontleend aan https://ris.utwente.nl/ws/portalfiles/portal/27639121/thesis_M_Bakker.pdf

Besluit brandveilig gebruik en basishulpverlening overige plaatsen (2017, 4 oktober). Op 8 oktober 2018 ontleend aan <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040068/2018-08-01#Opschrift>

Brandweeracademie (2015). *Gebrand op inzicht. Een onderzoek naar de effectiviteit van rookmelders*. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.

Brandweeracademie (2016). *Sprinklers in de woonomgeving*. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.

Brandweeracademie & Nederlandse Brandwonden Stichting (2015). *De invloed van vergrijzing op brandveiligheid. Deelrapport 1*. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.

Brandweeracademie & Veiligheidsregio Gelderland-Zuid (2015). *Brand in De Notenhout*. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.

Brandweeracademie & Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond (2014). *Brand in Het Lichtpunt. Een kleine brand met grote gevolgen*. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.

Cabinet Office, UK Government (2008). *Identifying people who are vulnerable in a crisis – Guidance for emergency planners and responders*. Op 27 maart 2018 ontleend aan https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/61228/vulnerable_guidance.pdf

CBS (2015). Aantal gedetineerden. Op 12 april 2018 ontleend aan [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37264&D1=0-6&D2=0&D3=a&D4=0&D5=\(I-9\)-I&HD=090706-1319&HDR=G3,G1,G4&STB=T,G2](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37264&D1=0-6&D2=0&D3=a&D4=0&D5=(I-9)-I&HD=090706-1319&HDR=G3,G1,G4&STB=T,G2)

CBS (2016). Steeds meer mannen in een zorginstelling. Op 25 april 2018 ontleend aan <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/03/steeds-meer-mannen-in-een-zorginstelling>

- CBS (2017a). Jaarrapport landelijke jeugdmonitor 2017. Op 12 april 2018 ontleend aan <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2017/48/jaarrapport-2017-landelijke-jeugdmonitor>
- CBS (2017b). Toerisme in Nederland en wereldwijd gegroeid. Verkregen op 12 april 2018 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/47/toerisme-in-nederland-en-wereldwijd-gegroeid>
- CBS (2018a). Bevolking; kerncijfers. Op 12 april 2018 ontleend aan <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37296ned/table?ts=1523525081499>
- CBS (2018b). Steeds langer leven zonder beperkingen. Verkregen op 25 april 2018 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/12/steeds-langer-leven-zonder-beperkingen>
- COT, VUmc & Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland (2016). *Doen wat de situatie vraagt. Ervaringen en lessen van de evacuatie van VUmc op 8 september 2015*. Amsterdam.
- Don, A. & Jong, F. de. (2008). *Quickscan zelfredzaamheid van verminderd zelfredzamen*. Purmerend/Nieuwegein. Op 27 maart 2018 ontleend aan http://www.wikivarium.nl/images/2/23/Quickscan_WATER_GEEN_NOOD.pdf
- Drabek, T.E. (1999). Understanding disaster warning responses. *The Social Science Journal*, 36, 515-523.
- Duin, M. van (2011). *Veerkrachtige crisisbeheersing: nuchter over het bijzondere: lectorale rede*. NIFV.
- Duin, M. van & Ketelaars, J. (2016). Wateroverlast bij het VUmc. In M. van Duin & V. Wijkhuijs (red). *Lessen uit crises en mini-crisis 2015*. Den Haag: Boom bestuurskunde.
- Eisenman, D.P., Cordasco, K.M., Asch, S., Golden, J.F. & Glik, D. (2007). Disaster planning and risk communication with vulnerable communities: lessons from Hurricane Katrina. *American Journal of Public Health*, 97, S109-115.
- Flohr, R. & van Ruijven, C. (2015). Brand in Nationaal Park De Hoge Veluwe. *Lessen uit crises en mini-crisis 2014*. Den Haag: Boom bestuurskunde.
- Fox, M.H., White, G.W., Rooney, C. & Rowland, J.L. (2007). Disaster preparedness and response for persons with mobility impairments. *Journal of Disability Policy Studies*, 17 (4), 196-205.
- Gemeente Diemen (2015). *Evaluatie gemeentelijke inzet na gasexplosie Beukenhorst*. Diemen.
- Hagen, R. & Tonnaer, C. (2016). Brand in seniorenflat De Notenhout. In M. van Duin & V. Wijkhuijs (red). *Lessen uit crises en mini-crisis 2015*. Den Haag: Boom bestuurskunde.
- Henkes, A., Koopmans, B., Spanjaard, R & Vlieg, I. (2015). *Zorgcontinuïteit in balans. Operationele planvorming van zorgcontinuïteit*. Utrecht: GGD/GHOR Nederland

Het Parool (2010). Vooral beenkwetsuren na incident op de Dam. Op 15 juni 2018 ontleend aan <https://www.parool.nl/amsterdam/vooral-beenkqwetsuren-na-incident-op-dam~a292551/>

Hoffman, S. (2008). Preparing for disaster: Protecting the most vulnerable in emergencies. *University of California Davis Law Review*, 42, 1491.

Horst, G. ter (2009). *Zelfredzaamheid bij rampen en crises*. Kenmerk 2009-0000285982.

Howard, A., Agllias, K., Bevis, M. & Blakemore, T. (2017). "They'll tell us when to evacuate": The experiences and expectations of disaster-related communication in vulnerable groups. *International Journal of Disaster Risk Redution*, 22, 139-146.

Infopunt Veiligheid (2012). *Zelfredzaamheid en crisissituaties*. Arnhem: Infopunt Veiligheid.

Inspectie Veiligheid en Justitie, Inspectie voor de Gezondheidszorg & Agentschap Telecom (2017). *Onderzoek naar de stroomstoring Amsterdam en omstreken van 17 januari 2017*. Den Haag.

Instituut Fysieke Veiligheid (2016). *Referentiekader Regionaal Crisisplan 2016*. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.

Instituut Fysieke Veiligheid (2017). *GRIP-4 bij Fort Oranje*. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.

Instituut Fysieke Veiligheid (2018). *Adviesnota toekomst crisiscommunicatie in de regio*. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.

Jeugdzorg Nederland (2017). Jeugdzorgplus plaatsingsgegevens. Op 12 april 2018 ontleend aan <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2017/11/JeugdzorgPlus-2017def.pdf>

Kent, M. & Ellis, K. (2015). People with disability and new disaster communications: access and the social media mash-up. *Disability & Society*, 30 (3), 419-431.

Klerk, M.M.Y.de, Fernee, H., Woittiez, I. & Ras, M. (2012). *Factsheet mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Koninklijke Bibliotheek (z.j.). Informatie- en digitale vaardigheden. Op 18 juli 2018 ontleend aan <https://www.kb.nl/sites/default/files/factsheet-digitale-vaardigheden-kb.pdf>

Leef Samen (z.j.). Langer veilig thuis wonen met sociale alarmering. Op 15 oktober 2018 ontleend aan <https://leefsamen.nl/>

Mitchell, T., Haynes, K., Hall, N., Choong, W. & Oven, K. (2008). The roles of children and youth in communicating disaster risk. *Children Youth and Environments*, 18(1), 254-279.

Movisie (2013). Zelfregie, eigenkracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. Op 28 maart 2018 ontleend aan <https://www.movisie.nl/publicaties/zelfregie-eigen-kracht-zelfredzaamheid-eigen-verantwoordelijkheid-begrippen-ontward>

NIFV (2007). *Lesbrief brandweerhulpverlening aan verminderd zelfredzame personen*. Arnhem.

NIFV, Politieacademie & Vrije Universiteit Amsterdam (2008). *Stroomuitval in de Bommeler- en Tielierwaard in december 2007*. Arnhem

NU.nl (2009, 25 februari). Negen doden bij vliegtuigcrash Schiphol. Op 15 juni 2018 ontleend aan <https://www.nu.nl/algemeen/1923104/negen-doden-bij-vliegtuigcrash-schiphol.html>

Onderzoeksraad voor Veiligheid (2011). *Brand in rivierduinen: veronderstelde veiligheid*. Den Haag.

Programma Versterking Cliënten Positie (2008). Met een handicap goed voorbereid bij incident of ramp? Utrecht.

Qureshi, A. (2012). Accessible ICT tools and services in disaster and emergency preparation. Op 25 april 2018 ontleend aan <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwic5YPex9PeAhUDyoUKHXHICCYQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fdisabilities%2Fdocuments%2Fegm2012%2FAqeelQureshipaper.doc&usg=AOvVaw2ttb9jkKAuO9VboLm768AQ>

Raad Directeuren Veiligheidsregio's (2017). *Projectplan verminderde zelfredzaamheid*. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.

RTV Noord (z.j.). Dossier aardbevingen in Groningen. Op 14 juni 2018 ontleend aan <https://www.rtvnoord.nl/aardbevingen>

SCP (2012). *Factsheet mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen*. Utrecht.

Stel, M., Ketelaar, D., Gutteling, J., Giebels, E. & Kerstholt, J. H. (2017). *Het alarmeren en informeren van kwetsbare groepen bij crisissituaties*. Universiteit Twente, Vakgroep Psychologie van Conflict, Risico en Veiligheid.

Stichting lezen en schrijven (2018a). *Feiten*. Op 12 april 2018 ontleend aan <https://www.lezenenschrijven.nl/over-laaggeletterdheid/feiten-cijfers/aantal-laaggeletterden/>

Stichting lezen en schrijven (2018b). *Over laaggeletterdheid*. Op 25 april 2018 ontleend aan <https://www.lezenenschrijven.nl/over-laaggeletterdheid/veelgestelde-vragen/>

SWOV (2011). *SWOV-Factsheet verkeersveiligheid van tunnels in autosnelwegen*. Leidschendam.

TBS Nederland (2018). *Hoeveel tbs-patiënten zijn er in Nederland?* Op 12 april 2018 ontleend aan <https://www.tbsnederland.nl/faq/hoeveel-tbs-pati%C3%ABnten-zijn-er-in-nederland/>

TNO (2016). Samenredzaamheid in crisismanagement. Op 13 april 2018 ontleend aan <https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20161201-TNO-Samenredzaamheid-in-crisismanagement.pdf>

Veiligheidsberaad (2012). *Bevolkingszorg op orde. De vrijblijvendheid voorbij*. Den Haag: OBT.

Veiligheidsberaad (2014). *Bevolkingszorg op Orde 2.0. Eigentijdse bevolkingszorg volgens afspraak*. Den Haag: OBT.

Voermans, T. (2018, 21 februari). Ziekenhuizen puilen uit van de grieppatiënten. *AD.nl*. Op 15 juni 2018 ontleend aan <https://www.ad.nl/binnenland/ziekenhuizen-puilen-uit-van-de-griepatieneuml-nten~ab5eb9e0/>

Vries, H. de, Laconi, P., & Cuijpers, L. (2017, 17 september). Brand in Woonzorgcentrum in Zwolle onder controle: 4 gewonden. *De Stentor*. Op 15 juni 2018 ontleend aan <https://www.destentor.nl/zwolle/brand-in-woonzorgcentrum-in-zwolle-onder-controle-4-gewonden~a6babe5d/>

Vriesema, I. (2018, 12 september). Wie hulp nodig heeft, heeft weinig aan een netwerk. *NRC*. Op 15 september ontleend aan <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/09/12/wie-hulp-nodig-heeft-heeft-weinig-aan-een-netwerk-a1616264>

Wever, J., Jonker, H., Soomeren, P. van, & Graaf, A. van der (2006). *Risico's voor mensen met beperkingen bij calamiteiten*. Quick scan. Amsterdam/Utrecht: DSP-groep BV / Vilans.

Wijkhuijs, V. (2017). Brand in het verzorgingstehuis te Krabbendijke. In M. van Duin & V. Wijkhuijs (red). *Lessen uit crises en mini-crisis 2016*. Den Haag: Boom bestuurskunde.

WRR (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag.

Zantinge, E.M., Wilk, E.A. van der, Wieren, S. van & Schoemaker, C.G. (2011). *Gezond ouder worden in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Zorgvisie (2017, 31 juli). Ruim 221 duizend Nederlanders met ernstige psychische aandoening. Op 8 oktober 2018 ontleend aan <https://www.zorgvisie.nl/ruim-221-duizend-nederlanders-met-ernstige-psychische-aandoening/>

Bijlage 1

Toetsing categorieën

Categorie	Naam	Organisatie/instelling
Ouderen	Willem van Herwijnen	Zorgspectrum Het Zand
Kinderen < 12 jaar	Melanie Elzinga	O.b.s. Tweckelerveld
Personen met een lichamelijke beperking	Merle Olde Rikkert	Regisseur WMO
Personen met een verstandelijke beperking	Milou Aarninkhof	Regisseur Noaberpoort
Personen met een psychische beperking	Milou Aarninkhof	Regisseur Noaberpoort
Personen met een auditieve beperking	Livienke Vogelaar	Gelderhorst – landelijk centrum oudere doven
Personen met een visuele beperking	Jan Meppelink	Bijeenkomst groep visueel beperkten
Personen met een tijdelijke beperking	Ina Hamburg	Saxenburgh Groep
Personen met een taalbarrière	Esther van der Vrande	Stichting Lezen en Schrijven
Toeristen	Anya Bult	Het Nederlandse Rode Kruis
Gedetineerden/ personen in een gesloten inrichting	Marjolein Tissen	PI Arnhem
Personen in een zorginstelling	Henk Burgmeijer	Zorgcentrum Rosengaerde

Bijlage 2

Overzicht initiatieven

Veiligheidsregio	Initiatief	Doelgroep	Doelstelling	Inhoud	Resultaat
Brabant Noord	Veiligheid en zelfredzaamheid	Ouderen	Veiligheid en zelfredzaamheid ouderen in zelfstandige woonsituaties bevorderen.	Workshops worden gegeven over veilig wonen voor ouderen en hun eventuele mantelzorgers. Op eigen verzoek kunnen ouderen hun woning laten scannen op veiligheid.	Onbekend
Gelderland-Midden	Voorlichting	Ouderen	Aandacht vragen voor brandveiligheid in huis en hoe te vluchten bij brand.	Ouderen worden thuis bezocht. Er wordt een mapje uitgedeeld met informatie van de brandweer over brandveilig leven. Brandweer geeft advies op maat.	Onbekend
Gelderland-Zuid	Jaartheme Brand en verminderd zelfredzamen	Ouderen	Brandveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> > Er zijn rookmelders geplaatst in een Seniorencomplex. > In samenwerking met ZZG Zorggroep is de handelingskaart ontwikkeld. Hierop staan een aantal adviezen en tips uitgelegd, waarmee zowel de wijkverpleegkundige als de cliënt 	Onbekend

				<p>zelf praktisch toepasbare informatie krijgt over brandveiligheid. Ook zijn ze in gesprek gegaan met ouderen die mogelijk verminderd zelfredzaam zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Er is een beïnvloedingsanalyse uitgevoerd en een onderzoek naar de wenselijkheid en mogelijkheden om verminderd zelfredzamen bij crises in beeld te krijgen. > Er is geoefend met een scenario van brand bij een zorginstelling i.s.m. een zorginstelling. 	
Gelderland-Zuid	Bezoek aan woongebouwen waar veel senioren zelfstandig wonen	Ouderen	Brandveiligheid	Rondgang met verhuurder of vereniging van eigenaren in gemeenschappelijke ruimten/gangen e.d. en uitdelen foldermateriaal.	Onbekend
Gelderland-Zuid	Doelgroepgerichte voorlichting aan diverse senioren groepen	Ouderen	Brandveiligheid	De voorlichting gaat in op brandveiligheid in de eigen woonomgeving.	Onbekend
Gelderland-Zuid	Brandpreventie weken	Verschilt per jaar	Brandveiligheid	In 2016 gericht op zelfstandig wonende ouderen, in 2017 op jonge ouders ('maak van een roze wolk geen rookwolk').	Onbekend

Gelderland-Zuid	Geen nood bij brand	Zorginstellingen	Brandveiligheid		Samenwerking op het gebied van brandveiligheid.	Onbekend
Gelderland-Zuid	Bewonersonderzoeken op (jaar-)thema's	Inwoners van Gelderland-Zuid	Brandveiligheid		Onderzoeken i.r.t. risicobewustzijn over het betreffende jaarthema, kennis van handelingsperspectieven, communicatiekanalen en –behoefte en verwachtingen.	Onbekend
Gooi en Vechtstreek	Afstemming met alle wethouders Zorg in de regio (belang brandveiligheid sociaal domein)	Onbekend	Onbekend		Onbekend	Onbekend
Gooi en Vechtstreek	Gesprekken, instructie en samenwerkingsafspraken met gemeentelijke WMO loketten	Onbekend	Onbekend		Onbekend	Onbekend
Groningen	Voorlichting kwetsbare doelgroepen	Kinderen op Basisscholen	Kennis bijbrengen over wat kinderen zelf kunnen doen om brand te voorkomen. Ook leren ze dat ze zelf actie kunnen en moeten nemen als er toch brand uitbreekt.		Door middel van een lespakket ontwikkeld door de brandweer in Nederland willen ze kinderen bewust maken van de taken van de brandweer en leren over brandveiligheid op school en thuis. Door middel van interactieve opdrachten die de kinderen thuis	Onbekend

		Ouderen (via Woningcorporaties en samenwerking Samenoud)	Bewustwording vergroten van gevaar op brand.	moeten uitvoeren, worden ook ouders betrokken bij dit onderwerp. Interactieve voorlichting.	Onbekend
Groningen	Broodje Alarm	Ouderen	Brandveilig gedrag stimuleren	Veiligheid in huis te vergroten door stil te staan bij de veiligheid van jezelf, je woning en buurt tijdens een bijeenkomst waar verscheidende organisaties, zoals de brandweer, politie en andere hulpverleningsdiensten bijeenkomen om samen met de senioren te praten over veiligheid in huis en buurt.	Onbekend
Groningen	Aardbevingen-wijzer	Basisschool-leerlingen	Kinderen zelfverzekerder te laten omgaan met aardbevingen.	Leerlingen worden voorbereid op een aardbeving. Zij leren wat zij het beste kunnen doen tijdens een aardbeving of er na. De kinderen leren wat een aardbeving is en waar deze vandaan komt. De lessen gaan ook over gas en hoe gas uit de grond wordt gehaald. Met deze kennis gaan leerlingen zelfverzekerder om met aardbevingen.	Onbekend
Haaglanden	Zicht op verminderd zelfredzamen in	Verminderd zelfredzamen	Inzicht krijgen in de zorgvraag van mensen in een straat, gebouw of wijk,	Hulpdiensten inzicht geven in de zorgvraag van de straat, gebouw of straat. Alle informatiestromen	Onbekend

	de wijk (databestanden).		zodat de juiste hulp geboden kan worden tijdens een crisis.	bundelen, zodat er zicht is op verminderd zelfredzamen met oog voor de privacy. Samen met hulpdiensten, zorg- en gemeentelijke partners verkennen ze de mogelijkheden voor een pilot/praktijktest in de gemeenten Rijswijk en Pijnacker-Nootdorp.	
Haaglanden	Brandveilig wonen	Ouderen	Brandveilig wonen stimuleren.	Informeren over de risico's van brand en in de woning en de eigen mogelijkheden om brand te voorkomen.	Vrijwilligers hebben 200 senioren bezocht in samenwerking met Wonen Midden-Delfland.
IJsselland	Captain Crisis	Zorginstellingen	Het continueren van zorg tijdens crisissituaties	Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de bewoners, cliënten of patiënten, onder alle omstandigheden. Dat betekent dat zij zich moet voorbereiden op calamiteiten. De GHOR creëert randvoorwaarden voor zorginstellingen om goede zorg te leveren onder alle omstandigheden. Op de website captaincrisis.nl is informatie te vinden over zorgcontinuïteit; denk aan plannen, oefenformats en instructies.	Onbekend
IJsselland	Oefenen met een zorginstelling	Ouderen	Onderzoeken of mensen uit de buurt een directe rol kunnen spelen tijdens het	Buurtbewoners werden uitgenodigd deel te nemen aan een ontruimingsoefening van een nabijgelegen zorginstelling, wanneer	> Opkomst van omwonenden was groter dan verwacht.

			ontruimen van een zorginstelling.	zij op een specifieke dag de sirenes van hulpdiensten zouden horen. De bhv'ers wisten van niets en werden geconfronteerd met en een ontruiming en de hulp van buurtbewoners.	<ul style="list-style-type: none"> > Kanttekening van deze hulp is dat enkele mensen hebben aangegeven dat zij zonder brief en bij een echte calamiteit niet zouden helpen. Willen niet in de weg lopen of ramptoerist zijn. > Leerpunt: hoe kan je als bhv'er burgers zo waardevol mogelijk laten helpen? > Buurtbewoners meer kennis op laten doen over ontruiming. > Gerichte alarmering bijv. via ontvangen sms werkt beter.
IJsselland	Voorlichtingsbijeenkomst	Zelfstandig wonende ouderen	Veiligheid in huis stimuleren	Onbekend	Onbekend
IJsselland	EHBO-cursus	Visueel beperkten	Visueel beperkten leren hoe ze eerste hulp kunnen verlenen.	Een EHBO-cursus die erop gericht is dat visueel beperkten leren hoe ze zichzelf en anderen in hun omgeving kunnen helpen in een noodsituatie	Onbekend
Kennemerland	Gezamenlijke aanpak risico-communicatie	Burgers, partners en bedrijven	Werken volgen de gezamenlijke aanpak crisiscommunicatie waarbij:	Boekje gezamenlijke aanpak inclusief activiteiten meesturen, activiteiten zijn zoal:	Risico's worden gereduceerd doordat het risicobewustzijn van

			<p>de hulpdiensten, gemeenten en partners samen werken en waar de risicocommunicatie-activiteiten op elkaar worden afgestemd, inspelen op en aansluiten bij de informatiebehoefte van burgers en partners staat centraal, dichtbij de burger organiseren: ontwikkelen en actualiteiten uit de samenleving geven richting aan activiteiten, we informeren burgers optimaal: we communiceren over landelijke en (boven)regionale risico's die zich kunnen voordoen in de woon-, werk- en leefomgeving en bieden handelingsperspectieven.</p>	<p>risicocommunicatie rondom brzo-bedrijven, organisatie voorlichtingsbijeenkomst rond brand-en valgevaar aan zelfstandig wonende ouderen, haalbaarheidsonderzoek naar RiskFactory (voorlichting aan kinderen).</p>	<p>burgers en bedrijven is verhoogd. ('Wat zijn de risico's? Hoe kunnen we de kans op het optreden van deze risico's verkleinen?') en doordat handelingsperspectieven zijn aangereikt ('Wat te doen bij?').</p>
Kennemerland	Gebruikmaken van redzaamheid en burgerhulp	Burgers, hulpdiensten en partners (zoals het Rode Kruis)	<p>Gebruikmaken van redzaamheid en burgerhulp waarbij: De komende beleidsperiode onderzocht gaat worden hoe de hulpverlening beter afgestemd kan worden op hulp uit de samenleving, burgerhulp wordt</p>	Onbekend	Hulpverleners zijn zich meer bewust van en hebben aandacht voor de mogelijkheid gebruik te maken van capaciteit van burgerhulpverleners en input voor een lerende en verbeterde

			opgenomen als thema bij onderwijsactiviteiten en bij rampen en crisis wordt burgerhulp geëvalueerd.		crisisbeheersingsorganisatie
Limburg-Noord	Seniorenpanel brandveilig leven	WMO'ers en thuiszorgorganisaties	Brandpreventie	Voorlichting geven aan WMO'ers en thuiszorgorganisaties.	Onbekend
		Ouderen	Brandpreventie	Er werd gesproken over het voorkomen van brand, er werden ervaringen gedeeld en geoefend hoe te vluchten bij brand.	Onbekend
Limburg-Noord	Training hoe om te gaan met verminderd zelfredzamen	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Midden- en West-Brabant	Taskforce Veiligheid in zorg en industrie	Verminderd zelfredzamen en zorginstellingen	Vergroten van de risicogerichtheid in zorg en industrie.	Het gaat erom dat overheid, bedrijven, instellingen en burgers samen verantwoordelijkheid nemen en dat er een grotere mate van zelfredzaamheid en samenredzaamheid ontstaat. Hiervoor is het noodzakelijk dat partijen met elkaar verbinden.	Onbekend
Midden- en West-Brabant	Expeditie zelfredzaamheid van ouderen in de	Ouderen en zorgverleners	Veiligheid in huis stimuleren	Onderzocht hoe de veiligheid van mensen die langer zelfstandig thuis willen en moeten wonen geborgd kan worden. Met zorgverleners is	Een advieswijzer Veilig en Gezond wonen voor zorgverlener is ontwikkeld.

	wijk (extramurale zorg).			geïnterviewd wat er nodig is om de veiligheid van verminderd zelfredzame mensen te verbeteren en incidenten te voorkomen	
Midden- en West- Brabant	Expeditie zelfredzaamheid zorginstellingen (intramurale zorg)	Zorginstellingen	Inventariseren veiligheidszorgen	Alleen nog de meest kwetsbare mensen met een grote zorgbehoefte worden in een zorginstelling opgenomen. Zijn in gesprek gegaan met 6 zorginstellingen over wat zij als de grootste veiligheidszorgen beschouwen.	<ul style="list-style-type: none"> > Project Alarmeringstool gestart. > Diverse activiteiten opgezet: verschillende oefeningen, opleidingen, werkbezoeken en samen met de brandweer, het project geen nood bij brand.
Noord- en Oost- Gelderland	Scenario's voor brand in gebouw zorg en welzijn.	Thuiszorg, groepszorg-woning, psychogeriatrische inrichting, verpleegtehuis, ziekenhuis en asielzoekers-centrum	Incidenten in gebouwen zorg en welzijn terug dringen en risico's op incidenten verkleinen.	In het rapport zijn 6 scenario's uitgewerkt waar binnen een incident plaatsvindt. Deze scenario's zijn bekeken door een groot aantal zorgpartijen, de GHOR en medewerkers van de brandwerven Achterhoek Oost en Achterhoek West.	Rapport is veel gelezen en wordt opgenomen in werkwijzen en procedures. Het geeft inzicht in mogelijke gevolgen van incidenten en geeft maatregelen die getroffen kunnen worden om incidenten te voorkomen.
Noord- en Oost- Gelderland	Uitrol slimme sensoren (panieknop, inbraaksensoren en rookmelders).	Kwetsbare ouderen	Zelfredzaamheid stimuleren	In 1000 huishoudens met kwetsbare ouderen in 8 gemeenten in het buitengebied, gekoppeld aan de alarmering van burens, familie en/of mantelzorgers. Deze laatste groep graag ook een training krijgen in het	Onbekend

				kader van zelfredzaamheid/weerbaarheid.	
Noord- en Oost-Gelderland	Afspraken met zorginstellingen en ziekenhuis maken over burgerhulp.	Zorginstellingen en ziekenhuis	Onderzoeken of mensen uit de buurt een directe rol kunnen spelen tijdens incidenten.	In de regio zijn afspraken gemaakt met zorginstellingen en een ziekenhuis dat burgers bij een calamiteit komen helpen. Dit wordt georganiseerd door STAN (https://stanglobal.com/). Als veiligheidsregio zijn ze hierbij aangehaakt en doen ze mee met oefeningen.	Onbekend
Rotterdam Rijnmond	Overleg op nationaal niveau Tweede Kamerleden en minister	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Twente	Spoorveiligheid	Zorginstellingen	Inzicht krijgen in de veiligheidssituatie langs het spoor van zorginstellingen. Het ontwerpen van een methodiek/werkwijze die toepasbaar is voor andere zorginstellingen langs het spoor.	Welke voorbereiding hebben de zorginstellingen op het terrein op het gebied van crises en rampen? Over welke gegevens beschikken de hulpdiensten over de zorginstelling bij een alarmering van een	De BHV organisatie van zorginstellingen is gericht op incidenten die in het gebouw plaatsvinden en niet op dreigingen die van buitenaf komen zoals een spoorongeval met vrijkomen van gevaarlijke stoffen. In het meest gunstige geval duurt evacuatie 1.5 uur.

				<p>treinongeval met (dreiging van) explosie of gifwolk.</p> <p>Kunnen bewoners meer zelfredzaam worden gemaakt?</p>	<p>Hulpdiensten rukken uit op basis van algemene uitrukprocedures, voor zorginstellingen met indicatie “zorg op afroep”. Ze hebben altijd beschikking over specifieke gegevens over de instelling (sleutels, ingangen, contactgegevens en plattegrond).</p> <p>Er is geen mogelijkheid om bewoners van zorginstellingen zelfredzamer te maken door middel van een oefening of bijeenkomst.</p>
Twente	Risk Factory	Kinderen van groep 8 en kwetsbare ouderen	Basisschoolleerlingen en groepen met een verhoogd risico veiligheid bewuster maken.	In nagebootste praktijksituaties bewust worden van veiligheidsrisico's en oplossingen. Dit wordt gedaan door interactieve veiligheidsscenario's over o.a. internetgebruik, verkeersveiligheid, risico's alcoholgebruik, effect van groepsdruk, contact met hulpdiensten etc.	<p>Het actief oefenen met veiligheidsscenario's heeft een positief effect op zelfredzaam gedrag.</p> <p>Het herhalen van risico boodschappen heeft een positieve invloed op zelfredzaam gedrag op de korte en lange termijn.</p>

Twente	Veilig wonen voor verminderd zelfredzamen	Verminderd zelfredzamen, zoals senioren, gehandicapten en hulp-behoevenden.	Oplossingen bieden voor veiligheidsproblemen, zodat er integrale veiligheid ontstaat.	Het gaat om het combineren van brandveiligheid, gebruik van techniek en installaties, voorkomen van vallen, veilige ontruiming, voorkomen van insluiting en gebruik van babbeltrucs, veilig gebruik van digitale techniek, goede informatievoorziening en dienstverlening	Deskresearch veilig wonen zelfredzame ouderen.
Utrecht	Pilot in Seniorencomplex	Ouderen	Inzicht krijgen in de zelfredzaamheid bij brand van mensen die in een seniorencomplex wonen	Bewoners geïnterviewd aan de hand van een gestructureerde vragenlijst. Er is gevraagd naar aannames, kennis en verwachtingen, eventuele beperkingen in mobiliteit die hun zelfredzaamheid bij brand beïnvloedt.	Kennis en ervaringen: mensen weten wat ze moeten doen. Merendeel kan zelfstandig naar buiten als er gevlucht moet worden. Mensen in rolstoel wachten tot er iemand komt die kan helpen, ook mensen met rollator of looprek wachten vaak tot ze gehaald worden. Zij rekenen op de brandweer. Niet iedereen heeft rookmelders.
Rotterdam-Rijnmond Zuid-Holland Zuid	Afstemming met- en instructie van mantelzorg en thuiszorg-organisaties (programma Langer Thuis)	Ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking.	Ervoor zorgen dat het in Rotterdam gemakkelijker wordt voor ouderen en mensen met een beperking om zelfstandig te wonen.	De belangrijkste randvoorwaarden voor langer thuis wonen zijn geschikte woningen, een vitaal netwerk, een toegankelijke wijk en heldere informatie. Er wordt samengewerkt met de gemeente, woningcorporaties,	Evaluatie voorjaar 2017: er komen meer geschikte woningen beschikbaar, vitale netwerken zijn het moeilijkste te beïnvloeden maar wordt al wat beter, toegankelijke wijken was al

				thuiszorgaanbieders, welzijnsinstellingen, verzekeraars en de doelgroepen zelf.	goed in Rotterdam, heldere informatie kunnen krijgen of vinden: nog veel onduidelijk voor Rotterdammers, uitwerking per gebied: maatwerk werkt, welzijn pakt over.
Rotterdam-Rijnmond Zuid-Holland Zuid Gooi en Vechtstreken	Afstemming met-, instructie van- en rookmelderproject en voor diverse woningcorporaties	Thuiswonende verminderd zelfredzamen	Veiligheidsbewustzijn van burgers vergroten	Onbekend	Onbekend
Gooi en Vechtstreken Rotterdam- Rijnmond	Overleg en ontwikkelen en verspreiden van voorlichtingsmateriaal i.s.m. ouderenbonden en thuiszorgorganisaties	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Groningen IJsselland Kennemerland	Brandrisicoprofiel	Ouderen	Op basis van brandrisicoprofiel wordt de frequentie van toezicht op openbare gebouwen bepaald, wordt er aandacht gegeven aan specifieke doelgroepen of worden er activiteiten ontplooid op het	Het brandrisicoprofiel bestaat in eerste aanleg uit een risicoclassificering van openbare gebouwen (scholen, kantoren). Op basis van die risicoclassificering wordt de frequentie van toezicht bepaald. Verder is gebleken dat ouderen gevoelig zijn voor de	Inzicht hebben in welke brandrisico's er zijn, welke risico's het zwaarste wegen en welke aanpak van de brandweer het beste werkt. Inzicht hebben in de rookmelderdichtheid.

			gebied van brandveilig leven en ondernemen.	effecten van brand en dat rookmelders een positieve invloed hebben op de ontdekkingsnelheid van brand. Daarom is informatie over ouderen en rookmelders ook opgenomen in het brand risicoprofiel.	Inzicht hebben in waar ouderen wonen.
Gelderland-Zuid Gelderland-Midden Midden- en West-Brabant Rotterdam Rijnmond	Zorgcontinuïteit	Zorginstellingen	Het continueren van zorg tijdens crisissituaties.	Zorginstellingen worden gestimuleerd zich voor te bereiden op mogelijke crisissituaties door het schrijven van een (zorg)continuïteitsplan. In het plan beschrijft de zorginstelling hoe zij omgaan met de gevolgen van een crisissituatie die kan optreden. Is er mogelijkheid extra personeel op te roepen? Wie kan er plaatsnemen in een overleg van de hulpdiensten? Waar gaan cliënten heen als de locatie niet langer te gebruiken is? Van welke voorzieningen is een zorginstelling afhankelijk en wat moet er gebeuren als de voorzieningen uitvallen? Ook kan de zorginstelling zich registreren in de applicatie GHOR4all. In de applicatie worden adresgegevens, 24uurs-bereikbaarheidsgegevens en globale gegevens over het aantal bewoners opgenomen.	In Midden en West-Brabant hebben 80% van de zorginstellingen de samenwerkingsafspraken tussen de zorginstellingen en GHOR ondertekend. Daarnaast hebben veel zorginstellingen deelgenomen aan meerdere trainingen rondom crisisbeheersing. Ook hebben veel zorginstellingen zich geregistreerd in de applicatie GHOR4all.

Noord-Holland Noord Amsterdam- Amstelland Noord- en Oost- Gelderland Gelderland- Zuid Brabant-Noord Midden- en West- Brabant IJsselland Utrecht Friesland Drenthe Groningen Haaglanden Hollands Midden Kennemerland Twente Rotterdam Rijnmond Zaandam Waterland Zeeland Zuid-Holland Zuid	GHOR4all	Zorginstellingen	Informatievoorziening tijdens een grootschalig incident. Inzicht in zorg continuïteit. Hierdoor adequatere hulpverlening doordat relevante info direct beschikbaar is.	Registratiesysteem waar zorginstellingen relevante informatie op het gebied van zorg continuïteit kan vastleggen. De applicatie biedt enerzijds locatie inzicht in NAW-gegevens, anderzijds staat er informatie in over 24/7 bereikbaarheid, capaciteit en hoe de instelling haar zorg continuïteit heeft geregeld. Het GHOR-bureau heeft als enige inzicht in de gegevens van alle geregistreerde zorginstellingen. Voor de GHOR is het belangrijk om te weten hoe zij een zorginstelling 24/7 kan bereiken en welke functionarissen tijdens een crisis verantwoordelijk zijn.	Veel instellingen hebben zich al ingeschreven. Cijfers niet gevonden.
---	----------	------------------	---	---	---