



PROVINCIE ■■ UTRECHT

Brandveiligheid bij zorginstellingen onder de loep

Onderzoek van de provincie Utrecht naar het toezicht van gemeenten op
brandveiligheid bij zorginstellingen



Provincie Utrecht, Interbestuurlijk Toezicht Omgevingsrecht

Datum: 30 juni 2020

Opstellers: Marjan Evers en Eric van der Pluijm

Inhoud

1. Samenvatting onderzoek, conclusies en aanbevelingen.....	3
1.1 Samenvatting onderzoek.....	3
1.2 Vervolg.....	4
2. Aanleiding, doelstelling en werkwijze van het onderzoek.....	5
2.1 Leeswijzer	5
2.2 Aanleiding en doel van het onderzoek.....	5
2.3 Afbakening van het onderzoek.....	6
2.4 Betrokken partijen bij brandveiligheid in zorginstellingen	6
2.5 Onderzoeksopzet.....	7
2.6 Toetsingskader	8
3. Onderzoeksresultaten	8
3.1. Documentenonderzoek.....	8
3.2 Dossieronderzoek.....	11
3.3 Praktijkonderzoeken.....	13
4. Conclusies en aanbevelingen	17
4.1 Conclusies documentenonderzoek	17
4.2 Conclusies dossieronderzoek	17
4.3 Conclusies praktijkonderzoeken.....	18
4.4 Eindconclusie.....	18
4.5 Aanbevelingen voor gemeenten	19
4.6 Vervolg.....	19
Bijlage I Checklist praktijktoets Bouwbesluit 2012	20
Bijlage II Risicomodule preventietaken.....	24
Bijlage III Overzicht bevindingen praktijktoetsen	26

1. Samenvatting onderzoek, conclusies en aanbevelingen

1.1 Samenvatting onderzoek

In het recente verleden zijn diverse onderzoeken verricht naar de brandveiligheid in zorginstellingen. In deze onderzoeken, uitgevoerd door onder meer de Inspectie Leefomgeving en Transport en de provincie Noord-Brabant, is geconstateerd dat zorginstellingen de wettelijke regels voor brandveiligheid onvoldoende naleven. De afgelopen jaren hebben zich verschillende incidenten voorgedaan, waarvan helaas sommige met een fatale afloop.

De provincie Utrecht houdt vanuit haar rol als interbestuurlijk toezichthouder onder andere toezicht op de uitvoering van taken op het gebied van Vergunningverlening, Toezicht en Handhaving (hierna: VTH). Sinds januari 2015 is vooral getoetst of gemeenten de basis op orde hebben. Daarmee wordt bedoeld dat is beoordeeld of de gemeenten beschikken over actuele beleidsdocumenten zoals een strategisch beleid, een jaarlijks uitvoeringsprogramma en een jaarverslag en of deze documenten verband met elkaar houden. Met ingang van 2019 is de provincie Utrecht gestart met thematische onderzoeken, naast de toetsing op de aanwezigheid van wettelijke procesdocumenten. Gelet op de hiervoor genoemde onderzoeken door de inspectie Leefomgeving en Transport en de provincie Noord-Brabant en omdat incidenten bij zorginstellingen nog steeds het nieuws halen, is besloten het eerste themaonderzoek te richten op het toezicht en de handhaving door gemeenten van de brandveiligheid bij zorginstellingen. Hierbij is samengewerkt met de provincie Noord-Holland, die gelijktijdig een dergelijk onderzoek, op basis van een gezamenlijk vastgestelde checklist heeft uitgevoerd. Dit maakt een vergelijking van onderzoeksresultaten tussen Noord-Brabant, Noord-Holland en Utrecht mogelijk en bevordert een uniforme -werkwijze van Interbestuurlijke Toezicht (IBT).

In 2019 heeft de provincie Utrecht bij in totaal 6 Utrechtse gemeenten onderzocht hoe zij toezicht houden op de brandveiligheid bij zorginstellingen. Dit deed de provincie vanuit de wettelijk rol als interbestuurlijk toezichthouder op de taakuitvoering door gemeenten.

Met het oog op een toekomstige andere rol van IBT, namelijk naast toezichthouder fungeren als kennisdeler en sparringpartner voor gemeenten, kiezen wij ervoor alle Utrechtse gemeenten in kennis te stellen van de bevindingen uit dit onderzoek. Dit doen wij zonder toepassing van 'naming and shaming'. Wij verwachten dat alle Utrechtse gemeenten hier hun voordeel mee doen.

In het onderzoek hebben we zowel gekeken naar het gemeentelijk beleidsproces als naar de praktijk. We hebben van de 6 geselecteerde gemeenten het beleidsproces en toezicht- en handavingsdossiers gecontroleerd. Daarnaast hebben we door een onafhankelijk deskundig bureau praktijktoetsen laten uitvoeren bij 22 zorginstellingen, verspreid over de 6 geselecteerde gemeenten. Bij deze toetsen is gekeken naar eventuele overtredingen van brandveiligheidsvoorschriften.

Opmerkelijk is dat de bevindingen voor een deel overeenkomen met de uitkomsten van de onderzoeken die door de Inspectie Leefomgeving en Transport en door de provincie Noord-Brabant eerder zijn uitgevoerd. De in de provincie Utrecht aangetroffen situatie betreffende brandveiligheid bij zorginstellingen is dus niet uniek. Dit onderwerp verdient dan ook blijvende aandacht, bij zowel de gebruikers en beheerders van deze instellingen als van de gemeenten als bevoegd gezag voor vergunningverlening toezicht en handhaving.

Belangrijkste conclusies



De aandacht voor het thema brandveiligheid bij zorginstellingen is niet voldoende geborgd in het beleid van de gemeenten en de daaruit voortvloeiende documenten. Gevolg hiervan is dat onvoldoende sturing plaatsvindt op dit risico en onvoldoende zichtbaar wordt hoe het risico kan worden beperkt. Het sluitend maken van de beleidscyclus is des te meer van belang omdat het toezicht op brandveiligheid door alle gemeenten in de provincie Utrecht bij de Veiligheidsregio Utrecht (VRU) belegd is.

- ➡ De archivering van de toezicht- en handavingsdossiers is onvoldoende op orde. Dossiers waren bij de meeste (85%) onderzochte gemeenten niet direct voorhanden en de meeste ontvangen dossiers zijn incompleet, in die zin dat bijvoorbeeld controlerapporten ontbreken. Ook beschikt de VRU niet voor alle instellingen over gewaarmerkte tekeningen, waardoor niet kan worden vastgesteld of dit de bij de verleende vergunning behorende tekeningen zijn. Het is de taak van het bevoegd gezag, de gemeente, dat de VRU over actuele, bij de verleende vergunningen behorende tekeningen beschikt.
- ➡ Ondanks dat zorginstellingen jaarlijks gecontroleerd moeten worden, was dit in de periode 2017-2018 slechts bij 20% van de geselecteerde zorginstellingen het geval. In deze periode is 60% van de geselecteerde zorginstellingen een keer gecontroleerd en is 20% helemaal niet gecontroleerd. In minder dan de helft van de geselecteerde zorginstellingen waar overtredingen zijn geconstateerd, zijn hercontroles uitgevoerd. Of in de zorginstellingen waar geen hercontroles zijn uitgevoerd, de overtredingen zijn beëindigd volgt niet uit de ontvangen dossiers. Als bij de hercontrole de overtreding nog steeds voortduurde, leidde dit niet in alle gevallen tot handhavingsacties. Daar waar handhavend werd opgetreden, is vaak zonder motivering afgeweken van de hersteltermijnen die in de nalevingsstrategie zijn vastgelegd.
- ➡ Bij de praktijkonderzoeken zijn geen zodanig onveilige situaties geconstateerd dat direct ingrijpen noodzakelijk was. Bij 15% van de zorginstellingen zijn geen of slechts enkele overtredingen geconstateerd, die op relatief eenvoudige wijze ongedaan kunnen worden gemaakt. Bij de overige zorginstellingen zijn meerdere overtredingen/aandachtspunten geconstateerd, verschillend in ernst of urgentie.
- ➡ Bij de praktijkonderzoeken zijn vooral voor wat betreft de brandwerende afwerking van doorvoeringen door brandwerende scheidingen boven plafonds en leidingschachten veel overtredingen geconstateerd. Vergeleken met de ontvangen toezichtdossiers van de geselecteerde zorginstellingen valt op dat op dit onderdeel in de praktijktoetsen veel meer overtredingen zijn geconstateerd.

Aanbevelingen voor gemeenten

- ➡ Zorg voor een goede borging van het onderwerp brandveiligheid in de gemeentelijke beleidscyclus. Neem in het strategisch VTH-beleid meetbare doelen op en werk deze doelen uit in het uitvoeringsprogramma. Rapporteer in het jaarverslag over het behalen van deze beleidsdoelen
- ➡ Zorg voor een goede regie en een goede communicatie met de VRU op het gebied van het toezicht op brandveiligheid in zorginstellingen en vooral met de focus op bouwkundige brandveiligheid, zonder de andere aspecten uit het oog te verliezen.
- ➡ Draag zorg voor een betere (digitale) archivering van toezicht- en handavingsdossiers, waarbij informatie actueel, volledig en eenvoudig herleidbaar is opgeslagen. Leg in de dienstverleningsovereenkomsten met de VRU, waarin de mandatering voor deze taken is geregeld, ook de verantwoordelijkheid voor het beheer van deze (digitale) dossiers vast.
- ➡ Handhaaf consequent bij overtredingen, overeenkomstig de handhavingsstrategie zoals die is vastgelegd in het beleid. Zorg bij afwijking van het beleid voor een goede onderbouwing.
- ➡ Spreek eigenaren en gebruikers van gebouwen aan op hun eigen verantwoordelijkheid en zorgplicht voor brandveiligheid en help mee om deze verantwoordelijkheid te kunnen dragen; adviseer en geef voorlichting. Speciaal voorlichting over het brandwerend afwerken van doorvoeringen verdient de aandacht.

1.2 Vervolg

De resultaten van elk praktijkonderzoek zijn aan de desbetreffende gemeenten toegestuurd. De gemeenten hebben meegedeeld dat de resultaten van de praktijkonderzoeken zijn gedeeld met de VRU en de betrokken zorginstellingen. De gemeenten hebben verder meegedeeld erop toe te zien dat de geconstateerde overtredingen worden verholpen. Vanuit IBT wordt erop toegezien dat gemeenten hiertoe daadwerkelijk zullen overgaan. De onderzochte gemeenten hebben verder aangegeven

voortaan nauwlettender toe te zien op de brandveiligheid bij zorginstellingen en zo nodig te sanctioneren volgens hun eigen sanctiestrategieën. Door IBT wordt erop toegezien dat gemeenten deze toezeggingen nakomen.

De eindrapportage wordt toegestuurd aan alle Utrechtse gemeenten. In de begeleidende brief aan deze gemeenten wordt vermeld dat we ervan uitgaan dat de gemeenten de aanbevelingen zoals vermeld in het rapport ter harte nemen, zowel binnen hun eigen organisatie als in overleg met de Veiligheidsregio. Wij vragen de gemeenten om ons voor 31 december 2020 actief een terugkoppeling te geven over de implementatie van de aanbevelingen. Als blijkt dat gemeenten niet voor einde 2020 reageren of geen blijk geven van verbeteringen, dan manen we deze gemeenten om de aanbevelingen te implementeren. Het verbeterpunt 'archivering van toezicht- en handavingsdossiers' krijgt extra aandacht bij het uitvoeren van IBT-informatiebeheer op gemeenten.

2. Aanleiding, doelstelling en werkwijze van het onderzoek

2.1 Leeswijzer

Dit rapport bevat de resultaten van het thema-onderzoek van Interbestuurlijk Toezicht (IBT) van de provincie Utrecht naar de wijze waarop Utrechtse gemeenten toezicht houden op de brandveiligheid in zorginstellingen. Onder zorginstellingen worden in dit rapport verstaan revalidatiecentra (met bedgebed waar patiënten overnachten) en verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit rapport is bedoeld voor alle betrokkenen die belast zijn met toezicht en handhaving van de brandveiligheidseisen uit het Bouwbesluit 2012. Daaronder vallen in ieder geval de betrokken ambtelijke organisaties en bestuurders van de Utrechtse gemeenten, het bestuur van de provincie Utrecht en andere instanties die betrokken zijn bij de brandveiligheid in zorginstellingen, zoals de Veiligheidsregio Utrecht (VRU).

In dit tweede hoofdstuk wordt ingegaan op de aanleiding, doelstelling en werkwijze van het onderzoek. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van het onderzoek en hoofdstuk 4 ten slotte bevat conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek.

In dit rapport is ervoor gekozen om geconstateerde tekortkomingen, bevindingen en verbeterpunten te vermelden in procenten ten opzichte van het totale aantal gecontroleerde inrichtingen, of ten opzichte van het aantal onderzochte gemeenten. Dat geeft naar onze mening een beter beeld van de aangetroffen situatie dan het vermelden van aantallen.

Met het oog op een toekomstige andere rol van IBT, namelijk naast toezichthouder fungeren als kennisdeler en sparringpartner zijn voor gemeenten, kiezen¹ wij ervoor alle Utrechtse gemeenten in kennis te stellen van de bevindingen uit dit onderzoek. Dit doen wij zonder toepassing van 'naming and shaming'. Wij verwachten dat alle Utrechtse gemeenten hier hun voordeel mee doen.

2.2 Aanleiding en doel van het onderzoek

Met enige regelmaat verschijnen er berichten in de media over branden in zorginstellingen, waarbij bewoners gewond raken en soms zelfs komen te overlijden.² Bij dergelijke berichten wordt vaak de vraag gesteld of de zorginstelling aan de regels voor brandveiligheid voldeed en zo nee waarom niet?

In de afgelopen jaren zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar het toezicht en de handhaving door gemeenten van de regelgeving met betrekking tot brandveiligheid bij zorginstellingen (o.a. in 2011 en 2013 door de Inspectie Leefomgeving en Transport³ en in 2015 door de provincie Noord-Brabant⁴). Uit deze onderzoeken bleek dat tijdens de bouwphase bij de nieuwbouw of verbouw van zorginstellingen

¹ Agenda van de toekomst Interbestuurlijk Toezicht (21-12-2018)

² Zie bijv. Nu.nl, 22 januari 2020: dode door brand in verzorgingshuis Muiderberg, RTVUtrecht.nl, 1 oktober 2018: bewoner overleden bij brand zorgcentrum Vianen.

³ 2011, Vervolgonderzoek gemeentelijk toezicht op de brandveiligheid in zorginstellingen (2013) inspectie Leefomgeving en Transport

⁴ Van bezorgd naar verzorgd, provincie Noord-Brabant (Interbestuurlijk toezicht) 26 november 2015

door de meeste gemeenten voldoende toezicht wordt gehouden op brandveiligheid, maar dat dit toezicht bij bestaande zorginstellingen onvoldoende is. Conclusies van deze onderzoeken voor wat betreft het toezicht bij bestaande zorginstellingen waren onder meer dat de frequentie van het toezicht in de praktijk lager is dan door gemeenten beleidsmatig is vastgelegd, dat bij de controles vrijwel nergens structureel aandacht wordt besteed aan doorvoeringen door brandwerende scheidingen boven plafonds en leidingschachten en dat de zorginstellingen zelf zich vaak onvoldoende bewust zijn van hun verantwoordelijkheid voor de brandveiligheid.

Het voldoen door zorginstellingen aan de regels voor brandveiligheid is van groot belang, omdat de bewoners van zorginstellingen – veelal niet zelfredzame ouderen met een lichamelijke en/ of geestelijke beperking – niet in staat zijn om snel en zonder hulp van zorgverleners en eventuele omstanders te vluchten.

Vanuit de wettelijke rol van de provincie als Interbestuurlijk Toezichthouder op de taakuitvoering door gemeenten is in 2019 onderzocht hoe dit in de provincie Utrecht is geborgd. In het uitvoeringsprogramma IBT⁵ is brandveiligheid ook benoemd als prioritair IBT-risicothema.

In het kader van dit onderzoek is samengewerkt met de provincie Noord-Holland, die gelijktijdig een dergelijk onderzoek, op basis van een gezamenlijk vastgestelde checklist heeft uitgevoerd. Dit maakt een vergelijking van onderzoeksresultaten tussen Noord-Brabant, Noord-Holland en Utrecht mogelijk en bevordert een uniforme IBT-werkwijze.

Doel van het onderzoek is het krijgen van zicht op en het zo mogelijk verbeteren van de kwaliteit van toezicht en handhaving door gemeenten met betrekking tot de brandveiligheid bij zorginstellingen. Dit is van belang om risico's voor met name veiligheid te voorkomen c.q. te beperken en de veiligheid van de (fysieke) leefomgeving te verbeteren. De provincie deelt de verkregen inzichten met alle Utrechtse gemeenten met de verwachting dat de gemeenten hierop acteren en het toezicht op het gebied van brandveiligheid bij zorginstellingen daar waar nodig zullen gaan aanscherpen.

2.3 Afbakening van het onderzoek

Het onderzoek heeft zich gericht op verpleeg- en verzorgingshuizen voor ouderen en revalidatiecentra. Aansluitend bij resultaten uit eerdere onderzoeken (zie 2.2.) - waaruit bleek dat het gemeentelijk toezicht met name bij bestaande bouw tekortschoot - is het onderzoek beperkt tot bestaande bouw. Toezicht op de brandveiligheid bij nieuwbouw valt daarom buiten de scope van dit onderzoek.

Het toezichthouden op het arbeidsrecht is geen bevoegdheid van de provincie. De opzet, uitvoering en kwaliteit van de bedrijfshulpverlening (BHV), vallen daarom eveneens buiten dit onderzoek.

2.4 Betrokken partijen bij brandveiligheid in zorginstellingen

Meerdere partijen spelen hierin een belangrijke rol.

De eigenaar/gebruiker van zorginstellingen draagt op grond van de Woningwet⁶ de verantwoordelijkheid voor een brandveilig gebouw en een brandveilig gebruik van het gebouw. De gebruikers/ eigenaren van zorginstellingen zijn dus de eerstverantwoordelijke voor de veiligheid van de bewoners en de personeelsleden en moeten ervoor zorgen dat voldaan wordt aan de relevante wet- en regelgeving (met name aan de voorschriften voor brandveiligheid uit het Bouwbesluit 2012).

De gemeenten waarin de zorginstellingen gevestigd zijn, moeten als bevoegd gezag erop toezien⁶ dat de zorginstellingen voldoen aan de relevante wet- en regelgeving en zo nodig – als zorginstellingen niet voldoen aan deze wet- en regelgeving – handhavend optreden.

⁵ Uitvoeringsprogramma Interbestuurlijk Toezicht Provincie Utrecht 2016-2019 (verlengd tot en met 2020).

⁶ Artikel 1a van de Woningwet

De Veiligheidsregio Utrecht (VRU) voert in opdracht en onder verantwoordelijkheid van gemeenten het toezicht op de naleving van de relevante wet- en regelgeving uit. In de provincie Utrecht hebben alle gemeenten het toezicht op brandveilig gebruik van gebouwen waarin zorginstellingen gevestigd zijn gemandateerd aan de VRU.

Bewoners en personeelsleden van een zorginstelling, dienen brandveilig gedrag te vertonen. Voor wat betreft de bewoners van de zorginstellingen gaat het echter vaak om mensen die verminderd zelfredzaam zijn zoals ouderen, dementerenden of mensen met een lichamelijke of geestelijke beperking. Van mensen met een geestelijke beperking kan niet verwacht dat ze bewust brandveilig gedrag kunnen vertonen.

2.5 Onderzoeksopzet

Om een goed beeld te krijgen van de brandveiligheid in zorginstellingen is een selectie gemaakt van 6 gemeenten; dit is ongeveer 25% van het aantal gemeenten in de provincie. Bij de selectie van deze gemeenten is rekening gehouden met een wisselende samenstelling qua grootte, aantal aanwezige zorginstellingen en spreiding over de provincie. Op deze manier is een representatieve afspiegeling van de provincie verkregen.

In deze 6 gemeenten zijn de volgende onderzoeken uitgevoerd:

- Een documentenonderzoek. Hiertoe zijn de handavingsdocumenten over 2017 en 2018 (strategisch beleid, uitvoeringsplannen en jaarverslagen) onderzocht in relatie tot het onderwerp brandveiligheid bij zorginstellingen;
- Een dossieronderzoek. Hiertoe zijn per gemeente ongeveer 4 zorginstellingen – waaronder voor zover mogelijk een grotere en een kleinere zorginstelling alsmede een revalidatiecentrum – geselecteerd (in totaal 22 zorginstellingen). Van deze instellingen zijn de toezicht- en handavingsdossiers over 2017 en 2018 gecontroleerd;
- Een praktijkonderzoek. Hiertoe zijn de 22 geselecteerde zorginstellingen aan de hand van een checklist geïnspecteerd door een onafhankelijk deskundig bureau. Op deze manier kon een objectieve vergelijking worden gemaakt met de resultaten van de namens de gemeenten uitgevoerde controles die uit de dossiers naar voren komen.

De keuze voor de zorginstellingen is gemaakt aan de hand van de volgende criteria:

- bestaande bouw;
- gebruiksfunctie van de instelling (woonfunctie met zorg en/of 24-uurs zorg);
- gevarieerde grootte van de instelling (hoeveelheid bedden) en gevarieerde leeftijd van de gebouwen.

Concreet zijn 9 kleinere zorginstellingen onderzocht, 10 middelgrote tot grote zorginstellingen en 3 revalidatiecentra.

Verder zijn in het kader van dit onderzoek gesprekken gevoerd met:

- de directeur Risicobeheersing van de VRU;
- beleidsmedewerkers en toezichthouders van de VRU;
- ambtelijke vertegenwoordigers van alle geselecteerde gemeenten.

Daarnaast is voorafgaand aan het onderzoek een klankbordgroep samengesteld, bestaande uit een ambtelijke afvaardiging van 6 gemeenten en de VRU. In de klankbordgroep zijn drie gemeenten vertegenwoordigd waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden en drie gemeenten die niet bij het onderzoek zijn betrokken. De klankbordgroep is éénmaal bij elkaar gekomen voordat het onderzoek van start ging, éénmaal ongeveer halverwege het onderzoek en éénmaal na afloop van het onderzoek. Met de leden van de klankbordgroep is kennis gedeeld over de aanleiding, de opzet en de bevindingen van het onderzoek.

2.6 Toetsingskader

De wettelijke grondslag voor dit thema-onderzoek is het bepaalde in artikelen 124 tot en met 124h van de Gemeentewet. De provincie is op basis van deze wetgeving bevoegd om toezicht te houden op taken die gemeenten in medebewind⁷ uitvoeren.

Het documentenonderzoek en het dossieronderzoek zijn uitgevoerd aan de hand van de relevante bepalingen in de Woningwet, de Wet algemene bepalingen omgevingsrecht (Wabo), het Besluit omgevingsrecht (Bor), de Ministeriële regeling omgevingsrecht (Mor), en het Bouwbesluit 2012.

De praktijkonderzoeken zijn uitgevoerd door een extern, deskundig bureau. Dit bureau heeft de geselecteerde zorginstellingen geïnspecteerd aan de hand van een checklist. Deze checklist is in overleg met de VRU en afgestemd met de klankbordgroep opgesteld. De checklist is vooral gebaseerd op de voorschriften voor brandveiligheid zoals die zijn opgenomen in het Bouwbesluit 2012. Aan de hand van deze checklist zijn de geselecteerde zorginstellingen door middel van een steekproef geïnspecteerd op de volgende aandachtspunten:

- Bouwkundig: hierbij zijn met de rook- en brandcompartimentering beoordeeld⁸;
- Installatietechnisch: hierbij zijn met name de brandmeld- en ontruimingsinstallatie, noodverlichting en vluchtrouteaanduiding⁹ beoordeeld;
- Organisatorisch: hierbij zijn met name het ontruimingsplan, nooddeuren, vluchtdeuren en blusmiddelen¹⁰ beoordeeld.

Door deze aspecten in samenhang te beoordelen ontstaat een beeld over de brandveiligheid van een gebouw. Tekortkomingen leveren risico's op voor de brandveiligheid van deze gebouwen, omdat bij een brand de veiligheid van bewoners, personeel en hulpverleners in het geding is.

De gebruikte checklist is als bijlage I bij dit rapport gevoegd.

3. Onderzoeksresultaten

3.1. Documentenonderzoek

De Big Eight Beleidscyclus

Het gemeentebestuur heeft tot taak om handhavend op te treden tegen overtredingen van onder meer de Wet ruimtelijke ordening (Wro) en de Woningwet¹¹. In de Wabo¹², en het daarop gebaseerde Bor¹³ en Mor¹⁴ zijn regels opgenomen waaraan het gemeentebestuur zich moet houden bij de uitvoering van deze handhavingstaken. Het Bor en de Mor gaan ervan uit dat door het consequent uitvoeren van een aantal samenhangende processtappen een adequaat niveau van toezicht en handhaving wordt bereikt.

⁷ medebewindstaken zijn taken die gemeenten uitvoeren die voortvloeien uit landelijke wet- en regelgeving; autonome taken, bijvoorbeeld op het gebied van de Algemene Plaatselijke Verordening, vallen daar niet onder.

⁸ Artikelen 1.16, 2.89, 2.98, 2.90, 2.100, 6.26 Bouwbesluit 2012

⁹ Artikelen 1.16, 6.3, 6.5, 6.20, 6.23, 6.32, 7.3 Bouwbesluit 2012

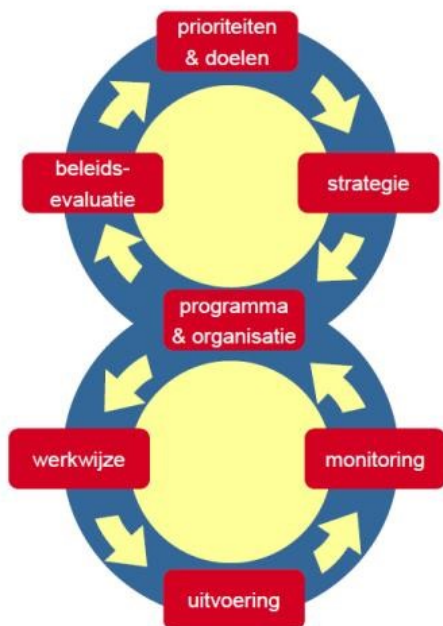
¹⁰ Artikelen 1.16, 2.31, 2.40, 2.48, 2.49, 2.112, 2.117, 6.23, 6.24, 6.25, 6.28, 6.29, 6.31, 7.2, 7.4, 7.6, 7.8 7.14, 7.16 Bouwbesluit 2012

¹¹ Artikel 5, tweede lid, Wabo

¹² Hoofdstuk 5 (met name artikel 5.7) Wabo

¹³ Hoofdstuk 7, paragraaf 7.2 Bor

¹⁴ Hoofdstuk 10 Mor



De processtappen zoals weergegeven in de cyclus hiernaast, zijn ook wel bekend als de 'Big Eight'

Voor een sluitende Big-Eight dient een gemeente in ieder geval te beschikken over:

- Een actuele risicoanalyse. In een risicoanalyse dient minimaal te worden ingegaan op "het samenspel van het effect van niet-naleving en de kans dat niet-naleving zich voordoet"¹⁵. In een risicoanalyse dienen naast de gemeentelijke risico's in ieder geval ook de Wabo-risico's, waaronder brandveiligheid, te zijn opgenomen. Op basis van deze risicoanalyse worden prioriteiten gesteld voor toezicht en handhaving.¹⁶
- Actueel strategisch beleid (gebaseerd op de risicoanalyse). In dit beleid moeten de meetbare doelstellingen worden vastgelegd die de gemeente wil behalen ten aanzien van de prioriteiten die uit de risicoanalyse naar voren zijn gekomen.¹⁷
- Een jaarlijks uitvoeringsprogramma (gebaseerd op het strategische beleid). Het uitvoeringsprogramma vermeldt de concrete voorgenomen activiteiten voor toezicht en handhaving, waarbij een duidelijke verbinding moet zijn gemaakt met de in het beleid gestelde doelen en prioriteiten.¹⁸
- Een jaarverslag. In het jaarverslag wordt geëvalueerd of de activiteiten die zijn opgenomen in het uitvoeringsprogramma's zijn uitgevoerd en in hoeverre deze activiteiten hebben bijgedragen aan het bereiken van de in het beleid gestelde doelen en prioriteiten.¹⁹
- Operationeel beleidskader. Hierin is opgenomen welke nalevingsstrategie op welke doelgroep wordt toegepast om nalevingsgedrag te verbeteren om op die manier de gestelde doelen te behalen. Dat betekent dat een doelgroepenanalyse moet worden uitgevoerd en dat nalevingsstrategieën zijn uitgewerkt. De nalevingsstrategie bestaat uit een preventiestrategie (hoe overtredingen te voorkomen?), toezichtstrategie (hoe zicht houden op naleefgedrag?), gedoogstrategie (hoe handelen bij het afzien van handhaving) en een sanctiestrategie (hoe repressief optreden?).

Bij het inrichten en uitvoeren van haar handhavingstaken heeft de gemeente beleidsruimte. Dit betekent dat de gemeente zelf bepaalt welke prioriteiten worden gesteld en wat de meest doelmatige wijze is om het toezicht in te richten en handhavend op te treden. Deze keuzes moeten wel onderbouwd worden.

¹⁵ CCV, 2013

¹⁶ Artikel 7.2 Bor jo. Artikel 10.3 Mor.

¹⁷ Artikel 7.2 Bor

¹⁸ Artikel 7.3 Bor

¹⁹ Artikel 7.7, tweede lid van het Bor

Ook moet inzichtelijk zijn welke voortgang wordt geboekt en welke bijstelling in de aanpak wordt gedaan als de activiteiten in de voorgaande jaren niet het gewenste resultaat hebben opgeleverd. Uit de invulling van de beleidsruimte moet dus blijken op welke wijze de gemeente werkt aan de oplossing van gesignaleerde problemen.

Rol van de VRU bij het toezicht

Alle Utrechts gemeenten, dus ook de 6 onderzochte gemeenten, laten het toezicht op de brandveiligheid van zorginstellingen (via mandaat) uitvoeren door de VRU. Uit de interviews met de directeur Risicobeheersing en beleidsmedewerkers van de VRU volgt dat de VRU de toezichttaken uitvoert aan de hand van de opgestelde risicomodule preventietaken (zie bijlage II). Deze risicomodule wordt door alle gemeenten gehanteerd. Hierin is het toezicht op de brandveiligheid van gebouwen waarin zorginstellingen zijn gehuisvest hoog geprioriteerd, wat betekent dat zorginstellingen jaarlijks geïnspecteerd moeten worden. Voor de uitvoering van de taken op het gebied van controles en advisering worden jaarplangesprekken tussen de VTH-afdeling van de betreffende gemeente en de directie Risicobeheersing van de VRU gevoerd; bij sommige gemeenten vinden vaker gesprekken plaats. Hierin wordt afgestemd welke activiteiten jaarlijks door de VRU worden uitgevoerd. Sinds 2018 worden deze vastgelegd in een jaarplan per gemeente. Daarnaast stelt de VRU een gemeentelijke rapportage op over de uitgevoerde werkzaamheden. In deze rapportage is voor wat betreft het toezicht bestaande bouw vermeld hoeveel geplande controles bestaande bouw zijn uitgevoerd. Hierin is geen onderscheid gemaakt naar het gebruik van het gebouw. Uit deze rapportages volgt dan ook niet hoeveel zorginstellingen in de betreffende gemeente gecontroleerd zijn.

De VRU geeft naast de controles ook invulling aan preventieve activiteiten en wil meer de nadruk leggen op de verantwoordelijkheid voor brandveiligheid van de gebruiker van het gebouw. In dat kader zijn toolboxen ontwikkeld om de zelfredzaamheid van het personeel en de bewoners te bevorderen. Deze toolbox – waarin voor zorgverleners gedragscomponenten zijn opgenomen om veiligheid te herkennen en toe te passen – is inmiddels aan meer dan den helft van de zorginstellingen verstrekt.

Resultaten documentenonderzoek

De risicoanalyse, het strategische beleid, het operationele beleid, de uitvoeringsplannen en de jaarverslagen van de geselecteerde gemeenten over de jaren 2017 en 2018 zijn beoordeeld op specifiek beleid en/of plannen ten aanzien van het thema brandveiligheid zorginstellingen.

Basis van het beleid is de risicoanalyse. Brandveilig gebruik van bestaande gebouwen (bij 80% van de gemeenten uitgesplitst naar brandveilig gebruik van gebouwen met een gezondheidszorgfunctie) is door alle gemeenten in de risicoanalyse opgenomen. Zoals hiervoor vermeld (paragraaf 3.1.2.) hanteren alle gemeenten de door de VRU opgestelde risicomodule preventietaken. In deze risicoanalyse is de omvang van het risico bepaald door de negatieve effecten van het optreden van brand, de kans dat dit gebeurt en het naleefgedrag in beeld gebracht. In deze analyse hebben gebouwen waarin zorginstellingen zijn gehuisvest in alle geselecteerde gemeenten de hoogste risicoscore.

In alle gemeenten is er strategisch beleid met betrekking tot brandveilig gebruik van bestaande bouw in het algemeen. Ondanks dat gemeenten brandveiligheid in zorginstellingen hoog prioriteren, is slechts bij 35% van de gemeenten in het strategisch beleid specifiek aandacht besteed aan toezicht op brandveiligheid in zorginstellingen en bevat het beleid op dit onderdeel concrete doelen. Deze doelen zien vooral op het continueren dan wel verbeteren van het nalevingspercentage door zorginstellingen van de wet- en regelgeving op het gebied van brandveiligheid.

In het operationele beleid is door de meeste gemeenten (85%) niet specifiek iets vermeld over toezicht op brandveiligheid bij zorginstellingen. De meeste gemeenten hebben vermeld dat de prioritering en intensiteit van het toezicht wordt bepaald door de VRU op basis van de opgestelde analyse (de Risicomodule Preventietaken). Omdat gebouwen met zorginstellingen in alle gemeenten hoog geprioriteerd zijn, betekent dit volgens informatie van de VRU en de gemeenten dat zorginstellingen

jaarlijks worden gecontroleerd. Bij 50% van de gemeenten is dit ook in het beleid verankerd. Verder is bij alle gemeenten de Landelijke Handhavingsstrategie (LHS) onderdeel van de sanctiestrategie²⁰.

In 85 % van de onderzochte gemeenten wordt in de uitvoeringsplannen aandacht besteed aan toezicht op brandveilig gebruik bij bestaande bouw en wordt ook een onderscheid gemaakt naar controles per risicoklasse. Eén gemeente heeft in het uitvoeringsprogramma alleen vermeld dat periodieke en reguliere gebruikscontroles tot de kerntaken van de VRU behoren, zonder verdere toelichting. Geen enkele gemeente besteedt expliciet aandacht aan toezicht brandveilig gebruik van zorginstellingen. Wat verder opvalt is dat in geen enkele onderzochte gemeente de gebruiksfunctie van de gebouwen waarop toezicht wordt gehouden is vermeld in de uitvoeringsplannen.

Ook in de jaarverslagen wordt door 85% van de onderzochte gemeenten alleen aandacht besteed aan toezicht brandveiligheid in bestaande bouw in het algemeen en wordt er slechts vermeld hoeveel controles hebben plaatsgevonden. Eén gemeente besteedt helemaal geen aandacht aan het toezicht op brandveiligheid bestaande bouw. In geen enkele gemeente wordt gerapporteerd of de jaarlijkse controle van zorginstellingen is gerealiseerd, ook de resultaten van de wel uitgevoerde controles (zoals nalevingspercentages) worden niet vermeld. De gemeenten die in het beleid doelen met betrekking tot brandveiligheid in zorginstellingen hebben opgenomen, rapporteren in het jaarverslag niet of en zo ja in hoeverre deze doelen zijn behaald.

3.2 Dossieronderzoek

Aanwezigheid opgevraagde documenten

Zoals hiervoor vermeld zijn bij de 6 geselecteerde gemeenten de toezicht- en handavingsdossiers over 2017 en 2018 van de 22 geselecteerde zorginstellingen opgevraagd. Daarnaast heeft de VRU in het kader van dit onderzoek de bij haar aanwezige plattegrondtekeningen van de geselecteerde zorginstellingen aan ons beschikbaar gesteld. Aan de hand van deze tekeningen verricht de VRU de reguliere brandveiligheidsinspecties bij zorginstellingen.

Met betrekking tot de ontvangen tekeningen wordt vastgesteld dat de VRU van één zorginstelling niet over tekeningen beschikte. Van deze zorginstelling is van de betreffende gemeente een niet gewaarmerkte bouwkundig tekening ontvangen. Van de overige zorginstellingen is van 65% de gewaarmerkte, bij de verleende vergunning behorende tekening ontvangen. Van de overige 30% zijn de ontvangen tekeningen niet gewaarmerkt. Van deze laatste tekeningen kan niet worden vastgesteld of ze overeenkomen met de bij de verleende vergunning behorende tekeningen. Hierbij wordt erop gewezen dat het de verantwoordelijkheid van de gemeenten, het bevoegde gezag, is om ervoor te zorgen dat de VRU over alle actuele bij de verleende vergunning behorende tekeningen beschikt.

Voor wat betreft het beheer en de archivering van toezicht- en handavingsdossiers wordt geconstateerd dat dit onvoldoende op orde is. Bij een aantal gemeenten is niet duidelijk of toezichtdossiers door de gemeente zelf of door de VRU worden beheerd en/of gearhiveerd. De meeste gemeenten (85%) hebben pas na herhaalde verzoeken informatie verstrekt. Daarnaast is het grootste deel van de verstrekte dossiers niet compleet, controlerapporten met vermelding van de bevindingen ontbreken evenals her-controlerapporten en eventuele rapportages over handhavingsacties. De in de volgende paragrafen gemaakte beoordelingen zijn gebaseerd op de uiteindelijk ontvangen dossiers.

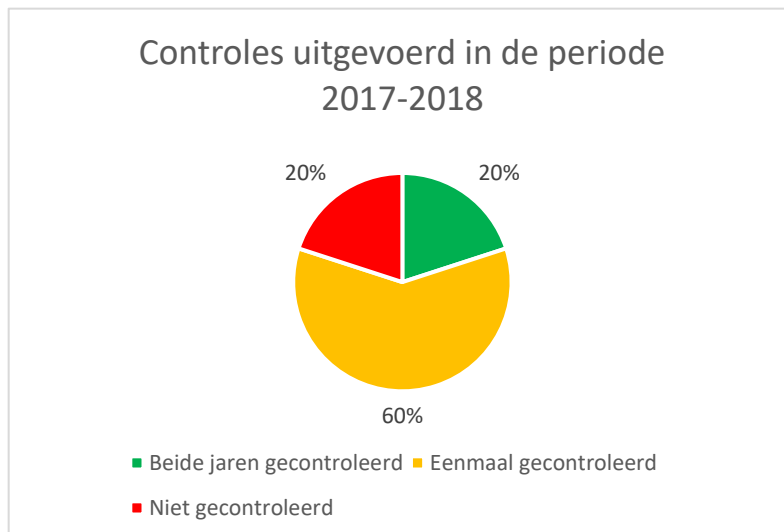
²⁰ Het doel van de LHS is dat handhavende instanties zo uniform mogelijk de handhaving aanpakken. Zo zorgt de LHS voor een gelijk speelveld. Verder verbindt de LHS het bestuurs- en strafrecht met elkaar, waarbij de toezichthouder met bijzondere opsporingsbevoegdheden (de boa) zowel bestuursrechtelijk als strafrechtelijk kan optreden. Voor het omgevingsrecht is de LHS bedoeld voor gemeenten, provincies, waterschappen, omgevingsdiensten en landelijke inspectie- en opsporingsdiensten.

Frequentie inspecties, hercontroles en handhaving

Gelet op de risicoanalyse (zie onder 3.1) dienen bestaande zorginstellingen jaarlijks te worden gecontroleerd. Op basis van de ontvangen dossiers is beoordeeld hoe vaak de zorginstellingen zijn geïnspecteerd in de periode 2017-2018.

In 2017 is 40% van de nu onderzochte zorginstellingen gecontroleerd. Hierbij zijn bij alle zorginstellingen overtredingen geconstateerd. Slechts bij 25% van deze zorginstellingen zijn hercontrole 's uitgevoerd. De overige 75% van de zorginstellingen waar overtredingen zijn geconstateerd zijn niet meer gecontroleerd. Ook bevatten deze dossiers geen informatie over de vraag of de geconstateerde overtredingen zijn beëindigd (bijvoorbeeld informatie van de betreffende zorginstelling over beëindiging van de overtreding). Bij alle zorginstellingen waar een hercontrole heeft plaatsgevonden waren ten tijde van de hercontrole niet alle overtredingen beëindigd. Voor één zorginstelling is door de betreffende gemeente een handavingsprocedure (last onder dwangsom) gestart, wat er uiteindelijk toe heeft geleid dat de geconstateerde overtreding is beëindigd. Van de overige zorginstellingen waar op het moment van hercontrole de overtredingen niet waren beëindigd, is geen handavingsactie gestart en volgt ook niet uit het dossier of de overtreding is beëindigd. Het starten van een handavingsprocedure is een bevoegdheid van de gemeente; deze bevoegdheid is door de geselecteerde gemeenten niet gemandateerd aan de VRU.

In 2018 is 55% van de nu geselecteerde zorginstellingen door de VRU gecontroleerd. Hierbij zijn bij 60% van deze zorginstellingen overtredingen geconstateerd; bij de overige zorginstellingen zijn geen overtredingen geconstateerd. Bij iets minder dan de helft van de zorginstellingen waar overtredingen zijn geconstateerd, heeft een hercontrole plaatsgevonden. Hierbij is in alle gevallen geconstateerd dat de overtredingen niet waren beëindigd. Dit heeft bij alle zorginstellingen tot handavingsacties van de respectieve gemeentes geleid. Bij 50% van de zorginstellingen is bij de her-inspectie na het verzenden van een waarschuwing, geconstateerd dat de overtreding is beëindigd. Bij de overige zorginstellingen zijn afspraken gemaakt over het tijdpad waarin de overtredingen moeten zijn hersteld; de hierbij gehanteerde termijnen zijn ruimer dan opgenomen in de nalevingsstrategie. Een motivering waarom van deze termijnen wordt afgeweken ontbreekt.



Zoals hiervoor vermeld is zowel in 2017 als in 2018 ongeveer 50% van de onderzochte zorginstellingen gecontroleerd. Dit waren niet in beide jaren dezelfde zorginstellingen. Op basis van de ontvangen toezichtdossiers is vastgesteld dat in de periode 2017-2018 20% van de zorginstellingen in beide jaren is gecontroleerd, 60% van de zorginstellingen in deze periode één keer is gecontroleerd en 20% van de zorginstellingen in deze periode helemaal niet is gecontroleerd.

Geconstateerde overtredingen in de toezichtdossiers

Vervolgens is beoordeeld welke overtredingen in de toezichtdossiers zijn geconstateerd. De VRU en de gemeenten melden dat zorginstellingen worden gecontroleerd op Bouwtechnische, Organisatorische en Installatietechnische aspecten. Op welke punten de zorginstellingen zijn gecontroleerd kan niet worden vastgesteld omdat in de meeste van de ontvangen toezichtdossiers een checklist met gecontroleerde punten, of een controlerapport met vermelding van bevindingen, ontbrak.

Bij de in 2017 en 2018 door de VRU gecontroleerde zorginstellingen zijn met name de volgende overtredingen geconstateerd:

- Verstrijken van de geldigheidsduur van het inspectiecertificaat voor de brandmeld- en/of ontruimingsinstallatie. In 2017 is dit bij 66% van de gecontroleerde zorginstellingen vastgesteld; in 2018 bij 25% van de gecontroleerde zorginstellingen.
- Overtredingen met betrekking tot de aanwezigheid en het functioneren van zelfsluitende deuren in scheidingsconstructies. In 2017 is dit bij 55% van de gecontroleerde zorginstellingen vastgesteld; in 2018 is dit bij 10% van de zorginstellingen geconstateerd.
- In mindere mate zijn overtredingen geconstateerd met betrekking tot bouwkundige brandveiligheid (zie voor een uitleg van dit begrip onder 3.3. onder het kopje bouwkundige aspecten). In 2017 zijn voor dit onderdeel geen overtredingen vastgesteld. In 2018 zijn in 20 % van de zorginstellingen overtredingen voor wat betreft het niet brandwerend afwerken van kabel-, leiding of andere doorvoeren door scheidingconstructies vastgesteld. Daarnaast is in 2018 in 25% van de zorginstellingen geconstateerd dat brandwerende pui-constructies niet voldoen aan de bepalingen met betrekking tot weerstand tegen branddoorslag en brandoverslag uit het Bouwbesluit 2012.

3.3 Praktijkonderzoeken

Algemeen

Voor het uitvoeren van deze praktijktoetsen is een deskundig, onafhankelijk bureau ingeschakeld. Er is gekozen voor een extern deskundig bureau om objectiviteit en functionele afstand van de te onderzoeken zorginstellingen en gemeenten te waarborgen. Dit bureau heeft de praktijktoetsen uitgevoerd aan de hand van de als bijlage I bij dit rapport gevoegde checklist. Meerdere checkpunten van deze checklist zijn op basis van een uitgebreide steekproef beoordeeld. De uitgevoerde steekproef is zodanig dat een algemeen beeld kon worden verkregen van de brandveiligheid binnen de geselecteerde zorginstellingen. Voor de uitvoering van de praktijktoetsen zijn aan het bureau de van de VRU ontvangen tekeningen van de zorginstellingen beschikbaar gesteld. Zoals hiervoor vermeld is 30% van deze tekeningen niet gewaarmerkt.

Voorafgaand aan de inspectie is vanuit IBT schriftelijk contact geweest met de contactpersonen van de betreffende zorginstelling en is uitleg gegeven over het onderzoek. Bij elke controle is een beheerder van de betreffende zorginstelling aanwezig geweest. Daarnaast heeft een toezichthouder van IBT per onderzochte gemeente tenminste één controle van een zorginstelling bijgewoond. Van elk praktijkonderzoek is een rapportage gemaakt, waarin is vermeld of al dan niet aan de wettelijke eisen wordt voldaan en (indien van toepassing) welke overtredingen zijn geconstateerd.

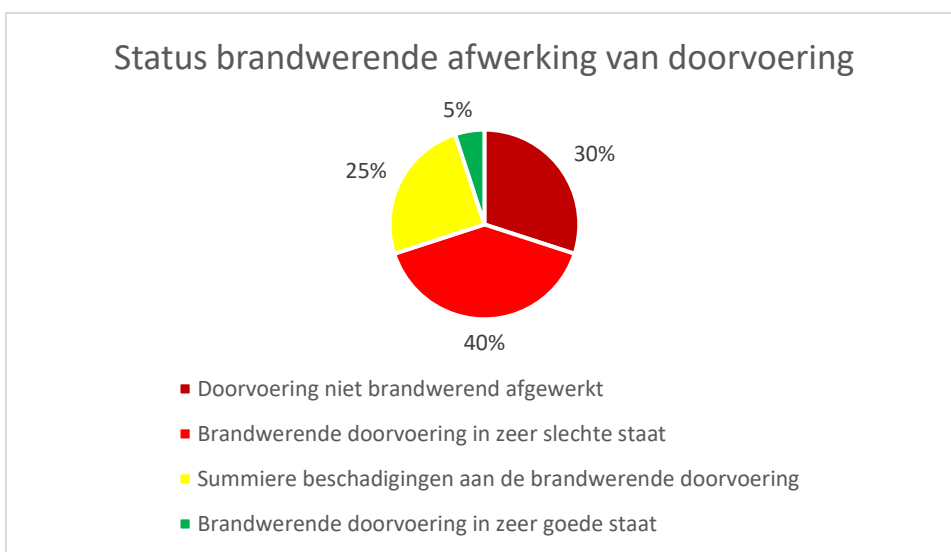
De inspectie van de geselecteerde zorginstellingen heeft, zoals hiervoor vermeld, plaatsgevonden op bouwkundige, installatietechnische en organisatorische aspecten. Bij deze inspecties zijn geen zodanig onveilige situaties geconstateerd dat direct ingrijpen noodzakelijk was. Bij 15% van de zorginstellingen zijn geen of slechts enkele overtredingen geconstateerd, die op relatief eenvoudige wijze ongedaan kunnen worden gemaakt. Bij de overige zorginstellingen zijn meerdere overtredingen/aandachtspunten geconstateerd, verschillend in ernst of urgentie. Hieronder volgen de hoofdconclusies per onderdeel. Bijlage III van dit rapport bevat een geanonimiseerde overall analyse waarin per gecontroleerde zorginstelling is vermeld in hoeverre de bouwkundige, installatietechnische en organisatorische aspecten op orde zijn.

Praktijkonderzoek bouwkundige aspecten

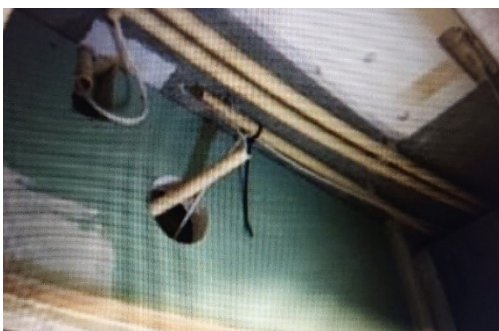
Bij dit onderdeel hebben de inspecties zich met name gericht op de opbouw en uitvoering van bouwkundige wanden, brandwerende afwerkingen van doorvoeringen en de staat van in de brandscheidingen aanwezige pui-constructies. Daarnaast is gecontroleerd of de aangeleverde tekeningen voor wat betreft de compartimentering overeenkomen met de werkelijke situatie.

Voor wat betreft de bouwkundige wanden volgt uit de inspectierapporten dat de geïnspecteerde zorginstellingen grotendeels voldoen aan de in het Bouwbesluit 2012 gestelde eisen. Slechts in enkele gebouwen is geconstateerd dat de naden tussen de wanden en het plafond niet brandwerend zijn afgewerkt. Deze overtredingen kunnen met beperkte inspanningen ongedaan worden gemaakt.

Het volgende aspect dat is gecontroleerd is de brandwerende afwerking van doorvoeringen. Om te voorkomen dat een beginnende brand zich snel in een bouwwerk uitbreidt en rook zich snel verspreidt, stelt het Bouwbesluit 2012²¹ eisen aan de weerstand tegen branddoorslag en brandoverslag en de weerstand tegen rookdoorgang van scheidingsconstructies (zoals muren en vloeren). Wanneer in of door zo'n scheidingsconstructie een doorvoer voor kabels, leidingen, luchtbehandelingskanalen en dergelijke op onzorgvuldige wijze wordt aangebracht (of een al aanwezige doorvoer onzorgvuldig wordt gewijzigd) kan dit een zodanig negatief effect hebben dat niet meer aan die weerstandeisen wordt voldaan. Om zulke situaties te voorkomen, is in het Bouwbesluit 2012 bepaald²² dat deze doorvoeringen direct na het aanbrengen of wijzigen op adequate wijze worden gecontroleerd en zo nodig brandwerend moeten worden afgewerkt. Bij de uitgevoerde inspecties is in 30% van de gebouwen geconstateerd dat de aangebrachte doorvoeringen niet brandwerend zijn afgewerkt. In 40% van de gebouwen is gepoogd de doorvoeringen brandwerend uit te voeren, maar is deze brandwerende afwerking in zeer slechte staat. In 25% van de gebouwen zijn er summiere beschadigingen aan de brandwerende doorvoeringen aangetroffen.



Slechts één gebouw verkeert voor wat betreft doorvoeringen in een zeer goede staat. Dit is een vrij nieuw gebouw, dat ook nauwgezet wordt beheerd met betrekking tot brandveiligheid. Volgens werkinstructies worden nieuw gemaakte doorvoeringen in wanden en plafonds gemarkeerd met een etiket. Daarnaast beschikt de beheerder over een logboek, waarin de doorvoeringen zijn vermeld, die op korte termijn nazorg behoeven in de vorm van afdoende brandwerende afdichting. Op deze wijze is de betreffende instelling 'in control' met betrekking tot de brandwerende constructies en – voorzieningen.



Afbeeldingen 1 en 2: voorbeelden van doorvoeringen die niet brandwerend zijn uitgevoerd.

²¹ Zie de afdelingen 2.10, 2.11 en 2.12 Bouwbesluit 2012

²² Artikel 1.16, tweede lid, Bouwbesluit 2012

Ook zijn in het kader van dit onderdeel brandwerende pui-constructies beoordeeld. Met brandwerende pui-constructies worden verticale scheidingsconstructies bedoeld, die zijn opgebouwd uit een stijl- en regelwerk met een vlakvulling van glas of panelen, al dan niet voorzien van één of meerdere deuren.²³ De brandwerendheid van bestaande pui-constructies is vaak niet goed te beoordelen. De documentatie over de originele constructie is niet altijd meer aanwezig en bij bestaande bouw wordt getoetst aan het "rechtens verkregen niveau". Hiermee wordt het kwaliteitsniveau bedoeld dat het gevolg is van de toepassing van de relevante op dat moment van toepassing zijnde technische voorschriften. Het gaat dus om het niveau waarop de gemeente kan handhaven. Hiervoor is het nodig om te kijken naar de technische voorschriften en de vergunning die op de oorspronkelijke oprichting van het bouwwerk en op eventuele latere verbouwing(en) daarvan van toepassing waren.²⁴ Omdat bij veel onderzochte instellingen die vergunning op het moment van het onderzoek niet beschikbaar was, kan het rechtens verkregen niveau niet worden vastgesteld.

Uit de inspecties volgt dat zo'n 20% van de geïnspecteerde gebouwen is voorzien van fabrieksmatig vervaardigde pui-constructies en deurbladen (kenmerk in hangzijde van het deurblad aanwezig). Bij deze gebouwen zijn vrijwel geen tekortkomingen aan de pui-constructies en deurbladen geconstateerd. In de overige gebouwen (80%) zijn bij de praktijktoetsen een aantal aandachtspunten geconstateerd op het gebied van detaillering van de pui-constructies. De constatering dat een detail van een pui-constructie beter uitgevoerd kan worden, hoeft niet te betekenen dat niet wordt voldaan aan de prestatie-eis voor brandwerendheid van bestaande bouw van minimaal 15-20 minuten voor de gehele pui-constructie. Geadviseerd wordt om deze aandachtspunten nader te laten beoordelen en per situatie te bepalen aan welke eisen de constructies moeten voldoen zodat wordt voldaan aan de eisen voor brandwerendheid. Daarnaast zijn in een aantal instellingen overtredingen geconstateerd met betrekking tot deuren die niet zijn voorzien van een deurdranger en worden in een aantal instellingen zelfsluitende deuren geforceerd opengehouden.²⁵

De door de VRU ten behoeve van het onderzoek verstrekte tekeningen komen in 25% van de gecontroleerde zorginstellingen niet overeen met de feitelijk aangetroffen situatie. Vooral voor wat betreft de brandcompartimentering zijn afwijkingen aangetroffen. De verandering van brandcompartimenteringen is vergunningplichtig.²⁶ In het kader van dit onderzoek kon niet worden vastgesteld of voor deze afwijkingen al dan niet een vergunning is verleend. In deze gevallen is geadviseerd contact op te nemen met het bevoegd gezag, de gemeente. Het is de taak van de gemeenten om ervoor te zorgen dat de VRU over alle actuele tekeningen beschikt voor het uitvoeren van het toezicht.

Praktijkonderzoek installatietechnische aspecten

Op installatietechnisch gebied is gecontroleerd of de brandmeld- en ontruimingsalarminstallatie, de noodverlichting en de vluchtrouteaanduiding voldoen aan de eisen van het Bouwbesluit 2012.

De aanwezigheid van een brandmeld- en ontruimingsalarminstallatie is bij alle geïnspecteerde zorginstellingen vereist vanuit het Bouwbesluit 2012²⁷. Deze installaties zorgen voor een tijdige detectie van brand en een snelle alarmering voor aanwezige personen. Bij de inspecties is geconstateerd dat alle gebouwen zijn voorzien van de benodigde installaties en dat deze installaties operationeel zijn. Wel moet het onderhoud van diverse installaties beter worden uitgevoerd en bijgehouden. Een geldig CCV-inspectiecertificaat voor deze installaties was bij ongeveer 50% van de zorginstellingen niet aanwezig.

Ook de aanwezigheid van noodverlichting en een vluchtrouteaanduiding is bij alle geïnspecteerde gebouwen vereist vanuit het Bouwbesluit 2012. Noodverlichting en verlichte vluchtrouteaanduidingen in

²³ Beoordeling brandwerende pui-constructies, Rijksgebouwendienst 22 april 2011, pag. 7

²⁴ Artikel 1.1. Bouwbesluit 2012 en de integrale Nota van Toelichting m.b.t. het begrip rechtens verkregen niveau

²⁵ Artikel 6.26 Bouwbesluit 2012

²⁶ Artikel 2.1, derde lid Wabo, jo. Artikel 2.3 Bor jo. de artikelen 2 en 3 van Bijlage II bij het Bor

²⁷ Artikelen 6.20 en 6.23 Bouwbesluit 2012

de gebouwen zorgen voor duidelijkheid in de vluchtroutes. Bij de inspecties is geconstateerd dat deze in alle gebouwen aanwezig zijn, maar niet overal volledig functioneren. Het onderhoud is in enkele gebouwen achterstallig en/of armaturen zijn ondanks het onderhoud toch defect. Ten aanzien van de vluchtveiligheid zijn in 40% van de geïnspecteerde gebouwen overtredingen geconstateerd.

Praktijkonderzoek organisatorische aspecten

Bij deze aspecten is met name beoordeeld of in de geïnspecteerde zorginstellingen vluchtwegen vrijgehouden zijn van goederen – zodat deze goed begaanbaar zijn - en of (nood)deuren in vluchtwegen zonder problemen te openen zijn. Daarnaast is beoordeeld of de in de zorginstelling aanwezige blusmiddelen worden onderhouden.



Geconstateerd is dat de vluchtwegen over het algemeen goed begaanbaar zijn. Deuren in vluchtwegen zijn in alle geïnspecteerde zorginstellingen zonder problemen te openen. Wel is in 35% van de zorginstellingen geconstateerd dat goederen (zoals scootmobielen en meubels) in de vluchtwegen zijn geplaatst, waardoor de vluchtwegen niet volledig begaanbaar zijn. Het onderhoud van blusmiddelen is in bijna alle geïnspecteerde zorginstellingen het onderhoud op orde. Slechts bij één zorginstelling is achterstallig onderhoud van de blusmiddelen aangetroffen.

Afbeelding 3: aanwezigheid van meubilair in een vluchtroute.

4. Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies documentenonderzoek

Het thema brandveiligheid bij zorginstellingen is bij de onderzochte gemeenten onvoldoende geborgd in de BIG 8-cyclus en onvoldoende sluitend in de daaruit voortvloeiende documenten. Weliswaar is de brandveiligheid in zorginstellingen door alle onderzochte gemeenten hoog geprioriteerd op basis van de risicoanalyse, maar de meeste gemeenten besteden in het strategische beleid (meestal voor vier jaar) geen specifieke aandacht aan brandveiligheid in zorginstellingen. In de uitvoeringsplannen wordt door de meeste gemeenten wel aandacht besteed aan toezicht op brandveilig gebruik bij bestaande bouw en wordt ook een onderscheid gemaakt naar controles per risicoklasse. Expliciete aandacht voor brandveiligheid in zorginstellingen ontbreekt echter. Dit concluderen wij ook uit onderzoek van de jaarverslagen. Hierin wordt niet concreet gerapporteerd over de hoeveelheid geplande en gerealiseerde controles bij zorginstellingen, het nalevingspercentage en eventueel opgestarte handhavingsacties. Gegevens over het naleefgedrag door de zorginstellingen ontbreken. De gemeenten die doelstellingen met betrekking tot naleefgedrag in het beleid hebben opgenomen, rapporten niet in het jaarverslag of deze doelstellingen zijn behaald.

Gevolg hiervan is dat er onvoldoende sturing plaats vindt op dit risico en onvoldoende zichtbaar wordt hoe het risico kan worden beperkt. Het sluitend maken van de BIG 8-cyclus is zeker van belang omdat het toezicht op brandveiligheid door alle gemeenten via mandaat bij de VRU belegd is. Nu hebben gemeenten onvoldoende zicht op en geven zij onvoldoende sturing aan de uitvoering van het toezicht door de Veiligheidsregio.

4.2 Conclusies dossieronderzoek

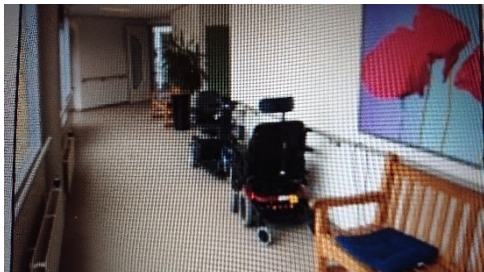
De archivering van de toezicht- en handavingsdossiers is onvoldoende op orde. Bij een aantal gemeenten is niet bekend of deze dossiers door de gemeente of door de VRU worden beheerd. Ook zijn de meeste ontvangen dossiers niet compleet. De VRU beschikt voor 30% van de onderzochte zorginstellingen niet over gewaarmerkte tekeningen, zodat niet kan worden vastgesteld of deze tekeningen overeenkomen met de bij de verleende vergunning behorende tekeningen. Van één zorginstelling beschikte de VRU in het geheel niet over tekeningen.

Ondanks dat zorginstellingen gelet op de risicoanalyse jaarlijks gecontroleerd moeten worden, is dit in de onderzochte periode 2017-2018 slechts bij 20% van de geselecteerde zorginstellingen het geval. Van de overige zorginstellingen is 60% in deze periode een keer gecontroleerd en 20% van de zorginstellingen is in beide jaren niet gecontroleerd. Verder wordt vastgesteld dat bij slechts de helft van de zorginstellingen waar overtredingen zijn geconstateerd een hercontrole plaatsvindt. Of in de zorginstellingen waar geen hercontrole plaatsvond de overtredingen zijn beëindigd, volgt niet uit de ontvangen dossiers. Als bij de hercontrole de overtreding nog steeds voortduurde, leidt dit niet in alle gevallen tot handhavingsacties.

Verder wordt op basis van de ontvangen dossiers vastgesteld dat het toezicht door de VRU zich veelal niet richt op bouwkundige aspecten zoals doorvoeringen van kabels, leidingen en ventilatiekanalen door brandwerende constructies. Om te kunnen controleren of genoemde doorvoeringen op afdoende wijze brandwerend zijn uitgevoerd is periodieke inspectie nodig, waarbij ook boven systeemplafonds gekeken moet worden.

4.3 Conclusies praktijkonderzoeken

Uit de inspecties volgt dat de organisatorische en installatietechnisch aspecten in het grootste deel van de gebouwen op orde zijn. De vluchtwegen zijn in 65% van de gecontroleerde zorginstellingen gevrijwaard van opslag, deuren in vluchtwegen zonder sleutel te openen en de openbare weg is snel te bereiken. Daarnaast worden personen tijdig gealarmeerd door de aanwezige (werkende) brandmeld- en ontruimingsalarminstallaties. Deze brandmeld- en ontruimingsinstallaties behoeven wel de nodige aandacht, omdat bij 50% van de onderzochte zorginstellingen geldige CCV-inspectiecertificaten van de installaties ontbreken. Dit zorgt echter niet direct voor brandonveilig gebruik van de gebouwen. Ook de noodverlichting en de vluchtrouteaanduidingen is bij de meeste gebouwen op orde; bij 40% van de gebouwen kan op dit punt nog wel winst worden behaald.



Afbeelding 4: opslag goederen in vluchtweg.

Op het gebied van de bouwkundige brandveiligheid en dan vooral wat betreft doorvoeringen door scheidingsconstructies, zijn veel overtredingen geconstateerd en bij 70% van de gecontroleerde zorginstellingen is dit matig tot niet op orde. Vergeleken met de ontvangen toezichtdossiers van de geselecteerde zorginstellingen valt op dat in de praktijktoetsen veel meer overtredingen zijn geconstateerd met betrekking tot bouwkundige veiligheid dan blijkt uit de verstrekte toezichtdossiers. Conclusie is dan ook dat het toezicht door of namens de gemeente zich onvoldoende richt op de bouwkundige aspecten van brandveiligheid.

4.4 Eindconclusie

- ➡ De aandacht voor het thema brandveiligheid bij zorginstellingen is niet voldoende geborgd in het beleid van de gemeenten en de daaruit voortvloeiende documenten. Gevolg hiervan is dat onvoldoende sturing plaats vindt op dit risico en onvoldoende zichtbaar wordt hoe het risico kan worden beperkt. Het sluitend maken van de beleidscyclus is des te meer van belang omdat het toezicht op brandveiligheid door alle gemeenten in de provincie Utrecht bij de VRU belegd is.
- ➡ De archivering van de toezicht- en handavingsdossiers is onvoldoende op orde. Dossiers waren bij de meeste (85%) onderzochte gemeenten niet direct voorhanden en de meeste ontvangen dossiers zijn incompleet, in die zin dat bijvoorbeeld controlerapporten ontbreken. Ook beschikt de VRU niet voor alle instellingen over gewaarmerkte tekeningen, waardoor niet kan worden vastgesteld of dit de bij de verleende vergunning behorende tekeningen zijn. Het is de taak van het bevoegd gezag, de gemeente, dat de VRU over actuele, bij de verleende vergunningen behorende tekeningen beschikt.
- ➡ Ondanks dat zorginstellingen jaarlijks gecontroleerd moeten worden, was dit in de periode 2017-2018 slechts bij 20% van de geselecteerde zorginstellingen het geval. In deze periode is 60% van de geselecteerde zorginstellingen één keer gecontroleerd en is 20% helemaal niet gecontroleerd. In minder dan de helft van de geselecteerde zorginstellingen waar overtredingen zijn geconstateerd, zijn hercontroles uitgevoerd. Of in de zorginstellingen waar geen hercontroles zijn uitgevoerd, de overtredingen zijn beëindigd volgt niet uit de ontvangen dossiers. Als bij de hercontrole de overtreding nog steeds voortduurde, leidde dit niet in alle gevallen tot handavingsacties. Daar waar handavend werd opgetreden, is vaak zonder motivering afgeweken van de hersteltermijnen die in de nalevingsstrategie zijn vastgelegd.
- ➡ Bij de praktijkonderzoeken zijn geen zodanig onveilige situaties geconstateerd dat direct ingrijpen nodig was. Bij 15% van de zorginstellingen zijn geen of slechts enkele overtredingen geconstateerd, die op relatief eenvoudige wijze ongedaan kunnen worden gemaakt. Bij de overige zorginstellingen zijn meerdere overtredingen/aandachtspunten geconstateerd, verschillend in ernst of urgentie.

- ➡ Bij de praktijkonderzoeken zijn vooral voor wat betreft de brandwerende afwerking van doorvoeringen door brandwerende scheidingen boven plafonds en leidingschachten veel overtredingen geconstateerd. Vergeleken met de ontvangen toezichtdossiers van de geselecteerde zorginstellingen valt op dat op dit onderdeel in de praktijktoetsen veel meer overtredingen zijn geconstateerd.

4.5 Aanbevelingen voor gemeenten

- ➡ Zorg voor een goede borging van het onderwerp brandveiligheid in de gemeentelijke beleidscyclus. Neem in het strategisch VTH-beleid meetbare doelen op en werk deze doelen uit in het uitvoeringsprogramma. Rapporteer in het jaarverslag over het behalen van deze beleidsdoelen.
- ➡ Zorg voor een goede regie en een goede communicatie met de veiligheidsregio op het gebied van het toezicht op brandveiligheid in zorginstellingen en vooral met de focus op bouwkundige brandveiligheid, zonder de andere aspecten uit het oog te verliezen.
- ➡ Draag zorg voor een betere (digitale) archivering van toezicht- en handavingsdossiers, waarbij informatie actueel, volledig en eenvoudig herleidbaar is opgeslagen. Leg in de dienstverlenings-overeenkomsten met de VRU, waarin de mandatering voor deze taken is geregeld, ook de verantwoordelijkheid voor het beheer van deze (digitale) dossiers vast.
- ➡ Handhaaf consequent bij overtredingen, overeenkomstig de handavingsstrategie zoals die is vastgelegd in het beleid. Zorg bij afwijking van het beleid voor een goede onderbouwing.
- ➡ Spreek eigenaren en gebruikers van gebouwen aan op hun eigen verantwoordelijkheid en zorgplicht voor brandveiligheid en help mee om deze verantwoordelijkheid te kunnen dragen; adviseer en geeft voorlichting. Speciaal voorlichting over het brandwerend afwerken van doorvoeringen verdient de aandacht.

4.6 Vervolg

De resultaten van elk praktijkonderzoek afzonderlijk zijn aan de desbetreffende gemeenten toegestuurd. De gemeenten hebben meegedeeld dat de resultaten van de praktijkonderzoeken zijn gedeeld met de VRU en de betrokken zorginstellingen. De gemeenten hebben verder meegedeeld dat zij erop toezien dat de geconstateerde overtredingen worden verholpen. Vanuit IBT wordt erop toegezien dat gemeenten hiertoe daadwerkelijk zullen overgaan. De onderzochte gemeenten hebben verder aangegeven voortaan nauwlettender toe te zien op de brandveiligheid bij zorginstellingen en zo nodig te sanctioneren volgens hun eigen sanctiestrategieën. Door IBT wordt erop toegezien dat gemeenten deze toezeggingen nakomen.

De eindrapportage wordt toegestuurd aan alle Utrechtse gemeenten. In de begeleidende brief aan deze gemeenten wordt vermeld dat we ervan uitgaan dat de gemeenten de aanbevelingen zoals vermeld in het rapport ter harte nemen, zowel binnen hun eigen organisatie als in overleg met de Veiligheidsregio. Wij vragen de gemeenten om ons voor 31 december 2020 actief een terugkoppeling te geven over de implementatie van de aanbevelingen. Als blijkt dat gemeenten niet voor einde 2020 reageren of geen blijk geven van verbeteringen, dan manen we deze gemeenten om de aanbevelingen te implementeren.

Het verbeterpunt 'archivering van toezicht- en handavingsdossiers' krijgt extra aandacht bij het uitvoeren van IBT-informatiebeheer op gemeenten.

Bijlagen

- I Checklist praktijktoets Bouwbesluit 2012
- II risicomodule preventietaken
- III overzicht bevindingen praktijktoetsen

Checklist brandveiligheid bij zorginstellingen						
Dossiernummer:		 PROVINCIE UTRECHT				
Datum controle:						
Naam bouwwerk:						
Adres bouwwerk:						
Gebruiksfunctie:						
Gegevens eigenaar / gebruiker:						
Gegevens contactpersoon:	Emailadres:					
Controleur:		Voldaan			Art. Bouwbesluit 2012	OPMERKINGEN
Paraaf:		ja	nee	nvt		
GEBRUIKSVERGUNNING						
1. Heeft het gebouw een omgevingsvergunning in het kader van brandveilig gebruik?					Wabo hfdst. 2	
2. Is het gebruik in overeenstemming met de omgevingsvergunning?					Wabo hfdst. 2	
GELIJKWAARDIGHEID						
3. Zijn er gelijkwaardige oplossingen door het bevoegd gezag goedgekeurd en zo ja voldoen deze?					1.3	
(SUB)BRANDCOMPARTIMENTEN						
4. Voldoet de oppervlakte van het bc aan de afmeting van het BB2012 ?					2.89 lid 1	
5. Liggen alle ruimten, voor zover van toepassing, in een beschermd subbc?					2.98	
6. Hebben de subbc de vereiste WRD (NEN 6075) naar een besloten ruimte, in hetzelfde bc, van tenminste 20 minuten? (steekproef 10 à 20 %)					2.100	
7. Hebben beschermde subbc's de vereiste WBDBO (NEN 6068) naar een andere ruimte in hetzelfde bc van tenminste 20 minuten? (steekproef 10 à 20 %)					2.100	

8. Is de brandwerendheid tussen bc's en een extra beschermde vluchtroute tenminste 20 minuten?				2.90 lid 1	
9. Is het bc met bedgebied voor bedgebonden patiënten kleiner dan 77% van de gebruiksoppervlakte van de bouwlaag waarop dit bc ligt?				2.89 lid 10	
10. Voldoet de 20 minuten WRD/WBDBO van een toegepaste constructie?				2.100 lid 1, 2 & 3	
11. Zijn een technische ruimte en de stookruimte, in een bc gelegen?				2.89 lid 7	
12. Zijn de aangebrachte doorvoeringen van kabels, leidingen of andere doorvoeringen voldoende brandwerend uitgevoerd en adequaat gecontroleerd?				1.16 lid 2	
13. Worden de brandwerende scheidingen gesloten gehouden (inclusief de zelfsluitende deuren)?				6.26 lid 1	
INSTALLATIE					
14. Heeft het gebouw op basis van de huidige regelgeving een Brandmeldinstallatie conform de NEN 2535 nodig en zo ja voldoet deze installatie?				6.20	
15. Worden de maandelijkse en jaarlijkse testen / onderhoud door de beheerder brandmeldinstallatie uitgevoerd conform de NEN 2654-1?				6.20 lid 8	
16. Kan tijdens de controle een geldig inspectiecertificaat van de brandmeldinstallatie worden getoond?				6.20 lid 6	
17. Heeft het gebouw op basis van de huidige regelgeving een ontruimingsalarminstallatie conform de NEN 2575?				6.23 lid 1, 2, 3, 4 & 5	
18. Kan er maandelijks- en jaarlijks onderhoud van de ontruimingsalarminstallatie worden aangetoond conform de NEN 2654-2?				6.23 lid 3 & 5	
19. Kan tijdens de controle een geldig certificaat van de ontruimingsalarminstallatie, als onderdeel van een brandmeldinstallatie, worden getoond?				6.23 lid 4	
20. (bij een goedgekeurde gelijkwaardige oplossing) Is er een geldig certificaat (CCV-inspectieschema Vast opgestelde Brandbeheersings- en Brandblussystemen) van de aanwezige automatische brandblusinstallatie?				6.32 lid 1	
21. (bij een goedgekeurde gelijkwaardige oplossing) Is er een geldig certificaat (CCV-inspectieschema Vast opgestelde Brandbeheersings- en Brandblussystemen) van de aanwezige rookbeheersingssysteem?				6.32 lid 2	
22. Visuele inspectie of openstaande deuren in een brand- en rookwerende scheiding sluiten en/of sluiten in geval van een automatische brandmelding				7.3	
23. Worden de aanwezige installaties adequaat onderhouden, veilig gebruikt en levert dit geen gevaar op?				1.16 lid 1	
24. Is er noodverlichting aanwezig en voldoet deze aan het bepaalde in artikel 6.3?				6.3 lid 1, 2, 3, 4, 5 & 7	
25. Is tijdens een verduistering, in een ruimte die door 50 mensen wordt gebruikt, redelijke oriëntatie mogelijk?				6.5	
26. Kan er tijdens de controle onderhoud worden aangetoond van de transparantverlichting?				1.16 lid 1	
BLUSMIDDELEN					
27. Zijn er voldoende brandslanghaspels in het pand aanwezig?				6.28 lid 3	
28. Worden de brandslanghaspels onderhouden?				1.16 lid 1	
29. Zijn er voldoende blustoestellen aanwezig?				6.31 lid 1 & 2	

30. Wordt er eenmaal per twee jaar onderhoud gepleegd aan de blustoestellen?				6.31 lid 4	
31. Zijn alle blusmiddelen duidelijk zichtbaar opgehangen en aangeduid met een pictogram volgens de NEN 3011 en zijn deze blusmiddelen bereikbaar?				6.33; 7.16 sub a	
32. Heeft het gebouw op basis van de huidige regelgeving een droge blusleiding?				6.29 lid 1, 2, 4, 5 & 6	
33. Wordt de droge blusleiding 1x per 5 jaar getest conform de NEN 1594?				6.29 lid 7	
VLUCHTEN					
34. Leiden alle vluchtroute(s) naar het aansluitende terrein en vandaar naar de openbare weg?				2.112 lid 1,2 & 3	
35. Hebben volgens een steekproef (10 à 20 %) doorgangen van de vluchtroutes voldoende afmetingen op basis van visuele inspectie en het Bb2012?				2.117 lid 4 & 5	
36. Voldoet de draairichting van de vluchtdeuren?				6.25 lid 1, 3 & 5	
37. Zijn alle deuren op de juiste wijze te openen?				6.25 lid 6	
38. Indien mogelijk (bijvoorbeeld stekker in de nabijheid en toestemming van de gebruiker/beheerder) controle of een automatisch werkende deur, bij het uitvallen van netspanning, te openen is.				6.25 lid 8	
39. Zijn de deuren naar het overdruktrappenhuis voorzien van de juiste aanduiding?				6.25 lid 9	
40. Is aan de buitenzijde van een nooddeur of nooduitgang het opschrift "nooduitgang vrijhouden" geplaatst?				6.25 lid 10	
41. Indien er stoffering/gordijnen voor de nooduitgang aanwezig is: visuele inspectie van de zichtbaarheid en bereikbaarheid van de nooduitgang. Bewijslast voor het impregneren van de stoffering ligt bij de gebruiker/eigenaar.				7.16	
42. Is er vluchtrouteaanduiding in het pand aanwezig en voldoet deze aan de zichtbaarheidseisen?				6.24 lid 1, 3, 4 & 5	
43. Zijn de vluchtdeuren, vluchtroutes en trappenhuisen voldoende vrij van (brandbare) opslag en obstakels en zonder belemmeringen te openen?				7.16	
44. Is er voor de uitgang voldoende ruimte beschikbaar?				7.14 lid 2	
45. Zijn de hoogteverschillen in een verkeerweg en vluchtroute lager dan 0.22 m?				2.31. lid 1	
46. Is er boven op de trap een bordes aanwezig?				2.40	
47. Voldoet de aanwezige hellingbaan aan de afmetingen van 0,7 m breedte en heeft deze een helling van 1:10?				2.48	
48. Is er bovenaan de hellingbaan een bordes aanwezig?				2.49	
49. Is het glas dat tegen of onder het plafond is aangebracht veiligheidsglas of spiegeldraadglas?				7.15 lid 1	
50. Heeft een subbc of een daarin gelegen ruimte, waardoor een vluchtroute loopt voor >225 pers. tenminste 2 uitgangen?				2.112 lid 6	
ALGEMEEN					
51. Is de stookruimte vrij van brandbare opslag indien de totale nominale belasting meer dan 130 kW bedraagt?				7.8	

52. Is de opslagruimte voor brandgevaarlijke stoffen vrij van open vuur en is duidelijk aangegeven dat er een verbod is voor roken en/ of open vuur?				7.2 lid 1, lid 2	
53. Zijn er brandgevaarlijke stoffen aanwezig buiten de daarvoor bestemde opslag?				7.6	
54. Voldoet de aankleding aan de eisen van artikel 7.4?				7.4	
55. Voldoet de stoelopstelling?				7.13	
56. Kan tijdens de controle een geldend ontruimingsplan worden getoond?				6.23 lid 6	
BEREIKBAARHEID					
57. Voldoet de brandweeringang?				6.36	
58. Is de verbindingsweg aanwezig en geschikt voor gebruik?				6.37	
59. Voldoet de opstelplaats voor de brandweervoertuigen aan de daarvoor gestelde eisen?				6.38	
60. Is de opstelplaats van het blusvoertuig voldoende vrij?				6.38 lid 4	
61. Is de sleutelbuis/kluis functioneel en zijn de sleutels aanwezig in de buis?				6.36 lid 3	
AFSLUITEND					
62. Is er naar uw oordeel sprake van brandveilig gebruik?					
63. Aanbevelingen:					

Bijlage II Risicomodule preventietaken

Risicomodule© preventietaken
Veiligheidsregio Utrecht

Print naa

Kopieer na

Naar start
Naar risico analyse



☒ Naleving meetellen

Code	Beschrijving	effecten	naleving	Totaal	Klasse	Frequentie
4300,05	Ziekenhuis > 5000 pers.	9,5	6,2	59,1	I	100%
4400,03	Verpleegtehuizen > 250 pers.	8,9	6,3	56,3	I	100%
4300,06	Ziekenhuis incl. gesloten afdeling	9,1	6,2	56,2	I	100%
4300,04	Ziekenhuis 1000 pers. - 5000 pers.	9,4	5,8	54,4	I	100%
4400,04	Verpleegtehuizen incl. gesloten afdeling	8,6	6,3	54,3	I	100%
4300,03	Ziekenhuis 500 pers. - 1000 pers.	9,3	5,8	54,0	I	100%
1600	Woningen (bedrijfsm./complexen) niet zelfredz.bew. > 10 pers.	8,4	6,4	53,8	I	100%
4400	Verpleegtehuizen > 10 pers.	8,3	6,4	52,8	I	100%
1700,01	Bejaardenoorden / verzorgingshuizen - Woonzorgcomplexen	8,3	6,3	52,1	I	100%
4400,02	Verpleegtehuizen 50 pers. - 250 pers.	8,6	6,0	51,7	I	100%
1700	Bejaardenoorden / verzorgingshuizen > 10 pers.	8,3	6,2	51,2	I	100%
4300,02	Ziekenhuis 50 pers. - 500 pers.	8,6	5,9	50,8	I	100%
4400,01	Verpleegtehuizen 10 pers. - 50 pers.	8,1	6,0	48,4	I	100%
1100	Tehuizen > 10 pers.	8,5	5,6	47,7	I	100%
4300	Ziekenhuis > 10 pers.	8,4	5,6	46,9	I	100%
4200,01	Klinieken (poli-, psychiatr., ...) incl. gesloten afdeling	8,2	5,6	45,8	I	100%
3100,02	Gevangenis > 50 pers.	8,1	5,6	45,2	I	100%
4300,01	Ziekenhuis 10 pers. - 50 pers.	8,1	5,6	45,2	I	100%
2100	Kinderdagverblijf > 10 pers.	8,1	5,5	44,8	I	100%
3100,01	Gevangenis 10 pers. - 50 pers.	7,8	5,6	43,4	I	100%
1500,02	Woning met zorg - zorgclusterwoning 24 uur zorg	7,0	6,2	43,3	I	100%
1500,03	Woning met zorg - zorgclusterwoning 24 uur zorg in een woongebouw	7,0	6,2	43,3	I	100%
1500,05	Woning met zorg - groepszorgwoning op afspraak	6,8	6,3	43,0	I	100%
4200	Klinieken (poli-, psychiatr., ...) > 10 pers.	7,9	5,4	42,9	I	100%
3100	Gevangenis > 10 pers.	8,1	5,3	42,8	I	100%
1500	Woningen met zorg	7,0	6,1	42,6	I	100%
1500,06	Woning met zorg - groepszorgwoning 24 uurszorg	7,0	6,1	42,6	I	100%
1500,07	Woning met zorg - andere woonfunctie voor zorg	7,0	5,9	41,2	I	100%
3100,03	Gevangenis - niet gelegen in een cellengebouw	7,4	5,1	37,8	I	100%
8100,03	School (I.J. < 12 jaar) > 1000 pers.	6,3	5,8	36,6	I	100%
7220	Pension/Nachtverblijf > 50 pers.	6,2	5,9	36,4	I	100%
7120	Hotel > 50 pers.	6,1	5,6	34,0	I	100%
14130	Kampeerterrein/jachthaven > 250 pers.	6,2	5,5	33,9	I	100%
7320	Dagverblijf (kinderen / gehandicapten) > 50 pers.	6,1	5,5	33,7	I	100%
7210	Pension/Nachtverblijf 50- pers.	5,5	6,1	33,5	I	100%
8100,02	School (I.J. < 12 jaar) 250 - 1000 pers.	5,9	5,6	33,2	I	100%
7310	Dagverblijf (kinderen / gehandicapten) 10-50 pers.	5,6	5,9	33,0	I	100%
1800,01	Kamerverhuur > 4 personen - binnenstad	5,0	6,6	32,9	I	100%

Vervolg Risicomodule preventietaken

1800,02	Kamerverhuur > 4 personen - niet binnenstad	4,9	6,5	31,8	II	50%
7110	Hotel 10-50 pers.	5,5	5,7	31,3	II	50%
14120	Kampeerterein/jachthaven 100-250 pers.	5,7	5,4	31,0	II	50%
1800	Kamerverhuur > 4 pers.	4,7	6,5	30,9	II	50%
8100	School (I.I. < 12 jaar) > 10 pers.	5,4	5,7	30,7	II	50%
8100,01	School (I.I. < 12 jaar) 10 - 250 pers.	5,4	5,7	30,7	II	50%
1500,01	Woning met zorg - zorgclusterwoning zorg op afroep in een woongebouw	4,8	6,3	30,6	II	50%
14110	Kampeerterein/jachthaven 50-100 pers.	5,4	5,6	30,5	II	50%
2930	Cafés, discotheek, restaurant > 500 pers.	4,5	6,7	30,3	II	50%
2200	Peuterspeelzaal > 10 pers.	5,6	5,2	29,0	II	50%
10100,02	Winkelgebouwen winkelcentra	4,4	6,5	28,7	II	50%
1500,04	Woning met zorg - groepszorg woning zorg op afroep	4,7	5,9	28,1	II	50%
2920	Cafés, discotheek, restaurant 250-500 pers.	4,4	6,4	27,9	II	50%
10140	Winkelgebouwen > 1.000 pers.	4,4	6,3	27,8	II	50%
5130,05	Fabrieken > 500 pers. - industrie - BRZO	4,6	5,9	27,3	II	50%
1200	Kloosters/abdijen	5,4	5,0	26,9	II	50%
11230	Stationsgebouwen > 500 pers.	4,5	5,9	26,5	II	50%
1300	Woongeb. met in pandige gangen	5,1	5,2	26,3	II	50%
2730	Tentoonstellingsgebouwen > 500 pers.	4,4	6,0	26,3	II	50%
5130,03	Fabrieken > 500 pers. - industrie - gevaarlijke stoffen >10.000 kg	4,4	5,9	26,1	II	50%
5130,04	Fabrieken > 500 pers. - industrie - BEVI	4,4	5,9	26,1	II	50%
5120,05	Fabrieken 250-500 pers. - industrie - BRZO	4,5	5,8	25,9	II	50%
10130	Winkelgebouwen 500-1.000 pers.	4,3	6,0	25,9	II	50%
2330	Theater, schouwburg, bioscoop, aula > 500 pers.	4,6	5,5	25,4	II	50%
4100	Gezondheidsdiensten > 50 pers.	4,7	5,3	25,1	II	50%
8230	School (I.I. > 12 jaar) > 1000 pers.	4,2	5,9	24,8	III	25%
5120,03	Fabrieken 250-500 pers. - industrie - gevaarlijke stoffen >10.000 kg	4,3	5,8	24,7	III	25%
5120,04	Fabrieken 250-500 pers. - industrie - BEVI	4,3	5,8	24,7	III	25%
9230	Sportthal, stadion > 1.000 pers.	4,4	5,6	24,7	III	25%
8230,01	School (I.I. > 12 jaar) Universiteitsgebouwen	4,1	5,9	24,2	III	25%
5110,05	Fabrieken 50-250 pers. - industrie - BRZO	4,2	5,8	24,0	III	25%
5130	Fabrieken > 500 pers.	4,1	5,8	23,8	III	25%
5130,02	Fabrieken > 500 pers. - industrie - gevaarlijke stoffen 1.000 kg - 10.000 kg	4,1	5,8	23,6	III	25%
14200	Markt (periodieke markten)	3,7	6,4	23,6	III	25%
2430	Museum, bibliotheek > 500 pers.	4,5	5,2	23,5	III	25%
2320	Theater, schouwburg, bioscoop, aula 250-500 pers.	4,3	5,5	23,4	III	25%
10120	Winkelgebouwen 250-500 pers.	3,9	6,0	23,4	III	25%
2720	Tentoonstellingsgebouwen 250-500 pers.	4,0	5,8	23,2	III	25%
5110,03	Fabrieken 50-250 pers. - industrie - gevaarlijke stoffen >10.000 kg	4,0	5,8	22,9	III	25%
5110,04	Fabrieken 50-250 pers. - industrie - BEVI	4,0	5,8	22,9	III	25%
10100,01	Winkelgebouwen incl. gevaarlijke stoffen	3,8	6,0	22,8	III	25%
9300	Zwembad	3,9	5,8	22,7	III	25%
9220	Sportthal, stadion 250-1.000 pers.	3,9	5,7	22,3	III	25%
5120,02	Fabrieken 250-500 pers. - industrie - gevaarlijke stoffen 1.000 kg - 10.000 kg	3,9	5,7	22,3	III	25%
5130,01	Fabrieken > 500 pers. - industrie - gevaarlijke stoffen tot 1.000 kg	4,0	5,6	22,2	III	25%
5100,05	Fabrieken 0-50 pers. - industrie - BRZO	3,8	5,8	22,2	III	25%
2520	Buurthuis, ontm.centrum, wijkcentr. > 250 pers.	3,6	6,2	22,2	III	25%
2910	Cafés, discotheek, restaurant 50-250 pers.	3,6	6,1	22,0	III	25%
5130,06	Fabrieken > 500 pers. - gelijkwaardigheid toegepast	3,9	5,7	22,0	III	25%
2420	Museum, bibliotheek 250-500 pers.	4,1	5,3	21,9	III	25%
11220	Stationsgebouwen 250-500 pers.	4,1	5,3	21,9	III	25%
8220	School (I.I. > 12 jaar) 250-1000 pers.	3,9	5,5	21,6	III	25%
5120,01	Fabrieken 250-500 pers. - industrie - gevaarlijke stoffen tot 1.000 kg	3,8	5,6	21,3	III	25%
5120,06	Fabrieken 250-500 pers. - gelijkwaardigheid toegepast	3,7	5,7	21,1	III	25%

22 Zorginstellingen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Bouwkundig																						
bouwkundige wanden																						
doorvoeringen																						
pui constructies																						
installatietechnisch																						
brandmeldinstallatie																						
noodverlichting en vluchtrouteaanduiding																						
organisatorisch																						
vrijhouden vluchtweg																						
blusmiddelen																						

Legenda:

goed op orde
redelijk op orde
matig op orde
niet op orde

