Nederlands Instituut Publieke Veiligheid

De First Responder-taak in Veiligheidsregio Haaglanden

Een onderzoek naar de aanleiding, werkwijze, impact en leerpunten

Nederlandse Academie voor
Crisisbeheersing en Brandweerzorg
Postbus 7010
6801 HA Arnhem
Kemperbergerweg 783, Arnhem
www.nipv.nl
info@nipv.nl
026 355 24 00

Colofon

© Nederlands Instituut Publieke Veiligheid (NIPV), 2025

Auteurs	K. Dangermond en L. Broeren
Projectleider	K. Dangermond
Opdrachtgever	Veiligheidsregio Haaglanden
Contactpersoon	K. Dangermond (k.dangermond@nipv.nl)
Datum	26 november 2025 ; oktober 2026 correcties in paragraaf 2.4.3
Coverfoto	Veiligheidsregio Haaglanden

Wij hechten veel belang aan kennisdeling. Delen uit deze publicatie mogen dan ook worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding.

Inhoud

	Inleiding	**4**
1	**Methode**	**7**
1.1	Verantwoording gekozen onderzoeksmethoden	7
1.2	Dataverzameling en -analyse	8
1.3	Verloop van het onderzoek	13
1.4	Kwaliteit van het onderzoek	13
2	**First Responder-taak: wetgeving, ontstaansgeschiedenis, werkwijze en statistieken**	**15**
2.1	Wettelijk kader FR-taak	15
2.2	De FR-taak in Haaglanden	19
2.3	Werkwijze op de First-Responder-kazernes	24
2.4	Melding, alarmering en ter plaatse	33
3	**Ervaring van de impact van de FR-taak**	**37**
3.1	Belasting en belastbaarheid	37
3.2	Geen reanimatie, wel een andere medische noodsituatie	47
3.3	De nazorg na reanimaties	50
4	**Wat er geleerd kan worden met betrekking tot de FR-taak**	**58**
4.1	Goede punten en knelpunten in de organisatie	58
4.2	Wat er geleerd kan worden van andere veiligheidsregio's	63
4.3	Alternatieven voor de FR-taak	66
4.4	Zienswijze witte en rode kolom	72
5	**Conclusie**	**73**
5.1	De FR-taak binnen de VRH	73
5.2	Impact van de FR-taak op brandweermensen	74
5.3	Leerpunten organisatie FR-taak	75
5.4	Hoofdconclusie	76
5.5	Discussie	76
6	**Literatuurlijst**	**78**
	Bijlage 1 Overzicht interne documenten VRH	**83**
	Bijlage 2 Verklaring deelname onderzoek	**85**
	Bijlage 3 Topiclijst repressieve brandweermensen met een FR-taak	**86**
	Bijlage 4 Overzicht respons veiligheidsregio's	**89**
	Bijlage 5 Werkinstructie Hollands Midden	**97**
	Bijlage 6 Stroomschema collegiale ondersteuning	**99**

Inleiding

Per jaar krijgen in Nederland buiten het ziekenhuis ongeveer 17.000 mensen een hartstilstand (ook wel circulatiestilstand genoemd) (Hartstichting, 2025a). Een hartstilstand is levensbedreigend: doordat een bloedvat van het hart verstopt raakt wordt er in het lichaam geen bloed meer rondgepompt. Hierdoor krijgen de organen geen bloed en dus ook geen zuurstof meer. De meest voorkomende oorzaak van een hartstilstand is een hartinfarct (ook wel hartaanval genoemd), maar een hartstilstand kan ook veroorzaakt worden door hartritmestoornissen, verstikking en verdrinking (Hartstichting, 2025b; Nederlandse Reanimatieraad, 2025a). Hoe eerder het bloedvat weer open is, hoe minder kans op blijvende schade. Het is dan ook van levensbelang snel te handelen. Het (proberen) weer op gang krijgen van het hart en de ademhaling wordt een reanimatie genoemd. Dit gebeurt door hartmassage, mond-op-mondbeademing en/of het geven van een stroomstoot op de borstkas met een Automatische Externe Defibrillator (AED) (Nederlandse Reanimatieraad, 2025a).[1] Voor de grootste overlevingskans is het belangrijk dat de reanimatie binnen zes minuten wordt gestart (Hartstichting, 2025b).

In Nederland zijn er *buiten* het ziekenhuis 8.000 tot 10.000 reanimaties per jaar (Hartstichting, 2025a). Van de 100 mensen die worden gereanimeerd buiten het ziekenhuis na een hartstilstand overleven 20 tot 25 personen (Nederlandse Reanimatieraad, 2025b). In de meeste gevallen vindt een reanimatie buiten het ziekenhuis in en om het woonhuis plaats. Reanimaties vinden daarnaast plaats op straat, in een openbaar gebouw of op een sport- of ontspanningslocatie. In ruim 79 procent van de gevallen wordt het slachtoffer voor aankomst van de ambulance gereanimeerd door omstanders (Hartstichting, 2025a).

Als de meldkamer een melding ontvangt van een onwelwording en het vermoeden bestaat dat een reanimatie noodzakelijk zal zijn, wordt een ambulance gealarmeerd. Indien de veiligheidsregio hiervoor heeft gekozen, wordt daarnaast ook de dichtstbijzijnde brandweerkazerne gealarmeerd (Brandweer Nederland, 2025). Zo ook in Veiligheidsregio Haaglanden (VRH), waar brandweermensen uitrukken bij een reanimatiemelding binnen het verzorgingsgebied. Dit wordt binnen de VRH ook wel de First Responder-taak (FR-taak) genoemd. Binnen de VRH hebben vier van de drieëntwintig brandweerkazernes een FR-taak. Dit zijn de kazernes Pijnacker-Nootdorp (sinds 2014), Wassenaar (sinds 2014), Scheveningen (sinds 2019) en Maasdijk (sinds 2020). Daarnaast rukt ook de Motor Ondersteuning Brandweer (MOB) sinds 2012 uit voor reanimaties.

Het management van de VRH denkt na over de richting en toekomst van de FR-taak. Daarbij wil men gebruikmaken van feiten en bevindingen afkomstig uit onafhankelijk en integer praktijkgericht onderzoek. Om die redenen heeft de VRH aan het lectoraat Brandweerkunde, onderdeel van het Nederlands Instituut Publieke Veiligheid, gevraagd om onderzoek te doen naar de werkwijze en impact van de FR-taak binnen de VRH.

[1] Een AED is een draagbaar apparaat dat het hartritme weer kan herstellen bij een hartstilstand door middel van het geven van een elektrische schok (Hartstichting, 2025c).

Doel

Het doel van dit onderzoek is drieledig, namelijk inzichtelijk maken: 1. op welke wijze binnen de VRH invulling wordt gegeven aan de FR-taak, 2. hoe brandweermensen op de vier kazernes met een FR-taak de impact van die taak ervaren en 3. wat er met betrekking tot de organisatie van de FR-taak geleerd kan worden van ervaringen binnen en buiten de VRH. De inzichten uit dit onderzoek leveren een bijdrage aan het beantwoorden van de vraag of en zo ja op welke wijze de VRH de FR-taak het beste kan organiseren.

Hoofd- en deelvragen

In dit onderzoek staan de volgende drie hoofdvragen, inclusief de daarbij behorende deelvragen, centraal.

1. Wat was de aanleiding voor de VRH om te starten met de FR-taak en op welke wijze en hoe vaak wordt de FR-taak binnen de VRH uitgevoerd?
   a. Wat zegt de wet over de uitvoering van de FR-taak?
   b. Waarom en hoe is men tot de FR-taak op de vier kazernes gekomen? Welke maatschappelijke en geneeskundige ontwikkelingen spelen / speelden daarbij een rol?
   c. Wat is de werkwijze van de FR-taak op de FR-kazernes?
   d. Hoe vaak wordt de FR-taak bij de meldkamer gemeld en hoe vaak worden de FR-kazernes gealarmeerd en hoe vaak komen ze ter plaatse voor deze taak?

2. Hoe ervaren brandweermensen de impact van de FR-taak?
   a. Hoe ervaren brandweermensen de belasting en belastbaarheid van de FR-taak?
   b. Hoe ervaren brandweermensen de impact van meldingen van medische noodsituaties die geen reanimatie blijken te zijn?
   c. Hoe ervaren brandweermensen de nazorg na reanimaties?

3. Wat kan er met betrekking tot de organisatie van de FR-taak geleerd worden van ervaringen binnen en buiten de VRH?
   a. Welke goede punten en knelpunten worden er door betrokkenen ervaren met betrekking tot de organisatie van de FR-taak?
   b. Wat kan er geleerd worden van de wijze waarop in andere veiligheidsregio's de FR-taak wordt uitgevoerd?
   c. Welke alternatieven bestaan er voor de uitvoering van de FR-taak? Hoe kijken brandweermensen op de FR-kazernes, de witte en rode kolom aan tegen dergelijke initiatieven?
   d. Wat is de zienswijze van de witte kolom en rode kolom op de FR-taak?

Afbakening

Binnen Brandweer Nederland wordt op verschillende wijzen invulling gegeven aan de term First Responder en de taken die hierbij horen. In de VRH wordt onder de FR-taak verstaan “het uitrukken voor een reanimatie”. In dit onderzoek wordt de definitie gebruikt zoals gehanteerd door de VRH. Afhijsingen en tilassistenties behoren niet tot de FR-taak zoals beschreven in dit onderzoek.

Er bestaan verschillende termen om de FR-taak van de brandweer te beschrijven, waaronder first responders reanimatiezorg, First Responder Brandweer-taak (FRB-taak), Basic Life Support (BLS) en AED-taak. In verband met de leesbaarheid wordt in dit document de benaming First Responder-taak (FR-taak) gebruikt.

Dit onderzoek richt zich alleen op de werkwijzen en ervaringen van de brandweerkazernes en brandweermensen die binnen de VRH de FR-taak uitvoeren. Er wordt niet onderzocht hoe brandweermensen van de andere kazernes binnen de VRH de FR-taak ervaren. Hoewel de focus ligt op de vier FR-kazernes wordt wel – waar mogelijk – de MOB meegenomen in de onderzoeksresultaten, omdat ook deze uitrukt voor reanimaties binnen de VRH.

Leeswijzer

Allereerst wordt in hoofdstuk 1 de onderzoeksmethode toegelicht. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 beschreven of de FR-taak wettelijk een taak van de brandweer is, wat de ontstaansgeschiedenis is van de FR-taak en op welke wijze en hoe vaak de FR-taak binnen de VRH wordt uitgevoerd. Hoe brandweermensen van de vier FR-kazernes de FR-taak ervaren, wordt beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 gaat in op de goede punten en knelpunten die worden ervaren met betrekking tot de organisatie van de FR-taak, wat er geleerd kan worden van andere veiligheidsregio’s op het gebied van de FR-taak, wat mogelijke alternatieven zijn voor de FR-taak en tot slot wat de zienswijze is van verschillende stakeholders met betrekking tot de FR-taak. Tot slot volgen de conclusie en discussie in hoofdstuk 5.

1 Methode

In dit hoofdstuk wordt toegelicht welke methodologische keuzes zijn gemaakt en op basis van welke afwegingen. Er wordt stilgestaan bij de manier waarop de dataverzameling heeft plaatsgevonden, op welke wijze de data zijn geanalyseerd en bij het verloop en de kwaliteit van dit onderzoek.

1.1 Verantwoording gekozen onderzoeksmethoden

In dit onderzoek is gebruikgemaakt van een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden.

Allereerst is er een documentenanalyse uitgevoerd op basis van door de VRH beschikbaar gestelde documenten (zie paragraaf 1.2.2). Hiervoor is gekozen om inzicht te verkrijgen in de achtergrond en context van de FR-taak en daarnaast voor het formuleren van vragen voor de topiclijst(en) van de (groeps)interviews (Baumeister & Leary, 1997).

Vervolgens heeft er een verkennend literatuuronderzoek plaatsgevonden (zie paragraaf 1.2.3). Dit om een beeld te verkrijgen van eerder (inter)nationaal onderzoek dat is uitgevoerd naar de ervaring van first responders en specifiek brandweermensen met de FR-taak. Ook deze inzichten zijn gebruikt bij het formuleren van vragen voor de topiclijst(en) en later bij het duiden van de bevindingen uit onder andere de groepsinterviews.

Verder heeft er een beschrijvende analyse plaatsgevonden van het aantal meldingen, alarmeringen en keren ter plaatse met betrekking tot de FR-taak in de VRH (zie paragraaf 1.2.4). Deze gegevens zijn relevant voor het schetsen van de context van de uitvoering van de FR-taak op de vier kazernes.[2] Tijdens de groepsinterviews zijn deze statistieken besproken om te bepalen of het beeld van (met name) brandweermensen op de FR-kazernes hiermee overeenkomt.

In eerdere (regionale) onderzoeken (o.a. Molenaar, 2025; Van der Slikke, 2019; VR RR, 2019) is er voornamelijk voor gekozen kwantitatieve data te verzamelen (met behulp van enquêtes, al dan niet gecombineerd met verdiepende groepsinterviews). Daarentegen is er voor dit onderzoek besloten om een kwalitatieve onderzoeksmethode te gebruiken, namelijk (groeps)interviews (zie paragraaf 1.2.5). Hier is voor gekozen om een diepgaand en zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de *ervaringen* van brandweermensen met de FR-taak. De voornaamste meerwaarde van groepsinterviews is dat geïnterviewden op elkaar kunnen reageren (Wilkinson, 1998). Geïnterviewden kunnen elkaar aanvullen, nuanceren en onderwerpen aansnijden die volgens hen relevant zijn. Een mogelijk nadeel is dat respondenten tijdens groepsinterviews sneller sociaal wenselijke antwoorden kunnen geven. Bijvoorbeeld als het gaat over de mate van sociale steun die al dan niet wordt ervaren of over de eigen mentale gezondheid.

[2] Indien bekend zijn ook de statistieken van de MOB weergegeven.

Tot slot hebben er individuele interviews plaatsgevonden met diverse stakeholders, met als doel om in kaart te brengen wat de zienswijze is van deze stakeholders op de FR-taak. Evenals bij de groepsinterviews was er ook binnen de individuele interviews ruimte voor het bespreekbaar maken van onderwerpen die volgens de geïnterviewden relevant waren.

1.2 Dataverzameling en -analyse

In deze paragraaf worden de verschillende methoden van dataverzameling beschreven. Eerst wordt echter stilgestaan bij de rol van diverse medewerkers van de VRH bij de uitvoering van dit onderzoek.

1.2.1 Medewerking van de VRH

De VRH heeft op de volgende manieren medewerking verleend:

> Het was van essentieel belang dat Brandweer Haaglanden zelf de benodigde interne documentatie en kwantitatieve data verzamelde en beschikbaar stelde. Om die reden is een beleidsmedewerker (1) de contactpersoon geweest voor het verzamelen van de benodigde documenten voor de documentenanalyse (zie paragraaf 1.2.2) en voor het aanleveren van de kwantitatieve data (zie paragraaf 1.2.4). Er is door deze medewerker een digitale samenwerkingsomgeving gerealiseerd waar alle documenten zijn verzameld. De kwantitatieve data zijn verstuurd via e-mail. Verdiepende vragen over de interne documentatie zijn gesteld aan deze beleidsmedewerker en zijn collega-beleidsmedewerker (2).

> Vanwege de privacygevoelige kwantitatieve data is vooraf afgestemd met een privacy-functionaris werkzaam bij de VRH. Met deze is besproken welke data er nodig zijn om een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen (met name in relatie tot de mate van detaillering van de data) en onder welke voorwaarden deze data gedeeld kunnen worden.

> Daarnaast was ondersteuning vanuit Brandweer Haaglanden van belang op het gebied van de communicatie over en de planning van de groepsinterviews met repressieve brandweermensen die de FR-taak uitvoeren (zie paragraaf 1.2.5). Een projectmedewerker heeft de onderzoekers daarbij geholpen. Deze heeft contact gezocht met de ploegchefs van de vier kazernes en de groepsinterviews ingepland. Ook heeft hij de onderzoekers bij aankomst op de kazernes geïntroduceerd bij de aanwezige brandweermensen. De overige (groeps)interviews hebben de onderzoekers zelf ingepland.

1.2.2 Documentenanalyse

Om inzicht te krijgen in de ontstaansgeschiedenis en de huidige organisatie van de FR-taak heeft een documentenanalyse plaatsgevonden. Op basis van de hoofd- en deelvragen hebben de onderzoekers een lijst opgesteld van onderwerpen en documenten die benodigd zijn voor het beantwoorden van de vragen. Brandweer Haaglanden heeft diverse (interne) documenten aangeleverd, waaronder projectplannen, evaluatierapporten, werkdocumenten en (vergader)verslagen. Zie ook bijlage 1.

1.2.3 Verkennend literatuuronderzoek

Een verkennend literatuuronderzoek heeft plaatsgevonden om inzicht te krijgen in wat er (inter)nationaal bekend is over de ervaringen van first responders (en specifiek brandweermensen) met de FR-taak. Aan de hand van de hoofd- en deelvragen zijn de zoektermen bepaald, bijvoorbeeld (zowel Nederlands als Engelstalig): brandweer AND reanimatie;

brandweer AND first responder; brandweer AND ingrijpende incidenten; brandweer AND nazorg; firefighters AND CPR AND mental health; firefighters AND CPR AND experience; Cumulative effect AND firefighters AND mental health. Er is voornamelijk gezocht via Google Scholar. De gevonden publicaties zijn beoordeeld op relevantie (geven ze inzicht in een of meerdere ondrzoeksvragen?), wetenschappelijk gehalte (zijn ze peer-reviewed?) en publicatiejaar (publicaties van voor 2010 zijn buiten beschouwing gelaten). Door gebruik te maken van literatuurverwijzingen en namen van auteurs in publicaties is verder gezocht naar andere relevante publicaties (sneeuwbalmethode) via eveneens Google Scholar. Daarnaast heeft Bruno Molenaar (beleidsmedewerker crisisbeheersing bij Veiligheidsregio Zaanstreek-Waterland) zijn scriptie voor de opleiding Master of Crisis and Public Order Management (MCPM) geschreven over de inzet van de brandweer in de Veiligheidsregio Zaanstreek-Waterland bij medische hulpverlening (waaronder reanimaties). Voor deze scriptie heeft Bruno Molenaar een literatuuronderzoek uitgevoerd. In overleg hebben de onderzoekers gebruik mogen maken van zijn literatuurlijst. Tot slot is er via contactpersonen in de verschillende veiligheidsregio's (zie ook paragraaf 1.2.5, Andere veiligheidsregio's) gevraagd naar onderzoeksrapporten met betrekking tot de FR-taak in deze regio's.

1.2.4 Analyse GMS-data

De VRH heeft gegevens aangeleverd met betrekking tot het aantal meldingen, het aantal alarmeringen voor de FR-taak bij de meldkamer brandweer (MKB) en het aantal keren ter plaatse voor de FR-taak door de brandweer. Dit heeft zij gedaan door het aanleveren van een Excel-bestand met daarin GMS-data van 'Gezondheid-Reanimatie-meldingen'. Daarnaast is er een Word-document aangeleverd waarin een beleidsmedewerker (2) (indien mogelijk) antwoord heeft gegeven op verschillende onderzoeksvragen.

Op advies van de VRH is de periode 2021, 2022, 2023 en 2024 onderzocht, omdat in die periode op een eenduidige wijze de GMS-data met betrekking tot 'Gezondheid-Reanimatie' meldingen zijn geregistreerd. Omdat het meerdere jaren betreft, biedt dit de mogelijkheid om mogelijke trends inzichtelijk te maken. De gegevens zijn op regionaal niveau, per FR-kazerne en voor de MOB aangeleverd.

Bij de interpretatie van de gegevens dient er rekening mee te worden gehouden dat er onzekerheden in de data zitten:

- Sinds 2021 worden FR-alarmeringen anders geregistreerd in GMS. Hierdoor zijn de cijfers uit 2021 niet volledig.
- Een melding 'Gezondheid-Reanimatie' bij de meldkamer (en vervolgens een alarmering van een FR-kazerne of de MOB) betekent niet dat er daadwerkelijk sprake is van een reanimatie. Op basis van de meldkamerdata kan niet achterhaald worden wat uiteindelijk de daadwerkelijke situatie is geweest.
- 'Ter plaatse' betreft een *handmatige* status en geeft een indicatie. Van een groot aantal alarmeringen is geen 'statustijd ter plaatse' (Statustijd TP) bekend. Redenen hiervoor kunnen zijn dat de eenheid niet ter plaatse is gekomen, de leidinggevende verkeerd (of niet) de status heeft doorgegeven of de eenheid heeft gewisseld van voertuig.

Gegevens van het aantal daadwerkelijke inzetten voor de FR-taak konden niet worden aangeleverd door de VRH, omdat deze niet expliciet gerapporteerd worden.[3] In sommige

[3] De afsluitcode 'inzet' is slechts een technische registratie in het meldkamersysteem en zegt niets over de daadwerkelijke inzet van eenheden ter plaatse bij een incident, zo heeft een beleidsmedewerker (2) aangegeven.

gevallen wordt een daadwerkelijke inzet vermeld in het kladblok, maar niet altijd. Om deze reden zijn de gegevens over de daadwerkelijke inzet niet in het onderzoek opgenomen.

1.2.5 (Groeps)interviews

Gedurende het onderzoek hebben er verschillende (groeps)interviews plaatsgevonden. In onderstaande tabel is chronologisch weergegeven welke respondenten zijn geïnterviewd.

Tabel 1.1 Overzicht (groeps)interviews

Datum	Locatie	Aanwezig
27-02-2025 en 14-04-2025	Microsoft Teams	Lucien Groenewegen (directeur Brandweerzorg) Ferdi Verhulst (Teamhoofd Brandweerzorg) Bas de Leeuw (Teamhoofd Brandweerzorg) Marco Middendorp (Teamhoofd Brandweerzorg) John Overeinder (Teamhoofd Brandweerzorg)
03-03-2025	Wassenaar	Beroepsbrandweermensen
03-03-2025	Wassenaar	Brandweervrijwilligers (8)
26-03-2025	Maasdijk	Brandweervrijwilligers (6)
01-04-2025	Microsoft Teams	14 vertegenwoordigers van 10 veiligheidsregio's: Haaglanden Zuid-Limburg Midden- en West-Brabant Rotterdam-Rijnmond Zeeland Noord- en Oost-Gelderland Gelderland-Midden Utrecht Zaanstreek-Waterland Gelderland-Zuid
02-04-2025	Scheveningen	A-ploeg
03-04-2025	Laak	Motor Ondersteuning Brandweer (4)
07-04-2025	Scheveningen	B-ploeg
09-04-2025	Scheveningen	D-ploeg
09-04-2025	Pijnacker-Nootdorp	D-ploeg
10-04-2025	Pijnacker-Nootdorp	A-ploeg
16-04-2025	Pijnacker-Nootdorp	C-ploeg
16-04-2025	Dedemsvaartweg	Marcel Zwinkels (coördinator TCO)
22-04-2025	Meldkamer de Yp	Rick van Hoeij (Coördinator meldkamer Den Haag)
22-04-2025	Meldkamer de Yp	Meldkamercentralisten Brandweer (5)

Datum	Locatie	Aanwezig
24-04-2025	Scheveningen	C-ploeg
12-05-2025	Microsoft Teams	Martijn Maas (operationeel manager Nederlandse ReanimatieRaad) Aart Bosmans (bestuurder HartslagNu en bestuurslid Nederlandse ReanimatieRaad) Ruben Verlangen (docent en ambulanceverpleegkundige (Ravu) en bestuurslid Nederlandse ReanimatieRaad)
19-05-2025	Dedemsvaartweg	Esther Lieben (Algemeen directeur/Commandant Brandweer VRH)
20-05-2025	Microsoft Teams	Arnold van der Meijden (Hoofd Geneeskundige Meldkamer Haaglanden) Joost van Katwijk (bestuurder RAV Haaglanden)
21-05-2025	Pijnacker-Nootdorp	B-ploeg

Alle (groeps)interviews zijn uitgevoerd door dezelfde onderzoekers.

Respondenten die op locatie zijn geïnterviewd, hebben een 'verklaring deelname onderzoek' ondertekend (zie bijlage 2); de respondenten die digitaal via Microsoft Teams zijn geïnterviewd, hebben mondeling akkoord gegeven op deze verklaring. Vrijwel alle (groeps)interviews duurden 1,5 tot 2 uur, zijn opgenomen en met behulp van de transcribeersoftware Amberscript verbatim (woordelijk) uitgewerkt, waarna een onderzoeker het verslag op onjuist uitgewerkte tekst heeft gecontroleerd.

Managementleden
Op verschillende momenten in het onderzoek zijn managementleden van de VRH geïnterviewd. Deze (groeps)interviews gingen deels over de voortgang van het onderzoek (14 april 2025), maar waren voornamelijk inhoudelijk van aard. Zo is met name gesproken over de zienswijze op de FR-taak, welke alternatieven voor de uitvoering van de FR-taak bestaan (en hoe daar tegenaan wordt gekeken) en wat goede punten en knelpunten zijn met betrekking tot de organisatie van de FR-taak.

Repressieve brandweermensen (inclusief MOB)
Tijdens de groepsinterviews met repressieve brandweermensen met een FR-taak en de MOB zijn met behulp van een topiclijst (zie bijlage 3) voornamelijk vragen gesteld over de werkwijze en impact van psychosociale ondersteuning rondom reanimaties. De groepsinterviews vonden plaats tijdens een 24-uurdienst/dagdienst (beroepsbrandweermensen), bijscholingsdag (MOB), oefenavond of vrije avond (brandweervrijwilligers) op de betreffende kazerne.

Drie ploegchefs hebben van de mogelijkheid gebruikgemaakt om het woordelijk uitgeschreven verslag van het groepsinterview tegen te lezen. Naast suggesties op het gebied van taal en spelling hebben de onderzoekers van deze ploegchefs geen inhoudelijke wijzigingen ontvangen.

Meldkamer
Er heeft een individueel interview plaatsgevonden met de coördinator meldkamer. Na dit interview hebben de onderzoekers met verschillende meldkamercentralisten brandweer gesproken. Deze interviews hadden voornamelijk betrekking op de frequentie van reanimatiemeldingen en de werkwijze en instructies van meldkamercentralisten rondom dergelijke meldingen.

De interviews met meldkamercentralisten vonden plaats terwijl de centralisten dienst hadden en zijn (om die reden) niet opgenomen. Wel zijn er tijdens de interviews aantekeningen gemaakt. Na afloop hebben de onderzoekers via e-mail de werkinstructie bij melding 'Gezondheid-Reanimatie' ontvangen en heeft een centralist aanvullende vragen beantwoord.

Witte kolom
Om het perspectief van de witte kolom te beschrijven heeft er een gezamenlijk interview plaatsgevonden met het Hoofd Geneeskundige Meldkamer Haaglanden en met een bestuurder van de RAV Haaglanden. Tijdens dit interview stonden hun zienswijze op de FR-taak en alternatieven voor de uitvoering daarvan (en hoe zij daar tegenaan kijken) centraal.

Tijdens dit interview is de suggestie gedaan om contact op te nemen met een beleidsmedewerker meldkamer ambulancezorg. Deze heeft data aangeleverd over de hulpdienst (ambulance, politie, brandweer) die als eerste ter plaatse is geweest bij reanimatiemeldingen in Scheveningen, Wassenaar, Maasdijk en Pijnacker-Nootdorp en wat de aanrijdtijden van deze hulpdiensten zijn geweest (specifiek hoeveel sneller of langzamer de brandweer is bij reanimatiemeldingen in vergelijking met ambulance en politie).

Via LinkedIn zijn de onderzoekers in contact gekomen met een bestuurslid van de NRR. Hij en twee andere leden zijn als werkgroeplid betrokken geweest bij de herziening van het 'Kwaliteitskader first responders reanimatiezorg' (Ambulancezorg Nederland, 2023). Vanwege hun expertise en ervaringen op het gebied van zowel reanimatiezorg als burgerhulpverlening zijn zij geïnterviewd over onder andere hun zienswijze op reanimaties uitgevoerd door brandweermensen en welke alternatieven voor de uitvoering van de FR-taak er bestaan en hoe zij daar tegenaan kijken.

Na afloop van het interview heeft HartslagNu op verzoek van de onderzoekers gegevens aangeleverd met betrekking tot het aantal, de spreiding en het acceptatiepercentage van burgerhulpverleners in Pijnacker-Nootdorp, Scheveningen, Wassenaar en Maasdijk.

Andere veiligheidsregio's
Om te kunnen bepalen wat er geleerd kan worden van de wijze waarop in andere veiligheidsregio's de FR-taak wordt uitgevoerd, heeft er een digitale bijeenkomst plaatsgevonden. Vertegenwoordigers van 12 veiligheidsregio's (plus de VRH) hebben zich aangemeld na een oproep van de onderzoekers aan de leden van de Vakraad incidentbestrijding. Uiteindelijk hebben vertegenwoordigers van 10 veiligheidsregio's (inclusief de VRH) deelgenomen aan het groepsinterview; 2 veiligheidsregio's konden niet aanwezig zijn bij de bijeenkomst, maar hebben wel – evenals de andere veiligheidsregio's – data aangeleverd. Zie voor een overzicht van deze data bijlage 4.

Data-analyse groepsinterviews
De woordelijk uitgeschreven verslagen zijn geanalyseerd met behulp van het kwalitatieve data-analyseprogramma ATLAS.ti. De eerste interviews zijn gecodeerd. Gestart is met open coderen, waarbij alle relevante tekstfragmenten voorzien zijn van een code. Vervolgens zijn de open codes thematisch gecodeerd. Hierin is gezocht naar bredere thema's: de overkoepelende factoren die van invloed zijn op de manier waarop brandweermensen de uitvoering van de FR-taak ervaren. Vervolgens zijn tijdens het schrijven van dit rapport (opnieuw) alle gespreksverslagen doorgenomen en is op basis van de codes, de onderzoeksvragen en de doelstellingen specifiek gezocht naar relevante tekstfragmenten.

De citaten afkomstig uit bovenstaande (groeps)interviews zijn in dit rapport vanwege de leesbaarheid waar nodig aangepast en daarnaast geanonimiseerd, zodat ze niet herleidbaar zijn naar personen of specifieke situaties.

1.3 Verloop van het onderzoek

Door de goede samenwerking met verschillende medewerkers van de VRH is de dataverzameling grotendeels volgens planning verlopen. Een aantal groepsinterviews met repressieve brandweermensen moest vanwege omstandigheden verplaatst worden, maar dat is op korte termijn gelukt.

Gedurende het onderzoek werd duidelijk dat deelvraag 1c aangepast moest worden, omdat de benodigde data niet beschikbaar waren. Het was niet mogelijk helder te krijgen hoe vaak brandweerploegen daadwerkelijk zijn ingezet voor de FR-taak (zie ook paragraaf 1.2.4). In plaats daarvan is daarom onderzocht hoe vaak brandweerploegen ter plaatse zijn gekomen (waarbij het dus niet duidelijk is of de ploegen ook daadwerkelijk zijn ingezet, zie ook paragraaf 1.2.4).

Bij nader inzien bleek dat de oorspronkelijke formulering van de drie hoofdvragen – respectievelijk: 'Op welke wijze en hoe vaak wordt de FR-taak binnen de VRH uitgevoerd?', 'Hoe ervaren brandweermensen de uitvoering van de FR-taak?' en 'Wat is de zienswijze van verschillende stakeholders met betrekking tot de FR-taak?' – niet de lading dekte van de deelvragen. Om die reden zijn de drie hoofdvragen zo aangepast dat dit wel het geval was.

1.4 Kwaliteit van het onderzoek

De kwaliteit van het onderzoek kan vastgesteld worden op basis van de betrouwbaarheid (zijn de resultaten hetzelfde als het onderzoek wordt herhaald?) en validiteit (is onderzocht wat de onderzoekers wilden onderzoeken?).

Vrijwel alle beroepsbrandweermensen en een groot deel van de brandweervrijwilligers met een FR-taak hebben deelgenomen aan de groepsinterviews. Dit betekent dat de resultaten en conclusies betrouwbaar zijn voor de kazernes (en de MOB) in de VRH met een FR-taak. Dit betekent echter niet dat de resultaten en conclusies gegeneraliseerd kunnen worden. Als dit onderzoek wordt herhaald in andere veiligheidsregio's kan dit leiden tot andere inzichten. De betrouwbaarheid is verder vergroot door het zichtbaar, zorgvuldig en gestructureerd

documenteren van de voorbereiding, uitvoering en verslaglegging van de kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling.

De validiteit van dit onderzoek is vergroot door gebruik te maken van verschillende methoden (mixed-method), namelijk literatuur- en documentenonderzoek, beschrijvende analyse van GMS-data en (groeps)interviews. Hierdoor is vanuit meerdere perspectieven onderzoek gedaan naar de werkwijze en impact van de FR-taak. Alle (groeps)interviews zijn uitgevoerd door dezelfde twee onderzoekers. Daarnaast zijn alle (groeps)interviews opgenomen en vervolgens gedetailleerd uitgewerkt en beschreven in de resultatensectie van dit onderzoek.

Het concept-rapport is intern gereviewd door Ricardo Weewer (lector Brandweerkunde) en Marie-Christine Plat (senior onderzoeker). Daarna is het definitieve concept-rapport gestuurd naar Ferdi Verhulst (contactpersoon van de VRH), zodat het gecontroleerd kon worden op feitelijke onjuistheden. Het concept-rapport is met dat doel door Ferdi Verhulst doorgestuurd naar een aantal respondenten, te weten de ploegchefs van de vier FR-kazernes, de teamhoofden en het Hoofd Geneeskundige Meldkamer Haaglanden en een bestuurder van de RAV Haaglanden. De onderzoekers hebben (op hoofdlijnen) feedback ontvangen over terminologie, aanvullingen en correcties op de wijze van alarmeren (en welke data er wel of niet beschikbaar zijn) en aanvullingen op de vraag met welk uitrukvoertuig wordt gereden naar reanimaties.

2 First Responder-taak: wetgeving, ontstaansgeschiedenis, werkwijze en statistieken

Dit hoofdstuk is geschreven op basis van uiteenlopende bronnen: zowel wetgeving, literatuur, (interne) projectplannen, evaluatierapporten, werkdocumenten en (vergader-) verslagen als bevindingen uit de (groeps)interviews. Allereerst is beschreven welke wetten van toepassing zijn op de FR-taak. Vervolgens komt aan bod hoe en waarom de VRH tot de FR-taak op de vier kazernes is gekomen en welke maatschappelijke en geneeskundige ontwikkelingen daarbij een rol hebben gespeeld. Daarna wordt beschreven op welke wijze er invulling wordt gegeven aan de FR-taak op de vier kazernes. In de laatste paragraaf wordt inzichtelijk gemaakt hoe vaak de FR-taak bij de meldkamer is gemeld, hoe vaak de FR-kazernes worden gealarmeerd en hoe vaak de ploegen ter plaatse zijn gekomen.

2.1 Wettelijk kader FR-taak

Is de FR-taak een wettelijke taak voor de brandweer? En wat staat er met betrekking tot wetgeving beschreven in het 'Kwaliteitskader first responders reanimatiezorg'? In deze paragraaf wordt er een antwoord gegeven op beide vragen.

2.1.1 Wet veiligheidsregio's

In de Wet veiligheidsregio's (§4, art. 25, lid 1-3) staan de volgende brandweertaken beschreven:

1. De door het bestuur van de veiligheidsregio ingestelde brandweer voert in ieder geval de volgende taken uit:
    a. het voorkomen, beperken en bestrijden van brand;
    b. het beperken en bestrijden van gevaar voor mensen en dieren bij ongevallen anders dan bij brand;
    c. het waarschuwen van de bevolking;
    d. het verkennen van gevaarlijke stoffen en het verrichten van ontsmetting;
    e. het adviseren van andere overheden en organisaties op het gebied van de brandpreventie, brandbestrijding en het voorkomen, beperken en bestrijden van ongevallen met gevaarlijke stoffen.
2. De brandweer voert tevens taken uit bij rampen en crises in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing.
3. De brandweer staat onder leiding van een commandant.

De taken van de brandweer en ambulance zijn sinds de invoering van de Wet ambulancevervoer in 1971 in Nederland officieel gescheiden. Wettelijk gezien is het uitvoeren van reanimaties dan ook geen taak van de brandweer.[4] In verschillende andere Europese landen, zoals België, Portugal, Frankrijk en Zweden, heeft de brandweer *wel* een wettelijke taak in het verlenen van medische hulpverlening (Gaspar & Leene, 2025).

Er bestaat voor zowel de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) als de brandweer en politie geen normtijd voor de opkomst bij reanimaties (Keukens, 2024). Wel geldt voor de RAV de wettelijke norm om bij meldingen met A0-urgentie (waar reanimaties onder vallen) in 95 procent van de gevallen binnen 15 minuten ter plaatse te zijn bij de patiënt. Zie ook paragraaf 4.3.3 voor meer informatie over responstijden van de ambulance.

2.1.2 Kwaliteitskader first responders reanimatiezorg

Door Ambulancezorg Nederland (AZN) is in 2005 voor het eerst een landelijk kader opgesteld gericht op de inzet van first responders. In 2015 is dat kader geactualiseerd en vervolgens gebruikt als basis voor het opstellen van het 'Kwaliteitskader first responders reanimatiezorg' (Ambulancezorg Nederland, 2023), hierna Kwaliteitskader genoemd.[5] In het Kwaliteitskader zijn afspraken opgenomen "die iedere Regionale Ambulancevoorziening (RAV) kan benutten bij de beoogde samenwerking met betrokken ketenpartners met de inzet van first responders reanimatiezorg bij reanimatiemeldingen buiten het ziekenhuis" (p.4). Het is afhankelijk van de regionale afspraken die opgesteld zijn door de RAV's wie in het verzorgingsgebied de ketenpartners zijn, zoals burgerhulpverleners, politie- en/of brandweermedewerkers.

Nadat het Kwaliteitskader in 2023 bestuurlijk is vastgesteld, is afgestemd dat iedere RAV het Kwaliteitskader binnen 6 maanden zou implementeren. Zo ook in bijvoorbeeld Veiligheids-regio Rotterdam-Rijnmond (2019): "Een RAV, zoals de AZRR, is wettelijk verplicht tot het maken van schriftelijke afspraken met ketenpartners en reanimatienetwerken voor burgerhulpverlening, ten behoeve van het leveren van verantwoorde zorg (o.b.v. Artikel 11 van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz)). Daarbij is de RAV verplicht minimaal halfjaarlijks overleg te voeren over de gemaakte afspraken en deze te evalueren" (p.22).

Het Kwaliteitskader is van toepassing op hulpverleners die, aanvullend op de ambulance-zorg, gealarmeerd worden door de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) om, totdat de ambulance-eenheden arriveren, te starten met reanimatie (Basic Life Support, BLS) met eventueel een AED, dan wel (inzien zinvol geacht) het overnemen van een reanimatie als omstanders al gestart zijn. Het Kwaliteitskader stelt dat alle first responders gelijk zijn. De verschillende achtergronden van de ketenpartners (zie het kader op de volgende pagina) spelen geen (hiërarchische) rol bij het uitvoeren van reanimaties. Politie of brandweer

[4] In Veiligheidsregio Utrecht wordt reanimeren door de brandweer (de AED-taak, oftewel de FR-taak) een "niet-wettelijke collectieve taak" genoemd (Veiligheidsregio Utrecht, 2021). Ook in een onderzoeksrapport van Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond (2019) is aangegeven: "Reanimeren geldt als een taak die geen wettelijke grond vindt in de basistaken van een basisbrandweereenheid" (p.8). Echter, uit onderzoek uitgevoerd in Veiligheidsregio Zeeland (Van der Slikke, 2019) wordt door juridisch adviseur directiestaf P. Maljaars gesteld "De FRB-taak (oftewel de FR-taak, red.) kan zondermeer worden gerangschikt onder de wettelijke bepaling 'het beperken en bestrijden van gevaar voor mensen en dieren bij ongevallen anders dan bij brand', waarbij uitsluitend een verstoorde hartfunctie (zoals een persoon die krijgt te maken met een hartstilstand) reeds kan worden aangemerkt als een ongeval. De term "ongeval" in deze wet kan dus ruim worden uitgelegd. Voor de twijfelaars: het uitvoeren van de FRB-taak is derhalve dan ook niet in strijd met de Wet veiligheidsregio's" (p. 27).

[5] Bij het opstellen van het Kwaliteitskader zijn HartslagNu en de NederlandseReanimatieRaad (NRR) actief betrokken geweest. De conceptversie van het Kwaliteitskader is ter goedkeuring voorgelegd aan HartslagNu, NRR, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) en V&VN Ambulancezorg.

hebben vanuit hun functie dan ook niet per definitie de leiding bij een reanimatie totdat een ambulance-eenheid ter plaatse is (Ambulancezorg Nederland, 2023). Dit betekent dan ook dat er in het Kwaliteitskader geen onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende achtergronden van de ketenpartners.

Hulp- en zorgverleners zoals gedefinieerd in het Kwaliteitskader

- First responders reanimatiezorg (ketenpartners) (1): “kunnen zowel burgerhulpverleners zijn als hulpverleners van politie-, brandweerorganisaties, als hulpverleners verbonden aan de Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij (KNRM) of Reddingsbrigade Nederland, dan wel vanuit een andere organisatie ingezet worden” (p.4).
- First responders reanimatiezorg (2): “zijn vrijwillige of professionele hulpverleners die, na te zijn gealarmeerd, op verzoek van de MKA via (de meldkamer van) de eigen organisatie of via een reanimatie-oproepnetwerk (als eerste) ter plaatse gaan bij (mogelijke) reanimatie-situaties buiten het ziekenhuis” (p.8).
- Ambulancezorgprofessional: ambulanceverpleegkundige, verpleegkundig specialist ambulancezorg of physician assistant ambulancezorg (van zowel laag-, midden- als hoogcomplexe ambulance-eenheden).
- Zelfstandig bevoegd zorgverlener vanuit huisartsenzorg: (huis)arts, verpleegkundig specialist of physician assistant.

In het Kwaliteitskader staan verschillende wetten beschreven die het toetsingskader vormen voor de ambulancezorg. Het Kwaliteitskader stelt dat een gedeelte van deze wetgeving ook geldt voor first responders (Ambulancezorg Nederland, 2023). Zie pagina’s 10 en 11 van het Kwaliteitskader voor de volledige beschrijving; hieronder volgt een samenvatting.

- *Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg* (Wkkgz). Het begrip ‘goede zorg’ vormt de kern van de Wkkgz. Onder goede zorg wordt verstaan: “zorg van goede kwaliteit en van goed niveau” (Ambulancezorg Nederland, 2023, p. 10). Voor wat betreft first responders is het borgen van de kwaliteit van zorg van belang, wat bijvoorbeeld inhoudt dat first responders recent een erkende reanimatiecursus gevolgd dienen te hebben, bij voorkeur van de NRR/European Resuscitation Council (ERC) (Ambulancezorg Nederland, 2023).
- *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO). In de WGBO staat de juridische relatie tussen een zorgverlener en patiënt centraal. Hierin staat onder andere dat een zorgverlener moet voldoen aan de professionele normen en moet handelen volgens de professionele standaard. Als een medisch beroepsoefenaar als first responder ter plaatse is bij een reanimatie, heeft diegene niet de status van direct betrokken zorgverlener zoals gedefinieerd in de WGBO. De professionele standaard voor hoogcomplexe ambulancezorg is het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). Voor midden- en laagcomplexe ambulancezorg is dit het Landelijk Protocol Laag- en Middencomplexe Ambulancezorg (LPLMA).

Hoog, midden- en laagcomplexe ambulancezorg

Binnen de ambulancesector bestaan er eenheden met verschillende zorgniveaus, namelijk: hoog, midden- en laagcomplexe ambulancezorg. Hoogcomplexe ambulance-eenheden kunnen specialistische reanimaties uitvoeren (Advanced Life Support, ALS). Midden- en laagcomplexe ambulance-eenheden kunnen, net als first responders, alleen de basic life support (BLS) reanimatie uitvoeren (met eventueel een AED). Hoogcomplexe ambulance-eenheden worden ingezet op zowel spoedmeldingen als niet-spoedmeldingen. Midden- en laagcomplexe ambulance-eenheden worden alleen ingezet op niet-spoedmeldingen. Het uitgangspunt is dat in het geval van een reanimatie twee hoogcomplexe ambulance-eenheden worden ingezet. Mocht een midden- of laagcomplexe ambulance-eenheid per toeval in de buurt zijn van de reanimatiemelding, wordt deze door de MKA ingezet om een reanimatie op te starten op dezelfde manier als first responders. Gezien de midden-

en laagcomplexe ambulance-eenheden onderdeel zijn van de reguliere ambulancezorg, dienen zij, als dit noodzakelijk blijkt, de coördinatie van de reanimatie op zich te nemen, tot de hoogcomplexe ambulance-eenheid arriveert (Ambulancezorg Nederland, 2023). First responders kunnen, indien gewenst en bereid, nog ondersteunende handelingen uitvoeren voor de ambulance-eenheid (Ambulancezorg Nederland, 2023).

Verder staat in de WGBO beschreven dat er toestemming nodig is om zorg te mogen verlenen aan een patiënt. Mocht een patiënt op enige wijze schriftelijk vastgesteld hebben niet gereanimeerd te willen worden, betekent dit dat er geen toestemming is. Het wel of niet (verder) reanimeren is een complexe afweging, die in eerste instantie door de hoogcomplexe ambulance-eenheid gemaakt moet worden.[6] Mochten first responders als eerste ter plaatse zijn en de patiënt heeft een niet-reanimatieverklaring én er is geen reden om te twijfelen aan deze verklaring, hoeft de reanimatie niet te worden opgestart. Als bovenstaande niet het geval is, mogen de first responders de beslissing om wel of niet te reanimeren verwijzen naar de ambulance-eenheid die nog onderweg is (Ambulancezorg Nederland, 2023).
Het kan voorkomen dat de ambulanceverpleegkundige, verpleegkundig specialist ambulancezorg of physician assistent ambulancezorg van een hoogcomplexe ambulance-eenheid een voorbehouden handeling moet uitvoeren die op dat moment niet mogelijk is, wat zeer nadelig is voor de patiënt. Wanneer er in die situatie een first responder aanwezig is die als zorgprofessional BIG-geregistreerd is, mag de ambulancezorgprofessional deze first responder vragen de voorbehouden handeling uit te voeren volgens het geldende kader uit het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). De keuze hiervoor ligt bij de ambulancezorgprofessional.

> *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG). Het doel van de Wet BIG is zorgen dat de kwaliteit van de zorg wordt bevorderd en dat patiënten worden beschermd tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van (medische) beroepsbeoefenaren. Bepaalde medische handelingen mogen (buiten noodsituaties) alleen uitgevoerd worden door bepaalde geregistreerde medische beroepsbeoefenaren; dit zijn voorbehouden handelingen. Het uitvoeren van reanimaties (met behulp van een AED) door first responders omvat geen voorbehouden handelingen in het kader van de Wet BIG. Er bestaan ook risicovolle handelingen (Ambulancezorg Nederland, 2023). “Dit zijn handelingen waarbij bij het onzorgvuldige of onbekwaam toepassen ernstige gezondheidsschade kan ontstaan” (Ambulancezorg Nederland, 2023, p.11). Risicovolle handelingen zijn geen voorbehouden handelingen, wat betekent dat deze handelingen niet alleen door geregistreerde medische beroepsbeoefenaren uitgevoerd mogen worden. Een voorbeeld van een risicovolle handeling is het toedienen van zuurstof.

[6] Ambulancezorg Nederland (2023, p.10) beschrijft daarnaast dat indien een (huis)arts, verpleegkundig specialist of physician assistent (oftewel een zelfstandig bevoegde zorgverlener vanuit de huisartsenzorg) aanwezig is, diegene het besluit kan nemen om wel of niet te reanimeren.

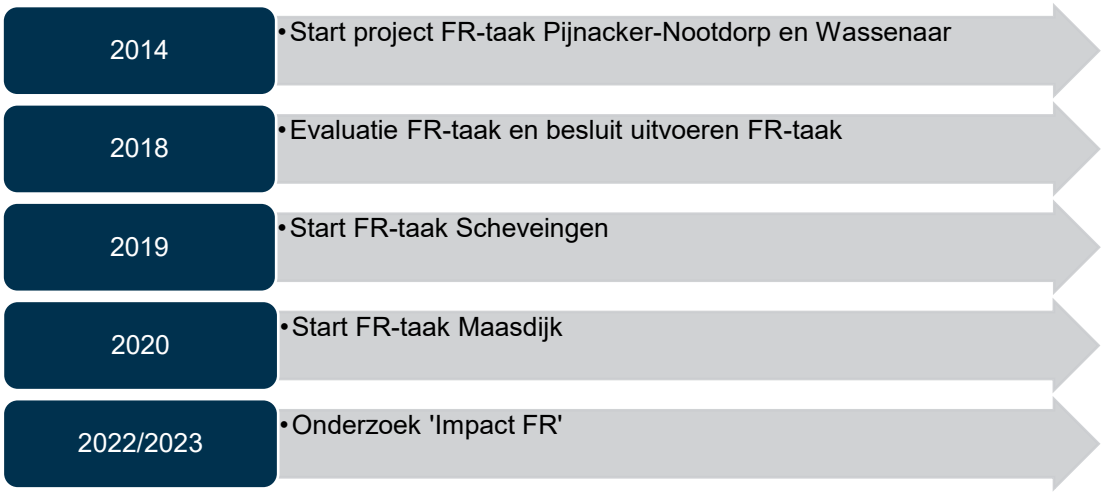
Discussie over de beademingsballon[7]
In een notitie opgesteld door de VRH (2024) wordt gesteld dat “Het beademen met een beademingsballon geen voorbehouden handeling is volgens de Rijksoverheid en dus niet Wet BIG plichtig is. Wel is het beademen met een beademingsballon een risicovolle handeling. Dit betekent dat hulpverleners (waaronder first responders brandweer) met de juiste training en certificering deze handeling mogen uitvoeren” (p.1). Als reactie op deze brief heeft de RAVH laten weten: “Deze ondersteuning moet wel altijd plaatsvinden binnen geldende wet- en regelgeving en het met deze brief meegestuurde 'Kwaliteitskader first responders reanimatiezorg'. Dit kwaliteitskader benadrukt de "inzet van 'first responders reanimatiezorg' specifiek en alleen voor het uitvoeren van BLS". Daarmee is inzet van materialen en opleiding niet aan de orde.” Zie ook paragraaf 3.1.1.

In de Wet BIG wordt ook ingegaan op noodsituaties. Mocht er sprake zijn van een noodsituatie, mag iedereen naar beste weten en kunnen voorbehouden handelingen uitvoeren. Er is sprake van een noodsituatie wanneer het uitvoeren van voorbehouden handelingen noodzakelijk is en er geen geregistreerde zorgverlener ter plaatse is om de handelingen op tijd uit te voeren (Ambulancezorg Nederland, 2023).

> *Wet ambulancezorgvoorzieningen* (Wazv). Deze wet heeft per 1 januari 2021 de Tijdelijke wet ambulancezorg opgevolgd. Deze nieuwe wet waarborgt onder meer de continuïteit en kwaliteit van RAV’s. Dit valt buiten de scope van dit onderzoek en wordt daarom niet verder uitgewerkt.

2.2 De FR-taak in Haaglanden

In deze paragraaf wordt beschreven waarom en hoe de FR-taak op de vier kazernes terecht is gekomen. Waar mogelijk wordt toegelicht welke maatschappelijke, organisatorische en geneeskundige ontwikkelingen hierbij een rol hebben gespeeld.



Figuur 2.1 Tijdlijn start/evaluatie FR-taak in de VRH[8]

[7] De discussie over het al dan niet gebruiken van een beademingsballon door brandweermensen met een FR-taak speelt ook in andere regio’s, zoals in de VR RR (2019, p. 3): “Een groot deel van de respondenten maakt zich zorgen over besmetting en biologische agentia. Voornamelijk besmetting bij de beademing is een zorg die veel respondenten benoemen, onder andere omdat de risico’s niet goed begrepen of ingeschat kunnen worden. Daarbij geeft een deel van de respondenten te kennen geen vertrouwen te hebben in de middelen die gebruikt worden ten behoeve van het beademen, of behoefte te hebben aan een alternatief. Hierbij wordt ballonneren vaak benoemd.” Door first responders in de VRH wordt voornamelijk de mentale impact van beademen benadrukt, zie ook paragraaf 3.1.

[8] In 2012 is de MOB gestart als pilot. Sindsdien rijden de motorrijders ook op reanimatiemeldingen. De focus in deze paragraaf ligt echter specifiek op de FR-taak uitgevoerd door de (uiteindelijk) vier FR-kazernes.

In de diverse interne documenten zijn uiteenlopende redenen beschreven hoe en waarom de FR-taak op de vier FR-kazernes terecht is gekomen. In deze paragraaf wordt een beschrijving op hoofdlijnen gegeven. Omdat de interne documenten niet altijd een (onderscheidende) titel hebben, is ervoor gekozen te verwijzen naar de bestandsnaam.

2.2.1 Aanleiding voor het starten met de FR-taak: het waarom

Hoewel verschillende documenten een (iets) andere aanleiding noemen voor het starten in de VRH met de FR-taak, wordt duidelijk dat met name maatschappelijke en organisatorische ontwikkelingen hierbij een rol hebben gespeeld. Ook een geneeskundig perspectief is van invloed geweest.

Maatschappelijke en organisatorische ontwikkelingen

In 2013 heeft de VRH besloten om in de daaropvolgende jaren de incidentbestrijding te vernieuwen, meer vraag- en risicogericht te gaan werken (Def Evaluatierapport First Responder Brandweer) en aan te passen aan de eisen en verwachtingen van de maatschappij (werkdocument_AED_beleidsstuk, projectplan AED). Destijds zijn er meerdere projecten uitgevoerd als onderdeel van het programma *Vernieuwde Repressie* om na te gaan op welke wijze de brandweer de incidentbestrijding kan vernieuwen. Het doel van het programma *Vernieuwde Repressie* was om een aantal projecten uit te voeren binnen de VRH met als doelen (werkdocument_AED_beleidsstuk, p.1-2):

> “Het benutten van de kennis en ervaring (‘vakmanschap’) in de organisatie bij het ontwikkelen van vernieuwde repressie.
> Het opdoen van ervaring met verschillende vormen van variabele voertuigbezetting en daarbij behorende werkwijze, procedures etc.
> Het creëren van een zichtbare beweging van verandering voor brandweer, burgers en bestuur.”

Een van de projecten binnen het programma *Vernieuwde Repressie* was *First Responder Brandweer*: “Het mee laten rijden van een brandweereenheid met de ambulancedienst op meldingen van hartfalen waarbij een AED inzet gewenst kan zijn” (Def Evaluatierapport First Responder Brandweer, p.6). In verschillende documenten (Def Evaluatierapport First Responder Brandweer, werkdocument_AED_beleidsstuk, Projectplan AED) worden de volgende inhoudelijke redenen genoemd waarom het van belang zou zijn om te starten met de FR-taak:

> Het grootste gedeelte van het verzorgingsgebied van de kazerne Pijnacker-Nootdorp[9] kan binnen drie tot zes minuten bereikt worden. De kazerne denkt van meerwaarde te zijn bij hartfalen, omdat hier tijdswinst geboekt kan worden gezien de aanrijdtijd van de brandweer korter is dan die van de ambulance.
> De kazerne Pijnacker-Nootdorp heeft relatief weinig uitrukken, waardoor zij vaak beschikbaar is voor hulpverlening.
> Door het extra uitrukken van de brandweer zullen er extra mensen aanwezig zijn die kunnen reanimeren en een AED kunnen bedienen, waardoor de eerste ambulance ter plaatse voorbereidende werkzaamheden kan uitvoeren.
> Door reorganisaties heeft de politie soms minder personeel beschikbaar.
> De kazerne Pijnacker-Nootdorp wil een toegevoegde waarde bieden aan zowel de ambulancedienst als inwoners.

[9] In de diverse interne documenten bestaat inconsistentie over de vraag welke kazerne met het initiatief is gekomen voor een projectplan over de FR-taak. Een aantal documenten stelt dat het initiatief is genomen door de kazerne Pijnacker-Nootdorp, in een ander document wordt gesteld dat het initiatief is genomen door zowel Pijnacker-Nootdorp als Wassenaar (Def Evaluatierapport First Responder Brandweer, werkdocument_AED_beleidsstuk, Projectplan AED).

In 2018, vier jaar na de start van de pilot (zie volgende paragraaf), wordt (eveneens) op basis van gegevens over de gemiddelde aanrijdtijden van ambulances geconcludeerd dat in de gemeenten waar de brandweer sneller ter plaatse kan zijn dan de ambulance, het uitvoeren van de FR-taak meerwaarde heeft. Daarnaast wordt gesteld dat ook in de gebieden waar de aanrijdtijden van de ambulance gunstig zijn, het voor kan komen dat de ambulance er langer over doet om ter plaatse te komen. Ook in dergelijke gevallen kan het meerwaarde hebben als de brandweer uitrukt (projectplan first responders taak brandweer 4). Tot slot geldt voor kazerne Maasdijk dat zij – op eigen verzoek – vanaf december 2020 een FR-kazerne is, nadat in Maasdijk de afgelopen jaren een aantal incidenten is geweest waarbij een AED nodig was (in combinatie met de relatief lange responstijden van de ambulances).

Geneeskundig perspectief
Vanuit geneeskundig perspectief is snelle hulp van levensbelang bij een hartstilstand.[10] Voor de grootste overlevingskans is het belangrijk dat de reanimatie binnen 6 minuten wordt gestart (Hartstichting, 2025a). “Als de eerste schok binnen 6 minuten werd gegeven lukte het in 93 procent van de gevallen om de hartritmestoornis ventrikelfibrilleren – wat de hartstilstand veroorzaakt – te stoppen. Uit dit onderzoek is gebleken dat elke minuut dat de eerste schok later wordt gegeven, leidt tot een 6 procent lagere kans op overleving” (UMC, 2024).

Door te investeren in de *hele* keten van hulpverlening (waaronder de brandweer) om de duur van de 112-melding tot de eerste schok te verkorten, kunnen de uitkomsten na hartstilstanden worden verbeterd. Hans van Schuppen, anesthesioloog en leider van het ARREST-reanimatie-onderzoek (AmsteRdam REsuscitation STudies) stelt dan ook: “Er wordt in Nederland hard gewerkt aan een snelle eerste schok door de inzet van first responders (bijvoorbeeld burgerhulpverleners via HartslagNu, politie en/of brandweer) en veel beschikbare AED’s. Maar bij 3 op de 4 reanimaties in onze studie haalden we die 6 minuten niet. Meer centrale regie met concrete acties en verder onderzoek is nodig om bij alle reanimaties dit doel te behalen. […] Onze data laten zien dat dat loont” (UMC, 2024).

Tot slot is er een “zorgelijke trendbreuk” waargenomen sinds corona, namelijk een stijging in het aantal mensen dat is gestorven door hart- en vaatziekten. “Sinds 2015 overleden steeds minder mensen aan hart- en vaatziekten, maar sinds het coronajaar 2020 neemt dit aantal jaarlijks weer toe. Van de 170 duizend Nederlanders die in 2022 zijn overleden, was bij bijna een kwart hart- en vaatziekten (23 procent) de doodsoorzaak.” De directeur van de Hartstichting stelt dan ook: “Als we niets doen stijgt het aantal hart- en vaatpatiënten met 1 miljoen naar 2,7 miljoen patiënten. Dat is niet acceptabel” (Hartstichting, 2023). Er is een (kleine) stijging waarneembaar in het aantal reanimatiemeldingen en in het aantal alarmeringen voor de FR-taak in de VRH, zie ook paragraaf 2.4.

2.2.2 Hoe de FR-taak op de FR-kazernes terecht is gekomen

De VRH heeft ervoor gekozen eerst een pilot te starten op de kazernes Pijnacker-Nootdorp en Wassenaar. Na een evaluatie van deze pilot is besloten ook de FR-taak toe te voegen aan kazerne Scheveningen. Daarna is als vierde en laatste de kazerne Maasdijk een FR-kazerne geworden.

[10] Onderzoeken uitgevoerd in Zweden (Hasselqvist-Ax et al. 2017; Andréll et al., 2022) hebben geconcludeerd (met enige terughoudendheid) dat (resp.) de inzet van first responders (BLS) naast ambulancezorg (ALS) bij een hartstilstand bij het ziekenhuis een “matige, maar significante toename” van de overleving na 30 dagen laat zien van de getroffene, of juist geen verbeterde overlevingskansen.

Pilot FR-taak op twee kazernes
In mei 2014 zijn de kazernes Pijnacker-Nootdorp en Wassenaar gestart met de FR-taak voor de duur van één jaar. De redenen waarom deze twee kazernes zijn uitgekozen, ligt in het verlengde van wat hierboven is beschreven, namelijk vanwege hun centrale locatie in het verzorgingsgebied. De ambulanceposten in de gemeenten Pijnacker-Nootdorp en Wassenaar liggen op relatief grote afstand van het verzorgingsgebied, waardoor de aanrijdtijden van de ambulance naar deze gemeenten langer zijn dan gemiddeld. Gesteld wordt dat de ambulance voor Pijnacker-Nootdorp meestal uit Delft of Zoetermeer komt en voor Wassenaar meestal uit Leidschendam-Voorburg (Def Evaluatierapport First Responder Brandweer, werkdocument_AED_beleidsstuk, Projectplan AED). Zie ook paragraaf 2.3.

Gedurende de pilotperiode (mei 2014 tot mei 2015) heeft de VRH zowel statistieken van reanimaties geregistreerd als de ervaringen van de medewerkers (zowel van de brandweer als in de hulpverleningsketen) met de procedures, werkwijze en het gebruikte materieel van de kazernes Pijnacker-Nootdorp en Wassenaar (werkdocument_aed beleidsstuk).

- De VRH heeft tijdens de pilotperiode de volgende statistieken bijgehouden: plaats, incidentnummer, tijdstip waarop bekend werd dat het een reanimatie betrof, alarmering van de first responders, aankomst van de eerste ambulance en aankomst van de first responders. Op basis van deze cijfers wordt het volgende gesteld (Def Evaluatierapport, p.10):
  - In 9 van de 22 gevallen was de brandweer eerder ter plaatse dan de eerste ambulance.
  - In 16 van de 19 gevallen was binnen 2 minuten de first responder gealarmeerd, en in 8 van de 19 gevallen binnen 20 seconden, waarvan in 3 gevallen minder dan 8 seconden tussen bekendheid en alarmering zat.
- Aan de FR-ploegen is destijds gevraagd wat hun algemene indruk van en ervaring met de pilot waren. Hieruit is gebleken dat dit over het algemeen positief was. Men had echter in Pijnacker-Nootdorp het gevoel niet vaak te zijn ingezet. Men was teleurgesteld over het niet of te laat alarmeren voor de FR-taak (zie ook paragraaf 2.3.2). Verder ervaarden ploegen dat bij een incident de samenwerking met de politie niet altijd vlekkeloos verliep (zie ook paragraaf 2.3.4). Tot slot werd de inzet van Team Collegiale Opvang (TCO) na incidenten gezien als een positief effect op de ploegleden en andere hulpverleners (Def Evaluatierapport First Responder Brandweer) (zie ook paragraaf 3.3.1).

In de conclusie van het Evaluatierapport van de FR-taak wordt gesteld dat de FR-taak van de brandweer met drie geslaagde reanimaties van “absolute meerwaarde” is. Daarnaast wordt geconcludeerd dat het personeel enthousiast is over de FR-taak en dat ook inwoners het project als positief ervaren.[11] Verder is de conclusie dat de brandweer met dit project een nieuwe vorm van dienstverlening kan aanbieden aan de inwoners van de VRH “die in de veranderende maatschappij een meerwaarde heeft, zonder dat de brandweerorganisatie daarvoor uitgebreid dient te worden” (Def Evaluatierapport First Responder Brandweer, p.14). Verbeterpunten worden met name gevonden in de alarmering: “Omdat het een afwijkend en nieuw proces betreft zien we dat daar nog de meeste winst te behalen valt.” Op basis van de aankomsttijden van de ambulance versus die van de brandweer wordt tot slot geconcludeerd dat “de brandweer effectief zijn bijdrage kan doen gelden. Niets afdoende aan de ambulancedienst, kan worden gezegd dat de First Responder een positief effect kan hebben op de effectieve paraatheid” (Def Evaluatierapport, p.12).

[11] Uit de evaluatie wordt niet duidelijk hoe het perspectief van burgers is onderzocht.

Uitbreiding van de FR-taak naar andere kazernes
In een document uit 2018 staat beschreven dat ook de andere kazernes in de VRH steeds vaker uitrukken voor reanimaties, terwijl dit niet ingeregeld is (projectplan First Responder-taak brandweer). “Door de toenemende noodzaak heeft de directie besloten dat deze taak verder naar de andere kazernes binnen de regio moet worden uitgerold” (projectplanFirst Responder-taak brandweer 4, p.1).
Het plan is om de FR-taak gefaseerd uit te rollen naar alle kazernes binnen de VRH, te beginnen met de gemeenten waar de brandweer eerder ter plaatse kan zijn dan de ambulance: Westland en Midden-Delfland. Ook Scheveningen is meegenomen in verband met reanimaties op het strand en de verwachte zomerdrukte. “In de tweede fase wordt het project uitgerold naar de rest van de regio. Te beginnen bij de kazernes in Den Haag, Delft. Daarna volgen de kazernes Zoetermeer en Rijswijk” (projectplan first responders taak brandweer 4, p. 2). In het projectplan zijn een aantal randvoorwaarden opgenomen met betrekking tot de uitrol van de FR-taak naar de andere kazernes:

> “Het MT Brandweer is opdrachtgever en wordt als zodanig op de hoogte gehouden van de vorderingen van in het project.
> De ambulance meldkamer MKA is partij in deze en zij spelen een belangrijke rol in de alarmering. Het MT Wit wordt om die reden eveneens met regelmaat op de hoogte gehouden van de vorderingen in het project.
> Omdat de RAV verantwoordelijk is voor de zorg in de regio, zijn zij ook partij. Met de RAV wordt gesproken door Arnold van der Meijden (MKA).
> Er moet aandacht zijn voor nazorg/TCO en de impact die deze taak kan geven op de lange termijn.
> Er moet rekening worden gehouden met hartveilig wonen dat in bepaalde gemeenten bestaat.
> Vanwege de vele hulpdiensten die ter plaatse kunnen komen bij een reanimatie, is het voor de samenwerking goed als duidelijk wordt welke dienst wat en wanneer doet. Hier moeten lokaal afspraken over worden gemaakt.” (p.1).

Dit plan is echter slechts gedeeltelijk uitgevoerd in de praktijk. Tijdens een interview met het management van de VRH is aangegeven dat er binnen de directie van de VRH een gedachteverandering heeft plaatsgevonden, mede vanwege de financiële consequenties van het plan en het landelijke vraagstuk rondom PTSS. Het aantal kazernes met een FR-taak zou alleen toenemen als de burgemeester van de betreffende gemeente daartoe een verzoek bij de VRH zou indienen. Dergelijke verzoeken zijn er niet gekomen. Alleen kazerne Scheveningen heeft in die periode (2019) de FR-taak erbij gekregen. Eind 2020 krijgt Maasdijk (op eigen verzoek) als vierde en laatste kazerne de FR-taak.

Hoe is dit proces in andere veiligheidsregio’s verlopen? Ter vergelijking is bijvoorbeeld Veiligheidsregio Utrecht (VRU), bij de start van hun pilot in 2010, gestart met vijf FR-kazernes. In 2011 waren dit er tien. In 2015 heeft het Algemeen Bestuur van de VRU besloten om de FR-taak gefaseerd in te voeren op alle 66 brandweerkazernes. Argumenten voor dit besluit waren (SVDL, 2019, p.4):

> Inzet van de brandweer als AED first responder levert tijdwinst op.
> Invoering op alle posten straalt eenduidigheid uit naar de burger.
> Invoering op alle posten voorkomt ingewikkelde operationele processen.

Daarentegen blijkt uit bijvoorbeeld onderzoek binnen Veiligheidsregio Midden- en West-Brabant (2023) dat zij gekozen heeft voor pluriformiteit. Zo is in 2013 besloten dat

beroepsbrandweerkazernes uitrukken voor reanimaties, maar alleen als het gaat om een reanimatie binnen ‘zesminutenvakken’ rondom de kazerne. “Het overige (brandweer-) personeel, met name de vrijwilligers, werd zo veel mogelijk gestimuleerd zich aan te melden bij HartslagNu. Dit laatste vanuit de overweging dat direct ter plaatse gaan voor hen sneller is dan via de kazerne te gaan.” In de praktijk worden vrijwillige posten incidenteel ook gealarmeerd voor reanimaties, maar dit is niet formeel vastgelegd (VR MWB, 2023). Zie ook paragraaf 4.3.2.

2.3 Werkwijze op de First-Responder-kazernes

In deze paragraaf worden de vakbekwaamheid die nodig is voor het uitvoeren van de FR-taak en de werkwijze van de FR-taak beschreven zoals is vermeld in de verschillende (interne) projectplannen en werkdocumenten, en waar mogelijk aangevuld met inzichten uit de (groeps)interviews. Onder de werkwijze wordt verstaan: de alarmering of melding, het materiaal, de bemensing (inclusief rol- en taakverdeling), uitvoering (inclusief afstemming met andere hulpverleners ter plaatse) en nazorg. Uit de groepsinterviews met brandweermensen van kazernes met een FR-taak is gebleken dat de beschreven werkwijze niet altijd overeenkomt met de praktijk. Daarnaast kunnen de bemensing, uitvoering en nazorg per kazerne en per ploeg (op detailniveau) verschillen. Waar bekend, wordt dit in onderstaande paragraaf beschreven. Tot slot: deze paragraaf focust zich op *het proces* van de werkwijze; *de impact* van de werkwijze wordt beschreven in het volgende hoofdstuk.

First Responder kazernes in Haaglanden (anno 2025)
Binnen de VRH hebben vier van de drieëntwintig brandweerkazernes een FR-taak. Daarnaast rukt ook de Motor Ondersteuning Brandweer (MOB) uit voor reanimaties.

Pijnacker-Nootdorp
Op deze beroepsbrandweerkazerne zijn de brandweermannen en -vrouwen naast de reguliere brandweerwerkzaamheden ook inzetbaar als first responder. Samen met Wassenaar zijn zij met deze taak in 2014 begonnen. Sinds 2024 levert Pijnacker-Nootdorp ook de Gereedschap- en Materiaalwagen (GM-wagen).

Wassenaar
Evenals Pijnacker-Nootdorp is de combi-kazerne Wassenaar in 2014 gestart met de FR-taak. Deze kazerne wordt doordeweeks overdag bemand door beroepsbrandweermensen en in de avonduren en in het weekend door brandweervrijwilligers. Naast de reguliere brandweerwerkzaamheden heeft deze kazerne ook het specialisme natuurbrandbestrijding en grootschalig water transport.

Scheveningen
Naast de reguliere brandweerwerkzaamheden hebben de beroepsbrandweermensen van Scheveningen ook de specialismes Surf Rescue Team, natuurbrandbestrijding en sinds 2019 first responder. Met name in de zomermaanden kan het druk zijn op het strand en in de zee van Scheveningen.

Maasdijk
De enige vrijwilligerskazerne binnen de VRH met een FR-taak (sinds december 2020).

2.3.1 Vakbekwaamheid

Alle repressieve brandweermensen hebben in de manschapopleiding geleerd te reanimeren volgens het Landelijk Protocol Levensreddend Handelen door de Brandweer (LPLHB) (zie voor het protocol paragraaf 2.3.4). In diverse interne documenten staan de volgende actiepunten beschreven met betrekking tot vakbekwaam worden en blijven (Def Evaluatierapport First Responder Brandweer, Projectplan AED, plan van aanpak AED):

- Alle operationele medewerkers zijn geschoold in het gebruik van een AED-apparaat. Destijds is bewust gekozen voor een AED die in de hele veiligheidsregio wordt gebruikt (Lifepack 1000), zodat iedereen ("drempelloos") de AED kan gebruiken en de AED aangesloten kan worden op de apparatuur van de ambulance (uit zowel Haaglanden als Hollands Midden).[12]
- Standaard zijn operationele medewerkers getraind in het uitvoeren van een solo-reanimatie. In een solo-reanimatie dient een medewerker alle stappen zelf uit te voeren (masseren en beademen). Tijdens de FR-taak wordt een reanimatie echter niet door één persoon uitgevoerd, maar door (minimaal) drie personen. Met deze nieuwe procedure is een half jaar lang wekelijks geoefend onder leiding van brandweervrijwilligers die tevens ambulance-instructeur zijn.
- Andere acties die zijn beschreven met betrekking tot het oefenen:
  - Een oefenkaart van de procedure wordt gemaakt door vakbekwaamheid.
  - De chauffeurs van de kazernes Scheveningen en Wassenaar hebben een opleiding gevolgd voor het rijden met een 4x4 pick-up.
  - In het oefenprogramma is opgenomen dat medewerkers minimaal 'Levensreddend Handelen' met een reanimatie-certificaat dienen te hebben en daarnaast een extra training gevolgd moeten hebben.
  - Het eerste jaar zal er ongeveer 4 tot 6 uur extra geïnvesteerd moeten worden in oefenen met de AED en het houden van dilemmasessies, zodat medewerkers weerbaarder worden. Daarna zal het vanwege de FR-taak jaarlijks ongeveer 2 uur extra kosten om vakbekwaam te blijven. De thema's blijven hoogstwaarschijnlijk hetzelfde, maar kunnen dan eventueel in een andere oefening worden geïntegreerd. Met vakbekwaamheid moet worden geregeld dat het onderwerp reanimatie jaarlijks in het oefenprogramma terugkeert. Tevens is het de bedoeling dat de registratie van de certificering van de NRR (Nederlandse Reanimatie Raad) / ERC (European Resuscitation Council) structureel wordt bijgehouden door de VRH.
  - In het oefenprogramma is opgenomen dat medewerkers van de brandweer uitleg gekregen hebben van de ambulance over de verwachtingen.
  - Tijdens een reanimatie kan het voorkomen dat "emotie kan omslaan naar agressie", maar dit risico zou niet hoger bij een reanimatie zijn dan bij een reguliere inzet van de brandweer (plan van aanpak AED, p.4). Desalniettemin worden manschappen tijdens oefeningen en trainingen ervan bewust gemaakt dat ze tijdens reanimaties te maken kunnen krijgen met agressie.
- De volgende twee acties hebben betrekking op evalueren:
  - Na iedere inzet met een AED wordt een evaluatieformulier ingevuld (waarvan agressie en geweld een vast onderdeel zijn). Deze evaluatieformulieren worden met alle betrokkenen (inclusief eventuele multi-partners) gedeeld en besproken. Oefeningen en/of aanpassingen in procedures kunnen voortvloeien uit de uitkomsten van de periodieke evaluaties.

[12] De MOB maakt daarentegen gebruik van de Schiller Fred Easyport, de kleinst verkrijgbare AED. Deze AED kan niet aangesloten worden op de monitor van de ambulance.

- De procedure wordt gemonitord door evaluatieformulieren die ingevuld worden na iedere AED-inzet. Deze evaluatieformulieren worden besproken in de ploeg.

> Een procedureel handboek is beschikbaar voor ‘brandwachten’ (brandweermedewerkers) die niet standaard op de FR-kazernes werken, maar die aflossen. In dit handboek staat beschreven welke handelingen uitgevoerd dienen te worden door nummers één, twee en drie en door de overige medewerkers. Daarnaast legt een ploegchef bij aanvang van een dienst de procedure uit. Wanneer er sprake is van een AED-inzet, worden deze medewerkers zoveel mogelijk ingezet voor de overige hand- en spandiensten en niet voor de taken die uitgevoerd dienen te worden door nummers één, twee en drie.

Tijdens de groepsinterviews hebben verschillende FR-ploegen aangegeven dat bovenstaande actiepunten niet altijd worden herkend. De ervaring is dat er weinig tot geen afstemming is met de witte kolom (oefenen met ambulanceprofessionals gebeurt voornamelijk op eigen initiatief), dat reanimaties doorgaans niet geëvalueerd worden (met behulp van een formulier) en dat het procedureel handboek weinig bekend is.

2.3.2 Alarmering

Het Kwaliteitskader (Ambulancezorg Nederland, 2023) stelt dat een MKA-centralist bepaalt wanneer first responders gealarmeerd moeten worden.[13] Volgens het Kwaliteitskader vindt alarmering van first responders altijd gelijktijdig plaats met of nadat een ambulance-eenheid is ingezet. De alarmering van first responders mag in geen geval de ambulancezorg vertragen. Om te bepalen wanneer first responders ingezet dienen te worden, is een alarmeringscriterium[14] opgesteld (Ambulancezorg Nederland, 2023, p.14), namelijk dat er sprake is van:

> (vermoeden van) een reanimatiebehoeftige burger,
> met een leeftijd van 1 jaar of ouder,
> op een voor first responders reanimatiezorg veilig bereikbare locatie.

Het is de taak van de RAV om ervoor te zorgen dat het meldkamersysteem zo is ingericht dat MKA-centralisten een voorgeprogrammeerd bericht kunnen versturen naar de meldkamers van ketenpartners en aan een reanimatie-oproepnetwerk als HartslagNu. In het Kwaliteitskader is in een meldkamerinstructie geschreven hoe een MKA-centralist zou moeten handelen in het geval van een reanimatie:

> De MKA-centralist instrueert de melder om te starten met de reanimatie of vraagt andere omstanders de reanimatie te starten. Als al gestart is met reanimatie, kan de MKA-centralist daar eventueel bij ondersteunen.
> De instructie van de MKA-centralist gaat door totdat ofwel first responders ofwel een ambulance-eenheid aanwezig zijn en de instructie en/of reanimatie overnemen (Ambulancezorg Nederland, 2023).

Het Kwaliteitskader stelt dat de rol van de MKA beperkt is tot het alarmeren van first responders. “De MKA heeft geen verdere inmenging in de inzet van de first responders en deelt geen verdere informatie met de first responders dan welke bij de alarmering met hen is

[13] Het valt buiten de scope van dit onderzoek om te onderzoeken in hoeverre de inhoud van het Kwaliteitskader overeenkomt met de praktijk van de MKA in de VRH.
[14] Burgerhulpverleners worden niet gealarmeerd als een patiënt jonger is dan één jaar, bij een (poging tot) suïcide, bij een ernstig (ongevals)trauma, bij een potentieel onveilige (geweld)situatie en bij een risicovolle incidentlocatie, zoals een snelweg.

gedeeld, tenzij dit in het kader van de eigen veiligheid van de first responders noodzakelijk is" (Ambulancezorg Nederland, p.8).

De meldkamer brandweer (MKB) hanteert voor Veiligheidsregio Haaglanden een werkinstructie bij melding 'Gezondheid-Reanimatie', zie onderstaand kader.

Werkinstructie Haaglanden[15]
Kazernes met First Responders: Maasdijk, Pijnacker-Nootdorp, Scheveningen, Wassenaar,- Laak (BRM).

- De MKA is verantwoordelijk voor het doorzetten van de melding aan de MKB. Gezondheid-Reanimatie.
- Kijk goed of het gaat om een FirstResponder inzet en/of om Afhijsen patiënt/Tilassistentie.
- Alarmeer de gevraagde eenheid.

Afhijsen/Tilassistentie of FirstResponders.

- Naderbericht wordt gedaan bij de MKB.

Aandachtspunten

- Bij een FirstResponder inzet ALLEEN het 1e voertuig uit de KVT.

Als deze ingezet is, vermeld dit in het kladblok. Overleg eventueel met de BV of hij weg kan. Kan dit niet, meldt dit aan de MKA.

- Voor Hoek van Holland en Bleiswijk de melding delen (en doorbellen) met MKB Rotterdam, zij alarmeren zelf.
- Pijnacker-Nootdorp rukt uit voor de volledige gemeente
- FirstResponders Pijnacker-Nootdorp gaan gebruik maken van RMG-15

Bij een alarmering van een reanimatie voor de FirstResponders van Pijnacker-Nootdorp wordt vanaf vrijdag 15 december naast de reguliere gespreksgroep ook door de eenheid geschakeld naar RMG-15. Ook de aanrijdende ambulance schakelt naar RMG-15. Zo wil de FR-B snel contact of handelingsperspectief tijdens een inzet. Dit betreft een pilot en alleen voor kazerne Pijnacker-Nootdorp. De FR-B eenheid schakelt zelf met een porto van de manschappen naar RMG-15. Er hoeft geen patch gemaakt te worden. Als er een aanvraag komt vanuit een brandweereenheid in RMG-15 dan pakken wij deze op. Bij een aanvraag spraak van de ambulance wordt deze opgepakt door de MKA

- Wassenaar rukt uit op vooraf gedefinieerde vakken

Let op de tijden van inzetbaarheid van WSR.

- 07.00- 18.00 uur: 1 TS met bezetting van 6 personen.
- 18.00- 07.00 uur: Dienstvoertuig met 3 personen.

Buiten kantooruren kan de TS voor incidenten gealarmeerd worden als de FirstResponders ingezet zijn.

Beide regio's

- Standaard wordt er geen TCO opgestart. Indien nodig vragen zij hier zelf om.

In het gesprek met diverse meldkamercentralisten en de coördinator zijn, aanvullend op deze werkconstructie, de volgende ervaringen gedeeld:

> Zoals beschreven in de werkinstructie is de meldkamer ambulance (MKA)[16] verantwoordelijk voor het doorzetten van de melding. Zodra de MKA de meldingsclassificatie reanimatie opmaakt, worden de meldkamer politie (MKP) en de MKB automatisch 'aangevinkt' en komt de melding daar ook binnen. Vervolgens beslissen de aangevinkte disciplines zelf of inzet nodig is. Daarnaast worden ook burgerhulpverleners door de MKA gealarmeerd. Voor de volledigheid: daarentegen zijn er in Hollands Midden (HM)

[15] De werkinstructie voor Hollands Midden wijkt af, zie voor deze werkinstructie bijlage 5.
[16] Zie ook paragraaf 2.1.2 over de rol van de MKA zoals beschreven in het Kwaliteitskader.

ook FR-kazernes die door de MKA gealarmeerd worden en waarbij de MKA zorgt voor de communicatie (zie ook bijlage 5).

- De MKB geeft aan de aanrijdende brandweereenheden mee welke hulpdiensten er nog meer meerijden en als eerste ter plaatse zijn.
- Vanwege de AVG kan kladblokinformatie over het slachtoffer niet gedeeld worden met de MKB. Op eigen initiatief kan de MKB wel om aanvullende informatie vragen, zoals (indien bekend) de leeftijd van het slachtoffer.
- De ambulance bepaalt of de (aanrijdende) brandweerploeg nodig is of niet; dit wordt doorgegeven aan de MKA. Vanwege drukte bij de MKA wordt een afbreking van de inzet niet altijd (tijdig) doorgegeven aan de MKB. Het beeld bij de MKB is dat de bevelvoerder van de FR-ploeg zelf bepaalt of hij/zij doorrijdt naar de incidentlocatie (dit wordt door bevelvoerders bevestigd in de groepsinterviews).
- Het is niet te voorkomen, aldus verschillende centralisten, dat FR-kazernes worden gealarmeerd voor reanimaties die ter plaatse geen reanimatie blijken te zijn (zie ook paragraaf 3.2). “Soms weet je pas ter plaatse wat het is, tot die tijd heeft de melder gelijk.”
- De *ongeschreven* afspraak is dat de FR-kazernes niet worden gealarmeerd bij verhangingen (met eveneens de ongeschreven afspraak dat, als het bij nader inzien om een verhanging gaat, de code 123 in het kladblok wordt genoteerd), pogingen tot suïcide[17], traumatische reanimaties[18], en bij kinderen onder 1 jaar. Dit in tegenstelling tot de werkinstructie bij de VRHM, waar dit *geschreven* afspraken zijn. Toch komt het voor dat FR-kazernes in dergelijke gevallen worden gealarmeerd, onder andere omdat centralisten (zoals ook hierboven beschreven) afhankelijk zijn van de informatie van de melder. Zo is het voorbeeld genoemd dat melders niet altijd kunnen inschatten hoe oud een kind is (ouder of jonger dan 1 jaar).
- Aangegeven is dat de werkinstructie als ingewikkeld wordt ervaren, met name omdat op basis van de locatie van de melding moet worden bepaald of en zo ja welke FR-kazerne gealarmeerd moet worden.[19] De procedure verschilt vervolgens per FR-kazerne. Het simpelste zou zijn, zo wordt aangegeven, om alle kazernes in de VRH volgens dezelfde procedure FR-taken te laten uitvoeren. Verder is het niet bevorderlijk dat op de MKB twee aparte inzetprocedures zijn (een voor de VRH en een voor VRHM).
- Hoewel de MKA en de MKB in één ruimte werken en op basis van protocollen en eigen initiatief afstemming plaatsvindt, wordt ook aangegeven dat er amper sprake is van samenwerking tussen beide meldkamers. Er zijn “onzichtbare muren”.

Zie voor meer informatie over de rol van de MKB paragraaf 3.2 en paragraaf 4.1.

2.3.3 Uitrukvoertuig en bemensing

Het volgende staat beschreven met betrekking tot het uitrukvoertuig en de bemensing van het uitrukvoertuig:

- In Pijnacker-Nootdorp wordt altijd uitgerukt met een TS6.
- Scheveningen rukt met vier personen uit met het Surf Rescue Team (SRT)-voertuig.
- In Wassenaar wordt tijdens kantoortijden (07:00 – 18:00 uur) uitgerukt met een TS6. Buiten kantoortijden en in het weekend wordt in beginsel met drie personen uitgerukt met een bus (type 5000). Bij meldingen in buitengebieden (zoals duinen, strand,

[17] In het Kwaliteitskader staat beschreven dat alleen burgerhulpverleners niet worden gealarmeerd bij (poging) tot zelfdoding.

[18] Dit komt overeen met wat beschreven staat in het zakboekje First Responder (reanimatie): “Filtering vanuit de meldkamer classificatie A0, de centralist overlegt met de bevelvoerder afblazen inzet brandweer indien traumatische reanimatie. Bevelvoerder bepaalt uiteindelijk wel of niet in te zetten.”

[19] Een van de redenen waarom Veiligheidsregio Utrecht in 2010 ervoor gekozen heeft om de FR-taak in de gehele regio uit te voeren. Niet alleen omdat dit eenduidigheid geeft voor de burger, maar ook omdat invoering op alle posten “ingewikkelde operationele processen” voorkomt (SVDL, 2019, p.4).

golfbanen, bosrijke gebieden) wordt een 4x4 ingezet. Hiervoor is gekozen, omdat tijdswinst te behalen is met een uitruk met drie personen (gezien de beperkte inzetbaarheid van vrijwilligers die vanuit huis moeten komen) en in verband met het strand- en bosgebied dat in het verzorgingsgebied ligt. Bij een reanimatiemelding wordt standaard korpsalarm gegeven, ook als beroepspersoneel aanwezig is (vrijwilligers komen dan niet op, omdat zij weten dat beroepspersoneel beschikbaar is). Zowel in Wassenaar als in Maasdijk rijdt de tankautospuit, indien nodig, mee. De tankautospuit is niet gekoppeld aan het incident (mocht dit nodig zijn, dan kan dit alsnog).

> Maasdijk rukt uit met de First Responder Brandweer (FRB)-bus (en indien nodig de tankautospuit). De afspraak is dat wordt uitgerukt met minimaal 4 tot maximaal 6 personen. Eveneens is afgesproken dat de bevelvoerder meegaat ("desnoods rijdt die na met TS").[20]

Voor zowel de vrijwilligers van Wassenaar als de vrijwilligers van Maasdijk geldt dat er vrije opkomst is bij een FR-melding.

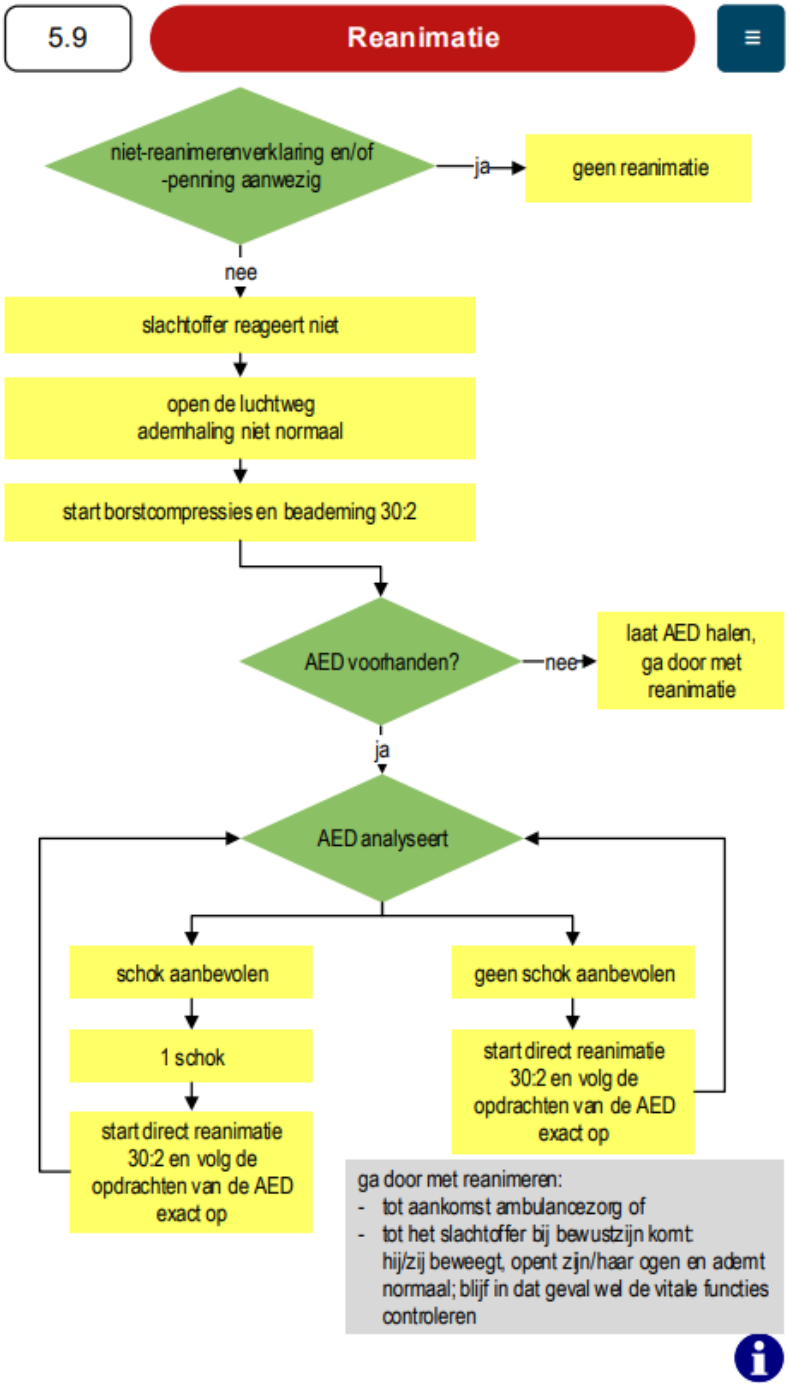
In de VRH zijn de tankautospuiten standaard uitgerust met een Emergency Life Saver-tas (ELS-tas) en een losse AED. De vier FR-kazernes hebben daarnaast de beschikking over een extra FRB-tas (Verbetervoorstel First Responder Brandweer). Deze tas bevat materialen die ondersteuning bieden bij een reanimatie, is gevuld met reguliere verbandmiddelen en pleisters en bevat veiligheidsmiddelen voor eigen personeel. De losse AED, die normaal gesproken in het voertuig staat, is ook in deze tas geplaatst.

Motor Ondersteuning Brandweer (MOB)
In 2012 is de pilot MOB gestart. De motor kan worden ingezet als snelle verkenningseenheid en om ondersteuning te bieden aan de andere eenheden in de aanvangsfase van een incident. Daarnaast kan de motor ook zelfstandig op incidenten worden afgestuurd, waaronder reanimatiemeldingen. Op de motor is een AED aanwezig. De motor wordt ook veel ingezet bij evenementen en demonstraties.

2.3.4 Uitvoering

In de manschapopleiding hebben alle repressieve brandweermensen geleerd te reanimeren volgens het LPLHB. Zie in onderstaande figuur 2.2 het protocol voor reanimeren.

[20] Deze informatie is afkomstig van mailwisseling (12 augustus 2025) tussen een beleidsmedewerker en de ploegchef van Maasdijk.



Figuur 2.2 LPLHB (februari 2025): Reanimatie

In het Zakboekje First Responder (reanimatie) wordt onder andere beschreven wat belangrijke aandachts- en uitgangspunten zijn tijdens (het rijden naar) een reanimatie.

Zakboekje First Responder (reanimatie)

Doelgroep
> First Responders van kazernes Scheveningen, Pijnacker-Nootdorp, Maasdijk, Wassenaar en de MOB. Doel: het verkorten van de responsetijd bij primaire reanimaties / vergroten overlevingskans patiënt binnen de Veiligheidsregio Haaglanden door inzet van brandweer als First Responder

Eerste operationele vragen
> Filtering vanuit de meldkamer classificatie A0, de centralist overlegt met de bevelvoerder afblazen inzet brandweer indien traumatische reanimatie.
> Bevelvoerder bepaalt uiteindelijk wel of niet in te zetten.

Gevaren en aandachtspunten
> Er rijden altijd 2 ambulances naar het incident
> Houd ruimte vrij voor ambulances en eventueel hoogwerker
> Aandacht voor contact / communicatie (informeer) met familie/andere aanwezigen/omstanders ter plaatse
> Schakel (zo nodig) politie in bij het zoeken naar NAW/medische gegevens van het slachtoffer
> Is er een officiële niet-reanimatieverklaring of penning aanwezig? Indien aanwezig reanimatie stoppen. Bij twijfel wel starten en beslissing door ambulanceverpleegkundige.
> Mogelijk zijn ook andere (burger-)hulpverleners (zoals vrijwilligers hartveilig wonen of politie) bij het slachtoffer aanwezig / gestart met de reanimatie > overleg/stem af, ondersteun en werk samen.
> Wees bedacht op mogelijk religieuze achtergrond van slachtoffer
> Wees alert op hygiëne en besmettingsgevaar, draag nitril handschoenen!
> Wees alert op het gebruik van zelfdodingsmiddelen/chemicaliën en pas hier de inzet op aan door niet te beademen of overweeg IBGS procedure.

Uitgangspunten
> Uitvoering reanimatie door 4 personen.[21] Dit geldt niet voor de MOB! Die kan door de snelle aanrijdtijd alleen de werkzaamheden opstarten en/ of met andere eenheden.
> Altijd een Bevelvoerder ter plaatse. (van toepassing op vrij instroom)
> Maak vooraf duidelijke afspraken over taakverdeling (uitvoering van reanimatie hoeft niet perse onder leiding van een bevelvoerder plaats te vinden)

Algemeen
> CO-meter aan en mee naar binnen bij reanimatie. Lees het ongeval, vraag omstanders naar medicijngebruik, allergieën, medisch verleden van het slachtoffer (taak bevelvoerder).
> Denk aan eigen veiligheid, check omgeving, gebruik altijd nitril handschoenen, pocketmasker en overweeg veiligheidsbril.
> Overweeg wel of niet beademen houd hierbij rekening met hygiëne en persoonlijke veiligheid.
> Volg reanimatie-procedure conform LPLHB 4.0
> Zorg voor voldoende werkruimte
> Reanimeer altijd op een harde ondergrond
> Overweeg alarmering van een hoogwerker bij reanimatie op 1e etage of hoger.

Taken
> Reanimatie protocol vernieuwd: Bij reanimaties kan er geschakeld worden naar RMG-15 hierdoor sta je in direct contact met gekoppelde ambulance eenheid.

In de inzetprocedure staat (specifieker) beschreven wie vanuit welke functie welke rol en taak heeft tijdens een reanimatie.

[21] In het Verbetervoorstel First Responder Brandweer staat beschreven dat voor Scheveningen, Pijnacker-Nootdorp en de beroepsploeg van Wassenaar het protocol is dat van een TS6 drie brandweermensen de reanimatie uitvoeren.

Tot slot: zoals in het Zakboekje beschreven, is het mogelijk dat er ook andere (burger-) hulpverleners bij het slachtoffer aanwezig zijn of gestart zijn met de reanimatie. Het uitgangspunt in het Kwaliteitskader is dat er bij het optreden als first responders reanimatiezorg geen onderscheid gemaakt wordt in de organisatie die hen inzet (p.14). Diverse keren is tijdens de groepsinterviews echter aangegeven dat bevelvoerders de regie nemen tijdens een reanimatie, ook als de politie en/of burgerhulpverleners eerder ter plaatse zijn. Hier worden door first responders verschillende redenen voor aangedragen: de brandweerploeg is vakbekwaam, werkt gestructureerd, is als team op elkaar ingespeeld en heeft doorgaans (ruime) ervaring. “En dat is gewoon heel prettig. Want dan merk je toch dat het gestructureerder gaat. Niet dat je om elkaar heen staat te dartelen. Van wie gaat nou wat doen. Want je wil heel graag helpen. Af en toe zie je een agent. Ze doen echt hun best, dat weet ik zeker. Maar ze hebben echt zo weinig oefenmomenten en zo'n andere opleiding als dat wij hebben. Dat sluit gewoon niet helemaal aan denk ik.” De coördinatie wordt overgedragen zodra de ambulance ter plaatse is. De samenwerking met andere burgerhulpverleners en specifiek de politie verloopt niet altijd naar tevredenheid. Zie ook paragraaf 4.1.2.

Motor Ondersteuning Brandweer (MOB)
De MOB rijdt alleen. Als de MOB als eerste ter plaatse is bij een reanimatie, start hij met BLS. Als bijvoorbeeld de politie of de ambulance al bezig is, wordt bekeken waar hij kan assisteren.

2.3.5 Nazorg

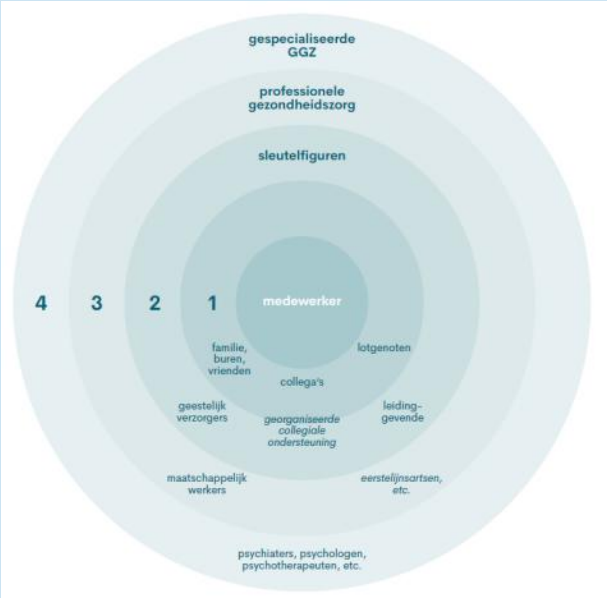
In de nazorg na een ingrijpend incident (zoals een reanimatie) wordt er een onderscheid gemaakt tussen formele en informele collegiale steun. Formele collegiale steun bestaat uit het bespreken van het ingrijpende incident met directe collega’s uit de ploeg en collega’s met een gespecialiseerde opleiding in nazorg (zoals Team Collegiale Opvang, TCO). Informele collegiale steun is het gesprek dat als vanzelf ontstaat tussen ploegleden na afloop van een incident (Dangermond, 2022c). Zie ook het kringenmodel in onderstaand kader, waarbij formele collegiale steun grotendeels in kring 2 terug is te vinden en informele collegiale steun in kring 1.

In het Kwaliteitskader staat dat bij mogelijk infectieziekten de RAV/GGD nazorg kan bieden aan first responders, maar dat de nazorg vooral lokaal (in de eigen organisatie) georganiseerd is. Binnen de VRH is formele collegiale steun beschikbaar in de vorm van Team Collegiale Ondersteuning (TCO). TCO is op de hoogte van het bestaan van de FR-taak (werkdocument_AED, Plan van aanpak AED).

De kans dat er een beroep wordt gedaan op TCO is groter doordat medewerkers vaker in contact zullen komen met slachtoffers en “onstuimige huiselijke situaties”. Desalniettemin wordt de nazorg op de reguliere wijze georganiseerd, zo staat beschreven (werkdocument_AED, Plan van aanpak AED). Door de meldkamer wordt niet standaard TCO opgestart na een reanimatie door de brandweer (zie ook paragraaf 2.3.2). “Indien nodig vragen zij hier zelf om.” Beschreven staat dat in principe er altijd een technische nabespreking plaatsvindt op de kazerne (met eventuele multi-partners). In paragraaf 3.3 wordt uitvoerig stilgestaan bij de wijze waarop brandweermensen de (formele en informele) nazorg na een FR-inzet ervaren.

Kringenmodel (ARQ/IVP, 2024)
In het Kringenmodel is de (brandweer)medewerker in eerste instantie verantwoordelijk voor zijn of haar eigen gezondheid. Doorgaans zijn brandweermensen zelf in staat om mentaal herstel te bevorderen, zeker als er sociale steun en erkenning zijn vanuit de directe omgeving zoals naasten en collega's. Indien nodig kan er in tweede instantie aanvullende ondersteuning gezocht worden.

"Het Kringenmodel toont hoe stapsgewijs meer (professionele) ondersteuning kan worden ingeschakeld, beginnend bij de directe kringen (van binnen naar buiten) en de partijen die hierbij een rol spelen. De eerste kring omvat naasten zoals familie, vrienden, collega's en lotgenoten. De tweede kring omvat sleutelfiguren, zoals leidinggevenden. Georganiseerde collegiale ondersteuning bevindt zich tussen de eerste en tweede kring. In de derde kring bevindt zich de 'eerstelijnsgezondheids-zorg', met onder andere artsen (medisch) en maatschappelijk werkers (psychosociaal) die oplossingen of behandeling kunnen bieden. Bij ernstige of aanhoudende (psychische) gezondheidsklachten wordt verwezen naar de 'gespecialiseerde GGZ' in de vierde kring. De invloedssfeer van de organisatie is vooral merkbaar in de binnenste kringen" (ARQ/IVP, 2024, p.5).



Figuur 2.1 Het Kringenmodel (ARQ/IVP, 2024)

2.4 Melding, alarmering en ter plaatse

In deze paragraaf wordt op basis van data over de periode 2021 tot 2024 die zijn aangeleverd door de VRH, regionaal per FR-kazerne beschreven hoe vaak de FR-taak bij de meldkamer is gemeld, hoe vaak de FR-kazernes werden gealarmeerd en hoe vaak de ploegen ter plaatse kwamen. Waar beschikbaar, zijn ook de data van de MOB toegevoegd. Zie voor enkele kanttekeningen rondom de data in deze paragraaf ook paragraaf 1.2.4. Tot slot wordt op basis van gegevens aangeleverd door de MKA duidelijk welke hulpdienst (brandweer, ambulance, politie) als *eerste* ter plaatse was bij een reanimatiemelding.

2.4.1 Regionaal

In tabel 2.3 is het aantal meldingen en alarmeringen ‘Gezondheid-Reanimatie’ en aantal keren ter plaatse weergegeven.

Tabel 2.3 Regionaal aantal meldingen en alarmeringen ‘Gezondheid-Reanimatie’ en aantal keren ter plaatse (totaal van de vier FR-B kazernes en (tussen haakjes) MOB)

Jaartal	Aantal meldingen meldkamer	Aantal meldingen FR-kazernes	Aantal alarmeringen* FR-kazernes	Ter plaatse
2021	833	97	97 (1)	27 (0)
2022	857	94	94 (1)	74 (1)
2023	870	103	103 (12)	83 (7)
2024	883	94	94 (45)	77 (31)[22]

**Tussen haakjes aantal alarmeringen MOB (mogelijk overlappend met alarmeringen FR-kazernes).*

Het verschil tussen het aantal meldingen dat binnenkomt bij de meldkamer brandweer en het aantal meldingen van de vier FR-kazernes is relatief groot. Dit verschil is te verklaren doordat het grootste deel van de meldingen die binnenkomen bij de meldkamer brandweer buiten het vaste gebied van de vier FR-kazernes liggen.

2.4.2 Per FR-kazerne en de MOB

Hieronder volgt per FR-kazerne een overzicht van het aantal alarmeringen ‘Gezondheid-Reanimatie’.

Tabel 2.4 Aantal alarmeringen ‘Gezondheid-Reanimatie’: per jaar en per FR-kazerne/MOB

	Scheveningen	Pijnacker-Nootdorp	Maasdijk	Wassenaar	MOB
2021	20	8	2	7	1
2022	52	21	4	17	1
2023	53	29	5	16	12
2024	53	21	1	19	45

[22] Aan een beleidsmedewerker (2) is gevraagd wat deze opvallende stijging mogelijk verklaart. Hij geeft aan “In november 2023 heeft er een wijziging plaatsgevonden in de uitrukprocedure van de MOB. Alhoewel het niet zo expliciet in de mededeling van destijds staat, vermoed ik dat de stijging van de MOB hier wel mee te maken heeft. De MOB wordt voor de FR taak gealarmeerd, indien de melding aan bepaalde criteria voldoet (waaronder afstand van MOB tot incident-locatie). Zie ook het Excel-bestand. Nagenoeg alle incidenten zijn afkomstig van november 2023 of later. Mijn vermoeden is dat de MOB voor 11-2023 alleen incidenteel aan reanimaties werd gekoppeld.” (mailwisseling 14 augustus 2025).

2.4.3 Als eerste ter plaatse[23]

Zoals in paragraaf 1.2.5 is beschreven, heeft de MKA data aangeleverd over de hulpdienst (ambulance, politie, brandweer) die als eerste ter plaatse was bij een reanimatiemelding in Westland (Maasdijk), Pijnacker-Nootdorp, 's-Gravenhage (Scheveningen) en Wassenaar en wat de aanrijdtijden waren. Hieronder staan deze gegevens weergegeven in een tabel.

Tabel 2.5 Als eerste ter plaatse[24]: totaal overzicht en overzicht per gemeente

Totaal overzicht

Rijlabels	Aantal van Incident Nr.	
Ambulance	86	22%
Brandweer	82	21%
Politie	216	56%
Eindtotaal	**384**	

Overzicht per gemeente

Rijlabels	Aantal van Incident Nr.	
Westland	**15**	
Ambulance	4	27%
Brandweer	6	40%
Politie	5	33%
Pijnacker-Nootdorp	**93**	
Ambulance	16	17%
Brandweer	22	24%
Politie	55	59%
's-Gravenhage	**201**	
Ambulance	52	26%
Brandweer	37	18%
Politie	112	56%
Wassenaar	**75**	
Ambulance	14	19%
Brandweer	17	23%
Politie	44	59%
Eindtotaal	**384**	

**Uit de meldkamerdata is een selectie gemaakt op basis van de meldingsclassificatie Gezondheid > Reanimatie. De dataperiode loopt van 04-09-2021 t/m 04-06-2025 [let op: dit is dus een andere periode dan in voorgaande tabellen]. De dataset werd verder gefilterd op gemeentenaam: Wassenaar, Westland en Pijnacker-Nootdorp.[25] Er is niet te zien of de brandweer primair als first responder werd meegestuurd of secundair voor bijvoorbeeld afhijsen van de patiënt. Aannemelijk is dat als de brandweer substantieel later arriveerde dan de ambulance, er mogelijk sprake kan zijn geweest van secundaire inzet. Op basis hiervan zijn alle records waarbij de brandweer later dan 5 minuten (300 seconden) arriveerde t.o.v. de ambulance uit de data verwijderd. Vanwege afrondingsverschillen is het totaal 101 procent in plaats van 100 procent.*

In de tabel is af te lezen dat de politie het vaakst als eerste ter plaatse was bij een reanimatiemelding in Pijnacker-Nootdorp, 's-Gravenhage en Wassenaar, gevolgd door de brandweer in Pijnacker-Nootdorp en Wassenaar of de ambulance in 's-Gravenhage. In Westland was de brandweer het vaakst ter plaatse bij een reanimatiemelding, gevolgd door de politie. Ook uit vergelijkbare statistieken die bekend zijn binnen bijvoorbeeld Veiligheidsregio Utrecht (SVDL, 2019) en Gooi- en Vechtstreek / Flevoland (Keukens, 2024)

[23] In een eerdere versie van dit onderzoeksrapport waren de gegevens in tabel 2.5 voor Maasdijk en de duiding daarvan niet juist. De betreffende passages in het rapport zijn aangepast. Het algemene beeld over de vier onderzochte gebieden samen blijft ongewijzigd.

[24] Mogelijk geldt ook voor deze data (zoals beschreven in paragraaf 1.2.4), dat de statistieken met betrekking tot de status 'ter plaatse' slechts een indicatie geven.

[25] Om het uitrukgebied van brandweer Scheveningen ook toe te voegen werden data van 's-Gravenhage extra gefilterd op basis van de postcode-gebieden: 2517, 2563, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2597.

zijn vergelijkbare resultaten naar voren gekomen: de politie (en burgerhulpverlener) zijn vaker eerder ter plaatse dan de brandweer (en ambulance).

3 Ervaring van de impact van de FR-taak

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe brandweermensen de impact van de FR-taak ervaren. Op basis van eerder onderzoek en groepsinterviews met brandweermensen die werkzaam zijn op een FR-kazerne wordt inzichtelijk gemaakt hoe zij de belasting en belastbaarheid van de FR-taak ervaren, wat de impact is van meldingen van medische noodsituaties die geen reanimatie blijken te zijn en hoe zij de nazorg na reanimaties ervaren.

3.1 Belasting en belastbaarheid

Tijdens hun werk krijgen brandweermensen te maken met ingrijpende incidenten, zoals reanimaties. Waarom en wanneer brandweermensen incidenten in het algemeen en reanimaties in het bijzonder als ingrijpend ervaren, hangt af van persoonlijke eigenschappen en omstandigheden, en de cultuur binnen de brandweerploeg (Dangermond, 2022a).

Ingrijpende incidenten kunnen zowel een positieve als een negatieve impact hebben op het mentale welzijn van brandweermensen (zie ook het kader op de volgende pagina). Ingrijpende incidenten kunnen leiden tot positieve veranderingen en mentale groei na het incident (Kehl et al., 2014), zoals veranderingen in iemands gevoel van persoonlijke kracht, relaties en levensfilosofie (Armstrong et al., 2016). Het succesvol[26] verlenen van hulp tijdens ingrijpende incidenten kan voldoening en betekenis geven. Daarentegen kunnen ingrijpende incidenten, bijvoorbeeld door herhaalde blootstelling (opstapeleffect) of als er fouten worden gemaakt tijdens de hulpverlening, leiden tot ernstige psychische problemen en stressgerelateerde klachten (Carleton et al., 2018; Stanley et al., 2017; Sandrin et al., 2019; Dangermond et al., 2022a) zoals angst, depressie, PTSS (Kehl et al., 2014; Oliveira et al., 2023; Serrano-Ibáñez et al., 2022; Fraess-Phillips et al., 2017) en zelfs suïcide (Brazil, 2017).

In verschillende onderzoeken die uitgevoerd zijn in andere veiligheidsregio's, is de door brandweermensen ervaren belasting en belastbaarheid van reanimaties gemeten. Zo is gebleken dat brandweermensen met een FR-taak “de extra psychische belasting die FRB met zich meebrengt” als licht (22,2 procent), gemiddeld (44,4 procent) of zwaar (2,8 procent) ervaren (Van der Slikke, 2019). Uit ander onderzoek blijkt dat 17 procent van de ondervraagde brandweermensen met een FR-taak reanimaties als “helemaal niet belastend” ervaart, 45 procent “een beetje belastend”, 21 procent “redelijk belastend”, 10 procent “behoorlijk belastend” en 7 procent “zeer belastend” (Molenaar, 2025, p.51). Tot slot blijkt uit een derde onderzoek dat ongeveer 45 procent van het brandweerpersoneel “soms”, “vaak” of “altijd” “hinder/belasting” ervaart als gevolg van reanimatiemeldingen (VR RR, 2019, p.37).

[26] Wat als ‘succesvol’ wordt ervaren kan per persoon verschillen.

Een evenwichtige balans tussen belasting en belastbaarheid is cruciaal voor het behoud van een goede mentale gezondheid (Molenaar, 2025). In deze paragraaf wordt – op basis van voornamelijk groepsinterviews en waar van meerwaarde aangevuld met informatie uit andere onderzoeken – beschreven hoe brandweermensen op de vier FR-kazernes de mentale impact (belasting en belastbaarheid) van reanimaties ervaren.[27] Belangrijk om te benadrukken is dat in dit onderzoek de focus ligt op hoe brandweermensen de mentale impact van de FR-taak *ervaren*. Het gaat *niet* om het individuele mentale welzijn van brandweermensen.

Impact: niet alleen negatief
Of een reanimatie als belastend wordt ervaren, hangt af van zowel incident- als persoonsafhankelijke omstandigheden. Na het lezen van bovenstaande statistieken uit andere veiligheidsregio's en na deze paragraaf kan de indruk ontstaan dat brandweermensen *altijd* negatieve impact ervaren na het uitvoeren van de FR-taak. Dit is echter niet het geval, zoals niet alleen blijkt uit de eerder beschreven literatuur, maar ook uit de groepsinterviews. "Sommige gevallen trek je je persoonlijk aan, maar andere gevallen heb ik zoiets van 'ik kom daar, hup, klaar, doei, volgende'." Met name (maar niet uitsluitend) brandweermensen die de FR-taak een brandweertaak vinden, ervaren (naast mogelijk negatieve ook) een positieve impact. "Het is toch mooi als je iemand tot leven kunt wekken? Ik denk dat dat het uiteindelijke doel is. Alleen je moet wel realistisch zijn dat het niet altijd lukt."

3.1.1 Belasting

Belasting is de mentale of emotionele druk die men ervaart, in dit onderzoek specifiek rondom FR-inzetten. Tijdens de groepsinterviews zijn de volgende incidentafhankelijke omstandigheden genoemd die invloed hebben op de manier waarop brandweermensen de mentale belasting van de FR-taak ervaren:

- Persoonskenmerken van het slachtoffer
- Omstandigheden waarin de reanimatie plaatsvindt
- De functie en rol die iemand heeft tijdens de reanimatie
- De wijze waarop de reanimatie (hulpverlening) verloopt.

De omstandigheden dienen zich niet alleen los aan, maar ook in samenhang met elkaar. Ook is het onderscheid tussen belasting en belastbaarheid niet altijd even scherp. Dit zal in de toelichting duidelijk worden.

Persoonskenmerken van het slachtoffer
Tijdens de groepsinterviews werd er geregeld een onderscheid gemaakt tussen reanimaties van 'oude' mensen, van 'jonge' mensen en van kinderen. "Want wat voor persoon is het? Wat is er gebeurd? Leeftijd? Is het een oud iemand die een fijn of een lang leven heeft gehad? Of is het iemand die midden in het leven staat?" Wat als oud of jong wordt ervaren, verschilt per persoon en per referentiekader (met andere woorden, er is geen leeftijdsgrens te definiëren voor oud en jong). Met name reanimaties van (wie worden gezien als) jonge mensen en kinderen worden als belastend ervaren.

Zoals in paragraaf 2.3.2 is beschreven, is de ongeschreven regel dat FR-kazernes niet worden gealarmeerd voor reanimaties van kinderen onder de 1 jaar. Dit is in overeenstemming met het Kwaliteitskader (het criterium voor het alarmeren van first responders is dat er sprake is van "(vermoeden van) een reanimatiebehoeftige burger met

[27] Wat de impact is van reanimatiemeldingen die ter plaatse geen reanimatie blijken te zijn, wordt in de volgende paragraaf beschreven.

een leeftijd van 1 jaar of ouder" (p.14)). Een enkele keer is aangegeven dat men dit onbegrijpelijk vindt: "Moet je je voorstellen dat er in de Telegraaf staat 'Brandweerlieden vinden reanimaties van kinderen te schokkend, dus ze rijden er niet meer op'." Desalniettemin komt het voor dat FR-kazernes worden gealarmeerd voor baby-reanimaties. De impact van dergelijke reanimaties is – zoals iedereen zal begrijpen – groot. Met name vanwege de associatie met eigen kinderen, maar ook omdat reanimaties van baby's en kleine kinderen technisch moeilijker zijn uit te voeren (omdat first responders hier naar hun mening onvoldoende in worden opgeleid). "Als het om kinderen gaat bijvoorbeeld. Niet altijd, maar het is net hoe de situatie verloopt. Dan kan ik net niet die 100 procent geven. [...] Ik kom iets tekort, ik kan niet iets doen wat niet mogelijk is. Dan voel ik me wel bezwaarlijk dat ik mijn taak niet uit kon voeren. Dat grijpt mij wel aan. Dan gaat het ook wel in me malen. Dan ga ik ook met een rotgevoel weg zogezegd."

Tot slot wordt het als belastend ervaren als het slachtoffer (en/of de omstanders) een bekende van de first responder is (zijn), zoals beschreven in *Omstandigheden waarin de reanimatie plaatsvindt*.

Omstandigheden waarin de reanimatie plaatsvindt
Er zijn diverse omstandigheden die maken dat de reanimatie als belastend wordt ervaren. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van omstanders, meer specifiek omstanders die familie of bekenden zijn van het slachtoffer en/of van brandweermensen. Het is in dergelijke gevallen niet zozeer de reanimatie zelf die als impactvol wordt ervaren, maar voornamelijk de (heftige) emoties van de omstanders, zoals paniek, verdriet, onmacht, angst en soms ook agressie. Zoals benoemd werd in een groepsinterview: "Ik denk dat de emoties nog het heftigst zijn." Daarnaast is aangegeven dat omstanders en specifiek familie verwachten dat er (snel) wordt gehandeld. Zoals ook beschreven in paragraaf 3.2 is dit voornamelijk impactvol als het geen reanimatie betreft, maar een andere medische noodzaak. Tot slot wordt beademen van het slachtoffer als impactvolle handeling ervaren.

Ook de fysieke omgeving waarin de reanimatie plaatsvindt kan voor impact zorgen. Dit geldt met name voor woningen. Door spullen zoals foto's krijgen brandweermensen (ongewild) een beeld van het (privé)leven van het slachtoffer. "Reanimeren, dat kunnen wij wel, maar het is vooral… Soms moet je effe wegstappen, dat je dan inderdaad foto's aan de muur ziet hangen van de moeder, die dan daar ligt, met twee kinderen, dat komt soms wel binnen." Aangegeven wordt dat het van belang is deze persoonlijke details niet in je op te nemen, ook niet als een reanimatie is afgelopen. "Als een incident klaar is, ik heb wel eens gezien dan gaan mensen het huis in kijken van 'oh hij heeft kinderen', 'oh hij heeft dit en dat', staan ze soms met vijf man naar een foto te kijken. De vijf hadden allang buiten kunnen zijn. Het heeft echt totaal geen meerwaarde om dan nog langer te blijven hangen."

Om 'netvliesvervuiling' (blootgesteld worden aan ernstig lichamelijk letsel en overlijden van slachtoffers) te voorkomen, wordt een enkele keer ook aangegeven dat men – als de mogelijkheid daartoe is, bijvoorbeeld omdat er al hulp ter plaatse is – terughoudend is. Zo stelt een bevelvoerder: "Voor mij ligt de focus op zo min mogelijk mensen inzetten, als ze überhaupt al ingezet worden. En terughoudend met überhaupt ter plaatse gaan. Zeker als er twee politieauto's voor de deur staan. Dan is het voor mij nu al wel duidelijk van oké, dan gaan wij daar sowieso proberen niks te doen." Zie ook paragraaf 4.1.2 voor andere ervaringen met de samenwerking met onder andere de politie.

Reanimaties extra belastend voor brandweervrijwilligers?
Voor brandweervrijwilligers is de kans groter dan voor beroepsbrandweermensen om een bekende te reanimeren (Dangermond, 2022b). Dit wordt ook bevestigd door onderzoek naar de FR-taak in Veiligheidsregio Zeeland, waar brandweermensen met een FR-taak aangeven dat "reanimaties psychisch zwaar kunnen zijn, omdat het vaak personen betreft uit de directe omgeving" (Van der Slikke, 2019, p.17). Ook uit het onderzoek uitgevoerd in Veiligheidsregio Zaanstreek-Waterland wordt (door brandweervrijwilligers die in hun eigen woonomgeving hulp verlenen) aangegeven dat "zij een extra emotionele belasting ervaren wanneer ze het slachtoffer of diens familie kennen", maar ook meer in het algemeen dat "de persoonlijke nabijheid tot het slachtoffer" een belangrijke reden is waarom een reanimatie als mentaal zwaar wordt ervaren (Molenaar, 2025, p.51).

Functie (MA, BV of CH) en rol (inzetnummer 1, 2, 3 en 4) tijdens de reanimatie
Niet iedereen binnen de ploeg hoeft dezelfde impact te ervaren van reanimaties. De impact die wordt ervaren kan onder andere te maken hebben met iemands functie en rol tijdens de reanimatie. Zoals beschreven in paragraaf 2.3.3 kan er uitgerukt worden met 3, 4 of 6 personen naar een reanimatie. Binnen deze wisselende ploeggroottes hebben ploegleden verschillende functies en rollen. Afhankelijk van iemands functie en rol kan men meer of minder betrokken zijn bij de reanimatie.

- Zo is het mogelijk dat een bevelvoerder – vanuit zijn of haar functie – een andere impact ervaart dan zijn of haar collega's. Hij staat (doorgaans) op iets meer afstand en voert (doorgaans) niet zelf de reanimatie uit maar coördineert en stemt af. "Ik ben bevelvoerder, dus ik kan de afstand houden. Ik moet coördineren. Maar de collega die begint met de borstcompressies en de collega die beademt, zit face-to-face. Die zit met zijn eigen neus tegen de neus van dat slachtoffer aan. Dus ja, heel persoonlijk wordt dat." Daarentegen betekent dit ook dat hij communiceert met vaak zeer geëmotioneerde omstanders. De belasting daarvan is hierboven beschreven.
- In eerste instantie voeren de nummers 1 en 2 de reanimatie uit, al dan niet ondersteund door 3 en 4 en de chauffeur. Ruimte om te rouleren is er niet altijd, bijvoorbeeld als met drie personen naar de reanimatie wordt gereden. Dit wordt echter niet altijd als problematisch ervaren, terwijl tegelijkertijd ook wordt aangegeven dat reanimeren niet alleen mentaal, maar ook op fysiek vlak impact heeft. Soms is het namelijk noodzakelijk om binnen enkele minuten te wisselen. "Na 1,5 tot 2 minuten reanimeren is je snelheid eruit, moet je afgetikt worden door een ander." Dat betekent dat ook bij een ploeg bestaande uit zes personen mogelijk iedereen zal reanimeren.

Of het binnen FR-ploegen geaccepteerd wordt dat iemand (tijdelijk) niet wil uitrukken voor reanimaties of van inzetnummer wil wisselen, wordt beschreven in paragraaf 3.1.2.

Wijze waarop de reanimatie (hulpverlening) verloopt
De wijze waarop de reanimatie verloopt, bepaalt voor een belangrijk deel hoe de belasting wordt ervaren. Bijvoorbeeld als de hulpverlening naar eigen inzicht goed is verlopen, ongeacht of het slachtoffer met of zonder output (hartslag) met de ambulance is vertrokken. "Ik ga altijd met het gevoel weg van 'ik heb mijn best gedaan'. Helaas het heeft niet altijd kunnen baten." Het heeft een negatieve impact als de hulpverlening niet naar tevredenheid is verlopen. Bijvoorbeeld vanwege de wijze waarop de samenwerking is verlopen, met de eigen ploeg en/of met andere (burger)hulpverleners. De samenwerking met andere (burger)hulpverleners wordt niet altijd als positief ervaren, zie ook paragraaf 4.1.2.

Het beademen (met een kapje of mond-op-mondbeademing) van het slachtoffer wordt doorgaans als impactvol ervaren. Om die reden is tijdens de groepsinterviews geregeld door first responders de vraag geopperd: wel of niet beademen? Over het antwoord wordt

verschillend gedacht, met als resultaat een aantal verschillende werkwijzen. In theorie bepaalt de bevelvoerder of er wordt beademd, in de praktijk maken manschappen veelal zelf die afweging, zo blijkt uit de groepsinterviews. Er zijn first responders die bij voorbaat aangeven niet te beademen, anderen geven aan dit per situatie te beoordelen. “Voor mij hoeft dat beademen helemaal niet. Het liefst ga ik alleen maar drukken en de rest laat ik wel door een ander doen.” Daarentegen wordt de meerwaarde van beademen verschillende keren benoemd. “Ik hoor van een ECMO-arts dat [beademen] bijna het allerbelangrijkste is. Bijna 80 procent. Dus je kan wel gaan pompen, maar als er geen zuurstof is om rond te pompen in het bloed heeft het bijna geen zin. Dus de werkwijze gaat steeds verder verschillen.” De discussie rondom de beademingsballon speelt ook een rol. Verschillende first responders hebben aangegeven de beademingsballon te willen, zodat zij fysiek meer afstand hebben tot het slachtoffer tijdens het beademen (zie ook VR RR, 2019, p.3 en de volgende deelparagraaf, *Erkenning en waardering*).

Een niet-alledaagse omstandigheid voor brandweermensen met een FR-taak is het aantreffen van een niet-reanimatieverklaring en/of -penning. De eerste stap in het Landelijk Protocol Levensreddend Handelen door de Brandweer (LPLHB) is controleren of er een niet-reanimatieverklaring en/of -penning aanwezig is (zie ook paragraaf 2.1.2). Als dit het geval is, wordt er niet gereanimeerd of moet er gestopt worden met reanimeren. Hoewel dit niet geregeld gebeurt, geeft het impact als brandweermensen hiermee te maken krijgen.[28] “Ik heb het ook een keer gehad dat je bezig bent. Dat ineens iemand met een brief zei ‘we hebben een niet-reanimatieverklaring’. Maar dan ben je al bezig en sta je daar. Moet je wachten op die ambu wat verschrikkelijk lang duurt. Je moet dat ook allemaal doorlezen. Onderweg met de arts overleggen en ondertussen ben je ermee bezig.”

3.1.2 Belastbaarheid

Belastbaarheid is het vermogen van de geest om de belasting (mentale druk) te verwerken en ermee om te gaan, zonder dat klachten zoals stress en vermoeidheid ontstaan (zie bijvoorbeeld Heins et al., 2009). Tijdens de groepsinterviews zijn de volgende persoons-afhankelijke omstandigheden van de FR-taak genoemd die invloed hebben op de mentale belastbaarheid van brandweermensen:

- Of het uitvoeren van reanimaties gezien wordt als een brandweertaak.
- De erkenning en waardering van de organisatie die brandweermensen al dan niet ervaren voor het uitvoeren van reanimaties.
- In hoeverre brandweermensen zich voldoende bekwaam voelen om de reanimatie uit te voeren.
- De mate waarin brandweermensen zich (sociaal) veilig voelen in de ploeg waarmee de reanimatie plaatsvindt.
- Eerdere ervaringen met ingrijpende incidenten en specifiek reanimaties.
- De persoonlijke omstandigheden en specifiek de mentale gezondheid van brandweermensen ten tijde van de reanimatie.

Evenals bij belasting geldt ook hier: de omstandigheden dienen zich niet alleen los maar ook in samenhang met elkaar aan. Ook is het onderscheid tussen belasting en belastbaarheid niet altijd even scherp. Dit zal in de toelichting duidelijk worden.

[28] Dit is ook een van de redenen waarom de belasting van reanimaties als onderdeel van de FR-taak doorgaans als mentaal zwaarder wordt ervaren dan reanimaties tijdens andere brandweertaken. Zie ook de volgende paragraaf onderaan.

Is de FR-taak wel of geen brandweertaak?
Of geïnterviewde brandweermensen de FR-taak als belastend ervaren, hangt mede af van hun overtuiging of deze taak een brandweertaak is of niet. Wettelijk gezien is de FR-taak geen brandweertaak (zie ook paragraaf 2.1). Toch blijkt uit eerder onderzoek bijvoorbeeld dat bijna 80 procent van de ondervraagde brandweermensen vindt dat "het optreden bij reanimatiemeldingen een taak van de brandweer" is (VR RR, 2019, p.25). Uit de groepsinterviews komt een meer verdeeld beeld naar voren. Zelfs binnen één FR-ploeg kunnen hier verschillende meningen over bestaan. Dit blijkt niet alleen uit de groepsinterviews, maar wordt ook ervaren als de betreffende brandweermensen binnen hun eigen ploeg hierover in gesprek gaan: "We hebben een tijd gehad dat het reanimeren net niet lekker liep. We moeten wel genoeg aandacht geven aan de kwaliteit van het reanimeren. En dan zag je twee kampen [toen ik dit vertelde]: 'we doen het echt alleen maar omdat die ambulance er nooit is' versus mensen die zeggen 'nee, je moet er gewoon goed mee aan de slag gaan'."

Er is geen duidelijk onderscheid wie de FR-taak een brandweertaak vindt en wie niet. Desalniettemin kan grofweg gesteld worden dat met name brandweervrijwilligers de FR-taak als een brandweertaak zien (hoewel dus ook beroepsbrandweermensen deze mening zijn toegedaan). "De kerntaak is het redden van mens en dier en daar valt dit direct onder". Met name de beschikbaarheid enerzijds en kennis en kunde anderzijds wordt geregeld als reden genoemd waarom de FR-taak een brandweertaak is. Zo werd gesteld: "Het is een brandweertaak, omdat het een hulpverlenerstaak is. Reanimaties hebben een noodzaak tot hele snelle hulpverlening die kleurloos is, die net zo goed door de politie als door de ambulance als door de KMar [Koninklijke Marechaussee] kan worden uitgevoerd. Omdat wij als brandweer heel goed vertegenwoordigd zijn in de omgeving en heel snel ter plaatse kunnen zijn en heel erg handelingsbekwaam zijn, zowel op de reanimatie als op de structuur en de organisatie rondom die reanimatie, vind ik het 100 procent een taak voor de brandweer."

Daarnaast zijn er brandweermensen (met een vrijwillige, beroeps- of combi-aanstelling) die van mening zijn dat het *geen* brandweertaak is. Bijvoorbeeld omdat er getwijfeld wordt over de meerwaarde van de FR-taak. "Hoe reddend zijn we nou eigenlijk? Dat vraag ik me nog wel af. Want als je kijkt naar de opkomsttijd hebt van iemand belt […] tot je begint. Vaak is gelukkig al de politie ter plaatse, die zijn al bezig. Maar is het een brandweertaak? Als het al zo lang duurt om in die situatie daar te komen, meer dan die 6 minuten? Ademloos. En wat is dan nog de toegevoegde waarde als iemand wel in leven blijft? Het is niet aan mij om te oordelen, maar is het dan echt een brandweertaak?"

Zoals hierboven beschreven, wordt in het vraagstuk of de FR-taak een brandweertaak is veelal gesproken over de meerwaarde die deze taak al dan niet heeft (zie ook paragraaf 4.1.1). Niet zozeer de kosten en baten (zoals bijvoorbeeld in eerder onderzoek wel is uitgerekend, VR RR, 2019, p.43-47), maar voornamelijk met betrekking tot het (proberen te) redden van mensenlevens, de snelheid waarmee men (als eerste) ter plaatse kan zijn en de handelingen die een brandweerploeg kan uitvoeren naast het reanimeren.
De volgende redenen worden aangedragen waarom de FR-taak meerwaarde heeft.

> De belangrijkste meerwaarde voor brandweermensen is dat de FR-taak mensenlevens redt, ongeacht of men als eerste ter plaatse is. "Je kunt het verschil maken, voor jezelf en voor de nabestaanden. Alles wat je doet is goed." Verschillende keren is de ervaring gedeeld dat slachtoffers die gereanimeerd zijn het overleefd hebben en hun

dankbaarheid willen uiten richting de brandweer. “En de eerste keer schrik je echt de blubber uit, omdat je het niet verwacht. Opeens staat er een patiënt voor je neus die je twee weken daarvoor gereanimeerd hebt.”

> In paragraaf 2.4.3 is weergegeven welke hulpdienst (de burgerhulpverleners zijn niet meegenomen) als eerste ter plaatse was tijdens een reanimatie. Hieruit blijkt dat de politie in de meeste gevallen als eerste ter plaatse was. Tijdens de groepsinterviews wordt echter aangegeven dat er niet gerekend kan worden op de komst van de politie. “Politie is geen garantie, ze kunnen niet garanderen dat ze naar de meldingen rijden. Dat geven ze zelf ook aan en dat is ook de reden waarom dit bij ons neergelegd is. De laatste tijd is politie er vaak bij, maar vaak is het ook op het strand of waar dan ook. Dan sta je gewoon echt lang te wachten, ook op een ambu. En als er maar íets gebeurt ergens in de regio…” Zie ook paragraaf 4.1.2.

> Daarnaast geven first responders aan dat tijdens een reanimatie de hulp van de brandweer niet alleen nodig kan zijn voor het (overnemen van het) reanimeren zelf, maar ook allerlei randzaken zoals het opvangen van familie, vrienden of omstanders. “De organisatie daaromheen, want ik heb ook wel bij reanimaties gestaan en dan waren er nog kinderen bij. Laatst was de politie bezig, ambulance was ook druk, lag er een kind op bed. Nou dan ben ik het kind gaan helpen.” Daarnaast wordt aangegeven dat het snel schakelen is indien er een afhijsing plaats moet vinden. “Werden we als tankautospuit gestuurd, en dan kwam ik op de eerste verdieping, begonnen we met de reanimatie, en dan riep ik alvast een ladder want dan kunnen we dadelijk naar beneden. Dus dat was natuurlijk vooruitlopen op het incident. Dus wij gingen het raam openmaken. Gordijnen aan de kant, kastjes aan de kant dus dat heeft ook wel weer een voordeel dat je er al bent voor de reanimatie.”

Verschillende keren worden twijfels gedeeld over de meerwaarde van de FR-taak uitgevoerd door de brandweer (waarbij men (doorgaans) eerder al negatief antwoordde op de vraag of een FR-taak een brandweertaak is). In de groepsinterviews is aangegeven dat men bovenstaande argumenten over de meerwaarde van de FR-taak wel snapt, maar toch een ander standpunt hierover inneemt. Daar worden verschillende redenen voor aangedragen, die met name betrekking hebben op de wijze waarop mensen sterven en de kwaliteit van het leven van degenen die overleven. Zo wordt aangegeven dat ook “oude mensen” gereanimeerd worden van wie de indruk bestaat dat ze aan het einde van hun leven zijn beland. “En als ze nou gewoon was gestorven, dan had ze misschien een waardig afscheid gehad. En nu dit. Ik vind het niet altijd even menselijk. Het hele reanimeren. Tegenwoordig mag je niet meer sterven.” Desalniettemin zal iedereen met de grootst mogelijke zorg worden gereanimeerd. Bijvoorbeeld in deze casus: “Ik heb een reanimatie gehad van een oudere dame, zwaar dementerend, zwaar verwaarloosd. Die was op de wc gaan hemelen. Het was gewoon niet leuk. Je bent bezig, maar je denkt, oké, je doet het. Vervolgens is ze met output naar de ambu gegaan. Waar ben ik nou eigenlijk op uit? Nogmaals, ik vind dat we het moeten doen. Ik vind dat we er moeten staan. En als je eenmaal dat verschil kan maken, dan moet je dat ook doen. Maar belicht ook de andere kant, want zo kan het ook zijn.”

Erkenning en waardering

Erkenning en waardering spelen een rol in hoeverre brandweermensen de FR-taak als belastend ervaren. Als gevraagd wordt naar de erkenning en waardering die geïnterviewde brandweermensen ervaren van het management rondom de FR-taak, dan wordt (met name door beroepsbrandweermensen) diverse keren verwezen naar de discussie rondom de beademingsballon. Het niet krijgen van deze ballon wordt ervaren als een gebrek aan

erkenning voor de impact die first responders ervaren. De redenatie is dat door de beademingsballon de impact van reanimaties kan worden verminderd, omdat door het gebruik ervan letterlijk en figuurlijk meer afstand ontstaat tussen de first responder en het slachtoffer. Door het gebruik van de beademingsballon hoeft er immers geen mond-op-mondbeademing gegeven te worden (zie ook paragraaf 3.1.1). “Dan worden we niet serieus genomen in de probleemstelling die je probeert te verkondigen. Het hele beademen, dat is echt de impact van mij. Ik wil meer afstand. Wij mogen werken met een fles op onze rug en met maskers. We mogen van alles doen. Maar de ballon, dat is zo moeilijk. Nee, dat daar moet je van afblijven. Nou, dan is dat een bepaalde onderwaardering naar onze beroepsgroep toe.” Zie ook paragraaf 4.1.2.

Daarnaast wordt aangegeven dat de waardering van het management voor de soms heftige taak en dito incidenten wordt gemist. “We verwachten ook niet dat dit een specialisme wordt waar je extra geld voor krijgt. Maar wel een beetje waardering voor de mensen op een first-responder-kazerne. Zeker naar aanleiding van een aantal incidenten wat mensen hebben gehad. Daar zou volgens mij wel eens een keertje wat meer aandacht aan mogen. En wat voor aandacht weet ik niet. Maar gewoon een stukje waardering van jongens jullie hebben een rotperiode gehad.”

Daartegenover wordt echter ook aangegeven dat erkenning en waardering al voldoende worden ervaren door het uitvoeren van de FR-taak, ongeacht de uitkomst. “Zoeken we dat, erkenning? Ik denk dat wat wij hier met elkaar voelen, dat is voldoende. In ieder geval voor mij. Het is geen erkenning van de regio. Het is erkenning dat je iemand kan helpen. En dat je gewoon hier met je clubje, elkaar in de ogen kunt kijken en zeggen ‘zo jongens, misschien met minder goede afloop, maar we stonden er wel weer met z’n allen’. En met een goede afloop, die we gelukkig ook gehad hebben. Als je dan zo'n jongen of zo'n meisje [die gereanimeerd is] ziet lopen op straat, dan ben je apetrots. We hebben dat geflikt! Daar is denk ik de erkenning en herkenning voor ons veel belangrijker als dat wat de regio ervan vindt.”

Bekwaam voelen

De mate waarin geïnterviewde brandweermensen zich vakbekwaam voelen om reanimaties uit te voeren, bepaalt mede de mate waarin reanimaties als belastend worden ervaren. Aangegeven wordt namelijk dat als brandweermensen er “alles aan hebben gedaan” tijdens een reanimatie, dit bescherming biedt tegen een negatieve impact. Geregeld is door geïnterviewde brandweermensen aangegeven dat zij zich bekwaam voelen om te reanimeren. “Als je kijkt naar de professionaliteit, die wij hebben in die reanimaties.” Het gaat dan voornamelijk om “reguliere” reanimaties, van volwassen burgers met een hartstilstand. Diverse keren is aangegeven dat een gebrek aan vakbekwaamheid wordt ervaren bij reanimatiemeldingen die ter plaatse een andere medische noodsituatie blijken te zijn. “De techniek, zeg maar het pompen en beademen, dat beoefenen we. En zolang dat het dan maar is, dan is het goed. Maar er is meer. Dan ben je die professionele amateur. We trainen elke keer, maar de praktijk is vaak anders.” Zie ook paragraaf 3.2 en paragraaf 4.1.2.

(Sociaal) veilig voelen in de ploeg

De mate waarin geïnterviewde brandweermensen zich (sociaal) veilig voelen in de ploeg waarmee de FR-taak wordt uitgevoerd, heeft mede invloed op de mate waarin de FR-taak als belastend wordt ervaren. Tijdens de interviews is benoemd dat collega’s voor elkaar klaar staan als dat nodig (zie ook paragraaf 3.3 over de ervaren collegiale steun na

impactvolle reanimaties) en dat er met name aandacht is voor nieuwe en jonge collega's en specifiek voor beroepsbrandweermensen: aflossers.

Sociale veiligheid hangt in dit geval ook samen met de vraag of binnen FR-ploegen de ruimte wordt ervaren en toegestaan wordt om (tijdelijk) niet uit te rukken voor de FR-taak.

> Uit eerder onderzoek is gebleken dat 18 procent van de ondervraagde brandweervrijwilligers aangeeft altijd een reanimatie over te slaan (Molenaar, 2025). Aan vrijwilligers van Wassenaar en Maasdijk is gevraagd in hoeverre zij de vrijheid ervaren om niet op te komen bij een reanimatiemelding. Tijdens de twee groepsinterviews is aangegeven dat zij zich vrij voelen om aan te geven niet op te willen komen voor reanimaties. Die vrijheid gunnen ze ook hun collega's. "Ik vind dat het aan de persoon zelf is of hij het wel of niet wil doen." De redenen waarom men niet wil opkomen voor reanimaties zijn divers, bijvoorbeeld vanwege religieuze overwegingen, mentale gezondheid of omdat men vindt dat het geen brandweertaak is. Ongeacht de reden wordt geaccepteerd dat iemand (tijdelijk) niet wil reanimeren. "Niemand wordt minachtend aangekeken als ze 'nee' zeggen".
> Aan beroepsbrandweermensen is eveneens de vraag gesteld of ze de vrijheid ervaren om aan te geven tijdelijk geen reanimaties uit te voeren. Op deze vraag wordt een dubbel antwoord gegeven: enerzijds ja, vanwege het belang van mentale gezondheid en omdat de ploegen goed voor elkaar willen zorgen, anderzijds ook weer niet, omdat de FR-taak hoe dan ook uitgevoerd moet worden en die vrijheid er simpelweg niet altijd voor iedereen kan zijn (zonder ziekmelding). "De organisatie heeft die ruimte niet gecreëerd. Dat hebben we zelf gedaan. Als je niet goed in je vel zit of je hebt thuis een dingetje. Het klinkt misschien helemaal verkeerd, maar: dan dekken we elkaar af. En dan zorgen we voor elkaar. Maar dat is niet structureel ingebed in een procedure. Maar als wij hier vandaag met zijn zessen zijn, we hebben vier aflossers, dan voelen hij en ik ons toch verplicht om dat op te pakken." Daarnaast wordt aangegeven dat dit ook per kazerne (per ploeg) verschilt, "Op de ene kazerne zou het wat makkelijker zijn dan op de andere."
> In het procedureel handboek staat beschreven dat aflossers op een FR-kazerne "zoveel mogelijk [worden] ingezet voor de overige hand- en spandiensten en niet voor de taken die uitgevoerd dienen te worden door nummers één, twee en drie" (zie ook paragraaf 2.3.1). Diverse keren is aangegeven dat men niet bekend is met deze afspraak. Desalniettemin wordt aangegeven dat er aandacht is voor de aflosser: "meestal vragen wij: heb je daar een probleem mee? Je merkt ook wel de laatste tijd dat ze het een beetje eng beginnen te vinden. Misschien is dat niet het goede woord. Dan zie je ze een beetje treuzelen daarover. Dan zetten we ze op drie of vier en hoeven ze niet naar binnen toe te gaan." Zoals eerder beschreven, kan hier niet altijd rekening mee gehouden worden. Aan de groepsinterviews met FR-ploegen hebben verschillende aflossers deelgenomen, omdat zij tijdens het interview dienst hadden. Op de vraag hoe zij als aflosser de FR-taak ervaarden, werd er wisselend geantwoord: van geen probleem tot liever niet. Vast staat in ieder geval dat zij weinig vrijheid ervaren om wel of niet als aflosser naar een FR-kazerne gestuurd te worden: "er is niet veel keuze, je wordt gewoon gestuurd."

Eerdere ervaringen met reanimaties
De belasting van de FR-taak wordt mede bepaald of iemand in het (recente) verleden ingrijpende incidenten in het algemeen en reanimaties in het bijzonder heeft meegemaakt. Herhaalde blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen (in de literatuur ook wel opstapel-effect genoemd) heeft namelijk een cumulatief effect op het mentale welzijn. Dit effect lijkt een grotere rol te hebben in het veroorzaken van mentale gezondheidsproblemen dan eenmalige, ernstige incidenten (Oliveira et al., 2023). Op individueel niveau wordt formeel niet gemonitord wanneer brandweermensen met een FR-taak betrokken zijn geweest bij een reanimatie. Op informele wijze kan er onderling (of specifiek door de bevelvoerder) wel bij stilgestaan worden.[29]

Voortbordurend op wat hiervoor is geschreven over de vrijheid om niet uit te rukken voor de FR-taak, is een enkele keer aangegeven dat de bevelvoerder per dienst bekijkt 'wie er aan de beurt is', om te voorkomen dat steeds dezelfde collega's inzetnummer 1 en 2 hebben (en bij een FR-inzet moeten reanimeren). "Sommige ploegen doen altijd diegene die in de autospuit 1 en 2 hebben die zijn dan ook automatisch 1 en 2 tijdens een reanimatie. Maar ja, door onze situatie zijn dat bijna altijd dezelfde collega's. Dus ik probeer zoveel mogelijk te rouleren. Ik wissel gewoon elke keer, wie heeft er laatst gehad en dan wordt er geruild."

Naast het opstapeleffect werd in de groepsinterviews ook aangegeven dat juist het gebrek aan ervaring belastend kan zijn. Dit is ook bekend uit eerder onderzoek, waaruit bleek dat de eerste reanimatie doorgaans als ingrijpend wordt omschreven door brandweermensen (Dangermond et al., 2022a). "We hebben veel jongelui, bijvoorbeeld die pas in de opleiding hier geplaatst worden. Dan denk ik, dat zou ik nooit willen. Om dan die jongens erbij te betrekken. Laat ze eerst [ergens anders] de nodige ervaring opdoen. Voor ons is het de normaalste zaak, maar voor zo iemand dat je voor de eerste keer gelijk een dode hebt, ja dat is niet makkelijk."

Persoonlijke omstandigheden
Er is in het voorgaande al verschillende keren aan gerefereerd: persoonlijke omstandig-heden en specifiek de mentale gezondheid van brandweermensen tijdens de reanimatie hebben invloed op de ervaren belasting van de FR-taak. Hoewel de groepsinterviews zich vanwege de setting niet leenden voor het delen van diepgaande individuele en persoonlijke ervaringen, is toch meermaals aangegeven dat dergelijke omstandigheden van belang zijn voor de belastbaarheid. "Ik denk dat die belasting echt afhankelijk is van hoe je op dat moment ook persoonlijk in je vel zit."

Gedurende de groepsinterviews werd duidelijk dat PTSS en specifiek het krijgen van PTSS na reanimaties een belangrijk gespreksonderwerp was. Geregeld werd aangegeven dat door reanimeren brandweermensen PTSS kunnen oplopen.[30] Aangegeven werd dat dit beeld is ontstaan vanwege de recente media-aandacht voor dit onderwerp (uitzendingen van Zembla en over het feit dat PTSS als beroepsziekte wordt erkend door de brandweer), maar ook omdat collega's uitgevallen zijn met PTSS, mede door de FR-taak. "Een jongen bij ons in de ploeg die zit nu thuis met PTSS, als je het over de First Responder-taak hebt schieten de tranen in zijn onderbroek. Die jongen is helemaal klaar ja, maar dat komt mede door dit soort

[29] Zie ook paragraaf 3.3.1 waarin wordt beschreven dat TCO-inzetten (ook) worden gebruikt om bij te houden wie bij welke reanimatie aanwezig was. Onder andere omdat op die manier een dossier kan worden opgebouwd, wat nuttig is als iemand vanwege het werk mentale problemen (zoals PTSS) oploopt.
[30] Als dit ter sprake kwam tijdens groepsinterviews legden de onderzoekers uit dat PTSS niet hun expertise was, maar dat uit onderzoek is gebleken dat er vooralsnog geen causaal verband is tussen reanimeren en het krijgen van PTSS.

fratsen die dan uitgehaald worden en dat er dan gewoon gezegd ‘jullie zijn hulpverleners, dat kun je er toch lekker bij doen’.” Zie ook paragraaf 3.3.1.

Tot slot: waarom reanimeren als FR-taak anders ervaren wordt
Tijdens de groepsinterviews is diverse keren aangegeven dat de belasting van reanimaties als onderdeel van de FR-taak doorgaans als mentaal zwaarder wordt ervaren dan reanimaties tijdens andere brandweertaken (hoewel dit beeld niet door alle geïnterviewde brandweermensen wordt herkend). Daar worden diverse redenen voor aangedragen. Zo is de kans groter dat men het slachtoffer (en/of familieleden) kent en er (heftige) emoties aanwezig zijn van bekenden van het slachtoffer. Ook willen sommige mensen niet gereanimeerd worden (niet-reanimatieverklaring), terwijl de FR-ploeg komt om hulp te verlenen. Voorts is de fysieke omgeving waar de reanimatie plaatsvindt geregeld een woning, met daarin allerlei persoonlijke spullen van het slachtoffer waardoor brandweermensen (ongewild) een beeld van het (privé)leven van het slachtoffer krijgen. Daarnaast kan het bij reanimaties langer duren voordat de ambulance arriveert. Tot slot speelt mee dat brandweermensen zich in bijzondere (medische) situaties niet altijd voldoende opgeleid en toegerust voelen, en bovendien niet iedereen vindt dat de FR-taak een brandweertaak is. Zie ook het onderstaande kader.

“Dan zit je anders in de wedstrijd”
“Wij zijn opgeleid voor een brandweertaak. Onze hele opleiding, onze instelling, ons gevoel. Alles wat daarmee samenhangt is gericht op een brandweertaak en een ambulancetaak is echt wel een hele andere wereld. En wat dan het verschil maakt is dat als wij voor een brandweertaak gaan en dan weten we precies wat we moeten doen. Dat loopt feilloos. We hebben bevelvoerders, die sturen dat aan, als het überhaupt nodig is, en dat loopt als een trein omdat iedereen precies weet wat hij moet doen. En als we tegen een slachtoffer aanlopen, dan weten we daar in grote lijnen mee om te gaan. En dan weet je, dan gaat hij naar buiten. Vaak is het zo dat een ambulance mee gealarmeerd is en het heel snel overneemt. Dat is hun wereldje, zij weten precies met naalden en prikken en pleisters en verbanden hoe ze daarmee om moeten gaan om die persoon adequate en de juiste hulp te bieden. Wat er nu gebeurt is dat wij niet gealarmeerd worden voor een brandweertaak, maar we worden gealarmeerd voor een ambulancetaak en dan kom je in een hele andere setting terecht met gevoel, emotie, mensen die om je heen staan, mensen die dingen van je verwachten en wij zijn daar in onze optiek hetzelfde voor opgeleid als de burgerhulpverlener. Het is een heel andere wereld. Daar zijn wij niet voor opgeleid. Daar hebben we niet de tools en de middelen voor gekregen, maar ook niet de instelling voor. Want die is gewoon anders, want je krijgt veel meer met personen en met emotie en met gevoelens te maken. Je komt bij gezinnen binnen. Huilende kinderen, huilende mensen. Voor ons is de impact vele malen groter.”

3.2 Geen reanimatie, wel een andere medische noodsituatie

Een vaak impactvolle bijkomstigheid is dat FR-kazernes ook worden gealarmeerd voor medische noodsituaties die geen reanimatie (blijken te) zijn. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen twee scenario’s: 1. Van tevoren is (in ieder geval) bij de meldkamer bekend dat het niet om een reanimatie gaat, maar om een ander medische noodsituatie. Desondanks wordt een FR-ploeg naar de incidentlocatie gestuurd en 2. Op basis van de informatie aangeleverd door de melder wordt door de meldkamer een reanimatie-melding aangemaakt, maar ter plaatse blijkt het niet om een reanimatie te gaan. Aan brandweermensen van de vier FR-kazernes is gevraagd hoe zij de impact ervaren van medische noodsituaties die geen reanimatie blijken te zijn. Deze impact toont gelijkenissen met wat in

de vorige paragraaf is beschreven over de impact van (situaties rondom) reanimaties waarbij FR-brandweermensen onvoldoende zijn toegerust (met kennis en/of materiaal).

3.2.1 Aan de voorkant of bij nader inzien: geen reanimatie

In eerder onderzoek (Van Eldijk & Ottink, z.d.) wordt beschreven dat de first responders in de VRH, naast reanimaties van volwassenen, kinderen en baby's, ook zijn gealarmeerd voor bijvoorbeeld een epileptische aanval, verstikking, bevalling, schaatser met hoofdwond, fietser met onbekende letsel, en een wespensteek met allergische reactie. Vergelijkbare voorbeelden zijn genoemd tijdens de groepsinterviews met FR-ploegen. Deze meldingen werden doorgezet naar de FR-kazernes, zo is het beeld, omdat er geen ambulance beschikbaar was of vanwege een langere aanrijdtijd (langer dan 15 minuten) van de dichtstbijzijnde ambulance. "'Jullie zijn toch FRB dus ga alvast maar wat doen.' In deze situaties is van tevoren al redelijk duidelijk dat het geen reanimatie betreft (het misschien wel kan worden) maar er wordt toch bewust de keuze gemaakt om ons te alarmeren" (Van Eldijk & Ottink, p.5). Dit wordt dit niet alleen ervaren in de VRH. Uit een onderzoek uitgevoerd in veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond (2019) is eveneens gebleken dat de brandweer gealarmeerd wordt voor meldingen waarbij *aan de voorkant* bekend was dat er *geen* sprake was van een reanimatiemelding, maar een andersoortig medisch probleem (p. 22). Het ging bijvoorbeeld om botbreuken of kinderen met koortsstuipen. De brandweer is gealarmeerd bij dergelijke meldingen omdat – vanwege schaarste – de opkomststijden van ambulances onwenselijk hoog waren.

Door de MKB wordt aangegeven dat zij en hun collega's van de MKA grotendeels afhankelijk zijn van de informatie die de melder hen geeft. Dit betekent dat er reanimatiemeldingen zijn die ter plaatse geen reanimaties blijken te betreffen. Aangegeven wordt door de MKB dat brandweermensen het waarderen als ze 'voor de zekerheid' naar de incidentlocatie worden gestuurd. Een MKB-centralist verwoordt dit als volgt: "Die ruis krijg je nooit helemaal weg. En 99 van de 100 keer zeg ik: 'stuur maar even een auto langs'. En nou ja, regelmatig is er niks, maar dat vinden de brandweermensen niet erg. Maar als er wel wat is zeggen ze 'zo dat is even goed dat we zijn geweest', terwijl ik ze eigenlijk volgens het vaste protocol niet had gestuurd. Better safe than sorry." Het wordt als belangrijk ervaren niet altijd op het protocol af te gaan, maar ook op het onderbuikgevoel. "We blijven mens en je voldoet aan het protocol, dus ik hoef niet te sturen. En toch zit ik niet lekker. Je onderbuik zegt ook wat. Nou ja, ga dan maar rijden. En ik bedoel ze zitten er. Ze worden al betaald, het kost niks, ze zitten in de buurt. Laat ze lekker gaan, denk ik dan. We zijn ook een beetje vangnet en dan wordt er soms ook wel gestuurd naar dingen waar we niet voor opgeleid zijn."

Uit de groepsinterviews met FR-ploegen is gebleken dat er verschillend wordt gedacht over dergelijke meldingen. Enerzijds wordt aangegeven dat het goed is, zoals de MKB hierboven heeft geschetst, dat ze voor de zekerheid worden opgeroepen. Er is begrip voor zowel het feit dat ze ingezet worden bij niet-reanimaties als voor het feit dat de meldkamer nooit zeker kan weten of het een reanimatie betreft. Zoals ook in eerder onderzoek is beschreven: "Iets wat wel logisch is in ons werk, er wordt beoordeeld op basis van een melding. De situatie kan ook daarna nog positief of negatief veranderen" (Van Eldijk & Ottink, p.5). Anderzijds wordt (vaker) ook gesteld dat zij liever niet voor dergelijke medische meldingen (die geen reanimatie zijn) worden opgeroepen en de "ruis" wat hen betreft zoveel mogelijk moet worden vermeden. Met name – zoals ook in de vorige paragraaf en in de vervolgparagraaf beschreven – omdat men niet de juiste kennis en/of middelen heeft. "Als je twijfelt als centralist of het een reanimatie is, stuur ons dan niet. Aan onduidelijke [medische] meldingen hou ik, voor mij in ieder geval persoonlijk, meer frustratie over dan de 100 procent

reanimatie-melding. Ja, dat zijn dan wel de meldingen waar je potentieel meer kans op frustratie oploopt omdat je niet 100 procent adequaat daarop kan reageren."

3.2.2 Impact van medische noodgevallen

Ongeacht het scenario, is de impact van medische noodgevallen (die geen reanimatie zijn) doorgaans groot op brandweermensen met een FR-taak. Dit heeft voornamelijk te maken met de verwachtingen die slachtoffers en omstanders op de incidentlocatie hebben en die brandweermensen (voor hun gevoel) niet waar kunnen maken. "Men verwacht deskundige hulp van ons echter kunnen wij die met onze zeer beperkte kennis en materialen vaak niet geven. Iets wat ons op dat moment een slecht gevoel geeft" (Van Eldijk & Ottink, p.5). Dit wordt eveneens aangegeven in de groepsinterviews met FR-ploegen. "De familie die er omheen zit die toch van jou verwacht dat je gaat handelen. En hebben we te maken met een standaard reanimatie dan lossen we dat wel op. Maar op het moment dat we in een situatie terechtkomen waarbij het net iets anders is, waarbij er ook wel verwacht wordt van de familie dat we optreden omdat wij hulpverleners zijn, terwijl wij niet de opleiding hebben gehad om daarop te acteren. Dat heeft een behoorlijke impact."

Het heeft impact dat men niet de middelen en/of de kennis heeft.

> Het wordt als impactvol ervaren als tijdens het incident niet de juiste middelen beschikbaar zijn, bijvoorbeeld in de volgende casus tijdens een verstikking (en waarbij men vervolgens geen steun ervaarde bij het zoeken naar een oplossing). "Iemand verstikte zich in een stuk vlees. Dat zit dan achter in je keel. Daar kan je dan niet bij. Dus dan kom je daar en dan ligt iemand te stikken en dan sta je daar en dan kan je eigenlijk niets. Dus ik heb die casus voorgelegd aan degene die hier ons instructie verzorgt. Dus ik zeg, we hebben een mooie tas bij ons, dus dat imponeert. Je hebt van die speciale tangetjes en gereedschap waarmee je iemands keel kan leeg maken. 'Nee, dat mag niet dat is medische handelen'. Prima, maar hoe lossen we het dan op? Dan krijg je de tip om te wachten tot iemand reanimatie behoeftig wordt. Dus wat je dan hoort is, weet je, wacht gewoon tot ie dood is. Dan kan jij jouw taak gaan doen. Dus dan sta je daar te wachten tot iemand dood ligt te gaan. Letterlijk. Weet je, daar kan ik niks mee. Maar dat is wel een beetje hoe de brandweer het insteekt. En dan denk ik ja dat zorgt alleen maar voor frustratie en voor ellende en demotivatie en al dat soort dingen."
> Naast ontbrekende middelen is geregeld ook aangegeven dat men niet de juiste kennis bezit. Zoals bijvoorbeeld duidelijk wordt in deze casus: "Dat vind ik wel een ding. Als het een reanimatie is, dan weet je daar wel mee te dealen. Maar als iemand een epileptisch insult heeft of dat soort dingen, dan wordt het alweer een ander verhaal. Want dat is niet waar je als brandweer ook op getraind wordt. Ieder jaar krijgen we een reanimatie-les en dan wordt precies uitgelegd hoe je moet reanimeren. Maar het epileptisch insult of een bijensteek of iemand die een aanval krijgt van het een of het ander. Ja, dat zijn de meldingen die frustratie opleveren, omdat je niet adequaat daarop kan reageren."
> Een melding die in de groepsinterviews met (voornamelijk) beroepsbrandweermensen geregeld is benoemd als voorbeeld, is een reanimatiemelding die ter plaatse een bevalling bleek te zijn. Tijdens deze casus had de FR-ploeg niet de beschikking over de juiste middelen en de juiste kennis. Een manschap die hierbij aanwezig was vertelde: "Ik kwam bij een pasgeboren kindje. Nou, die casus hadden we nog niet gehad, die was er net uit, de navelstreng hing er nog aan en moeder lag op de bank en wij kwamen met ons rugtasje. De verloskundige was helemaal de weg kwijt en gaf echt zo het kind aan ons soort van… Maar dat is… dan voel je je echt helemaal daar staan. Die hele familie staat daar naar je te kijken. Je bevriest bijna. Wat moet ik nu joh. Ik heb alleen een AED

bij me. Dat is de beperkte kennis en de emoties waar wij dan mee te maken krijgen met familie erbij. 'Ja, doe wat, doe wat'. Ja, doe wat, we weten niks."

Wat brandweermensen met name lastig vinden is de combinatie tussen enerzijds hun hulpverlenershart en daarmee samenhangend hun 'can-do-mentaliteit', en anderzijds (voor hun gevoel) 'niets' kunnen doen. "Dan gaan we naar een reanimatie. Laatst was het gewoon een plaats delict. Dan wordt het totaal anders. Want dan kun je niet handelen. Dat je zegt 'ik ga me bezighouden met het slachtoffer', maar dan moet er eerst een politieonderzoek ingesteld worden voordat ik dingen mag gaan doen. En dan sta je wel eens verbouwereerd van, ja dan sta je erbij en keek ernaar. Met andere woorden. Je komt met een instelling van we gaan daadwerkelijk iets doen en we zorgen dat we het kunnen doen. Maar ja, dan? En dat kan best wel heel veel traumatische ervaringen opleveren natuurlijk. Dat is net hoe je ermee omgaat. Het is gewoon lastig."

Brandweermensen met een FR-taak ervaren kortom dat zij over onvoldoende kennis en materiaal beschikken om bij medische problemen anders dan reanimaties hulp te verlenen, met als gevolg een slecht gevoel, frustratie, demotivatie en ook gevoelens van onmacht. "Dus je komt ergens. Dan kom je toch in het gebied van niet beslagen ten ijs komen. De onmacht. Ja, dat is het eigenlijk."

3.3 De nazorg na reanimaties

In 2018 werd in *Projectplan First Responder-taak brandweer* beschreven: "Er moet goed nagedacht worden over de impact op onze medewerkers. Vaak uitrukken naar reanimaties is toch anders dan uitrukken naar een brand of ongeval. Zelfs al zijn er slachtoffers bij dat soort incidenten betrokken, dan nog ben je als first responder veel nauwer betrokken bij het (eventuele overlijden van het) slachtoffer. In de basis zal er altijd een technische nabespreking plaatsvinden op de kazerne wel of niet met de multi partners. Het is daarnaast goed om te investeren in extra begeleiding vanuit het team collegiale ondersteuning (dit middels een bijscholing op dat thema), en op het uitzoeken van de eventueel benodigde extra psychologisch sociale hulp (dus na TCO)" (VRH, 2018, p.3). Ook vijf jaar later, in het onderzoek naar de impact van de FR-taak op het personeel (Van Huisstede, 2023), was nazorg een belangrijk thema. Zie ook onderstaand kader.

Onderzoek naar de impact van de FR-taak op het personeel
In 2023 heeft de VRH op verzoek van de ondernemingsraad zelf een onderzoek uitgevoerd naar de impact van de FR-taak op brandweermensen en waar behoefte aan is. Om dit in kaart te brengen, zijn er destijds steekproefsgewijs gesprekken gevoerd met brandweermensen van de kazernes die de FR-taak uitvoeren. De gesprekken hebben zich met name gericht op de drie vragen "Wat is de impact van FR?", "Hoe wordt het ervaren binnen de ploegen (is het goed geland en begrijpen we waarom we dit doen)?" en "Hoe ervaren ploegen de training, voorbereiding en nazorg?". Uit dit onderzoek is onder andere gebleken dat de FR-inzetten een grote impact hebben op first responders en dat de nazorg als onvoldoende wordt ervaren.

In het onderzoek uit 2023 werd – net als in dit onderzoek – de relatie gelegd tussen de FR-taak, vakbekwaamheid en nazorg: "Het onderwerp leeft en [roept] veel emotie [op] bij de ploegen. De emotie is duidelijk voelbaar, er wordt veel over gesproken en een bepaalde mate van onmacht en onbegrip heerst. De rode draad in de gesprekken is dat het gevoel

heerst dat er met de FR-taak een intensief stuk aan werk is bijgekomen wat gevraagd wordt van alle medewerkers maar wat niet of onvoldoende ondersteund wordt door training, nazorg en ondersteuning" (p. 7). Verder is gebleken dat TCO niet aansluit "bij de wensen voor de nazorg" (p.7) en dat behoefte is aan individuele nazorg, "maar men weet niet altijd welke mogelijkheden er zijn of bij wie ze hiervoor terecht kunnen" (p.7).

Vanwege onder andere persoonlijke eigenschappen en omstandigheden kunnen er binnen een ploeg verschillende behoeftes ('wensen') zijn op het gebied van nazorg (Dangermond et al., 2022c). Dit geldt ook voor brandweermensen met een FR-taak. In deze paragraaf wordt op basis van de groepsinterviews met FR-ploegen inzichtelijk gemaakt hoe brandweermensen de nazorg na reanimaties ervaren. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen formele en informele collegiale steun. Zie ook paragraaf 2.3.5.

3.3.1 Formele collegiale steun

In de *Richtlijn psychosociale ondersteuning binnen hoog-risico beroepen* (ARQ, 2025) (hierna: Richtlijn) staat beschreven hoe georganiseerde collegiale ondersteuning (zoals TCO) opgezet en uitgevoerd kan worden. Georganiseerde collegiale ondersteuning bestaat volgens de Richtlijn uit vier opeenvolgende stappen, namelijk 1. het constateren van blootstelling aan een ingrijpende gebeurtenis of andere aanleiding; 2. het inroepen; en 3. uitvoeren van collegiale ondersteuning; en 4. het (indien nodig) adviseren van doorgeleiding naar professionele zorg. Deze vier stappen worden weergegeven in een stroomschema in bijlage 6. De ervaringen van brandweermensen met stap 1 tot en met 3 worden in deze deelparagraaf beschreven. Zoals ook toegelicht bij het Kringenmodel geldt ook hier dat doorgeleiding naar professionele zorg (stap 4) buiten de scope valt van dit onderzoek. Deze deelparagraaf sluit af met enkele bevindingen over (in)formele collegiale steun voor de groep tijdelijke first responders: de aflossers.

Aantal TCO-inzetten

In onderstaande tabel is – op basis van de registratie in GMS – weergegeven hoe vaak TCO na een FR-inzet is ingezet. In de groepsinterviews is verschillende keren aangegeven dat TCO (iets) vaker lijkt te zijn ingezet dan weergegeven in de tabel.

Tabel 3.1 Inzet TCO na FR-inzet

Jaartal	Inzet TCO	FR-kazerne
2021	2	Scheveningen Pijnacker-Nootdorp
2022	0	n.v.t.
2023	2	Scheveningen Pijnacker-Nootdorp
2024	1	Pijnacker-Nootdorp

Uitgaande van deze cijfers wordt TCO amper ingezet door FR-ploegen na een reanimatie: sinds 2021 vijf keer (bij ruim 300 reanimatie-inzetten (de MOB niet meegerekend)). Dat TCO slechts beperkt wordt ingezet na reanimaties sluit aan bij bevindingen uit andere veiligheidsregio's. Zo blijkt uit onderzoek van Molenaar (2025) in Veiligheidsregio Zaanstreek-

Waterland dat na een medische inzet in slechts 2 procent van de gevallen TCO werd ingeschakeld. Uit onderzoek in veiligheidsregio Zeeland is gebleken dat er na reanimaties "weinig gebruik wordt gemaakt van TCO, omdat de teams elkaar goed opvangen" (Van der Slikke, 2019, p.18). Deze laatste constatering sluit aan bij de bevinding uit de groeps-interviews dat FR-ploegen (doorgaans) de voorkeur geven aan informele collegiale verwerking.

Ervaringen met formele collegiale steun

In de groepsinterviews met FR-ploegen zijn (op hoofdlijnen) de volgende ervaringen gedeeld met formele collegiale steun (TCO) na ingrijpende incidenten.[31]

Stap 1: Constateren

Zoals eerder beschreven, wordt door de MKB na een reanimatie-inzet niet standaard TCO opgeroepen (zie paragraaf 2.3.2). Deze inschatting wordt overgelaten aan de officier van dienst of de bevelvoerder, al dan niet in overleg met de ploeg(en). "Onderling wordt de vraag gesteld: 'hebben we iets nodig?' Als ze er echt mee zitten, dan komen ze er vanzelf mee, neem ik aan. En dat gebeurt negen van de tien keer weinig." Verschillende keren wordt aangegeven dat de samenstelling van de ploeg een belangrijke factor is bij het bepalen of de reanimatie als ingrijpend is ervaren en om die reden TCO opgestart moet worden (dit geldt eveneens voor informele collegiale steun). Er is, zoals eerder in paragraaf 3.1 is beschreven, met name extra aandacht voor jonge collega's, collega's die weinig ervaring hebben met reanimaties, en specifiek voor de beroeps: collega's die aflossen. De gedachte is namelijk dat voor deze groepen mensen incidenten sneller ingrijpend kunnen zijn vanwege hun gebrek aan ervaring (en dus eerdere bloostelling). "En als ze aangeven dat het niet nodig is, dan komt het er ook niet."

Stap 2: Inroepen

Aangegeven wordt dat het per kazerne (en per ploeg) verschilt of TCO wordt ingeroepen na een FR-inzet. Hieronder worden de meest genoemde factoren of omstandigheden beschreven:

- Er bestaan verschillende beelden over wat de meerwaarde is van TCO. Enerzijds wordt aangegeven dat het nooit kwaad kan om samen, onder begeleiding, de technische nabespreking te doen. Anderzijds wordt aangegeven dat TCO alleen ingeroepen zou moeten worden bij "echt" ingrijpende incidenten. "Het scheelt per persoon. Als een collega behoefte heeft aan TCO. Prima. Ik ga erbij zitten. Dan doe ik ook gewoon mijn ding. Maar ik zie TCO echt als iets traumatisch. Dat je terugkomt, dat je hier verslagen zit. Niet voor de huis-tuin-en-keukenincidenten."
- Ervaringen uit het verleden – en dan met name de negatieve – met de uitvoering van een TCO-inzet bepalen mede of brandweermensen na een reanimatie TCO willen inroepen. "Wat er dan gebeurt, is dat het niet meer doet wat het zou moeten doen. Dat merk je hier ook aan tafel. Collega's zeggen, ondanks dat ze misschien een inzet mee hebben gemaakt die best wel impact heeft, 'laat maar, dat hoef ik er nou ook nog niet even bij'."
- Naast de bevelvoerder speelt ook de ploegchef een rol bij het al dan niet inroepen van TCO. "Je kan na een reanimatie TCO inroepen als je het nodig vindt. Maar onze ploegchef heeft al gezegd we roepen 'm altijd in. Ja, dat is echt een besluit geweest van

[31] Zoals uit bovenstaande statistieken is gebleken, hebben de geïnterviewde FR-ploegen weinig of zelfs geen ervaring met TCO na reanimaties. De ervaringen die in deze paragraaf worden gedeeld zijn dan ook grotendeels gebaseerd op TCO-inzetten na ingrijpende incidenten in het algemeen en niet specifiek na een reanimatie-inzet.

de ploegchef." Dat op deze kazerne TCO standaard[32] wordt ingeroepen na een reanimatie wordt niet door alle ploegleden als van meerwaarde ervaren. "Begrijp me niet verkeerd, TCO, heel goed dat het er is, laten we dat vooropstellen. Zoals van de week. Bakkie gedaan, weet je wel. Met de ambu erbij, politie erbij, top. Gewoon een technische nabespreking. Maar dit hadden we in mijn ogen ook gewoon met de eigen ploeg kunnen doen."

> Een factor die kan bepalen of wel of geen TCO ingeroepen wordt, is tijd. Niet zozeer het tijdstip – geregeld wordt aangegeven dat als men het nodig vindt, ook midden in de nacht TCO wordt opgeroepen – maar meer de timing na het incident. Voor sommige FR-leden mag daar meer tijd tussen zitten. "Ik denk dat het niet altijd meerwaarde heeft om ze direct te laten komen, want je kan nog zo hoog in bepaalde emoties zitten. Soms is het denk ik beter om 24 uur later pas even te vragen hoe het echt met iemand gaat. Beter dan dat je het direct doet."

> Aangegeven is dat de inzet van TCO-leden zeer wordt gewaardeerd, maar dat zij niet altijd aansluiten bij de behoefte van dat moment. Genoemde belemmeringen zijn bijvoorbeeld dat de ploeg het TCO-lid niet kent (elkaar kennen geeft een "fijn, vertrouwelijk gevoel") en dat het TCO-lid naar hun mening onvoldoende beschikt over operationele kennis en daardoor niet de juiste vragen stelt.

> Een reden waarom TCO *wel* ingezet zou moeten worden volgens verschillende ploegen, is omdat door een TCO-inzet wordt vastgelegd dat de ploeg een ingrijpend incident heeft meegemaakt. En dit is van belang vanwege de huidige ontwikkelingen rondom de erkenning van PTSS als beroepsziekte.[33] "We waren bezig en halverwege heb ik al TCO gevraagd. Ik heb niet eens gevraagd of iemand behoefte had. Ik heb gewoon gelijk geregeld. Laat het maar gewoon geregistreerd worden. Wat er daarna mee gebeurd dat weet ik niet." Ook hier geldt: niet alle geïnterviewde first responders zijn voorstander van registratie (al dan niet via TCO), met name omdat zij onvoldoende zicht hebben op wat er met deze gegevens wordt gedaan. Daarnaast wordt aangegeven dat het lastig is te registeren wat ingrijpend is en wat niet. "Op het moment dat je regels of formulieren of weet ik veel wat gaat verzinnen, is het van belang welke voorwaarden eraan hangen, wat nu wel, wanneer niet? Wat voor de ene wel ingrijpend is, is [dat] voor de andere niet. Ik denk wel dat het heel lastig gaat zijn om daar een lijn in te maken of voorwaardes voor te gaan scheppen."

Stap 3: Uitvoeren

Tijdens de groepsinterviews is verschillende keren de waardering uitgesproken voor de collega's van TCO. Desalniettemin is men over de uitvoering doorgaans kritisch (zoals ook al is beschreven bij de vorige stap 2).

> De verwachting komt niet altijd overeen met de uitvoering van het (eerste) TCO-gesprek. "Met alle respect voor de mensen die het doen, maar je kan niet meer hier gaan zitten en vragen van wat heb jij gedaan, wat heb jij gedaan, wat heb jij? En dan zou je je cirkeltje afwerken en dan zeggen 'nou, oké, dit was het, als je nog vragen hebt kan je me altijd bellen en tot de volgende keer'. Dan slaat het de plank mis."

> Verschillende keren wordt aangegeven dat een TCO-inzet vaak uit één bijeenkomst bestaat. Daarna weten mensen niet goed waar zij terecht kunnen als zij (of hun collega) problemen ervaren (na ingrijpende incidenten in het algemeen, niet specifiek na reanimaties). Zo wordt bijvoorbeeld gesteld: "Ik had een collega waarvan ik echt het idee

[32] Dit is niet terug te zien in de registratie in GMS.

[33] Zie ook paragraaf 3.1.2 waarin wordt beschreven dat PTSS en specifiek het krijgen van PTSS na reanimaties een belangrijk gespreksonderwerp was tijdens de groepsinterviews met first responders.

had van nou, dat is iemand die geraakt is door een inzet, die ik daar echt nog lange tijd over na hoorde praten. En dat daar toch moeilijk mee omgegaan wordt in dit brandweer-wereldje. Gelukkig verandert dit en zijn we met elkaar steeds meer bewust van onze eigen kwetsbaarheid. Maar het blijft toch nog lastig om voor zo iemand klaarblijkelijk om een vervolgstap te maken. En daardoor zie je dat mensen lange tijd met iets blijven zitten. En dan zou de terugkoppeling van TCO niet zo raar zijn en echt wel op zijn plek." Niet iedereen deelt echter deze ervaring, zie ook het volgende punt.

> Diverse keren wordt aangegeven dat collega's na het eerste TCO-gesprek worden gebeld door een TCO-lid en dat dit wordt gewaardeerd. Er wordt echter ook aangegeven dat er wel geregeld wordt gebeld na een TCO-inzet, maar dat hier niet altijd behoefte aan is. "Het ligt echt aan de melding. Ik verwerk ze op mijn eigen manier. Een kind van drie weken, dat vind ik anders dan een oude baas van 87 met allerlei ziektes. Ja, dan verwerk ik dat op mijn eigen manier. En het nadeel vind ik van TCO, je hebt het erover gehad. Laten we die man van 87 even pakken, het is niet een echte casus hoor, maar die heb je gereanimeerd. Je hebt met z'n allen je best gedaan en keert terug naar de kazerne. TCO gepiept. TCO komt. Die doet een verhaaltje met je. Dan een week later ga je nog een keer bij elkaar komen. Terwijl je het eigenlijk al verwerkt hebt. Wordt dat kastje weer even opengetrokken. Nou, vervelend vind ik dat zelf. En dan word je na een week nog een keer gebeld om te vragen of het echt wel goed gaat met je. Hoeveel nazorg moet je krijgen?" Daarnaast wordt er verschillende keren gepleit voor meer eigen regie (hoewel uit het bij het vorige punt genoemde voorbeeld duidelijk is geworden dat niet iedereen hiertoe in staat is). "Meer maatwerk leveren met betrekking tot TCO. Je laat hun komen. En daarna dat hele signaleren? Laat dat dan, vind ik zelf, bij de persoon zelf. Als diegene denkt van nou ik blijf er toch nog te lang mee zitten, klop dan even aan bij de ploegchef of de dienstdoende bevelvoerder of direct bij TCO. Maar dat continu nabellen, dat zou voor mij niet hoeven." Zie voor het perspectief van de ploegchef en bevelvoerders ook de volgende deelparagraaf.

> Een enkele keer is aangegeven dat de bevelvoerder en indien aanwezig officieren tijdens de TCO werden 'vergeten'. De aandacht zou tijdens deze inzetten met name uitgaan naar het welzijn van de manschappen, omdat de bevelvoerder of officier degene is die de nabespreking (technische debriefing) leidt. Hij of zij krijgt daardoor minder de ruimte om de eigen ervaringen te delen "Ik denk dat de bevelvoerder nog wel een moeilijkere taak heeft, want hij is degene die informatie uitvraagt aan de melder en de familie op afstand moet houden. Hij krijgt alles mee van buiten. Wij staan soms in een kamertje en zijn alleen met de patiënt bezig. Ja dus hij mag zeker niet vergeten worden." Niet iedereen herkent zich hierin, zoals bijvoorbeeld deze bevelvoerder, die juist aangeeft geen gespreksleider te zijn tijdens TCO: "Zij [TCO] nemen natuurlijk wel de leiding, dus je kan zelf in dat opzicht ook wel een stapje terugdoen. Welke beweegredenen of overwegingen je gemaakt hebt." Zie ook paragraaf 3.1.1.

> TCO vindt niet altijd alleen met de eigen ploeg plaats. Zo is het bijvoorbeeld ook mogelijk dat de centralist aansluit, niet alleen voor de eigen nazorg, maar ook om informatie te delen als de ploeg daar behoefte aan heeft. "Als een ploeg een nare ervaring heeft, dan kan de centralist de informatie uit GMS meenemen. De tijd waarop er gealarmeerd werd, tijd van ter plaatse, al dat soort zaken en dan heb je het complete beeld. Centralisten gaan er dan naartoe." Op eigen initiatief kunnen ook burgerhulpverleners betrokken worden in de nazorg. "We merken dat dit gewaardeerd wordt, echter zou een structurele en professionele insteek hiervan beter op zijn plaats zijn" (Van Eldijk & Ottink, z.d., p.6). In de groepsgesprekken is echter ook aangegeven dat ploegen hier juist geen behoefte aan hebben. "We proberen het wel gewoon zoveel mogelijk binnen de club te houden.

Burgerhulpverleners nodigen we in principe niet uit. Nee, omdat hier soms andere dingen besproken worden." Daarnaast kan het voorkomen dat de ploeg zelf niet TCO heeft ingeroepen, maar bijvoorbeeld de politie wel. "De laatste keer dat ik een TCO heb gehad na een reanimatie, was vanwege een jonge ploeg van de politie. Toen zijn we daar als brandweer bij geweest, om uit te leggen van wat onze taakomschrijving was tijdens de reanimatie."

Formele en informele collegiale steun voor aflossers
Op de beroepskazernes met een FR-taak kunnen aflossers diensten meedraaien. Zoals eerder beschreven in stap 1, hebben beroepsploegen met een FR-taak aangegeven dat zij in de nazorg extra aandacht besteden aan aflossers. Daarnaast is de zorg uitgesproken dat zodra de dienst voor aflossers is afgelopen en zij teruggaan naar hun eigen ploeg, deze niet altijd weet wat zij hebben meegemaakt tijdens het aflossen. "We hadden toen met het reanimeren van het kind een aflossende bevelvoerder. Nou wij TCO en daarna ook onderling ook vragen hoe is het gegaan? Hoe gaat het nu? Maar de bevelvoerder gaat terug naar zijn eigen kazerne. Later pas heb ik nog gevraagd hoe het met hem ging, hij zei dat er verder geen haan naar had gekraaid."

3.3.2 Informele collegiale steun

Uit eerdere onderzoeken is bekend dat bij het verwerken van ingrijpende incidenten brandweermensen doorgaans de voorkeur geven aan informele collegiale steun binnen de eigen ploeg of het eigen korps (Isaac & Buchanan, 2021; Jeannette & Scoboria, 2008; Dangermond et al., 2022c). Ze hoeven hun ervaringen en emoties dan niet uit te leggen, omdat ploegleden vergelijkbare ervaringen hebben. Bovendien is informele steun meer gericht op persoonlijke behoeften dan formele vormen van steun. Uit de groepsinterviews met brandweermensen met een FR-taak is eenzelfde beeld naar voren gekomen.

Aantal keren informele collegiale steun
Het is lastig te kwantificeren hoe vaak brandweermensen informele collegiale steun hebben ervaren (ontvangen) na een (mogelijk) ingrijpend incident zoals een reanimatie. FR-ploegen hebben aangegeven dat zij doorgaans steun van collega's krijgen als zij dit nodig hebben.

Ervaringen met informele collegiale steun
Informele collegiale steun wordt voornamelijk ervaren bij aankomst op de brandweerkazerne maar ook langere tijd na het incident (tijdens een volgende dienst, oefenavond of in privétijd).

Stap 1: Constateren (en stap 2: 'Inroepen')
Het geven en ontvangen van informele collegiale steun 'gebeurt' vaak, zonder dat hier een afwegingskader of structuur aan ten grondslag ligt (zoals dit wel het geval is bij een TCO-inzet). Desalniettemin geldt, net zoals bij formele collegiale steun, dat de samenstelling van de ploeg een belangrijke factor is in het 'bepalen' of er steun nodig is. Daarbij wordt geregeld benadrukt dat dit maatwerk is. "Het gaat om gelaagde cirkels van zorg in het omgaan met potentieel schokkende gebeurtenissen. Dat kan een reanimatie zijn, maar het kan ook een heftige brand zijn of dat oude vrouwtje wat hier op de stoep gestruikeld is, dat maakt niet uit. Niemand kan voor jou bepalen wat schokkend is. En als dat geboden kan worden door mijn directe collega's die hier aan tafel zitten, dan is dat perfect. Dan is dat prima, dan is dat honderd punten en daar hoeft niet een hele professionele structuur voor te zijn."

Stap 3: Uitvoeren

Tijdens de groepsinterviews is aangegeven dat informele collegiale steun op allerlei momenten plaatsvindt en geregeld ook op meerdere momenten.

> Informele collegiale steun vindt plaats direct na het incident, maar ook tijdens de volgende dienst of eerstvolgende oefenavond en individueel als de bevelvoerder, ploegchef of een ploeglid contact zoekt.

> Niet voor iedere ploegchef of bevelvoerder is duidelijk waar zijn of haar verantwoordelijkheid stopt als het gaat om informele steun. Zo stelt deze bevelvoerder: “Wat ik soms lastig vind, als je TCO niet inschakelt, is dat het haast voelt als dat je geen nazorg levert. Je bespreekt altijd na. En van mensen waar ik me een beetje zorg om maak, die bel ik altijd even na. En ik baal daar echt wel van hoor: ik ben best wel druk vaak. Ik zou iedereen iedere drie dagen na willen bellen. Maar ik vergeet dat soms. En dat vind ik dan wel lastig, want je hebt die verantwoordelijkheid als bevelvoerder. Maar het lukt me gewoon niet altijd om die op een goede manier in te vullen. Daarom ben ik ontzettend blij dat onze ploegchef een gigantisch groot telefoonabonnement heeft.”

> Informele collegiale ondersteuning vindt op allerlei manieren plaats.
  - Collectief en/of individueel: “Ik vraag in algemene zin altijd van, zijn er specifieke zaken? Maar ik vraag ook heel vaak aan een individu van hoe gaat het? Even los van de groep.”
  - Van technische nabespreking (“we gaan er niet diep op in, het is meestal een technische nabespreking”) naar het delen van emoties, bijvoorbeeld als er verandering in iemands gedrag merkbaar is: “Ik denk dat we hier met z'n allen mekaar gewoon dondersgoed genoeg kennen. We weten waar de grenzen van bepaalde personen liggen. Je merkt het, denk ik, als iemand anders reageert als dat je van hem of haar gewend bent. Ik denk dat je dat wel heel snel ziet in deze groep en dan moet je er gewoon echt op acteren. En als dat betekent dat we dezelfde ochtend, middag of avond hier naar toe moeten, ja, dan staan we daar.”

> Geregeld wordt aangegeven dat deze informele manier van nabespreken vaak als voldoende wordt ervaren, waarna een TCO-inzet niet meer nodig wordt geacht. “De manier hoe wij hier nabespreken, zeker met een reanimatie of een wat heftiger incident, met de ploeg die dat heeft meegemaakt, is voor mij eigenlijk wel voldoende. En heb ik nog vragen? Dan zoek ik iemand op om het na te bespreken. Ja, dat is voor mij ook wel gewoon goed.”

> Een enkele keer is aangegeven dat er bij terugkomst collega’s op de kazerne waren die niet zijn ingezet tijdens het incident, maar wel deelnemen aan de nabespreking. Dit wordt niet door iedereen gewaardeerd. “Dan kom je terug en dan zijn er mensen blijven hangen die 0,0 met inzet hebben meegemaakt. Maar die gaan zich er wel mee zitten bemoeien.” Anderzijds wordt ook aangegeven dat ploegen het belangrijk vinden dat alle collega’s die dienst hebben aansluiten bij de nabespreking. “We komen terug hier op de kazerne en dan praten we nog even over het incident. Even bespreken of het voor iedereen duidelijk is van wat er gebeurd is en of er nog vragen zijn bij mensen of onduidelijkheden. Iedereen is erbij. Dat zij weten wat wij meegemaakt hebben als zij veranderingen aan ons zien, dat zou je dan kunnen opmerken.”

Motor Ondersteuning Brandweer (MOB)

De MOB kan, als zij daartoe behoefte heeft, aansluiten bij een TCO-inzet van een brandweerploeg, de politie of de ambulance. Daarnaast is er met de centralisten op de meldkamer goed contact. Aangegeven door centralisten is dat de MOB zich “thuis” voelt op de MKB: “Ze komen bijna elke dag langs voor koffie, ook om een terugkoppeling te geven van het incident”. Andersom wordt

aangegeven dat de centralist van de MKB de motorrijder belt als diegene een “rotklus” heeft gehad. “Dan bel ik de motorrijder, vraag hoe het met hem gaat en ik licht zijn teamhoofd in van let op [naam] heeft weer een rotklus gehad.” Dit beeld wordt bevestigd in het groepsinterview met de MOB. Daarnaast ervaren leden van de MOB ook steun aan elkaar. De ploegchef heeft een specifieke rol: “Ik weet dat ik een extra verantwoordelijkheid heb, maar ik heb ook het gevoel dat het hier goed gaat. Als er vanmiddag om 17.00 uur een klapper [reanimatie] plaatsvindt, dan weet ik dat ze [de collega’s] elkaar nog zien. Dan ben ik niet degene die om 17.10u gaat bellen 'hoe is het geweest?'. Dan weet ik dat ze elkaar al even gesproken hebben. Dan ga ik morgen wel bellen. Heeft iemand alleen dienst, dan zal ik eerder bellen. Ik probeer dat een beetje aan te voelen. Daar heb ik een extra verantwoordelijkheid.”

4 Wat er geleerd kan worden met betrekking tot de FR-taak

In dit laatste hoofdstuk wordt beschouwd wat er – volgens betrokkenen binnen en buiten de brandweer – geleerd kan worden over de FR-taak. Eerst worden de goede punten en knelpunten die worden ervaren met betrekking tot de organisatie van de FR-taak op een rij gezet. Vervolgens wordt beschreven wat er geleerd kan worden van de wijze waarop in andere veiligheidsregio's de FR-taak wordt uitgevoerd. Daarna wordt inzichtelijk gemaakt welke alternatieven er bestaan voor de uitvoering van de FR-taak en hoe brandweermensen op de FR-kazernes, de witte en de rode kolom aankijken tegen deze alternatieven. Tot slot komt aan bod wat de zienswijze is van zowel de witte als de rode kolom op de FR-taak.

4.1 Goede punten en knelpunten in de organisatie

Zoals uit hoofdstuk 2 is gebleken, heeft de VRH sinds de start van de pilotfase in 2014 de FR-taak gemonitord en geëvalueerd en de bevindingen (waaronder goede punten en knelpunten) beschreven in verschillende documenten. Ook in andere veiligheidsregio's zijn diverse onderzoeken uitgevoerd waaruit goede punten en knelpunten zijn gebleken. In onderstaande paragraaf staan met name de punten centraal die ervaren worden door de respondenten *in dit onderzoek*. Waar van meerwaarde, worden deze punten aangevuld met inzichten uit eerdere evaluaties en onderzoeken.

4.1.1 Goede punten

De volgende goede punten met betrekking tot de organisatie van de FR-taak worden ervaren:

- Levens redden ("al redden we er maar 1 van de 1000"). Los van het feit of men de FR-taak een brandweertaak vindt en/of tevreden is met de organisatie van de FR-taak, staat het voor de meeste first responders (hulpverleners!) vast dat door het reanimeren mensen gered *kunnen* worden van de dood.
- Het leveren van een kwalitatief goede reanimatie. Er is doorgaans een groot onderling vertrouwen in elkaar om samen een kwalitatief goede reanimatie uit te kunnen voeren. Het gevoel er als brandweer gezamenlijk te staan.
- Het (snel) beschikbaar hebben van noodzakelijk materiaal. Brandweerploegen die uitrukken voor de FR-taak beschikken (los van de AED) over noodzakelijke middelen (op de tankautospuit) waarover andere (burger)hulpdiensten niet beschikken. Denk bijvoorbeeld aan gereedschap om een woning binnen te treden of een kozijn te verwijderen. Daarnaast kan de bevelvoerder snel inschatten of aanvullend materiaal nodig is, bijvoorbeeld om het slachtoffer af te hijsen.
- De kracht van het collectief. Doordat de brandweerploegen met meerdere personen tegelijkertijd arriveren (variërend van 3 tot 6 brandweermensen of mogelijk meer in het

geval van de vrijwilligers in Wassenaar en Maasdijk) brengen ze niet alleen collectieve denkkracht mee, maar ook 'vele handjes' (en die maken immers licht werk). Beide kunnen ingezet worden, zodat het werk voor de (nog aanrijdende) ambulance zo soepel mogelijk verloopt.

Aanvullend op bovenstaande punten blijkt uit eerder onderzoek dat de maatschappelijke waarde van de brandweer door het uitvoeren van de FR-taak wordt vergroot, omdat de brandweer (vaker) zichtbaar is in de buurt. Het slachtoffer en omstanders hebben de indruk dat er professionele hulpverlening ter plaatse is en er hard gewerkt wordt om te helpen. Het draagvlak onder burgers zal hierdoor vergroot worden. Mogelijk kan dit bijdragen aan het werven van vrijwilligers op (middel)lange termijn (Van der Slikke, 2019).

4.1.2 Knelpunten

Tijdens de (groeps)interviews zijn uiteenlopende knelpunten met betrekking tot de organisatie van de FR-taak geuit, die hieronder per thema worden beschreven. Deze knelpunten zijn geregeld terug te vinden in eerder door de VRH opgestelde documenten (zoals evaluaties). Belangrijk om te vermelden: 1. dit zijn de meest genoemde knelpunten; de opsomming is dus niet volledig, 2. niet alle first responders ervaren (al) deze knelpunten.

Uitrukvoertuig en middelen

Hoewel in eerdere onderzoeken en evaluaties uitgevoerd binnen de VRH met name knelpunten zijn geformuleerd over de vraag met welk voertuig als first responder gereageerd moet worden en over het aanschaffen van oefenmateriaal (zie bijvoorbeeld Projectplan, 2018), blijkt uit de groepsinterviews dat FR-ploegen qua voertuig en middelen weinig knelpunten ervaren. Er is echter één belangrijke uitzondering, met name ervaren door beroepsbrandweerploegen: de beademingsballon (zie ook paragraaf 2.1.2 en in 3.1.2).

Daarbij gaat het niet alleen om de teleurstelling dat de beademingsballon niet gebruikt mag worden, maar ook om het feit dat voor de FR-ploegen onvoldoende duidelijk is waarom dan niet (waardoor dit niet alleen een inhoudelijk, maar ook een knelpunt op het gebied van communicatie is). Dit lijdt tot onbegrip en zoals eerder beschreven tot een gevoel van gebrek aan erkenning en waardering. "Op den duur hadden wij het idee dat we hem [de ballon] kregen. Eigenlijk bijna aangezegd. En dan vlak voordat het definitief is, wordt het weer teruggetrokken. Dat is iets wat bij mij een behoorlijke error geeft. Zelf hoeven ze niet het te doen. 'Het gaat geregeld worden, er komt een opleiding, er komt een ballon, we hebben het eindelijk voor elkaar'. En dan een week later ja, nee, ja, sorry. Hoe dan?"

Vakbekwaamheid

Een van de meest genoemde knelpunten op het gebied van vakbekwaamheid is dat FR-ploegen zich onvoldoende opgeleid vinden voor de taak waarin geregeld meer medische kennis nodig is dan waarover zij beschikken (en waarvoor zij bevoegd zijn). Dit geldt voor zowel huidige als nieuwe collega's met een FR-taak. Dit bleek ook al uit eerdere onderzoeken uitgevoerd binnen de VRH (zie bijvoorbeeld: projectplan 2018; Van Eldijk & Ottink, z.d.; Van Huisstede, 2023).[34] Ook in bijvoorbeeld Veiligheidsregio Rotterdam-

[34] "Uit ervaring is gebleken dat er sterk behoefte is om extra op te leiden en te trainen" (projectplan 2018); "Het zou wenselijk zijn om aan de voorkant meer te worden voorzien van de (juiste) kennis, meer en betere scholing/training. Op deze basis kunnen we dan ook altijd terugvallen. Eigenlijk bedoelen we hiermee een soort "basisopleiding/training FRB". Met deze basis hebben we dan ook een concreet iets waar we mee aan de slag kunnen in het geval er een nieuwe medewerker in de ploeg komt, welke ook op die vlieghoogte gebracht zal moeten worden voordat hij als FRB inzetbaar is. We realiseren ons dat we geen dokter kunnen worden, maar iets meer bagage dan we nu hebben zou toch wel het minimale zijn." (Van Eldijk & Ottink, z.d.); "Een opleiding specifiek voor het onderdeel FR wordt gemist. Voor personeel dat

Rijnmond wordt een knelpunt herkend op het gebied van vakbekwaamheid bij medische noodsituaties anders dan reanimaties: “Het personeel geeft te kennen zich vakbekwaam te voelen bij standaardreanimaties, maar niet altijd te weten hoe te handelen bij andersoortige medische problemen. Ongeveer de helft van het personeel zou aanvullende vaardigheden willen aanleren, om meer te kunnen betekenen op het gebied van medische hulpverlening” (VR RR, 2019, p. 3)

Een ander veelgenoemd knelpunt op het gebied van vakbekwaamheid betreft het realistisch oefenen. Er vindt een of twee keer per jaar bijscholing plaats. Hoewel de meeste geïnterviewde brandweermensen de inzet van de instructeur waarderen, is de algemene tendens dat de bijscholing weinig aansluit op de ervaringen in de praktijk. Er is behoefte aan meer realistisch oefenen: niet zozeer de handeling zelf (“ik denk dat we echt kneiter goed zijn in reanimeren”), maar onder welke omstandigheden reanimaties kunnen plaatsvinden en op welke wijze daarnaar gehandeld moet worden. “Wat je ziet in de praktijk is dat je nooit enige informatie krijgt, je gaat blanco heen. Maar als je oefent is het een persoon van 34 jaar. In de praktijk liggen mensen in de meest gekke hoek of op de meest gekke plekken in huis en die moet je eerst daar wegkrijgen. Er is altijd chaos.” Op de vraag wat een oefening realistisch maakt, wordt onder andere het volgende genoemd: gebruikmaken van een lotusslachtoffer, het rijden naar de incidentlocatie erbij betrekken (inclusief wat er bekend is vanuit de meldkamer, wat er onderling wordt gecommuniceerd, et cetera), omgaan met (soms heftige) emoties van omstanders (met diverse religieuze en culturele achtergronden) en oefenen met andere (burger)hulpverleners.

Tot slot is verschillende keren aangegeven dat het als een grote meerwaarde wordt ervaren als er iemand op de kazerne en/of in de ploeg affiniteit met het onderwerp ‘reanimeren’ heeft. Maar ook dat die personen – om uiteenlopende redenen – zijn vertrokken en daarmee ook hun kennis op dit thema. “Degene die hier zijn passie voor had, die heeft ons verlaten, die stak heel veel energie in het onderwerp. Die persoon hebben we niet terug, want het blijft toch een apart wereldje. Het medisch wereldje zeg maar. Dat is net iets anders als brand-weerwereldje. Maar je ziet ook nu we hebben best veel reanimaties, voel ik me [als instructeur] persoonlijk ook niet geroepen om te zeggen van daar moeten we meer energie insteken.”

Alarmering
Waar in eerste instantie de aandacht voornamelijk uitging naar het goed inregelen van de alarmering (zie bijvoorbeeld het Projectplan 2018), werd in de groepsinterviews aangegeven dat er een knelpunt wordt ervaren met betrekking tot reanimatiemeldingen die (ter plaatse) geen reanimatie blijken te zijn – hoewel er doorgaans begrip is voor het feit dat de centralist afhankelijk is van informatie van de melder en met de beste intenties een reanimatiemelding aanmaakt. Zie ook paragraaf 3.2.

Samenwerking met andere (burger)hulpverleners
In paragraaf 2.3.4 is (kort) beschreven op welke wijze brandweermensen tijdens reanimaties samenwerken met ambulance, politie en burgerhulpverleners. Deze samenwerking, en dan voornamelijk die met de politie en burgerhulpverleners, verloopt soms stroef. Dit blijkt niet alleen uit onder andere de evaluatie van de pilot (Def Evaluatierapport) en het *Verbeter-*

geplaats wordt aan een kazerne waar FR ritten worden gereden is dit belangrijk voor het voorbereiden op de werkzaamheden en het opbouwen van vertrouwen. Ook wordt aangegeven dat er op geen wijze wordt gedaan aan ‘realistisch oefenen’, waardoor de praktijk en de theorie te ver uit elkaar liggen.” (Van Huisstede, 2023)

voorstel First Responder Brandweer ("Voornamelijk is dit te wijten aan verschil in scholing, ervaring en kennis van elkaars capaciteiten. Hierdoor is al meermaals voorgekomen dat er in het bijzijn van het slachtoffer en omstanders discussies of verwarringen ontstaan" (p.6)). Ook in de groepsinterviews is dit verschillende keren genoemd. De indruk bestaat dat de samenwerking in het verleden beter ging. "Het verschilt per persoon, maar laat ik het zo zeggen: in het begin was de samenwerking heel sterk, nu is het ieder voor zich. En we hebben ook steeds meer politie erbij. Ik vraag me al een hele poos af, waarom die samenwerking op straat steeds minder met elkaar afgestemd is." Een mogelijke reden is dat in vergelijking met een aantal jaren geleden meer (burger)hulpverleners ter plaatse komen, zo wordt aangegeven: "Het beste wat je kunt krijgen hier in Nederland is een hartstilstand. Als je weet hoeveel hulpverlening dan gaat draaien. Vijf, zes diensten gaan draaien en hier komt de KNRM er nog bij. Ongelooflijk." Over de samenwerking met de ambulance tijdens reanimaties zijn weinig knelpunten benoemd, zie ook de paragraaf 4.2.2.

Politie
Verschillende keren wordt aangegeven dat de indruk bestaat dat politieagenten minder ervaren zijn in het reanimeren, wat de samenwerking bemoeilijkt. Deze ervaring geldt bijvoorbeeld voor de FR-kazerne die in de buurt ligt van een politiebureau waar agenten worden opgeleid. Dit betekent dat agenten soms verrast worden door de aanwezigheid van de brandweer ("Is er nog iets aan de hand? Waarvoor is die brandweerauto?"). Door first responders op andere kazernes wordt dit eveneens ervaren. "De politie komt gewoon nog met zijn vijven binnen banjeren terwijl wij daar al bezig zijn. Ja, wat ga je nou hier nog doen?" Daar speelt ook mee dat er veel (burger)hulpverleners betrokken zijn bij een reanimatie, waardoor met name de politie en brandweer elkaar soms in de weg lopen. "De politie is heel erg gefocust in de taak die we ook willen doen, het redden van de mensen. Dat is heel goed. Ze staan vaak in de weg, dat wel. Maar dat doen wij ook met onze grote voertuigen. De bevelvoerder is er dan juist om die regie te pakken en met zijn allen de taak uit te voeren, zodat dat de ambulance direct zijn werk kan doen. Dat zag je wel van de week. We gingen hier voor tilassistentie. Dat werd uiteindelijk een reanimatie. Toen heb ik als bevelvoerder gevraagd om de politie, vanwege de wegafzetting. Maar zij lezen ergens in een kladblok 'reanimatie' en ze kwamen met alles wat in dienst is de straat in gevlogen, dus dat heb ik tegengehouden. Ik wil alleen maar een wegafzetting. De rest wordt binnen al geregeld." Daarnaast wordt ervaren dat de kwaliteit van reanimeren door de (aspirant-) agenten niet altijd voldoende is. "De politie heeft hier wekelijks nieuwe aspiranten op het politiebureau rondlopen. En ik denk dat wij met een club mensen veel vaker dat kunstje uitvoeren."

Burgerhulpverleners
FR-ploegen hebben eveneens wisselende ervaringen in de samenwerking met burgerhulpverleners. Dit heeft voornamelijk te maken met de kennis en kunde van burgerhulpverleners. In het beste geval zijn zij medisch geschoold ("een trauma-arts in vrije tijd", zo werd aangegeven tijdens een groepsinterview), in het slechtste geval "weten ze niet – met alle goede bedoelingen – waar ze aan begonnen zijn" (Van Eldijk & Ottink, z.d., p.6).

Nazorg
Zoals beschreven in paragraaf 2.3.5 en 3.3 blijkt uit eerdere onderzoeken uitgevoerd binnen de VRH dat de nazorg na reanimaties als een knelpunt wordt ervaren (zie bijvoorbeeld VRH, 2018; Van Huisstede, 2023). In de groepsinterviews zijn met name knelpunten benoemd met betrekking tot TCO, terwijl uit de statistieken (ervan uitgaande dat GMS-data kloppen) is

gebleken dat er na reanimaties amper gebruikgemaakt wordt van TCO. Er is dus weinig ervaring met TCO na reanimaties. De volgende knelpunten worden (op hoofdlijnen) ervaren:

- De knelpunten die in paragraaf 3.3 zijn beschreven over het inroepen en uitvoeren van TCO maken duidelijk dat nazorg maatwerk is. Binnen één ploeg kunnen verschillende behoeftes bestaan, variërend van geen behoefte aan nazorg tot behoefte aan professionele hulp. Dit maatwerk kan niet altijd door TCO geleverd worden, terwijl diverse first responders dit wel verwachten.
- Een ander knelpunt heeft betrekking op de registratie van TCO-inzetten. Diverse keren is aangegeven dat men niet weet wat er geregistreerd wordt en wat er met deze gegevens gedaan wordt.
- De constatering dat er, naast waardering voor de TCO-collega's, geregeld onvrede over de organisatie en uitvoering van TCO is geuit, heeft mogelijk ook te maken met andere knelpunten die worden ervaren en niet weggenomen kunnen worden door TCO. Bijvoorbeeld als het gaat om medische noodsituaties die geen reanimaties blijken te zijn, waarbij first responders noch de kennis noch de middelen hebben om – voor hun gevoel – goed hulp te kunnen verlenen. Dergelijke meldingen hebben impact en leiden tot frustratie en onmacht, waarbij het gevoel bij verschillende first responders is dat dit mede veroorzaakt wordt door beslissingen van de organisatie.

Doorgaans wordt na FR-inzetten de voorkeur gegeven aan informele collegiale verwerking, waar men in het algemeen tevreden over is. Een enkele keer is het knelpunt benoemd door een bevelvoerder dat het voor hem niet altijd duidelijk is waar zijn verantwoordelijk stopt als het gaat om bieden van informele steun.

Communicatie (intern en extern)

Evenals uit onderzoeken uit 2018 (VRH) en 2023 (Van Huisstede) is uit de groepsinterviews gebleken dat communicatie rondom de FR-taak als knelpunt wordt ervaren. In 2018 lag de nadruk op de interne en externe communicatie rondom de invoering en uitrol van de FR-taak. In de groepsinterviews is verschillende keren door beroepsbrandweermensen aangegeven dat zij zich weinig betrokken voelden bij de start van de FR-taak op hun kazerne. "Eigenlijk moet het een keuze zijn van brandweermensen zelf. Dan ben ik gewoon de first responder van die wagen van die dag. Daar wil ik voor opgeleid worden. En dan heb ik ervoor gekozen. Nu is het gewoon neergelegd. Van hee, jullie post is het. We leiden jullie even op, zo paar lesjes. Jongens bedankt, jullie zijn ervan. Ja, dit vind ik een beetje te snel door de bocht."

In 2023 werd als knelpunt voornamelijk ervaren dat men "niet goed op de hoogte wordt gehouden van alle ontwikkelingen en voortgang op dit onderwerp" (p.7). Een voorbeeld hiervan, beschreven in 2023 maar eveneens geuit tijdens groepsinterviews met FR-ploegen, is een pilot op kazerne Pijnacker-Nootdorp op het gebied van mentale weerbaarheid. Dit was niet goed bekend bij andere FR-kazernes en creëerde daarmee onvrede. "Er is behoefte aan een duidelijke communicatie, zodat alle ploegen op de hoogte zijn van de ontwikkelingen." Deels hangt dit samen met het ontbreken van een gevoel van eigenaarschap op dit thema: "waardoor ze niet weten bij wie ze aan moeten kloppen met ideeën en problemen en ze gevoelsmatig tussen wal en schip zijn beland." Tot slot, zoals eerder beschreven in deze paragraaf, wordt er een knelpunt ervaren door verschillende first responders met betrekking tot de beademingsballon: het is voor hen niet helder waarom de ballon in eerste instantie wel, en vervolgens niet op de wagen komt.

4.2 Wat er geleerd kan worden van andere veiligheidsregio's

Brandweermensen met een FR-taak worden in Nederland steeds vaker ingezet voor medische hulpverlening (assistentie bij het onwel worden van mensen of een reanimatie). De brandweer was in 2014 betrokken bij 7.300 oproepen voor (assistentie bij) medische hulpverlening. In 2019 was dit aantal al verdubbeld naar 14.500 oproepen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). Niet alleen in de VRH fungeren brandweermensen als first responder, dit geldt ook voor brandweermensen in onder andere de veiligheidsregio's Amsterdam-Amstelland (AA), Brabant-Noord, Gelderland-Zuid, Midden- en West-Brabant, Rotterdam-Rijnmond, Zeeland, Zaanstreek-Waterland, Utrecht en de veiligheids- en gezondheidsregio Gelderland-Midden.

In deze paragraaf wordt op hoofdlijnen beschreven wat er geleerd kan worden van de wijze waarop in andere veiligheidsregio's de FR-taak wordt uitgevoerd.[35] Om het zo praktisch mogelijk te houden, zijn de inzichten op dezelfde wijze gecategoriseerd als de knelpunten beschreven in de vorige paragraaf. De informatie is gebaseerd op een groepsinterview met vertegenwoordigers van 10 veiligheidsregio's en de aangeleverde data van 12 veiligheids-regio's (inclusief de VRH, zie bijlage 4).

Vertegenwoordigers van 9 van de 12 veiligheidsregio's hebben aangegeven dat brandweer-mensen een FR-taak hebben in hun regio (met VR AA als eerste, sinds 2000). De meeste van deze regio's hebben ervoor gekozen om alle kazernes uit te laten rukken voor de FR-taak. Daarbij zijn er overigens wel regionale verschillen, net zoals wat betreft de reden waarom de regio's gestart zijn met de FR-taak. In bijlage 4 is niet alleen (kort) beschreven waarom veiligheidsregio's zijn gestart met de FR-taak, maar ook waarom regio's daarmee *niet* gestart zijn. Zo wordt onder andere aangegeven dat de ambulancezorg (doorgaans) geen dekkingsknelpunten heeft en dat "taken erbij nemen van andere kolommen nadelig [is] voor onze eigen dekking, paraatheid en slagkracht".

Tot slot: onderstaande paragraaf zal geen direct toepasbare praktische leerpunten opleveren. Daarvoor is meer uitwisseling tussen regio's nodig dan één groepsinterview. Desalniettemin vormen onderstaande ervaringen inzichten die de VRH – indien daar behoefte aan is – verder kan uitdiepen. Vertegenwoordigers van andere veiligheidsregio's hebben tijdens het groepsinterview de wens uitgesproken om onderling meer kennis en ervaringen met betrekking tot de FR-taak uit te wisselen.

4.2.1 Uitrukvoertuig en middelen

Met betrekking tot dit thema zijn voornamelijk ervaringen uitgewisseld over het wel of niet gebruiken van een beademingsballon door de brandweer. Evenals in de VRH wordt deze discussie ook gevoerd in andere veiligheidsregio's. "Daar zijn al jaren flinke discussies over met het medisch management van de ambulancedienst. Of dat wel of niet mag. Nou ja, vanuit hun is er geen discussie en mag het niet. Maar dat is wel een heikel punt, dit onderwerp."

[35] In eerdere hoofdstukken is, waar dit meerwaarde had, reeds inzichtelijk gemaakt welke resultaten en conclusies de onderzoeken uitgevoerd in andere veiligheidsregio's hebben opgeleverd.

4.2.2 Vakbekwaamheid

Aangegeven wordt dat er zowel bij het vakbekwaam worden als vakbekwaam blijven aandacht is voor het technische handelen én voor het mentale aspect van reanimeren. Zo wordt er geoefend met (kinder)reanimaties en met de inzet en het gebruik van de AED, wordt een casus doorlopen uit het veld en is er aandacht voor eigen veiligheid. Daarbij is aangegeven dat er gebruikgemaakt kan worden van lotusslachtoffers.

Verschillende keren werd de meerwaarde benadrukt van de betrokkenheid van ambulance-medewerkers uit de regio (hoewel dit niet overal (meer) lukt). “Zowel tijdens de opleiding voor de nieuwe manschappen als reguliere oefenavonden wordt de bijscholing altijd verzorgd door ambulanceverpleegkundigen die we ook op straat tegen kunnen komen. Dus dat zorgt al direct voor een mooie link en verbinding met elkaar. Bij ons wordt dat als heel positief ervaren.” Daarnaast zijn enkele regio’s nog wel opzoek naar een goede manier waarop zij verbinding kunnen maken met de ambulancesector om op de hoogte te blijven van wijzigingen op medisch vlak. Zie ook onderstaand kader en paragraaf 4.4.

Communiceren over medische ontwikkelingen (en de impact daarvan)
“We merken dat de ambulancedienst een aantal keer een wijziging heeft doorgevoerd, wat impact heeft op onze brandweermensen. Dan heb ik het bijvoorbeeld over de toepassing van het Mechanisch Thoraxcompressie-apparaat (MTC). Daardoor hebben onze brandweermensen het gevoel dat ze eigenlijk nog maar net bezig zijn en nog niet klaar zijn met de klus en de patiënt wordt vervoerd naar het ziekenhuis. Ze hebben geen idee hoe het met de patiënt afloopt. Dat weet je normaal ook niet, maar dan ging het slachtoffer nog met of zonder output naar het ziekenhuis. En dan hadden ze nog het gevoel van ‘ik heb het goed gedaan’ en dat hebben ze bij de MTC niet meer. Ook de komst van de ECMO en de openhartoperatie op straat, die zijn meerdere keren bij ons in de regio toegepast. Vanuit de brandweer gezien zonder goede uitleg of na een moment waarop de MMT-arts [een gespecialiseerd arts; anesthesioloog of traumachirug] zegt ‘ik ga nu even iets heftigs toepassen’. Die arts ging ineens snijden voor de ogen van onze brandweermensen. Daar lopen we dus tegenaan, dat stukje communicatie, dat er nieuwe wijzigingen of dat er nieuwe veranderingen komen vanuit de witte kolom, die impact hebben op onze mensen. Dat hebben we niet goed scherp met z'n allen.”

Ook mentale weerbaarheid en nazorg zijn veelgenoemde thema’s in relatie tot vakbekwaamheid. Daarbij is de meerwaarde genoemd van de combinatie van oefenen en opleiden voor de FR-taak met direct daaraan gekoppeld het delen van informatie over mentale gezondheid en nazorg. “De lokale TCO'er verzorgt aan het einde van die [oefen]avond een klein stukje over wat doet nazorg ook alweer? Wat is het? Wat zijn de signalen? Misschien hooguit maar 15 minuten, maar zo komt het elke keer weer eventjes terug. En wij merken dat dat heel erg helpt. Niet een hele avond eraan besteden, maar continu eventjes het aanstippen.”

4.2.3 Alarmering

Ongeveer de helft van de vertegenwoordigers heeft tijdens het groepsinterview aangegeven knelpunten te ervaren met betrekking tot de alarmering van de brandweer bij reanimaties. Ervaren knelpunten zijn bijvoorbeeld: onduidelijkheid bij de meldkamer over de noodzaak van het alarmeren van de brandweer (aanvullend op de ambulance), niet alarmeren volgens afspraken (bijvoorbeeld als de ambulance er eerder kan zijn dan de brandweer) en het alarmeren op soorten reanimaties waar volgens de afspraken met de witte kolom (en volgens het Kwaliteitskader) de brandweer niet op zou moeten rijden. Denk aan gealarmeerd worden voor “traumatische reanimaties”. “Dat leidt steeds vaker tot conflicten op straat, maar

ook achteraf tussen de witte kolom en de rode kolom. En we zien [het aantal] mensen met PTSS door de heftige reanimaties echt oplopen in onze regio.” Om die reden zijn meerdere regio’s in gesprek om te bepalen of de brandweer niet meer standaard gealarmeerd wordt voor alle reanimaties, maar dat er meer risicogericht gereden kan worden op reanimaties (bijvoorbeeld waar de aanrijdtijden van ambulance lang zijn). Ook wordt aangegeven dat het een optie zou zijn om niet door de MKB maar door de MKA direct gealarmeerd te worden, maar “ik denk niet dat ze daar aan mee gaan werken, ze zien het als broodroof”.

Uiteraard kan er ook geleerd worden van wat er goed gaat met betrekking tot de alarmering. Zo wordt verschillende keren gedeeld dat alarmering volgens afspraken verloopt; dit wordt als prettig ervaren. Centralisten zijn zich bewust van de impact van reanimaties en schakelen hierover met de operationele dienst. Verder is ook de ervaring dat de brandweer snel wordt gealarmeerd (er zit weinig vertraging tussen de melding van de ambulance en de brandweer), mede omdat alle kazernes in de regio een FR-taak hebben, waardoor er weinig uitzonderingen zijn. Daarnaast is aangegeven dat informatie vanuit de MKA wordt gedeeld met de aanrijdende bevelvoerder. “De informatie die de ambulance ziet in het kladblok, die wordt ook gedeeld via LiveOp. Dat is heel fijn. Dus de informatie die bekend is, daar kunnen wij in meelezen. Ze zien ook onderscheid in de regels die de MKA aanmaakt (in geel) ten opzichte van de MKB (in rood).” Tot slot is benadrukt dat het voor vrijwilligers van belang is dat zij de vrijheid hebben om (tijdelijk) niet op te komen. Dit is niet alleen expliciet besproken door de veiligheidsregio, maar wordt ook ondersteund door de wijze van alarmering. “We hebben afspraken gemaakt met de vrijwillige posten dat niemand verplicht is om voor een reanimatie op te komen. We hebben ook een aparte alarmeringscode die je kunt uitzetten, tijdelijk of helemaal. En we hebben ook gezegd als het vanuit thuis sneller is om naar de locatie te gaan, doe dat vooral. Maar als je vanuit de post uitrukt, dan doe je dat wel met de volledige bemanning op een TS of in een PB. En als je als post niet uitrukt, telt dat ook niet mee in de statistieken.”

4.2.4 Samenwerking andere (burger)hulpverleners

Al eerder is de meerwaarde beschreven van het betrekken van ambulanceprofessionals in het opleiden voor en oefenen van de FR-taak. Verder is de samenwerking met andere (burger)hulpverleners niet besproken tijdens het groepsinterview.

4.2.5 Nazorg

Mentale gezondheid is een onderwerp dat leeft in de meeste veiligheidsregio’s, zeker in relatie tot de FR-taak, zo wordt duidelijk in het groepsinterview. De meeste regio’s geven aan dat er preventief, tijdens en na een reanimatie aandacht is voor de mogelijke impact op brandweermensen, maar dat dit mogelijk nog niet (altijd en voor iedereen) voldoende is.

Op het gebied van vakbekwaamheid zijn er uiteenlopende ervaringen als het gaat om mentale weerbaarheid en nazorg rondom de FR-taak. Er zijn regio’s die hier in hun vakbekwaamheidsprogramma al aandacht voor hebben. Zowel preventief (op het gebied van mentale weerbaarheid, verwantenavonden en voorlichting) als op het gebied van nazorg (zoals het herkennen van signalen van een verstoorde verwerking). Zoals in paragraaf 4.2.3 beschreven, is men in een veiligheidsregio gestart om mentale weerbaarheid en TCO / nazorg onder te brengen in de reguliere (bij)scholing rondom de FR-taak (in plaats van (alleen) in een apart (los) programma). Anderzijds wordt ook aangegeven dat er tot nu toe weinig aandacht is voor het mentale aspect.

De formele nazorg is bij reanimaties hetzelfde geregeld als bij andere (mogelijk) ingrijpende incidenten, zo geven alle vertegenwoordigers aan.

Met betrekking tot het monitoren heeft een enkele regio aangegeven dat niet wordt gemonitord hoe vaak brandweermensen reanimaties meemaken; de meeste andere regio's stellen dat zij dit doen op ploeg- of kazerneniveau, of op regionaal niveau. Alle regio's geven aan tevreden te zijn met de wijze van registratie van reanimaties in hun regio.

4.2.6 Communicatie

Tijdens het groepsinterview is voornamelijk besproken dat de communicatie met de ambulancesector doorgaans goed is (met name tijdens opleiden en oefenen), maar dat de (bestuurlijke) samenwerking met de witte kolom rondom reanimaties wisselend wordt ervaren. Van 'operationeel' en 'op papier' goed, tot 'slecht' en 'weet ik niet goed'. Zie ook (het blauwe kader in) paragraaf 4.2.2.

4.2.7 Toekomst

Tot slot is gevraagd hoe de vertegenwoordigers van de veiligheidsregio's de toekomst zien van reanimaties door de brandweer in hun veiligheidsregio. De toekomstbeelden lopen zeer uiteen. Van "alleen maar meer medische hulpverlening", "blijft voorlopig een meerwaarde", "blijven behouden, maar met goede voor- en nazorg" en "continueren", naar "rechtstreeks vanuit huis naar locatie als dat het snelste is" en "als je deze vraagt stelt aan de mensen zelf dan willen ze dit blijven doen" naar "herbezinnen en feitelijk afwegen wat het beste is voor de burger en de mensen die ze helpen", "onzeker", "mogelijk helemaal niet meer gealarmeerd worden". Er is echter eensgezindheid over de behoefte om als Brandweer Nederland op dit thema gezamenlijk het gesprek te blijven voeren. "Ik denk dat het heel goed is dat we als Brandweer Nederland kritisch kijken naar onze taak. Ik denk dat er sowieso nog wel een hele discussie aan zit te komen, ook vanwege de weerbaarheidsdiscussie. In de vrije interpretatie van onze wettelijke taak, het redden van mens en dier, is er wel iets voor te zeggen dat we dit doen. Maar als je een beetje creatief bent, kun je er vervolgens alles onder scharen. Volgens mij moeten we daar wel scherp op blijven. Dus dat we deze discussie voeren is goed."

4.3 Alternatieven voor de FR-taak

Als de VRH zou stoppen met het uitrukken voor de FR-taak, welke alternatieven bestaan er dan voor de uitvoering van deze taak? Tijdens de (groeps)interviews zijn allerlei suggesties opgehaald, waarvan de drie meest genoemde alternatieven in deze paragraaf worden beschreven. Daarbij is niet het uitgangspunt geweest dat het alternatief van een vergelijkbaar niveau of vergelijkbare kwaliteit zou moeten zijn als de FR-taak uitgevoerd door de brandweer. Alle suggesties waren welkom. Daarnaast is besproken – met brandweermensen op de FR-kazernes, maar ook met vertegenwoordigers van de rode en de witte kolom – hoe tegen deze alternatieven wordt aangekeken. Zoals beschreven in de afbakening van dit onderzoek kan niet met grote stelligheid gezegd worden dat zij 'de' mening van 'hun' kolom vertegenwoordigen. Onderstaande beschrijving is daarom eerder indicatief van aard.

4.3.1 Geen alternatief?

In het Kwaliteitskader (zie paragraaf 2.1.2) wordt beschreven dat de inzet van first responders[36], onder wie brandweermensen, een waardevolle aanvulling is op de reguliere ambulancezorg (Ambulancezorg Nederland, 2023). Hoewel er naast goede punten voornamelijk knelpunten worden ervaren en er geleerd kan worden van andere veiligheids-regio's als het gaat om de wijze waarop daar de FR-taak wordt uitgevoerd, is een deel van de ondervraagden er sterk van overtuigd dat zij de FR-taak ook in de toekomst moeten blijven uitvoeren. Het gaat dan met name, maar niet alleen, om brandweervrijwilligers. "Ik zou het heel jammer vinden als deze taak zou stoppen. Ik denk dat we met zo'n prachtig team samen echt het verschil kunnen maken. En ook de onmacht als je er niet zou zijn, terwijl je wel kennis en kunde hebt. Ik zou het gewoon heel erg zonde vinden." Daarentegen is er ook een groep brandweermensen die wil stoppen met de FR-taak, vol overtuiging ("Van mij mag het stoppen morgen, ja") of met enige terughoudendheid ("Gemengde gevoelens, wat als de buurman hier omvalt en wij zitten hier een bakkie te doen? Maar aan de andere kant zie ik het ook wel liever verdwijnen ja"). Voor beroepsbrandweermensen op de FR-kazernes is het (in principe) mogelijk om overplaatsing aan te vragen naar een kazerne zonder FR-taak, zie ook onderstaande kader.

Je kunt toch ook gewoon overplaatsing aanvragen?
Is dat een alternatief voor brandweermensen die liever willen stoppen met de FR-taak? Het korte antwoord: nee. "Die vraag heb ik weleens vaker gehoord en dat snap ik wel. Maar het kan niet zo zijn dat wij de organisatie baseren op het feit dat als collega's ergens tegenaan lopen, in dit geval een fundamenteel probleem, dat we dan zeggen 'nou ja, weet je, als je daar tegenaan loopt en je ziet dat en je constateert dat, dan ga je maar weg naar een andere plek in de organisatie waar dat probleem niet is'. Want dan laat je dat probleem liggen voor de volgende. Ik vind dat we verplicht zijn om het goed te organiseren of niet te organiseren voor nieuwere generaties."

Standpunt van de rode en witte kolom

Door voor dit onderzoek geïnterviewde directie brandweer heeft aangegeven dat er vooral behoefte is aan onderzoek gebaseerd op de feiten en niet op meningen. Desalniettemin wordt ook aangegeven dat de FR-taak "eigenlijk onverantwoord" is, met name vanwege de mentale impact. "Dat is wat de laatste vijf jaar heel erg belangrijk is geworden. De afgelopen jaren zijn de omstandigheden veranderd. Dusdanig dat je af en toe ook je beleid zou moeten herzien, aanpassen, heroverwegen."

In een brief[37] van de RAV Haaglanden (RAVH) aan de directie van de VRH wordt beschreven dat de ondersteuning van de vier FR-kazernes welkom is en dat de RAVH erkentelijk is dat zij een beroep kan doen op de FR-kazernes tijdens reanimaties.
Tijdens het interview met de RAVH en Geneeskundige Meldkamer Haaglanden (GMH) is deze erkenning eveneens geuit. Zo werd aangegeven: "Er zijn echt mensenlevens gered met dit initiatief, de afgelopen jaren tientallen, denk ik. Dat is ook wel iets wat we goed naar voren moeten brengen in deze samenwerking. En daar zijn we nog niet heel erg goed in geslaagd om dat om dat als collectief te vieren. En dat zou eigenlijk zo, dat zou eigenlijk wel moeten." Aangegeven is echter ook dat aangezien steeds meer burgers zich hebben aangemeld bij HartslagNu wat betreft de RAVH en GMH "de discussie gekanteld" is en de vraag gesteld kan worden of de inzet van de brandweer "nog steeds echt van meerwaarde"

[36] Burgerhulpverleners, maar ook hulpverleners van politie-, brandweerorganisaties, hulpverleners verbonden aan de Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij (KNRM) of Reddingsbrigade Nederland, dan wel vanuit een andere organisatie.
[37] Ondertekend door Marnix Holsappel, 18 maart 2025, betreft Reactie RAVH op brief VRH inzake Inzet 'first responders'.

is. “Of zou je eigenlijk niet aan de brandweer moeten vragen dat zij zich allemaal aanmelden bij HartslagNu?” Zie ook de volgende paragraaf.

4.3.2 Burgerhulpverlening stimuleren

Een veelgenoemd alternatief[38] is burgers (en brandweermensen) stimuleren om zich aan te melden als burgerhulpverlener bij bijvoorbeeld HartslagNu. “Wij kunnen er niet in die eerste minuten zijn. Ook de politie in principe niet. Dus het is van belang dat de buurt, de familie, enzovoort al iets opstarten en ik denk dat dat een taak is vanuit de overheid om dat bij de bevolking neer te leggen.” Niet alle geïnterviewde brandweermensen vinden het stimuleren van burgers en/of brandweermensen om burgerhulpverlener te worden een goed alternatief, met name vanwege de (in hun ogen) wisselende reanimatiekwaliteiten van burgerhulpverleners en de gebrekkige nazorg.[39] Aangezien de meeste beroepsbrandweermensen op de kazernes Pijnacker-Nootdorp, Scheveningen en Wassenaar niet in hun uitrukgebied wonen, heeft het worden van burgerhulpverlener voornamelijk meerwaarde voor hun eigen woonplaats (als ervan uitgegaan wordt dat men beroepsmatig niet meer uitrukt voor de FR-taak).

(Nog) meer burgerhulpverleners

In Nederland zijn er steeds meer actieve burgerhulpverleners.[40] Zij spelen een belangrijke rol in de overlevingskans van mensen met een hartstilstand. Er geldt voor burgers een aantal voorwaarden om burgerhulpverlener te worden. Iemand moet 18 jaar[41] of ouder zijn en de afgelopen twee jaar één van de volgende trainingen hebben gevolgd:

- basiscursus reanimatie
- herhalingscursus reanimatie
- reanimatietraining als EHBO’er of BHV’er
- reanimatietraining vanwege iemands hoofdbaan, of als onderdeel van iemands beroep.

Als een burger hieraan voldoet, kan hij of zij zich aanmelden als burgerhulpverlener (Hartstichting, 2025e).

In 2021 meldden de Hartstichting en HartslagNu dat als gevolg van de toename van het aantal burgerhulpverleners in heel Nederland binnen 6 minuten *kan* worden gestart met reanimeren bij een hartstilstand. Een unicum: Nederland is het enige land met een dekkend systeem (NOS, 2021). In april 2023 waren er in Nederland 225.000 burgerhulpverleners (HartslagNu, 2023).[42]

---

[38] Niet alleen door FR-ploegen maar bijvoorbeeld ook door vertegenwoordigers van andere veiligheidsregio’s (zie paragraaf 4.2).

[39] Deze zorg werd niet alleen in de groepsinterviews met FR-ploegen geuit, maar eerder ook al beschreven in het *Verbetervoorstel First Responder Brandweer* (Van Eldijk & Ottink, z.d., p.6): “Het lijkt er hierbij op dat men zich niet altijd realiseert waar ze op af stappen, en we hebben dan o.a. ook onze vraagtekens over hun nazorg.”

[40] Daarnaast zijn er ook steeds meer AED’s in Nederland. Hoewel er geen openbare database is met de locaties van AED’s in Nederland, hangen op steeds meer plekken in Nederland AED’s (Hartstichting, 2025d). In 2021 waren dit er 24.000, een verdubbeling ten opzichte van 2017 (NOS, 2021).

[41] De Hartstichting stelt dat jongeren vanaf 14 jaar “het lichamelijk en mentaal aan kunnen om te reanimeren en een AED te gebruiken” (2025f) en stimuleert daarom reanimatielessen op middelbare scholen. Dit onderwijs richt zich op het aanleren van de vaardigheden die nodig zijn om een hartstilstand te herkennen en te handelen, inclusief het geven van borstcompressies en het gebruik van een AED.

[42] In datzelfde jaar dreigden echter ongeveer 80.000 burgerhulpverleners uit het reanimatie-oproepsysteem gehaald te worden (NOS, 2023), omdat zij niet tijdig de jaarlijkse vaardighedentraining hadden gevolgd en/of vanwege een inactieve account (burgerhulpverleners die niet reageerden op oproepen om te reanimeren). Na oproepen van de Hartstichting en HartslagNu werkten begin 2023 niet alleen burgerhulpverleners alsnog hun gegevens bij, daarnaast meldden ook bijna 11.000 nieuwe burgerhulpverleners zich aan (HartslagNu, 2023).

Zoals in paragraaf 2.4.3 is beschreven, heeft de MKA niet alleen data aangeleverd over de hulpdienst die als eerste ter plaatse was bij reanimatiemeldingen in Pijnacker-Nootdorp, Wassenaar, Westland (Maasdijk) en ‘s-Gravenhage (Scheveningen), ook heeft zij gegevens aangeleverd over het aantal, de spreiding en het acceptatiepercentage van burgerhulpverleners in de vier gebieden. Zie onderstaande tabellen.

Tabel 4.1 Aantallen burgerhulpverleners per dag blok op het *huis*adres

	Week			Weekend		
Regio	**Dag**	**Avond**	**Nacht**	**Dag**	**Avond**	**Nacht**
Pijnacker-Nootdorp	758	789	622	827	801	654
Wassenaar	193	203	165	208	204	173
Westland	67	66	61	67	68	62
‘s-Gravenhage[43]	151	154	123	159	155	131

Tabel 4.2 Aantallen burgerhulpverleners per dag blok op het *werk*adres

	Week			Weekend		
Regio	**Dag**	**Avond**	**Nacht**	**Dag**	**Avond**	**Nacht**
Pijnacker-Nootdorp	89	53	52	54	52	52
Wassenaar	76	52	48	56	51	47
Westland	40	17	17	18	17	16
‘s-Gravenhage	20	11	11	11	10	10

Figuur 4.3 Gemiddeld acceptatiepercentage vanaf 01-01-2024

Regio	Acceptatiepercentage
Pijnacker-Nootdorp	3,71
Wassenaar	2,50
Westland	3,83
‘s-Gravenhage	2,22

Met hun toename (inclusief een groei van het aantal AED’s), hun spreiding en het acceptatiepercentage spelen burgerhulpverleners een grotere rol dan voorheen in het reanimatieproces. Eenzelfde conclusie is getrokken in onder andere het onderzoek binnen Gooi- en Vechtstreek en Flevoland (Keukens, 2024).

[43] Het ‘uitrukgebied van Scheveningen’ is lastig te bepalen, daarom is gekozen voor een selectie van postcodes, te weten: 2517, 2563, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2597.

Samenwerking tussen de brandweer en (onder meer) HartslagNu
Tijdens de groepsinterviews met FR-ploegen is gevraagd of zij ook burgerhulpverlener zijn. Slechts enkelen hebben bevestigend geantwoord.[44] Voor zover bekend worden brandweermensen (en specifiek die met een FR-taak) niet door de VRH gestimuleerd om burgerhulpverlener te worden. Dit is wel het geval in bijvoorbeeld veiligheidsregio Midden- en West-Brabant (zie ook paragraaf 2.2.2). Daarnaast heeft deze veiligheidsregio het mogelijk gemaakt dat meldingen vanuit HartslagNu ook ontvangen kunnen worden via de PreCompager. Reageren is op eigen initiatief: "de inzet valt niet binnen het monodisciplinaire proces van BMWB, wordt niet door BMWB vergoed en indien daarvoor gebruik wordt gemaakt van een dienstvoertuig dient er zonder optische en geluidssignalen te worden gereden" (VR MWB, 2023, p.5). Wel mogen brandweermensen gebruikmaken van bijvoorbeeld een AED van de kazerne en/of een dienstvoertuig.

Standpunt van rode en witte kolom
De vraag is gesteld of er ook voldoende burgerhulpverleners zijn in de wijken waar veel mensen met een lage sociaal-economische status wonen. Vanuit de directie brandweer is aangegeven dat er onvoldoende kennis aanwezig is om tot een goed onderbouwd antwoord te komen op deze vraag. Verzoeken aan "de witte kolom" om informatie hierover aan te leveren hebben vooralsnog geen gegevens opgeleverd.

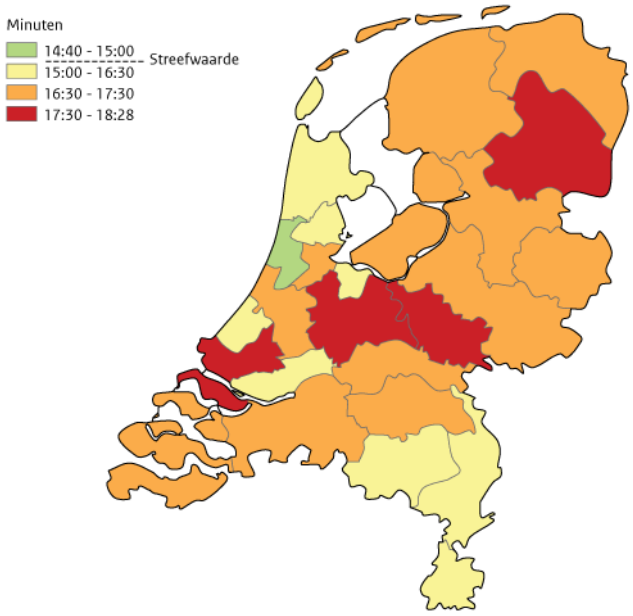
In een brief[45] aan de directie van de VRH wordt beschreven dat de RAVH "herkent dat de dekking van vrijwilligersinitiatieven zoals Hartslag.nu de afgelopen jaren fors is toegenomen. Echter, ondersteuning van de vier kazernes (Wassenaar, Maasdijk, Pijnacker-Nootdorp, Scheveningen en de Motor Ondersteuning Brandweer) als 'first responder' is nog steeds welkom."[46] Daarnaast nodigt de RAVH "medewerkers van de brandweer uit om zich aan te sluiten bij het initiatief van Hartslag.nu. Daarmee wordt het netwerk van vrijwilligers uitgebreid en kan een medewerker in de toekomst zelf bepalen óf hij deelneemt en óf hij gehoor geeft aan de melding." Tijdens het interview met de RAVH en GMH is eveneens de suggestie gestaan dat brandweermensen zich kunnen aanmelden als burgerhulpverlener. Daarbij wordt aangegeven dat dit niet alleen een morele, maar ook een financiële overweging betreft. "Want als je als vrijwillige brandweer via HartslagNu wordt gealarmeerd voor een reanimatieverzoek, dan gaat dat buiten je vrijwillige basis om van de brandweer. Word je via de brandweer gealarmeerd, dan gaat de meter lopen en kan je uren declareren."

4.3.3 Verkorten responstijden ambulance
Een veelgenoemde reden – zowel binnen de VRH als andere veiligheidsregio's – om ofwel met de FR-taak te starten of deze te continueren is de responstijd van de ambulancedienst. Een veelgenoemd alternatief voor de FR-taak is dan ook het verkorten van de responstijden van ambulances, bijvoorbeeld door het stationeren van extra ambulances.[47]

---

[44] Het is onduidelijk hoeveel brandweermensen zonder FR-taak in de VRH burgerhulpverlener zijn. Uit onderzoek uitgevoerd in Veiligheidsregio Zeeland blijkt dit percentage 68 procent te zijn (Van der Slikke, 2019).
[45] Ondertekend door Marnix Holsappel, 18 maart 2025, betreft Reactie RAVH op brief VRH inzake Inzet 'first responders'.
[46] Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de RAV Zeeland, waar men van mening was dat FR-kazernes niet noodzakelijk waren, omdat de burgerhulpverlening zich snel ontwikkelde en burgers als first responder konden optreden (Van der Slikke, 2019, p.8).
[47] "Sinds 2004 berekent het RIVM het aantal benodigde ambulances in het referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg, kortweg het referentiekader s&b genoemd. Dit referentiekader is een model voor de capaciteit van de 'rijdende dienst' van de Nederlandse ambulancezorg en berekent het aantal benodigde ambulances om aan de vraag naar ambulancezorg te voldoen. Het referentiekader s&b wordt jaarlijks geactualiseerd op basis van productiecijfers van de ambulancezorg van het voorgaande jaar." De berekening en normering van de bezettingsgraad per standplaats tot 60% resulteert erin dat o.a. de RAV Haaglanden extra ambulances toegewezen krijgt (RIVM, 2023).

Op basis van onderzoek van het Nivel (2019) gebruikt de ambulancesector sinds het voorjaar van 2024 de A0-urgentie ('directe inzet met grootst mogelijke spoed'). Deze nieuwe urgentie heeft geen gevolgen voor de aanrijdtijd van de ambulance, maar wordt wel met voorrang op de A1 urgentie gegeven (Keukens, 2024). In onderstaande figuur is de responstijdpercentage van A1-inzetten in 2023 weergegeven.[48] "In levensbedreigende situaties, waarbij sprake is van acute bedreiging van vitale functies van de patiënt, of situaties waarin deze bedreiging pas na beoordeling door ambulancezorgprofessionals kan worden uitgesloten, is het van belang dat de ambulance zo snel mogelijk ter plaatse is. Het 'responstijdpercentage ' laat het aantal minuten zien waarin 95 procent van de A1-inzetten (spoedeisende ambulance ritten) ter plaatse is. De streefwaarde voor het responstijdpercentage is 15 minuten." 95 procent van de A1-inzetten is ter plaatse binnen 16 minuten en 50 seconden (De Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2023). De gemiddelde respons is in de VRH 15 tot 16,5 minuut (De Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2023).



Figuur 4.4 Responstijdpercentage A1-inzetten 2023 per RAV-regio, het aantal minuten waarin 95 % van de A-1 inzetten ter plaatse is (De Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2023)

Standpunt van de rode en witte kolom

De directie brandweer heeft de ervaring gedeeld dat het niet bevorderlijk is voor de af-stemming tussen de rode en witte kolom over reanimaties (maar ook over in- en afhijsen van patiënten) dat het *private* ambulancediensten betreft (en geen publieke ambulancediensten). De beleving is dat vooral vanuit financieel oogpunt en het wettelijk juridische kader wordt geredeneerd. "En ik ben daar zelf ook niet zo van. Wat doe je voor de samenleving en voor de mensen die daar wonen? Die boeit het niet of het privaat of publiek [georganiseerd] is." Het is vooral van belang, zo wordt geconcludeerd, om te doen waar de samenleving om vraagt.

[48] Dergelijke percentages zijn nog niet beschikbaar voor de A0-urgentie. Wel is medio augustus een onderzoek van het Nivel (2025) gepubliceerd over "de betekenis van de implementatie van de VUI [verbeterde urgentie-indeling] vanuit het perspectief van de ambulancezorgprofessionals en patiënten". In dit rapport wordt een indicatie gegeven van de A0, A1 en A2 urgenties in 2024 en 2023 (pagina 30 en 31).

In een brief[49] aan de directie van de VRH wordt beschreven dat de “RAV Haaglanden erkentelijk [is] dat het sinds 2013 een beroep kan doen op de brandweer voor inzet als 'first responder'. Deze bijdrage helpt in situaties als een reanimatie waarbij tijdige hulp ertoe doet. Zeker wanneer het gebieden betreft waar tijdigheid onder druk staat. RAV Haaglanden doet er alles aan om ook deze gebieden goed en tijdig te bedienen, middels onder andere het blijven aantrekken van nieuwe verpleegkundigen en aandacht voor het strategisch plaatsen van ambulanceposten. Zo is in 2024 post Vrij Harnasch geopend en zal in 2025 een dependance in Nootdorp in gebruik worden genomen om ook in de 'Noordcirkel' de bereikbaarheid te verbeteren.” Desalniettemin, zo is aangegeven in het gesprek met de RAVH en de GMH, is het vanuit “objectief” en “rationeel” oogpunt bekeken logisch dat de ambulancecapaciteit niet overal even groot is: “Er zit vooral heel veel werk in de binnenring van de regio en in de buitenring wonen minder mensen, dus gebeurt ook minder. Dus heb je ook minder ambulancecapaciteit beschikbaar.”

4.4 Zienswijze witte en rode kolom

Op verschillende plekken in het rapport is beschreven welke keuzes de VRH (de ‘rode kolom’)[50] heeft gemaakt met betrekking tot het starten, inrichten, continueren en evalueren van de FR-taak op de vier kazernes. Daarnaast is vanuit het perspectief van de RAVH (de ‘witte kolom’)[46] beschreven wat haar visie is op het gebruik van een beademingsballon door de brandweer, dat ondanks de toename van het aantal burgerhulpverleners de ondersteuning van de vier FR-kazernes nog steeds welkom is en dat de RAVH erkentelijk is dat ze een beroep kan doen op de FR-kazernes tijdens reanimaties. Daarmee is al een eerste antwoord gegeven op de laatste deelvraag wat de zienswijze is van de witte kolom en rode kolom op de FR-taak. Hierop aanvullend is gedurende het onderzoek duidelijk geworden dat er weinig contact is tussen het management van de VRH en de RAVH (deze constatering wordt door verschillende andere veiligheidsregio’s herkend, zie ook paragraaf 4.2.2). Dit blijkt niet alleen uit de interviews met vertegenwoordigers van beide kolommen (procesniveau), maar bijvoorbeeld ook op praktisch niveau als het gaat om het onderling uitwisselen van kennis, ervaringen en procedures (bijvoorbeeld: reanimaties worden vrijwel nooit multi nabesproken en voor bijscholing vindt er alleen incidenteel en op basis van persoonlijke motivatie uitwisseling plaats). “Ik heb zelf nog nooit met de brandweer gesproken en misschien is dat ook wel goed om regulier te doen. Over hoe de samenwerking gaat, de bereikbaarheid in de stad, hoe gaat het gezamenlijk optreden en andere dingen? Dat je iets meer in gezamenlijkheid doet. Dat zou denk ik mijn pleidooi zijn.”

Dit pleidooi sluit aan bij de oproep van onderzoekers van het ARREST-onderzoek, waarin het belang wordt benadrukt van *meer centrale regie* (in combinatie met concrete acties en verder onderzoek), zodat het doel om bij een hartstilstand binnen 6 minuten een eerste schok te kunnen geven, wordt gehaald (UMC, 2024).

[49] Ondertekend door Marnix Holsappel, 18 maart 2025, betreft Reactie RAVH op brief VRH inzake Inzet ‘first responders’.
[50] Net als voor de vorige paragraaf geldt ook hier: op basis van de interviews met enkele vertegenwoordigers van de rode en witte kolom kan niet met zekerheid gezegd worden dat zij ‘de’ mening van ‘hun’ kolom vertegenwoordigen.

5 Conclusie

In dit onderzoek is – met behulp van literatuur, GMS-data en groepsinterviews – een antwoord gezocht op de volgende drie hoofdvragen:

1. Wat was de aanleiding voor de VRH om te starten met de FR-taak en op welke wijze en hoe vaak wordt de FR-taak binnen de VRH uitgevoerd?
2. Hoe ervaren brandweermensen de impact van de FR-taak?
3. Wat kan er met betrekking tot de organisatie van de FR-taak geleerd worden van ervaringen binnen en buiten de VRH?

5.1 De FR-taak binnen de VRH

Wettelijk gezien is het uitvoeren van reanimaties geen taak van de brandweer. Redenen waarom de VRH toch heeft besloten om te starten met de FR-taak zijn divers en hebben te maken met de langere aanrijdtijden van de ambulance ten opzichte van die van de brandweer, de beschikbaarheid en het benutten van getrainde en opgeleide brandweermensen en de zichtbaarheid van de brandweerorganisatie.

Alle repressieve brandweermensen hebben in de manschapopleiding geleerd te reanimeren volgens het LPLHB. Daarnaast wordt er een of twee keer per jaar een bijscholing in reanimeren gegeven. Bij een melding ‘Gezondheid-Reanimatie’ hanteert de MKB voor de VRH een werkinstructie. Vervolgens rukt een van de betreffende vier FR-kazernes (Pijnacker-Nootdorp, Wassenaar, Scheveningen en Maasdijk) uit als first responder in diverse samenstelling en met verschillend materieel. Daarnaast rukt ook de Motor Ondersteuning Brandweer (MOB) uit voor reanimaties. Na een reanimatie is er (doorgaans) formele (TCO) en informele collegiale steun beschikbaar. Vanuit de meldkamer wordt niet standaard TCO opgestart na een reanimatie door de brandweer, maar indien nodig kan de officier of bevelvoeder (al dan niet in overleg met de ploeg) dit zelf aanvragen. De nazorg na een reanimatie is op de reguliere wijze georganiseerd.

Tussen 2021 en 2024 zijn de vier FR-kazernes 384 keer gealarmeerd voor een reanimatiemelding.[51] De MOB is in die periode 59 keer gealarmeerd voor een dergelijke melding. Het is onbekend of zij daadwerkelijk zijn ingezet en/of het daadwerkelijk een reanimatie betrof. Op kazerne Scheveningen kwamen de meeste alarmeringen binnen, gevolgd door Pijnacker-Nootdorp, Wassenaar en Maasdijk. Voor de kazernes samen geldt dat de politie het vaakst als eerste ter plaatse was bij een reanimatiemelding (56 procent), gevolgd door de ambulance (22 procent) en de brandweer (21 procent). Alleen in Maasdijk was de brandweer vaker eerder ter plaatse dan politie en ambulance. Hoe vaak burgerhulpverleners als eerste ter plaatse waren is (bij de onderzoekers) onbekend.

[51] In een eerdere versie van dit onderzoeksrapport waren de gegevens in paragraaf 2.4.3 voor Maasdijk en de duiding daarvan niet juist. De betreffende passages in het rapport zijn aangepast, evenals de conclusie. Het algemene beeld over de vier onderzochte gebieden samen blijft ongewijzigd.

5.2 Impact van de FR-taak op brandweermensen

Of een reanimatie als ingrijpend wordt ervaren en wat de impact van reanimaties is, hangt af van zowel de belasting (omstandigheden van de reanimatie) als de belastbaarheid (persoonsafhankelijke omstandigheden). De volgende incident- en persoonsafhankelijke omstandigheden hebben volgens first responders invloed op hoe zij de mentale belasting van de FR-taak ervaren.

Van invloed op de mentale *belasting* zijn:
> Persoonskenmerken van het slachtoffer, zoals de leeftijd.
> Omstandigheden waaronder de reanimatie plaatsvindt, bijvoorbeeld of er (emotionele) omstanders (en meer specifiek: bekenden van het slachtoffer) aanwezig zijn.
> De functie (manschap, bevelvoerder of chauffeur) en rol (inzetnummer) die iemand heeft tijdens de reanimatie.
> De wijze waarop de reanimatie (hulpverlening) verloopt, met de eigen ploeg en eventueel met andere (burger)hulpverleners.

Van invloed op de mentale *belastbaarheid* zijn:
> Of het uitvoeren van reanimaties gezien wordt als een brandweertaak.
> De erkenning en waardering van de organisatie die brandweermensen al dan niet ervaren voor het uitvoeren van reanimaties.
> In hoeverre brandweermensen zich voldoende bekwaam voelen om de reanimatie uit te voeren.
> De mate waarin brandweermensen zich (sociaal) veilig voelen in de ploeg waarmee zij de reanimatie uitvoeren.
> Eerdere ervaringen met ingrijpende incidenten en specifiek reanimaties, denk aan het opstapeleffect.
> De persoonlijke omstandigheden en specifiek de mentale gezondheid van brandweermensen ten tijde van de reanimatie.

Verschillende first responders hebben aangegeven dat het gebruik van een beademingsballon de impact van reanimaties zou kunnen verminderen, omdat zij bij het gebruik ervan fysiek en ook mentaal meer afstand kunnen houden tot het slachtoffer tijdens het beademen.

FR-kazernes kunnen gealarmeerd worden voor medische noodsituaties die geen reanimatie (blijken te) zijn. Er zijn twee scenario's:
> Van tevoren is (in ieder geval) bij de meldkamer bekend dat het niet om een reanimatie gaat maar om een ander medische noodsituatie en stuurt een FR-ploeg naar de incidentlocatie.
> Op basis van de informatie aangeleverd door de melder wordt door de meldkamer een reanimatie-melding aangemaakt, maar ter plaatse blijkt het niet om een reanimatie te gaan.

De impact van dergelijke noodsituaties wordt omschreven als een slecht gevoel, frustratie, demotivatie en ook gevoelens van onmacht. Deze impact wordt voornamelijk veroorzaakt doordat FR-brandweermensen ervaren onvoldoende te zijn toegerust (met kennis en/of materiaal).

Op basis van GMS-data kan geconcludeerd worden dat TCO amper wordt ingezet door FR-ploegen na een reanimatie: sinds 2021 vijf keer. Dat TCO slechts beperkt wordt ingezet, sluit aan bij bevindingen uit andere veiligheidsregio's. Doorgaans wordt de voorkeur gegeven aan informele collegiale verwerking, waar men in het algemeen tevreden over is vanwege de mogelijkheid tot maatwerk.

5.3 Leerpunten organisatie FR-taak

Brandweermensen met een FR-taak zijn (doorgaans) positief over het feit dat door de FR-taak mensenlevens zijn gered en er is vertrouwen in de kwaliteit (qua handeling en samenwerking binnen de ploeg) die zij leveren tijdens 'reguliere' reanimaties. Daarnaast worden op verschillende thema's knelpunten ervaren. Zo geeft een deel van de first responders aan niet te begrijpen waarom er geen gebruikgemaakt kan worden van de beademingsballon; worden FR-ploegen gealarmeerd voor reanimaties die (ter plaatse) geen reanimatie (blijken te) zijn; voelen FR-ploegen zich doorgaans onvoldoende opgeleid voor situaties waarin meer medische kennis en middelen nodig zijn dan waarover zij beschikken (en bevoegd voor zijn). Ook vinden zij dat er onvoldoende realistisch wordt geoefend en wordt de samenwerking tijdens reanimaties met andere (burger)hulpverleners – met name politie en burgerhulpverleners – als wisselend ervaren. Daarnaast sluiten de behoeftes qua formele nazorg niet altijd aan bij wat TCO kan bieden en wordt er een gebrek aan communicatie over ontwikkelingen van de FR-taak ervaren. In andere veiligheidsregio's spelen min of meer vergelijkbare knelpunten. Over het antwoord op de vraag naar de toekomst van de FR-taak wordt door de veiligheidsregio's wisselend gedacht. Wel is men eensgezind in de behoefte om vaker ervaringen omtrent de FR-taak uit te wisselen en van elkaar te leren.

Een deel van de first responders is er sterk van overtuigd dat zij de FR-taak ook in de toekomst moeten blijven uitvoeren. Ze zijn opgeleid, beschikbaar en snel ter plaatse. Daarentegen zijn er ook first responders die van mening zijn dat zo snel mogelijk gestopt moet worden met de FR-taak, met name vanwege de medische situaties waarvoor zij ook worden opgeroepen maar waarvoor zij niet de juiste kennis en middelen hebben. Een reden voor de VRH om tot nu toe de FR-taak te continueren is vanwege de responstijd van de ambulancedienst. Een alternatief voor de FR-taak zou dan ook zijn dat de responstijden van ambulances worden verkort, bijvoorbeeld door het stationeren van extra ambulances. Daarnaast kunnen burgerhulpverleners een grotere rol spelen in het reanimatieproces. Burgers (maar ook brandweermensen) kunnen gestimuleerd worden om zich aan te melden als burgerhulpverlener bij bijvoorbeeld HartslagNu.

Om de juiste keuzes te maken over het al dan niet continueren van de FR-taak is door de directie brandweer (de 'rode kolom') aangegeven dat er in ieder geval aandacht moet zijn voor de mentale impact van deze taak. Er is echter vooral behoefte aan feitelijk onderzoek, om een gedegen afweging te kunnen maken. In de samenwerking met de RAVH (de 'witte kolom') is het met name van belang te handelen naar de behoeftes binnen de samenleving. Daarnaast is de RAVH van mening dat de ondersteuning van de vier FR-kazernes nog steeds welkom is en dat de RAVH erkentelijk is dat het een beroep kan doen op de FR-kazernes tijdens reanimaties.

5.4 Hoofdconclusie

Met behulp van onder andere de bovenstaande inzichten kan het management van de VRH zich herbezinnen over de vraag of, en zo ja op welke wijze, de VRH de FR-taak het beste kan organiseren.

Voor het eerste deel van de herbezinning bieden de onderzoeksresultaten geen eenduidig beeld. Het stoppen maar ook het continueren van de FR-taak heeft voor- en nadelen en voor- en tegenstanders. De voorstanders stellen bijvoorbeeld dat het voor slachtoffers altijd meerwaarde heeft als de brandweer uitrukt voor reanimaties, de tegenstanders benoemen onder andere dat de FR-taak geen brandweertaak is en zij bij medische noodsituaties over onvoldoende kennis en middelen beschikken.

Een belangrijke reden waarom in 2014 is gestart met de FR-taak en waarom de VRH de taak is blijven continueren, is omdat in bepaalde gemeenten de brandweer sneller ter plaatse kan zijn dan de ambulance. Het is anno 2025 de vraag of dit uitgangspunt nog actueel is, gezien de statistieken waaruit blijkt dat in de meeste gevallen de politie vaker sneller ter plaatse is dan de FR-ploegen. Het is onbekend of burgerhulpverleners (ook) sneller zijn. Vanuit deze gedachte redenerend is de meerwaarde van de FR-taak voor de brandweer niet zozeer dat zij als *eerste* ter plaatse kan zijn en kan beginnen met de reanimatie, maar wel dat zij – indien de situatie hierom vraagt – de reanimatie van politie en/of burgerhulpverleners kan overnemen. Daarnaast kan de brandweer (gezien de beschikbare mensen, kennis en materiaal) verdere ondersteuning bieden.

Mocht de VRH ervoor kiezen om de FR-taak te continueren, dan kan zij voortborduren op de goede punten die dit onderzoek inzichtelijk heeft gemaakt. Daarnaast is duidelijk geworden aan welke knelpunten op het gebied van middelen, vakbekwaamheid, alarmering, samenwerking met andere (burger)hulpverleners, nazorg en communicatie zij het beste aandacht kan schenken.

5.5 Discussie

De best passende onderzoeksmethode bij de doel- en vraagstelling van dit onderzoek was een kwalitatieve onderzoeksmethode. Op deze manier is inzichtelijk gemaakt hoe brandweermensen de FR-taak ervaren. In andere onderzoeken uitgevoerd in diverse veiligheidsregio's is daarentegen voornamelijk gekozen voor een kwantitatieve onderzoeksmethode, namelijk enquêtes. Het nadeel van die onderzoeksmethode is dat de diepgang van de resultaten beperkt wordt. Het voordeel is echter dat onderzoeksbevindingen gekwantificeerd kunnen worden. Nu was dit niet het doel van het huidige onderzoek, maar voortbordurend en aanvullend op dit onderzoek zou een enquête verspreid kunnen worden onder brandweermensen met (en/of zonder) een FR-taak om te meten hoe groot het draagvlak is voor bijvoorbeeld het stoppen met de FR-taak. Daarbij zou het ook interessant zijn om te onderzoeken hoe de (mentale) gezondheid van brandweermensen met en zonder een FR-taak is – al dan niet vergeleken met de algemene werkende bevolking – waardoor een eerste inzicht wordt verkregen in de mogelijke relatie tussen mentale gezondheid en de FR-taak.

Hoofdvraag 3 bevat twee deelvragen waarin gerefereerd wordt aan ‘de rode kolom’ en ‘de witte kolom’. Op basis van de interviews met (enkele) vertegenwoordigers van beide kolommen kan niet met grote stelligheid gezegd worden dat zij ‘de’ mening van ‘hun’ kolom vertegenwoordigen. Dit is eerder indicatief. Voor de ‘rode kolom’ zijn de directeur veiligheidsregio / commandant brandweer, de directeur brandweerzorg en vier teamhoofden geïnterviewd. Voor de ‘witte kolom’ heeft er een interview plaatsgevonden met het Hoofd Geneeskundige Meldkamer Haaglanden en met een bestuurder van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) Haaglanden.

6 Literatuurlijst

Andréll, C., Dankiewicz, J., Todorova, L., Olanders, K., Ullén, S. & Friberg, H. (2022). Firefighters as first-responders in out-of-hospital cardiac arrest - A retrospective study of a time-gain selective dispatch system in the Skåne Region, Sweden. *Resuscitation*, 179, 131-140. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2022.08.012

Ambulancezorg Nederland (2023). *Kwaliteitskader first responders reanimatiezorg*. https://www.reanimatieraad.nl/app/uploads/2024/03/Volledige-Kwaliteitskader-First-responders-reanimatiezorg.pdf

Amsterdam UMC (2024, 28 oktober). *Amsterdam UMC-onderzoek bewijst noodzaak van snelle eerste schok bij hartstilstand*, geraadpleegd op 10 juli 2025, https://www.amsterdamumc.org/nl/vandaag/amsterdam-umc-onderzoek-bewijst-noodzaak-van-snelle-eerste-schok-bij-hartstilstand.htm

Armstrong, D., Shakespeare-Finch, J. & Shochet, I. (2016). Organizational Belongingness Mediates the Relationship Between Sources of Stress and Posttrauma Outcomes in Firefighters. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *8*(3), 343-347.

ARQ (2025). *Richtlijn psychosociale ondersteuning binnen hoog-risico beroepen*, geraadpleegd op 4 augustus 2025, https://arq.org/sites/default/files/2025-03/ARQ%20Richtlijn%20Psychosociale%20ondersteuning%20hoog%20risicoberoepen_2024_WEBVERSIE%20%281%29.pdf

ARQ/IVP (2024). *Toolbox Psychosociale Ondersteuning voor Veiligheidsregio's*, geraadpleegd op 4 augustus 2025, https://expertisebureau-risicobeheer-2023.s3.amazonaws.com/media/Toolbox-PSO-VRs-NIPV_DEF.pdf

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing Narrative Literature Reviews. *Review of General Psychology, 1*(3), 311-320. https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311

Brandweer Nederland (2025). *Reanimatie door de brandweer. Wanneer wordt de brandweer gealarmeerd?*, geraadpleegd op 30 juni 2025, https://www.brandweer.nl/onderwerpen/reanimatie/

Brazil, A. (2017). Exploring Critical Incidents and Postexposure Management in a Volunteer Fire Service. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, *26*(3), 244-257.

Carleton, R.N., Afifi, T.O., Turner, S., Taillieu, T., Duranceau, S., LeBouthillier, D.M., Sareen, J., Ricciardelli, R., MacPhee, R.S., Groll, D., Hozempa, K., Brunet, A., Weekes, J.R., Griffiths, C.T., Abrams, K.J., Jones, N.A., Beshai, S., Cramm, H.A., Dobson, K.S., Hatcher, S., Keane, T.M., Stewart, S.H. & Asmundson, G.J.G. (2018). Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *63*(1), 54-64.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020, 6 maart). Hulpverlening steeds belangrijker deel inzet brandweer. *Centraal Bureau Voor de Statistiek*. CBS.nl Geraadpleegd op 23 februari 2024, van https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/10/hulpverlening-steeds-belangrijker-deel-inzet-brandweer

Dangermond, K., Weewer, R., Duyndam, J. & Machielse, A. (2022a). “A sight you’ll never forget.” Why firefighters experience certain incidents as critical, and the impact of such incidents on individual firefighters and fire crews. *International Journal of Emergency Management*, *17*(3-4), 296-312. https://doi.org/10.1504/IJEM.2022.125166

Dangermond, K., Weewer, R., Duyndam, J. & Machielse, A. (2022b). “The profession is just different.” Why noncareer and career firefighters have different experiences with critical incidents, and the role of informal peer support in processing them. *Professional Psychology: Research and Practice*, Sep 01. https://doi.org/10.1037/pro0000484

Dangermond, K., Weewer, R., Duyndam, J. & Machielse, A. (2022c). “The problem hasn’t changed, but you’re no longer left to deal with it on your own.” The role of informal peer support in helping firefighters cope with critical incidents. *International Journal of Emergency Services*, *11*(2),300-311. https://doi.org/10.1108/IJES-02-2021-0007

De Staat van Volksgezondheid en Zorg (2023). *Ambulance-inzetten: responstijdpercentage A1-inzetten*, geraadpleegd op 8 augustus 2025, https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/ambulance-inzetten-responstijdpercentage-a1-inzetten

Fraess-Phillips, A., Wagner, S. & Harris, R. L. (2017). Firefighters and traumatic stress: a review. *International Journal of Emergency Services*, *6*(1), 67-80.

Gaspar, V., & Leene, M. (2025). *Brandweer in Europa. Een vergelijking van de brandweerstelsels in Nederland, Duitsland, België, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Zweden.* NIPV.

HartslagNu (2023, 5 april). *Aantal actieve burgerhulpverleners neemt toe*, geraadpleegd op 25 juli 2025, https://hartslagnu.nl/nieuws/aantal-actieve-burgerhulpverleners-neemt-toe/

Hartstichting (2023, 25 april). *Zorgelijke trendbreuk: stijging sterfte door hart- en vaatziekten*, geraadpleegd op 8 augustus 2025, https://www.hartstichting.nl/nieuws/zorgelijke-trendbreuk-stijging-sterfte-door-hart-en-vaatziekten#:~:text=Sinds%202015%20overleden%20steeds%20minder,(23%20procent)%20de%20doodsoorzaak.

Hartstichting (2025a). *Cijfers hart- en vaatziekten*, geraadpleegd op 6 augustus 2025, https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/cijfers-hart-en-vaatziekten

Hartstichting (2025b). *Verschil hartinfarct, hartfalen en hartstilstand*, geraadpleegd op 24 juni 2025, https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/verschil-hartinfarct-hartfalen-en-hartstilstand

Hartstichting (2025c). *Wat is een AED?*, geraadpleegd op 25 juli 2025, https://www.hartstichting.nl/help-mee-met-tijd/reanimatie/aed/wat-een-aed

Hartstichting (2025d). *Mist jouw buurt een AED?*, geraadpleegd op 25 juli 2025, https://www.hartstichting.nl/help-mee-met-tijd/reanimatie/aed

Hartstichting (2025e). *Word burgerhulpverlener*, geraadpleegd op 25 juli 2025, https://www.hartstichting.nl/help-mee-met-tijd/reanimatie/word-burgerhulpverlener

Hartstichting (2025f). *Reanimatieonderwijs op school*, geraadpleegd op 25 juli 2025, https://www.hartstichting.nl/help-mee-met-tijd/reanimatie/reanimatieonderwijs-op-school#:~:text=Vanaf%2014%20jaar%20kunnen%20jongeren,reanimatielessen%20op%20de%20middelbare%20school.

Hasselqvist-Ax, I., Nordberg, P., Herlitz, J., Svensson, L., Jonsson, M., Lindqvist, J., Ringh, M., Claesson, A., Björklund, J., Andersson, J.A., Ericson, C., Lindblad, P., Engerström, L., Rosenqvist, M., & Hollenberg, J. (2017). Dispatch of Firefighters and Police Officers in Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Nationwide Prospective Cohort Trial Using Propensity Score Analysis. *Journal of the American Heart Association*, *6*(10). https://doi.org/10.1161/JAHA.117.005873

Heins, J., Sevat, R., & Werkhoven, C. (2009). *Mentale belastbaarheid. De accu, uitleg en adviezen voor mensen met verminderde energie*, geraadpleegd op 22 augustus 2025, https://www.heliomare.nl/media/2963/accufolder.pdf

Isaac, G. M. & Buchanan, M. J. (2021). Extinguishing Stigma among Firefighters: An Examination of Stress, Social Support, and Help-Seeking Attitudes. *Psychology*, *12*, 349-373. https://doi.org/10.4236/psych.2021.123023

Jeannette, J.M. & Scoboria, A. (2008). Firefighters preferences regarding post-incident intervention. *Work & Stress*, *22*(4), 314-326.

Kehl, D., Knuth, D., Hulse, L. & Schmidt, S. (2014). Posttraumatic reactions among firefighters after critical incidents: Cross-national data. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, *23*(8), 842-853.

Keukens, S. (2024). *De inzet en rol van de brandweer bij reanimaties. Een evaluatie naar het optreden van Brandweer Flevoland en Brandweer Gooi en Vechtstreek bij reanimaties*.

Molenaar, B. (2025). *Hart voor de zaak. Hoe de uitvoering van medische hulpverlening het mentale welzijn en de motivatie van brandweermensen in Veiligheidsregio Zaanstreek-Waterland beïnvloedt*. [MCPM-scriptie].

Nederlandse Reanimatieraad (2025a). *Elke seconde telt*, geraadpleegd op 25 juni 2025, https://www.reanimatieraad.nl/alles-over-reanimeren/wat-is-reanimeren/

Nederlandse Reanimatieraad (2025b). *Overlevingskans en kwaliteit van leven*, geraadpleegd op 24 juni 2025, https://www.reanimatieraad.nl/alles-over-reanimeren/overlevingskans-en-kwaliteit-van-leven/

NIPV (2025). *Landelijk Protocol Levensreddend Handelen door de Brandweer*, versie 4.1, geraadpleegd op 28 juli 2025, https://nipv.nl/wp-content/uploads/2025/02/20250227-NIPV-BWNL-LPLHB-4_1.pdf

Nivel (2019). *Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen*, geraadpleegd op 10 juli 2025, https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_urgentie_ambulancezorg.pdf

Nivel (2025, 19 augustus). *Verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg biedt meer duidelijkheid bij levensbedreigende situaties*, geraadpleegd op 9 september 2025, https://www.nivel.nl/nl/nieuws/verbeterde-urgentie-indeling-ambulancezorg-biedt-meer-duidelijkheid-bij-levensbedreigende

NOS (2021, 6 december). *Reanimeren binnen 6 minuten nu mogelijk in heel Nederland*, geraadpleegd op 25 juli 2025, https://nos.nl/artikel/2408416

NOS (2023, 2 januari). *Derde van de burgerhulpverleners niet meer gealarmeerd bij een reanimatie*, geraadpleegd op 25 juli 2025, https://nos.nl/artikel/2458450

Oliveira, L., Fernandez, J., & Ramos, C. (2023). Cumulative trauma and mental decline in first responders. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *15*(2), 112-125.

RIVM (2023, 11 juli). *Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2023*, geraadpleegd op 8 augustus 2025, https://www.rivm.nl/documenten/referentiekader-spreiding-en-beschikbaarheid-ambulancezorg-2023

Sandrin, É,, Gillet, N., Fernet, C., Leloup, M., & Depin-Rouault, C. (2019). Effects of motivation and workload on firefighters' perceived health, stress, and performance. *Stress and Health*, *35*(4), 447-456.

Serrano-Ibáñez, E. R., Corrás, T., Del Prado, M., Diz, J., & Varela, C. (2022). Psychological Variables Associated with Post-Traumatic Stress Disorder in Firefighters: a Systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, *24*(4), 2049-2066.

Stanley, I. H., Boffa, J.W., Hom, M. A., Kimbrel, N.A. & Joiner, T. E. (2017). Differences in psychiatric symptoms and barriers to mental health care between volunteer and career firefighters. *Psychiatry Research*, 247, 236-242.

SVDL (2019). *Evaluatie AED-taak Veiligheidsregio Utrecht*.

UMC (2024, 28 oktober). *Amsterdam UMC-onderzoek bewijst noodzaak van snelle eerste schok bij hartstilstand*, geraadpleegd op 7 augustus 2025, https://www.amsterdamumc.org/nl/vandaag/amsterdam-umc-onderzoek-bewijst-noodzaak-van-snelle-eerste-schok-bij-hartstilstand.htm

Van der Slikke, L. (2019). *Het zoeken van balans tussen verschillende belangen. Een onderzoek naar een gepaste toekomstontwikkeling met betrekking tot first responder*

brandweer passend binnen de verantwoordelijkheden van veiligheidsregio Zeeland. [scriptie Integrale Veiligheidskunde]

Van Eldijk, W. & Ottink, M. (z.d.). *Verbetervoorstel First Responder Brandweer*. VRH.

Van Huisstede, Y. (2023). *First Responder Onderzoek*. VRH.

Veiligheidsregio Haaglanden (2018). *Projectplan first responders taak brandweer*.

Veiligheidsregio Haaglanden (2024, 7 november 2024). *Notitie betreft Vervolg FR gebruik beademingsballon*.

Veiligheidsregio Midden- en West-Brabant (2023). *Inzet brandweerpersoneel bij reanimatiemeldingen*.

Veiligheidsregio Utrecht (2021). Agendapunt AB Veiligheidsregio Utrecht, geraadpleegd op 1 juli 2025 op https://vru-prd-minio.fourdigits.nl//media/documents/AB20211108-08-1_Oplegger_AB_-_Evaluatie_uitvoering_AED-taak.pdf

Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond (2019). *Evaluatie inzet brandweerpersoneel bij reanimatiemeldingen*.

Wet veiligheidsregio's. (2024). Geraadpleegd op 30 januari 2025, van https://wetten.overheid.nl/BWBR0027466/2024-01-01#Paragraaf4

Wilkinson, S. (1998). Focus group methodology: a review. *International Journal of Social Research Methodology*, 1(3), 181-203. https://doi.org/10.1080/13645579.1998.10846874

Bijlage 1
Overzicht interne documenten VRH

Tabel B1.1

Map	Naam document
Behandelformulieren	2024-03-27 Behandelformulier Onderzoeksvoorstel first responder.pdf
	Behandelformulier (verwantenavonden).docx
Documenten 2015	Def Evaluatierapport First Responder Brandweer 11-06-2015.docx
	plan van aanpak AED.docx
	werkdocument_ AED beleidsstuk 12-11-2013.docx
Projectplan	202310 First Responder – Richting en inrichting in de VRH.pdf
	Behandelformulier Uitrol AED first responder.docx
	First responder; onderzoek impact, evaluatie opleiding en workshop MW versie 1-6.docx
	projectplan first responder taak brandweer 4.docx
Verslagen	First Responder updates.docx
	Kick off First Responder.docx
	verslag FR 07-05.docx
ZIP uitgepakt	046 RI_E pilot first responder.pdf
	Behandelingsformulier MT-B 4 juni.docx
	Concept Evaluatierapport First Responder Brandweer 01-06-2015 (2).docx
	Concept Evaluatierapport First Responder Brandweer 01-06-2015 (2).pdf
	consequentie od aed.docx
	Def Evaluatierapport First Responder Brandweer 11-06-2015.docx
	Def Evaluatierapport First Responder Brandweer 11-06-2015.pdf
	evaluatieformulier AED inzet blanco 2.0.docx
	evaluatieformulier AED inzetten 2014 versie 2.docx
	Evaluatierapport AED.docx
	Evaluatierapport First Responder Brandweer def.docx
	geen rea kaart groot witte letters zonder O2.doc
	Informatie AED project Brandweer Haaglanden.docx
	Inzetten overzicht AED 2014.xlsx
	plan van aanpak AED v4.0.pdf

Map	Naam document
	plan van aanpak AED.docx
	projectplan AED.docx
	rea kaart aangepast groot witte letters zonder O2.doc
	SCENARIO BEROEPS NIEUW zonder O2.xlsx
	SCENARIO VRIJWILLIGERS NIEUW zonder O2.xlsx
	Vernieuwde repressie_stand van zaken_project firstresponder aed.docx
	Vernieuwde repressie_stand van zaken_project thv.docx
	VLABCD.docx
	Voortgangsrapportage aed september 2014.docx
2023-10 First Responder – Richting en inrichting in de VRH.pdf	
202310 First Responder – Richting en inrichting in de VRH.pdf	
2024-05-07 Onderzoeksvoorstel naar de first responder taak in de VRH.pdf	
Nieuwe documenten (17-01-2024)	First Responder onderzoek impact, evaluatie opleiding & evaluatie workshop mentale weerbaarheid.docx
	First responder; onderzoek impact, evaluatie opleiding en workshop MW versie 13-6.docx
	FR onderzoek.docx
Nieuwe documenten (20-01-2024)	
Evaluatie basisopleiding FR	Evaluatie basisopleiding First Responder versie 3 mei 2023.docx
	Evaluatie basisopleiding First Responder versie 30 maart 2023.docx
Evaluatie workshop mentale weerbaarheid Triangular Group	Evaluatie workshop mentale weerbaarheid Triangular Group (7 feb) .docx
	Notulen 20230207 Weerbaarheidstraining Pino VRH.pdf
FR onderzoek	FR onderzoek - feedback SvD.docx
	FR onderzoek.docx
Verbetervoorstel First responder (definitief).pdf	

Bijlage 2
Verklaring deelname onderzoek

Ik, ……., verklaar hierbij het volgende:

- Ik begrijp wat het doel is van het onderzoek waaraan de onderzoekers, Laura Broeren en Karin Dangermond, mij hebben gevraagd deel te nemen.
- Ik doe uit vrije wil mee aan dit onderzoek.
- Ik ben op de hoogte van de mogelijkheid om mijn eigen deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten.
- Ik geef toestemming aan de onderzoeker om de gesprekken op te nemen en uit te werken met behulp van Amberscript (een softwareprogramma dat gespreksopnames uitschrijft).
- Ik begrijp dat de resultaten van dit onderzoek gebruikt kunnen worden voor wetenschappelijke doeleinden en gepubliceerd kunnen worden.
- De data zullen vertrouwelijk worden verwerkt binnen elke fase van het onderzoek.
- Ik weet dat ik voor vragen, klachten of verdere informatie over het onderzoek, de onderzoeker kan contacteren op e-mailadres: karin.dangermond@nipv.nl.
- Ik heb eventuele vragen over de inhoud over deze verklaring en het onderzoek kunnen stellen aan de onderzoeker en deze zijn naar tevredenheid beantwoord.

Bijlage 3
Topiclijst repressieve brandweermensen met een FR-taak

De topiclijst is gedurende het onderzoek op detailniveau aangepast. Ook verschilt de topiclijst in enkele details tussen de beroepsploegen (van Wassenaar, Pijnacker-Nootdorp en Scheveningen), de vrijwilligersploegen (van Wassenaar en Maasdijk) en de MOB.

Inleiding

Onderwerp leeft

> Proefschrift
> In de media: aanrijdtijden ambulances
> Andere regio's
    - Starten
    - Afbouwen, met name vanwege link PTSS

Waarom bij elkaar? Doel onderzoek:

> De Brandweer Haaglanden wil opnieuw nadenken over de richting en toekomst van de FR-taak.
> Input leveren aan het management van de Brandweer Haaglanden aan hun fundamentele herbezinning over of en zo ja op welke wijze de VRH de FR-taak het beste kan organiseren.

Onderzoeksvragen

> Op welke wijze en hoe vaak wordt de FR-taak binnen de VRH uitgevoerd?
> Hoe ervaren brandweermensen de uitvoering van de FR-taak?
> Wat is de zienswijze van verschillende stakeholders met betrekking tot de FR-taak?

Interview in relatie tot de rest van het onderzoek

> Begin van het onderzoek
> Vier thema's:
    - Totstandkoming en organisatie FR-taak
    - Vakbekwaamheid
    - Werkwijze
    - Impact
    - Mogelijke alternatieven

Verklaring deelname onderzoek bespreken en ondertekenen
Opname starten?

Voorstelronde

> Naam, functie, voor/na [jaartal waarin FR-kazerne is gestart met FR-taak] in dienst
> Medische hoofdbaan/hoofdbaan met ingrijpend incident mogelijkheid? Burgerhulpverlener?

Totstandkoming/organisatie FR-taak

> Wat waren de eerste reacties op dit verzoek (mededeling?), in [jaartal gestart met FR-taak op de kazerne]?
    - Is de FR een brandweertaak?
> Voldoende op de hoogte van ontwikkelingen en voortgang op dit onderwerp?
> “Ploegen ervaren geen eigenaarschap, waardoor ze niet weten bij wie ze aan moeten kloppen met ideeën en problemen en ze gevoelsmatig tussen wal en schip zijn beland”. Herkenbaar?
> Als opnieuw: dan hetzelfde?
    - Kansen
    - Knelpunten

Vakbekwaamheid

> Voldoende voorbereid (controle) op FR-taak?
> Aandacht voor vakbekwaam worden in 2019?
> Aandacht voor vakbekwaam blijven?
    - Uitvoering FR-taak
    - Omgaan agressie/geweld?
    - Samenwerking politie (eigen protocol) en andere hulpdiensten?
    - Wordt er voldoende realistisch geoefend?
    - Rijden prio1?
> Als opnieuw: dan hetzelfde?
    - Kansen
    - Knelpunten

Werkwijze

> Alarmering
    - Mogelijkheid om ‘nee’ te zeggen?
        - Tijdelijk/altijd
    - Van nummer wisselen?
    - Aflossers?
> Uitrukvoertuig en bemensing
    - Met welk voertuig wordt er uitgerukt?
    - Met hoeveel mensen wordt er uitgerukt?
    - Prio 1 en 2?
> Middelen
    - Voldoende om goed te kunnen (oefenen met) reanimeren?
> Samenwerking hulpdiensten tijdens reanimatie
    - Het Kwaliteitskader stelt dat alle first responders gelijk zijn. Wat betekent dat de achtergronden van verschillende ketenpartners (politie, brandweer,

burgerhulpverlener) geen (hiërarchische) rol spelen bij het uitvoeren van reanimaties. Politie of brandweer hebben vanuit hun functie dan ook niet per definitie de leiding bij een reanimatie totdat een ambulance-eenheid ter plaatse is. > hoe zit dit in de praktijk?
    - Wat als eerste ter plaatse? En tweede?
> Beschermen van elkaar tegen:
    - Onnodige blootstelling/netvliesvervuiling?
    - Opstapeleffect?
> Als opnieuw: dan hetzelfde?
    - Kansen
    - Knelpunten

[check vooraf; voelt iedereen zich comfortabel genoeg om te spreken over de impact van ingrijpende incidenten?]

[terugkoppeling aantal alarmeringen reanimaties FR-kazerne de afgelopen jaren]

Impact

> Met welk gevoel kijk je terug op de reanimaties die je hebt uitgevoerd?
    - Is dat gevoel veranderd gedurende de tijd/jaren?
> Zijn reanimaties altijd ingrijpend voor jou?
    - Welke omstandigheden maken dat een reanimatie als ingrijpend wordt ervaren?
    - Wat maakt dat een reanimatie niet als ingrijpend wordt ervaren?
> Welke rol spelen omstanders bij een reanimatie?
> Wat doe je als je merkt dat een reanimatie waarschijnlijk geen kans van slagen heeft en de medicus nog niet heeft vastgesteld dat iemand overleden is?
> Wat is de impact van meldingen van medische noodsituaties die geen reanimaties blijken te zijn?
    - Wel of geen impact? Waarom?
    - Hoe vaak komt het voor?
    - Rol improviseren?
> Hoe is de nazorg na reanimaties geregeld?
    - Formele nazorg (TCO)
        - Wordt TCO ook ingeschakeld buiten GMS om?
        - Wanneer wel/niet en waarom
        - Rol leidinggevende (BV/ploegchef)
        - Belemmeringen? (groepsdruk, leidinggevende, tijdstip, etc.)
    - Informele nazorg
        - Wanneer wel/niet
        - Rol leidinggevende (BV/ploegchef)/collega's (maatje)/thuisfront
        - Belemmeringen? (groepsdruk, leidinggevende, tijdstip, etc.)
> Hoe ervaren jullie de nazorg – formeel/informeel – na reanimaties?
    - Ervaar je voldoende ondersteuning?
    - Sluit aan bij wensen?
    - Wat gaat er goed?
    - Wat kan er beter?
    - Individuele nazorg?
    - Korte/lange termijn
> Informele en formele collegiale ondersteuning na een reanimatie vs. na een 'regulier' incident?
> Ervaar je voldoende erkenning voor de FR-taak? En waardering?

    - Waarom wel/niet en hoe/van wie?
> Hoe ervaren jullie de belasting (wat er mentaal van je gevraagd wordt) van de FR-taak?
> Hoe ervaren jullie de belastbaarheid (wat je mentaal aankan) van de FR-taak?
> Als opnieuw: dan hetzelfde?
    - Kansen
    - Knelpunten

Mogelijke alternatieven

> Welke alternatieven (kansen) bestaan er voor de uitvoering van de FR-taak?
    - Alleen uitrukken door brandweer als ambu niet zorgdekkend is?
    - Overlaten aan burgerhulpverleners?
        - Wie is er burgerhulpverlener?
> Hoe kijken jullie aan tegen dergelijke initiatieven?
    - kansen/knelpunten
> Wat als de FR-taak stopt in Pijnacker-Nootdorp? En in de rest van de regio?

Toekomst

> Wat wil je de regio meegeven als tip? En als top?

Afronding

> 21 mei laatste interview
> In de zomer van 2025 opleveren rapport
> Publicatie mede afhankelijk van VRH
> Op de hoogte gehouden worden zodra gepubliceerd?

Bijlage 4 Overzicht respons veiligheidsregio's

Hebben brandweermensen First responder (FR) taken?	• Ja (VGGM; VRAA; VRBN; VRGZ; VRMWB; VRRR; VRZ; VRZaWa; VRU; *VRH*) • Nee (VNOG; VRT; VRZL) -> zie volgende tabel
Rukken alle kazernes uit voor de FR-taak? Indien niet, waarom niet?	• Ja (VGGM; VRAA; VRBN; VRMWB; VRRR; VRZaWa; VRU) • Nee (VRGZ; VRZ; *VRH*) Toelichting 'ja' • Aantal posten reanimeerde al voor de regionalisering. Sinds 2014 zijn alle posten (sommige gefaseerd) overgegaan tot reanimatie. (VGGM) • Ja, binnen de VRBN zijn alle posten vraaggestuurd alarmeerbaar voor reanimatiemeldingen. De meldkamer Ambulancezorg, maakt de afweging om de brandweer te alarmeren. (VRBN) • Sprekend over specifiek **reanimaties:** Bij behoefte ja. In basis enkel de 6 beroepskazernes binnen een vooraf bepaald 6 minuten gebied. Dit geldt ook voor beide dagdienstkazernes tijdens bezettingsuren. Daarnaast rukt VLB Gilze-Rijen binnen een gebied van 6 minuten uit voor deze taak. Daarnaast een specifiek team met een BLS taak te Baarle-Nassau. Sprekend over de specifieke taak **FirstResponder:** Enkel Baarle-Nassau rukt uit als BLS team, dit ivm de lange opkomsttijd in dit gebied van een ambulance. (VRMWB) Toelichting 'nee' • Nee, 26 vrijwillige posten. 8 posten niet, o.a. de 2 beroepsposten (geen meerwaarde, veel ambu's in Nijmegen die eerder zijn, andere vrijwillige posten willen deze taak niet. (VRGZ) • *Binnen de VRH rukken 4 kazernes uit voor de FR-taak.*
Sinds wanneer wordt de FR-taak uitgevoerd?	• Aantal posten reanimeerde al voor de regionalisering. Sinds 2014 zijn alle posten (sommige gefaseerd) overgegaan tot reanimatie. (VGGM) • Sinds 2000. (VRAA)

	• Oktober 2022 (VRBN) • Ergens rond 2010 gestart als pilot bij een aantal posten. (VRGZ) • 2013 door de beroepsposten, geëvalueerd in 2015, structureel karakter, vrijwillige posten zien we vaker gealarmeerd worden sinds ontstaat OCB ZeBra, daarnaast actief gestuurd op het aanmelden van vrijwilligers aan netwerk hartslagNU. (VRMWB) • 2007 (VR RR) • 2011 (VRZ) • Sinds januari 2024 door alle posten. Daarvoor door de beroeps en enkele vrijwillige posten. Hoe lang onbekend. (VRZaWa) • Sinds 2015 regiobreed (alle posten). Sinds 2010 een beperkt aantal posten (pilotfase). (VRU) • *Binnen de Veiligheidsregio Haaglanden (VRH) hebben de kazernes Maasdijk (sinds 2021), Scheveningen (sinds 2019), Pijnacker-Nootdorp (sinds 2014) en Wassenaar (sinds 2014) een first responder taak.*
Waarom zijn jullie begonnen met de FR-taak?	• Omdat wij een bredere paraatheid hebben tov de ambulancedienst en wij vaak eerder ter plekke kunnen zijn. (VGGM) • De VrAA is hiermee begonnen naar aanleiding van het ARREST onderzoek vanuit het AMC/dokter Koster, hartchirurg. Wij waren het eerste korps in Nederland wat ging uitrukken met de AED om nut en noodzaak te onderzoeken. “Ik weet dat de overlevingskansen, samen met Twente die ook mee deden in de studie, van 17 procent naar 24 procent zijn gestegen.” (Bron: Daniel van Dam, Kennisregisseur van het Programma Duurzame Inzetbaarheid). (VRAA) • In 2020 heeft de RAV, de brandweer Brabant-noord verzocht te ondersteunen bij reanimatiemeldingen vanwege de COVID-19 pandemie. De doelstellingen ten aanzien van de FR-taak vanuit BBN zijn:1. Het creëren van maatschappelijke meerwaarde, het doel is om de burger zo goed en snel mogelijk te helpen. 2. Harmonisatie van processen en protocollen. Door de invoering van de reanimatietaak is er sprake van eenduidigheid binnen alle gemeenten en posten. (VRBN) • Ter overbrugging van opkomsttijden ambu (VRGZ) • Opdracht van directie veiligheidsregio, de regio heartsafe te maken. (VRMWB) • Aanrijtijden van ambulances waren lang en belang starten binnen 6 minuten werd gezien. Er zijn nu voorzichtige gesprekken gaande of de brandweer minder vaak gealarmeerd kan/ hoeft te worden. (VRRR) • Onder de gemeentelijke regeling als pilot (VRZ) • Oorspronkelijke reden onbekend (omdat we het altijd al deden?) – sinds januari 2024 op verzoek van gemeente/ bestuur. (VRZaWa)

- Verzoek vanuit het bestuur. (VRU)
- *In 2013 heeft de VRH besloten om in de daaropvolgende jaren de incidentbestrijding te vernieuwen, meer vraag- en risicogericht te gaan werken en aan te passen aan de eisen en verwachtingen van de maatschappij. Destijds zijn er meerdere projecten uitgevoerd als onderdeel van het programma 'Vernieuwde Repressie' om na te gaan op welke wijze de brandweer de incidentbestrijding kan vernieuwen. Eén van deze projecten was het project 'first responder brandweer'.*

Kunnen er regionale cijfers gedeeld worden over het aantal meldingen, alarmeringen en/of ter plaatse komen van de brandweer tussen 2021 tot heden?

Regio	Jaar	Aantal meldingen	Aantal alarmeringen	Aantal keer ter plaatse	Opmerkingen
VGGM	2021	473	343	47%	FRB 1ste ter plaatse (bij daadwerkelijke reanimatie). Het aantal alarmeringen FRB is niet zuiver omdat niet elke alarmering daadwerkelijk om hartfalen gaat. Het aantal FRB-alarmeringen is redelijk stabiel ten opzichte van voorgaande jaren. Jaarlijks wordt de FRB ruim 400 keer met de ambulancedienst mee-gealarmeerd. Van deze alarmeringen is er volgens de ambulancedienst in +/- 300 keer sprake van een daadwerkelijke reanimatie. Bovenstaande tabel laat zien dat de brandweer in 2023 in 67% van de gevallen als eerste ter plaatse was bij een daadwerkelijke reanimatie. In 2022 was dit nog 64%.
	2022	515	352	64%	
	2023	467	434	67%	
	2024	-	-	-	
VRAA	2021	950	1156	-	> Aantal meldingen (VrAA gebruikt "Incident": meldingen waar één of meerdere brandweereenheid/-heden voor wordt/worden gealarmeerd. Cijfers meldingen zijn (nog) niet inzichtelijk). Cijfers o.b.v. meldingsclassficatie 'Gezondheid / Reanimatie / - '
	2022	1080	1302	-	
	2023	1091	1307	-	

	2024	1056	1269	-	> Aantal alarmeringen (er kan bv een RV of OvD worden mee gealarmeerd, afhankelijk van de soort reanimatie of locatie): > Ter plaatse: Deze cijfers registreren wij niet expliciet; bij ter plaatse komen wordt niet altijd gestatust. Dit zou dan betekenen dat de eenheid niet ter plaatse was, maar dat hoeft niet het geval te zijn. Aan de inzetduur is ook te zien dat deze langer was dan alleen de verwerkingstijd meldkamer + uitruktijd. Het is mij bekend dat het NIPV dit wel doet maar het is mij niet bekend van welke data het NIPV dan uit gaat.
VRBN	2021	-	30	18	Aantal meldingen (VRBN): Hier konden wij geen inzicht in krijgen.
	2022	-	88	65	
	2023	-	97	81	
	2024	-	107	82	
VRMWB	2021	1129	378	288	Daadwerkelijk uitgerukt (VRMWB): - 2021: 329 - 2022: 383 - 2023: 354 - 2024: 311
	2022	1203	437	338	
	2023	1120	401	312	
	2024	1093	356	288	

		Aantal meldingen	Aantal alarmeringen	Aantal keer ter plaatse	Opmerkingen
VRRR	2021	1794	1384	1229	Aantal betreft meldingen/alarmeringen vanuit de meldkamer met als classificatie reanimatie, dit hoeft geen daadwerkelijk een reanimatie te zijn.
	2022	1881	1464	1282	
	2023	1831	1465	1258	
	2024	1811	1461	1276	
VRZ	2021	-	77	-	Aantal alarmeringen: Alle inzetten waarbij de brandweer is gevraagd bij de meldingsclassificatie reanimatie. Dus ook tilassistenties en afhijsingen.
	2022	-	120	-	
	2023	-	112	-	
	2024	-	83	-	
VRZaWa	2021		127		Aantal meldingen en ter plaatse (VRZaWa) onbekend.
	2022		150		
	2023		170		
	2024		228		
VRU	2021		787	641	Melding en alarmering vallen binnen de VRU samen.

	2022		821	685	
	2023		876	614	
	2024		833	714	
VRGZ	2021	*	181	142	*Aantal meldingen 2021 moeilijk te achterhalen.
	2022	246	183	147	
	2023	227	177	141	
	2024	246	166	135	
VRH	*2021*	*833*	*97*	*27**	> **Aantal ter plaatse 2021 betreft alleen de gegevens vanaf augustus 2021.*
	2022	*857*	*94*	*74*	> *Aantal ter plaatse indicatie, gezien dit een handmatige actie is die ingevoerd moet worden.*
	2023	*870*	*103*	*83*	> *Binnen VRH is er ook een Motor Ondersteuning Brandweer (MOB) die reanimaties uitvoeren. In 2021 en 2022 is de MOB één keer gealarmeerd, in 2023 12 keer en in 2024 45 keer. Cijfers van het aantal keren ter plaatse voor de MOB zijn (nog) niet bekend. De gegevens van de MOB zijn niet meegenomen in de hiernaast weergegeven cijfers.*
	2024	*883*	*94*	*77*	

a. Is de regio nooit begonnen met de FR-taak of is de regio gestopt met de FR-taak? Waarom? b. Heeft de regio de behoefte om te starten met de FR-taak?	VNOG Wij hebben op dit moment 8 FRB-eenheden met een eigen voertuig. Dit stamt uit de gemeentelijke tijd en is destijds ingericht voor die gebieden waar de ambu's (te) laat zijn. De voertuigen zijn meegegaan naar de regio, maar nooit in de boeken terechtgekomen. Ik moet ze de aankomende tijd vervangen terwijl daar geen geld voor is. In mijn Rotterdamse tijd zijn we in 2014 begonnen met het rijden op reanimaties. Dat gebeurde met een TS zonder extra middelen. Het enige was dat de AED's op die van de ambu zijn aangepast, zodat de patiënt makkelijker kon worden overgedragen aan de ambu. In de procedure stond ook beschreven hoe om te gaan met reanimaties die al waren opgestart door burgerhulpverleners of politie en hoe de overdracht naar de ambu werkt. Deze taak is in 2018 geëvalueerd (opvraagbaar bij Rotterdam) en werkte goed. De belangrijkste conclusie van de evaluatie was dat het rijden op reanimaties de meest levensreddende taak was van de brandweer. In de VNOG wil ik op dezelfde wijze de reanimatietaak inrichten. Dit stuit echter op heel veel weerstand […]. Ik wil graag samenwerken in de reanimatieketen […]. We hebben nu besloten om toch door te gaan en te verkennen hoe we dit dan het beste kunnen inrichten. Het uitgangspunt is dat posten zelf kunnen aangeven of ze in aanmerking willen komen voor deze taak. De animo lijkt hier echter groot voor te zijn. Het tweede uitgangspunt is dat het uitrukken gebeurd met een TS en dat de FRB-voertuigen worden uitgefaseerd. Zoals gezegd ben ik dus erg geïnteresseerd in de uitkomsten van je onderzoek. VRZL a. Beiden niet. Binnen Zuid Limburg geeft de ambulancezorg aan geen dekkingsknelpunten te hebben. VRZL is zodanig ingericht dat de eigen dekking efficiënt geborgd is. Beroepskazernes hebben een OBS 6 om een TS met specialisme te garanderen en de paraatheid van vrijwilligers staat onder druk. Gezien deze omstandigheden is taken erbij nemen van andere kolommen nadelig voor onze eigen dekking, paraatheid en slagkracht. Daarom ondersteunt VRZL alleen bij tilassistenties en reanimaties waarbij de ambu niet of zeer vertraagd ter plaatse kan komen. Het gaat dan om nadrukkelijke verzoeken van de Meldkamer Ambu aan de brandweer als de ambu een knelpunt heeft. b. VRZL heeft kijkend naar haar financiering en inrichting geen mogelijkheden om te starten met FR taken. Ook vanuit oogpunt PTSS en evt relatie FR taken. Vanuit de medewerkers en omgeving bekeken is het wellicht logisch om FR taken ook bij de brandweer te beleggen. VRT Sluit niet aan bij de bijeenkomst, telefonisch heeft Ralf van den Heuvel gesproken.

Bijlage 5
Werkinstructie Hollands Midden

Pilot

- Vanaf dinsdag 25 februari starten we met een pilot alarmering vanaf de MKB voor kazernes Lisse, Boskoop en Waddinxveen.
- De MKA is verantwoordelijk voor het doorzetten van de melding aan de MKB. Gezondheid-Reanimatie.
- Kijk goed of het gaat om een FirstResponder inzet en/of om Afhijsen patiënt/Tilassistentie.
- Alarmeer de gevraagde eenheid.
- Afhijsen/Tilassistentie of First Responders.
- Naderbericht wordt gedaan bij de MKB.
- Voor de kazernes Boskoop (16-2203), Lisse (16-1101) en Waddinxveen (16-3800) zetten wij de FR-B eenheid buiten dienst.

Voor overige FR-B eenheden in Hollands Midden moet de MKA gebeld worden.

Aandachtspunten

- De First Responders hebben 2 porto's. 1 in ge BV-net en 1 in RMG-19.
- Er wordt gebruikgemaakt van RMG-19 (snel keuze *4519) reserve is RMG-16. De eenheid schakelt zelf naar RMG-19 (Geen Group combine)
- De DB of TS meldt zich in het BV-net.
- Aanvragen spraak van een BRW-eenheid in RMG-19 worden afgehandeld door de MKB
- Bij verzoek afhijsen wordt dit gemeld in het BV-net of RMG-19.
- Bij een First Responder inzet ALLEEN het 1e voertuig uit de KVT en wanneer het IV knippert.

Als deze ingezet is, vermeld dit in het kladblok. Overleg eventueel met de BV of hij weg kan. Kan dit niet, meldt dit aan de MKA.

- Er wordt uitgerukt met de DB of TS (beide hebben de rol FR-B en staat standaard aan op de DB)
- Zodra de eenheid door de MKB wordt gealarmeerd vermeld in het kladblok: FR-B gealarmeerd door MKB
- Geen alarmering/inzet bij:
    - Verhanging
    - Traumatische reanimatie
    - Kinderen onder < 1 jaar
    - Poging suïcide

  Bij bovenstaande casussen wordt door de MKA de parserterm -123 (aed geen inzet) gebruikt. Er is dan geen inzet brw noodzakelijk en er volgt geen IV.
  Wij halen de FR-B terug of er volgt geen alarmering en vermelden dit in het kladblok.

Hollands Midden

Regulier

- FirstResponders worden door de MKA-HM gealarmeerd en aangestuurd.
- De FirstResponder inzetten staan los van de reguliere inzet.
  Bij inzet van de FirstResponders is de TS inzetbaar tenzij anders is gemeld.
- Geven naderbericht door via MKA.

Aandachtspunten

- In Hollands Midden rukt men uit voor het betreffende dorp of de gemeente.

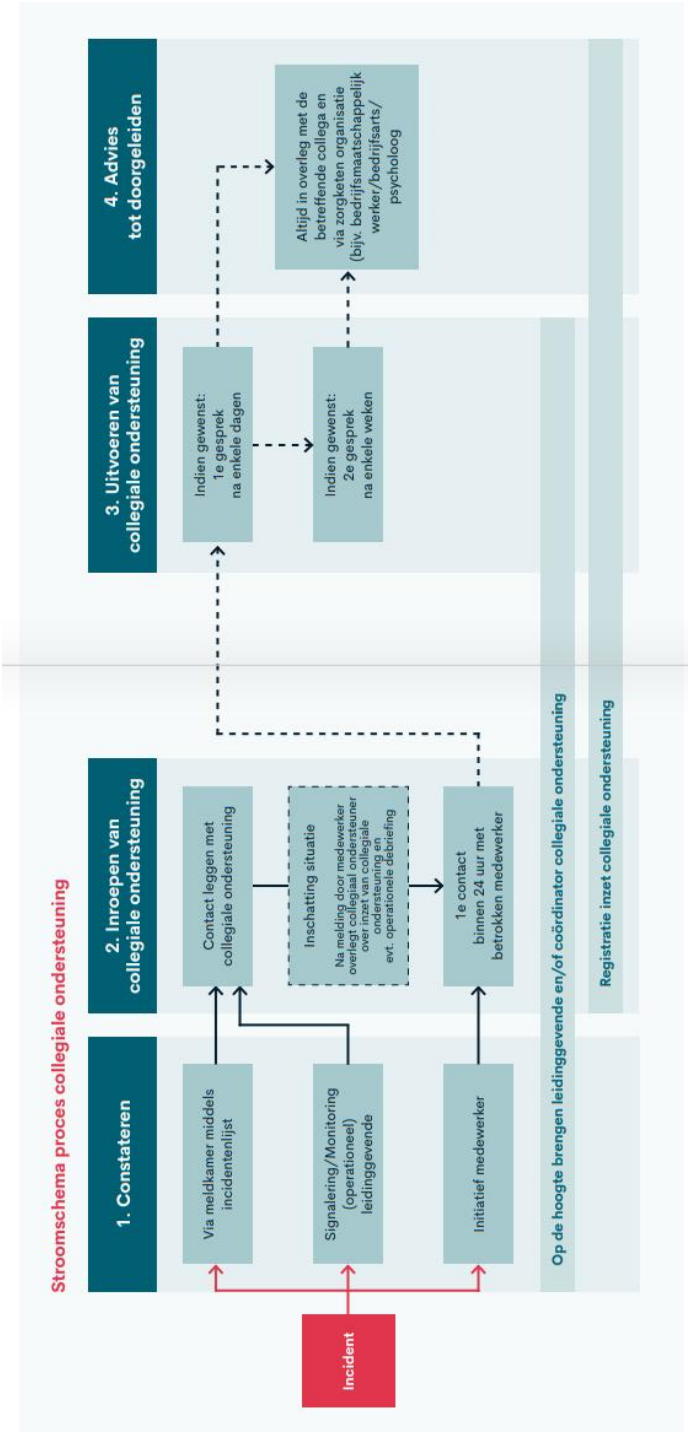
Vereiste inzet

- FirstResponder voertuig met 3 of 4 personen

Beide regio's

- Standaard wordt er geen TCO opgestart. Indien nodig vragen zij hier zelf om.

Bijlage 6
Stroomschema collegiale ondersteuning



Figuur B6.1 Stroomschema voor de uitvoering van collegiale ondersteuning (ARQ, 2025, p.40)