

Risico's voor mensen met beperkingen bij calamiteiten

Quick scan

Jack Wever - DSP-groep
Harm Jonker - Vilans
Paul van Soomeren - DSP-groep
Anne van der Graaf - Vilans

Risico's voor mensen met beperkingen bij calamiteiten

Quick scan

Amsterdam, 24 november 2006

Jack Wever - DSP-groep
Harm Jonker - Vilans
Paul van Soomeren - DSP-groep
Anne van der Graaf - Vilans

Met medewerking van:
Carl Steinmetz - SAO
Gerda Klunder - SBR

DSP – groep BV
Van Diemenstraat 374
1013 CR Amsterdam
T: +31 (0)20 625 75 37
F: +31 (0)20 627 47 59
E: dsp@dsp-groep.nl
W: www.dsp-groep.nl
KvK: 33176766 A'dam

Vilans
Catherijnesingel 47
3511 GC Utrecht
Postbus 8228
3503 RE Utrecht
T: +31 (0)30-789 2300
F: +31 (0)30-789 2599
E: info@vilans.nl
W: www.vilans.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Inleiding	9
1.1 Algemeen	9
1.2 Opdracht	10
1.3 Doelstelling	10
1.4 Vraagstelling	11
1.5 Definities	11
1.6 Aanpak	14
1.7 Leeswijzer	14
2 Calamiteiten	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Voorzienbaarheid als bepalende factor	15
2.3 Overige relevante aspecten van calamiteiten	16
2.4 Tot slot	17
3 (Re)acties	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Proces van informatieverwerking	18
3.3 Actie 1 : waarnemen	19
3.4 Actie 2 : interpreteren	19
3.5 Actie 3 : handelen	20
3.6 Tot slot	23
4 Beperkingen	24
4.1 Inleiding	24
4.2 Indeling in type beperkingen	24
4.3 Type beperking en aantallen	26
4.4 Mensen met een beperking	28
4.5 Tot slot	41
5 Aard van de problematiek	43
5.1 Inleiding	43
5.2 Interviews	43
5.3 Ervaringen van mensen met beperkingen	44
5.5 Panel van professionals	47
5.6 Overzicht problematiek	48
5.7 Conclusies ten aanzien van problemen	53
5.8 Eigen verantwoordelijkheid	54
5.9 Betrokken organisaties	55
6 Quick scan buitenland	59
6.1 Inleiding	59
6.2 Nieuw Zeeland	59
6.3 Groot Brittannië	60
6.4 Canada	61
6.5 Verenigde Staten	63
6.6 Europa	69
6.7 Tot slot	70

7	Conclusies	72
7.1	Kern van de problematiek	72
7.2	Nadere uitwerking	73
7.3	Groei in problematiek	75
7.4	Voorsprong in Noord-Amerika	75
7.5	Complexe problematiek	75
7.6	Snel concreet	76
7.7	Tot slot	78
	Literatuurlijst	79
	Panel van deskundigen	82
	Bijlagen	
Bijlage 1	Geraadpleegde instanties	84
Bijlage 2	Verstandelijk gehandicapten: feiten en cijfers	86
Bijlage 3	Feiten en cijfers over psychische problemen	89
Bijlage 4	Calamiteiten en beperkingen: communicatie in kleine groepen	91
Bijlage 5	Vragenlijst interviews	94
Bijlage 6	Uitkomsten interviews	97
Bijlage 7	Voorbeelden van eenvoudige tips	105
Bijlage 8	Conclusies onderzoek Department of Homeland Security (DHS)	106
Bijlage 9	Praktische invulling van taken	108

Samenvatting

Kader

Dit onderzoek vindt plaats binnen het kader van het *'Actieplan gelijke behandeling in de praktijk'*. Als gevolg van dit actieplan is er sprake van toenemende aandacht voor de belemmeringen waar mensen met beperkingen in het dagelijkse leven mee te maken hebben.

Bij het dagelijkse leven horen helaas ook calamiteiten en deze quick scan beoogt duidelijk te maken wat de risico's zijn bij calamiteiten voor mensen met beperkingen. Dat is vooral belangrijk omdat als gevolg van het huidige beleid steeds meer mensen met beperkingen zelfstandig wonen (extramuralisering, langer zelfstandig wonen) en de groep mensen met beperkingen als gevolg van de dubbele vergrijzing (enerzijds de aankomende pensioengolf en anderzijds het gegeven dat Nederlanders steeds ouder worden).

Onder calamiteit wordt hier verstaan een gebeurtenis waarbij, of waardoor, de veiligheid van een mens in het geding is en die tot inzet van hulpdiensten leidt, of zou moeten leiden.

De doelstelling van dit onderzoek is om kennis over en aandacht voor de risico's die mensen met een beperking lopen bij calamiteiten op de agenda te krijgen van:

- 1 de departementen;
- 2 gemeenten, hulpdiensten, betrokkenen bij het woningaanbod en zorgaanbieders/thuiszorg;
- 3 de doelgroepen zelf (via patiënten- en gehandicaptenverenigingen en koepelorganisaties).

Het rapport dient daartoe enerzijds inzicht in de problematiek te bieden en anderzijds moet het rapport genoemde actoren ervan overtuigen om actie te ondernemen.

Drie dimensies

Binnen deze quick scan zijn drie centrale dimensies benoemd en uitgewerkt.

- type calamiteit en onderscheidende kenmerken;
- type (re)actie;
- type beperking en aantallen mensen per type.

Wat betreft het **type calamiteit** sluiten formele definities (van rampen, incidenten en calamiteiten) onvoldoende aan op de realiteit van iemand met een beperking. Voor mensen met beperkingen zijn zelfs 'veel voorkomende kleine calamiteiten' als een brand in een woning of een verkeersongeluk al een grote calamiteit. Niet de aard van de calamiteit bepaalt de ernst maar de aard van iemands beperking. Of je als blinde probeert een brand te blussen of een openbaar gebouw te ontvluchten, het belangrijkste 'probleem' is identiek: je ziet niet wat je precies moet doen om je leven te redden.

Daarom is gekozen voor een onderscheid in voorzienbaarheid. De mogelijkheid voor iemand met een beperking om adequaat te reageren wordt in hoge mate bepaald door de tijd die hij of zij heeft om tot een (re)actie te komen. Het reageren kan vanwege de beperking immers meer tijd (en meer oefening) kosten dan bij een persoon zonder beperking. Om die reden wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- flitscalamiteit;
- groeicalamiteit;
- predictieve (of voorzienbare) calamiteit.

Wat betreft het **type reactie**, is gekozen voor een indeling die volgt uit het informatieverwerkingsproces dat in elk soort calamiteit hetzelfde is:

- waarnemen en signaleren;
- interpreteren;
- handelen.

Tijdens een calamiteit doorloopt men continu deze drie stappen en komt men steeds opnieuw tot een nieuwe beslissing over het handelen (een nieuwe reactie).

Het handelen is vervolgens uitgesplitst in een vijftal mogelijk reacties:

- 1 paniek of niets doen;
- 2 alarm slaan;
- 3 calamiteit bestrijden;
- 4 anderen redden;
- 5 eigen lichaam beschermen.

Het **type beperking** is de leidende dimensie in deze quick scan. Het type beperking kan grote invloed hebben op (1) het informatieverwerkingsproces (als men beperkingen ondervindt bij het waarnemen of interpreteren) en (2) op het handelen (de reactie) zelf. De gekozen indeling is gebaseerd op deze twee aspecten.

- 1 Verstandelijke beperking
- 2 Psychische beperking
- 3 Conditionele beperking
- 4 Zintuiglijke beperking
- 5 Beperking in het bewegingsapparaat: onderlichaam
- 6 Beperking in het bewegingsapparaat: bovenlichaam
- 7 Sterk afwijkende lichaamslengte
- 8 Ouderen (65+)
- 9 Kinderen (14-)
- 10 Tijdelijke handicap

In alle gevallen gaat het vooral om de 'minder zelfredzame personen' onder de groepen mensen met beperkingen (zie ook paragraaf 4.5). Deze indeling in 10 type beperkingen kan eventueel nog iets verder worden beperkt door de belangrijkste aspecten van de beperking samen te vatten onder de nummers 'boven' (type 1 en 2), 'binnen' (type 3), 'buiten' (type 4, 5, 6 en 7) en 'bijzondere groepen' (type 8, 9 en 10).

Onderzoeksmethoden

De hoeveelheid literatuur en internationale kennis op dit terrein is beperkt. In Canada en de VS wordt (mede naar aanleiding een aantal grote rampen) inmiddels de nodige aandacht geschonken aan de verschillende groepen mensen met beperkingen. Daarbuiten beperkt het zich tot verwijzingen in wetgeving en algemene tips.

Vanwege de beperkt aanwezige literatuur is in het onderzoek veel informatie zelf gegenereerd door middel van vragenlijsten en interviews met mensen met beperkingen die een calamiteit hebben meegemaakt. Daarnaast is gebruik gemaakt van de uitkomsten van een paneldiscussie met professionals die vanuit verschillende invalshoeken met deze materie te maken hebben. De uitkomsten van deze exercities zijn verwerkt in matrices met daarin de belangrijkste risico's per actie en per type beperking en per type actor een overzicht taken en mogelijke oplossingsrichtingen. In bijlage 9 worden deze oplossingsrichtingen verder uitgewerkt met voorbeelden en praktische tips.

Kern van de problematiek

Als gesproken wordt over de risico's bij calamiteiten in Nederland voor mensen met beperkingen dan ontbreekt daar tot dusverre de benodigde kennis over. Deze quick scan biedt voor het eerst inzicht in de problematiek en dat levert geen positief beeld op.

Wat als eerste opvalt, is de omvang van de problematiek. Afhankelijk van de vraag of jonge kinderen (die vanwege hun leeftijd cognitieve en/of lichamelijke 'beperkingen' kennen) wel of niet meegenomen zouden moeten worden in de (conservatieve) berekeningen, gaat het om circa 15 tot 20% van de Nederlandse bevolking die een verhoogd risico loopt bij een calamiteit.

Aantallen per type beperking met een verhoogd risico bij een calamiteit¹

Boven	
1 mensen met een verstandelijke beperking	220.000
2 mensen met een psychische beperking	100.000
Binnen	
3 mensen een conditionele beperking	500.000
Buiten	
4 mensen met een zintuiglijke beperking	280.000
5 mensen met een beperking in het bewegingsapparaat: onderlichaam	400.000
6 mensen met een beperking in het bewegingsapparaat: bovenlichaam	150.000
7 mensen met een sterk afwijkende lichaamsengte	40.000
Bijzondere groepen	
8 ouderen (65+)	500.000
9 kinderen (14-)	1.500.000
10 mensen met een tijdelijke handicap	285.000

Noot 1 De aantallen in deze tabel mogen niet worden opgeteld vanwege overlap tussen groepen!

Op grond van de cijfers en de verspreiding van voorzieningen en aanpassingen onder de Nederlandse bevolking en de mate van ernst van verschillende beperkingen, mag (met alle voorbehouden) aangenomen worden, dat bij calamiteiten de volgende percentages (conservatieve schatting) van de Nederlandse bevolking een verhoogd risico lopen:

- 2% vanwege ernstige verstandelijke of psychische beperkingen;
- 10% vanwege ernstige lichamelijke beperkingen;
- 13% vanwege beperkingen ten gevolge van de leeftijd².

Met een verhoogd risico bij een calamiteit wordt bedoeld dat dit deel van de Nederlandse bevolking zelfs bij een relatief kleine (veel voorkomende) calamiteit onvoldoende in staat is om zichzelf tijdig te redden en daardoor kans loopt (ernstige) verwondingen op te lopen en/of als gevolg van de calamiteit te overlijden. Dit omdat deze mensen problemen hebben bij (a) het waarnemen of signaleren van de calamiteit, (b) het interpreteren van de calamiteit en/of (c) het handelen (reageren) bij een calamiteit.

Het tweede dat opvalt, is dat de problematiek de komende jaren alleen maar zal toenemen. Dit als gevolg van zowel de dubbele vergrijzing (Nederlanders gaan de komende jaren massaal met pensioen en worden steeds ouder) en wonen als gevolg van het huidige beleid (extramuralisering en vermaatschappelijking) steeds vaker in kleine eenheden of individuele woningen in stad of dorp. Niet alleen neemt het aantal mensen met beperkingen dus toe, de 'vindplaatsen' komen steeds meer verspreid te liggen.

Het derde dat opvalt, is dat Nederland in vergelijking met landen als de VS en Canada achterloopt als het gaat om het besteden van aandacht aan deze problematiek. In deze landen wordt bovenop de verankering in wet- en regelgeving door diverse publieke en private organisaties aandacht gevraagd voor (soms hele specifieke groepen) mensen met beperkingen. Europees gezien is alleen het Verenigd Koninkrijk actief met deze problematiek bezig.

Overigens is het niet zo dat er in Nederland helemaal niets gedaan wordt aan deze problematiek. Er zijn voldoende voorbeelden van best practices die al op kleine schaal worden toegepast (zie bijvoorbeeld bijlage 9). Na toetsing zou een deel daarvan breder toegepast kunnen worden.

Het vierde dat opvalt, is de complexiteit van de problematiek. Zelfs als wat betreft het type calamiteit alleen voorzienbaarheid een rol speelt en uitgegaan wordt van 7 type reacties (waarnemen en signaleren; interpreteren; en vijf mogelijke handelingen c.q. reacties) en 10 type beperkingen, dan nog is er sprake van een grote variëteit aan heel specifieke problemen.

Kortom, het gaat hier om een groot en complex probleem waar tot nog toe (zeker in vergelijking met de VS en Canada) onvoldoende aandacht aan is geschonken. Aandacht voor risico's bij calamiteiten voor mensen met beperkingen is bovendien geen overbodige luxe want het probleem wordt de komende jaren alleen maar groter.

Geadviseerd wordt daarom om snel tot concrete actie te komen en daarbij te focussen op zogeheten quick wins. De relatieve achterstand op dit terrein betekent dat met algemene maatregelen al veel winst valt behalen.

Noot 2 Voor meer dan driekwart bestaat deze groep uit kinderen.

Qua speerpunten zou in ieder geval aandacht moeten worden geschonken aan informatie en bewustwording, zowel bij de mensen met beperkingen zelf (met daarbij aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid) als bij betrokken organisaties. Specifiek voor hulpdiensten geldt dat deze zo spoedig mogelijk in opleiding en oefeningen aandacht moeten gaan besteden aan deze problematiek. Doen ze dat niet dan zullen ze steeds vaker verrast en overvraagd worden als bij een calamiteit blijkt dat er allerlei mensen met beperkingen het slachtoffer zijn.

1 Inleiding

1.1 Algemeen

Deze quick scan vindt plaats binnen het kader van het *'Actieplan gelijke behandeling in de praktijk'* uit 2003 (Kamerstuk 29 355). In dit actieplan wordt aangegeven dat het kabinet zogenaamd 'inclusief beleid' wil voeren om discriminatie van mensen met een beperking³ te voorkomen en een gelijke behandeling te bereiken. Als gevolg van dit inclusief beleid en de ontwikkeling dat mensen steeds langer thuis blijven wonen, is er sprake van toenemende aandacht voor de belemmeringen waar mensen met beperkingen in het dagelijkse leven mee te maken hebben.

Bij het dagelijks leven horen helaas ook calamiteiten en in bovengenoemd actieplan wordt bijvoorbeeld gesproken over alarmering bij calamiteiten en het verstrekken van informatie over lopende calamiteiten. Verder wordt gesignaleerd dat er mensen zijn die niet snel kunnen vluchten in geval van rampen of calamiteiten.

Veel mensen met beperkingen leiden ondanks beperkingen een onafhankelijk en zelfstandig leven. Onder hen zijn ook mensen die niet in staat zijn om adequaat te reageren en te handelen bij calamiteiten. Enerzijds betreft dit mensen met beperkingen die niet zelfstandig wonen en die in principe moeten kunnen rekenen op hulp van verzorgend personeel. Anderzijds betreft het ook zelfstandig wonenden soms verwachten specifieke hulp bij calamiteiten te krijgen, terwijl de potentiële hulpverleners niet weten waar en/of hoe deze mensen wonen.

Qua regelgeving vormt dit bovendien een grijs gebied: de eisen voor verzorgingshuizen zijn niet van toepassing op individuele woningen, maar de basiseisen voor brandveiligheid zijn voor mensen met beperking onvoldoende. Ook het nieuwe Gebruiksbesluit brengt tot nog toe geen duidelijkheid gericht op zelfstandig wonende mensen met beperkingen.

Verder kan gesteld worden dat bij evacuaties van gebouwen, openbare ruimten en woningen de groep mensen met beperking een belangrijke rol speelt, omdat zij zich veel trager en moeilijker bewegen, signalen niet horen/zien, zich onvoorspelbaar gedragen enz. In dit opzicht moet ook de groep kinderen genoemd worden. Aangezien baby's, peuters, kleuters en kinderen bijna altijd onder begeleiding van een ouder/verzorger in gebouwen zullen zijn, lijkt deze groep hier iets minder van belang (met uitzondering van gebouwen als scholen, kinderdagverblijven en crèches natuurlijk). Toch is het van belang om te beseffen dat elke ouder/verzorger die zijn/haar kind moet helpen, daarmee niet of nauwelijks in staat is anderen te helpen.

Noot 3 Het Actieplan *'Gelijke behandeling in de praktijk'* - dat vooraf ging aan de Wet *'Gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte'* (2003) - richt zich op alle mensen met beperkingen. Mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen en ouderen met beperkingen komen namelijk vaak dezelfde problemen tegen als mensen met een handicap of chronische ziekte.

Kortom, aandacht voor de risico's bij calamiteiten voor mensen met beperkingen is geen overbodige luxe. Weliswaar worden er momenteel in het kader van rampenbestrijding verschillende proeven⁴ uitgevoerd om mensen met beperkingen te ondersteunen, maar er is nog geen sprake van gericht doelgroepenbeleid. Niettemin mag niet uit het oog verloren worden dat er goede initiatieven lopen en oplossingen voorhanden zijn, dus er hoeft niet vanaf nul begonnen te worden.

1.2 Opdracht

Omdat er onvoldoende bekend is over de problemen die mensen met een beperking ondervinden bij calamiteiten, heeft de minister van BZK in gesprek met de Taskforce Handicap en Samenleving toegezegd onderzoek uit te laten voeren. Dit om een antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- 1 Wat weten en kunnen mensen met beperkingen zelf als er sprake is van een calamiteit?
- 2 Hoeveel mensen hebben een (zeer) grote kans problemen te ondervinden bij calamiteiten?
- 3 In hoeverre houden relevante organisaties en instanties - zoals gemeenten, hulpverleningsdiensten, betrokkenen bij het woningaanbod⁵, patiënten- en gehandicaptenverenigingen, zorgaanbieders/thuiszorg en koepelorganisaties - in hun beleid rekening met mensen met beperkingen?

Bij dit alles dient onderscheid gemaakt te worden naar type calamiteit en type beperking. Het onderzoek dient zich verder vooral te richten op zelfstandig of thuiswonende mensen met beperkingen, ook wanneer zij zich buitenshuis bevinden, bijvoorbeeld om te winkelen; bewoners van instellingen krijgen dus minder nadruk.

Parallel aan deze quick scan, wordt door de Inspectie OOV (IOOV) van het ministerie van BZK onderzocht in hoeverre er in rampenplannen concreet rekening wordt gehouden met mensen met beperkingen. Daarnaast wordt in opdracht van BZK onderzoek uitgevoerd naar menselijk vluchtgedrag uit gebouwen en naar zelfredzaamheid bij calamiteiten. Deze quick scan dient daarom in een breder kader beschouwd te worden.

1.3 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om kennis over en aandacht voor de risico's die mensen met een beperking lopen bij calamiteiten op de agenda te krijgen van:

- 1 ministeries;
- 2 gemeenten, hulpdiensten, betrokkenen bij het woningaanbod en zorgaanbieders/thuiszorg;
- 3 de doelgroepen zelf (via patiënten- en gehandicaptenverenigingen en koepelorganisaties).

Noot 4 Neem bijvoorbeeld experimenten met Cell Broadcasting ten behoeve van ontruiming van slechthorenden bij calamiteiten en een proef met geluidsbakens boven deuren voor blinden.

Noot 5 Denk aan woningcorporaties, projectontwikkelaars, aannemers, vastgoedeigenaren en verhuurders.

Het rapport dient daartoe enerzijds inzicht in de problematiek te bieden en anderzijds moet het rapport genoemde actoren ervan overtuigen om actie te ondernemen.

Voor Nederland is dit onderzoek een primeur op dit terrein en dient het vooral om een eerste beeld te schetsen van de situatie en onderliggende problematiek. Aangezien het hier een quick scan betreft, gaat het vooral om het aanstippen van de problematiek zonder daarbij al teveel de diepte in te gaan.

1.4 Vraagstelling

De vraagstelling kan worden samengevat worden als:

"Wat moet je kunnen om bij een calamiteit adequaat te reageren en handelen en waar loop je daarbij tegenaan als je een beperking hebt?"

Wordt deze vraagstelling opgesplitst dan komen drie centrale dimensies naar voren:

- 1 beperking
- 2 calamiteit
- 3 (re)actie

In deze quick scan vormen deze drie dimensies de rode draad van het onderzoek. In de volgende paragraaf worden ze nader gedefinieerd en in de hoofdstukken 2, 3 en 4 wordt verder ingegaan op respectievelijk type calamiteit, type (re)acties en type beperkingen.

1.5 Definities

Beperking

De groep mensen met beperkingen (handicaps) is erg divers. Bovendien bestaat dé persoon met beperkingen niet; het gaat om gradaties (in mate van ernst) en ook om combinaties (een zelfde persoon kan meerdere typen beperkingen hebben) die elkaar onderling beïnvloeden⁶.

In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen de kenmerken van diverse beperkingen en wat deze kenmerken voor bijzondere effecten hebben bij verschillende calamiteiten of rampsituaties.

Om de vraagstelling van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, dient enerzijds gefocust te worden op stoornissen in functies en anatomische eigenschappen en anderzijds op beperkingen in activiteiten en om problemen in maatschappelijke participatie.

Het startpunt voor een indeling in type beperkingen is de ICF, de Internationale classificatie van menselijk functioneren, van de Wereldgezondheidsraad (WHO). Deze classificatie geeft echter geen eenduidige indeling, maar een aanzienlijke hoeveelheid criteria en dimensies op basis waarvan talloze

Noot 6 Doofblindheid is een voorbeeld van meervoudige beperkingen, die elkaar onderling beïnvloeden.

combinaties mogelijk zijn. Het doel van de ICF is het standaardiseren en coderen van de benoemingen van beperkingen en stoornissen, niet het geven van een uitputtend en wederzijds uitsluitend overzicht.

De ICF biedt derhalve niet zonder meer een voor dit onderzoek bruikbare indeling. Het komen tot een bruikbare indeling in type beperkingen vormt daarom ook een onderdeel van dit onderzoek.

Calamiteit

Een calamiteit is volgens Van Dale een grote ramp. Als synoniemen van calamiteit worden ramp, ongeluk of gebeurtenis genoemd. Dat zou suggereren dat een calamiteit hetzelfde is als een ramp. In rampenbestrijding wordt echter een duidelijk onderscheid gemaakt tussen beide: een calamiteit kan uitlopen op een ramp. Een calamiteit is dus van een lagere orde en wordt wel omschreven als een gebeurtenis waarbij sprake is van overlast of schade. Hieronder vallen ook ernstige (verkeers)ongevallen of incidenten die van invloed zijn op de samenleving.

Dit onderzoek gaat zowel over grote als kleine calamiteiten. Daarom is de officiële definitie van een ramp, zoals gehanteerd wordt in bijvoorbeeld de Leidraad Maatramp⁷, te smal. Daarin wordt immers te weinig rekening gehouden met 'moderne' issues als problemen in de voedselketen, besmettelijke ziekten/ epidemieën, psycho-crises⁸, grootschalige evenementen, veterinaire crises, storingen in informatie- en communicatiesystemen en terrorisme.

Bovendien biedt die definitie van rampen geen ruimte voor 'veel voorkomende (kleine) calamiteiten'. Voor mensen met beperkingen zijn immers relatief kleine calamiteiten niet klein maar groot; denk bijvoorbeeld aan een brand in een woning of een verkeersongeluk. Wat dat betreft wordt te weinig beseft dat er geen objectieve definitie bestaat van wat een calamiteit is.

Bruikbaar is daarom de definitie van het begrip incident. Van Dale noemt een incident 'een storend voorval'. Een incident is te omschrijven als een klein voorval dat de openbare orde in enige mate stoort. Een incident is redelijk eenvoudig en met beperkte inzet van middelen te herstellen. Een incident is minder ernstig dan een ongeval.

BZK omschrijft een incident als *"een gebeurtenis waardoor de veiligheid van mens en/of dier en/of gebouw in het geding is"* (mondelijke toelichting afdeling crisisbeheersing). In overleg met de opdrachtgever is er voor gekozen om deze definitie te verfijnen tot:

Een gebeurtenis waarbij, of waardoor, de veiligheid van een mens in het geding is en die tot inzet van hulpdiensten leidt, of zou moeten leiden.

Noot 7 Een ramp wordt gewoonlijk gedefinieerd als een gebeurtenis, waardoor een ernstige verstoring van de openbare veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen, het milieu of grote materiële belangen in ernstige mate worden bedreigd, of zijn geschaad, en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken.

Noot 8 Een psycho-crisis is een (vermeende) gebeurtenis die ernstige/grootschalige maatschappelijke onrust veroorzaakt.

Hoewel de omvang van een calamiteit kan verschillen, gaat het overigens wel steeds over *fysieke veiligheid* (de 'brand en rampen' categorie) en niet over sociale veiligheid (datgene wat valt onder de noemer criminaliteit, bijv. een overval of een bedreiging).

Concrete voorbeelden van klein naar groot zijn:

- brand in eigen woning;
- verkeersongeval;
- brand in deel van woningcomplex die zich uitbreidt;
- ontruiming van een kantoor of publiek gebouw bij bommelding;
- brand in natuurgebied die zich uitbreidt tot woon- of recreatiegebied;
- snel stijgende waterstanden met als gevolg een dreigende overstroming;
- dalende grondwaterstand met als gevolg een dreigend tekort aan water;
- Bijlmerramp, vuurwerkramp Enschede, nieuwjaarsbrand Volendam;
- veterinaire crises;
- legionellabesmetting Bovenkarspel;
- griep пандemie;
- gifwolk door ongeval in industrie, transport, e.d.

Een probleem is echter dat de beschikbare literatuur zich vooral beperkt tot brand in woningen. Dat is de meest veel voorkomende calamiteit en voor mensen met beperkingen bovendien een heel bedreigende.

(Re)actie

In de vraagstelling gaat het om de vraag wat mensen met beperkingen kunnen als er sprake is van een calamiteit. Met 'kunnen' wordt hier alle mogelijke (re)acties bedoeld. Het gaat daarbij niet om de gehele veiligheidsketen (pro-actie - preventie - preparatie - repressie - nazorg), maar begint bij het moment dat een calamiteit 'zich aandient' (en men de calamiteit al dan niet waarneemt) tot en met de directe opvang (evacuatie). Aandachtspunten die buiten deze afbakening vallen worden wel genoemd maar niet uitgediept.

Als het gaat over reageren en handelen, wordt bij mensen met beperkingen vaak gesproken over zelfredzaamheid. Zelfredzaamheid wordt in de medisch-wetenschappelijke literatuur vooral gebruikt in relatie tot de zelfstandigheid en onafhankelijkheid van individuen in hun dagelijks functioneren, dat wil zeggen in vaak alledaagse, huiselijke omstandigheden. Zelfredzaamheid heeft dan betrekking op specifieke, kwetsbare groepen en betekent zoveel als het in staat zijn om ondanks lichamelijke of verstandelijke beperkingen een onafhankelijk en zelfstandig leven te leiden.

1.6 Aanpak

De aanpak voor deze quick scan naar risico's bij calamiteiten voor mensen met beperkingen, bestaat uit vijf onderdelen:

- 1 Het komen tot een indeling in type calamiteit c.q. het benoemen van onderscheidende kenmerken van calamiteiten.
- 2 Het benoemen van de verschillende mogelijke (re)acties bij calamiteiten.
- 3 Het komen tot een indeling in type beperkingen en een schatting van aantallen per type.
- 4 Het beschrijven van de aard van de problematiek aan de hand van interviews met mensen met beperkingen die een calamiteit hebben meegeemaakt en de uitkomsten van een paneldiscussie met experts.
- 5 Het uitvoeren van een quick scan van bestaande literatuur en internationale kennis op het onderhavige terrein⁹.

Dit samen vormt de basis voor conclusies en aanbevelingen. Omdat dit een quick scan is met als doel het bepalen van de agenda, worden daarbij in de conclusies en aanbevelingen vooral de hoofdlijnen behandeld.

1.7 Leeswijzer

De opzet van het rapport volgt die van de onderzoeksonderdelen:

- hoofdstuk 2 : type calamiteiten c.q. onderscheidende elementen;
- hoofdstuk 3 : type (re)acties;
- hoofdstuk 4 : type beperkingen en aantallen;
- hoofdstuk 5 : aard van de problematiek;
- hoofdstuk 6 : internationale quick scan;
- hoofdstuk 7 : conclusies.

NB Hoofdstuk 6 is een op zichzelf staand hoofdstuk. Het schetst de niveaus waarop men in andere landen bezig is met dit onderwerp. Landen als Canada en de VS lopen duidelijk voorop terwijl in Europa alleen Engeland verder lijkt te zijn dan Nederland (en de rest van Europa). Voor de geïnteresseerde lezer biedt het hoofdstuk verder een schat aan informatie en voorbeelden.

Noot 9 Met een aantal buitenlandse experts is persoonlijk contact gezocht en met hen is dieper ingegaan op dit onderzoek.

2 Calamiteiten

2.1 Inleiding

Waar mensen zonder beperkingen al de nodige problemen kunnen ondervinden bij calamiteiten, kunnen calamiteiten voor mensen met een beperking heel ernstige gevolgen hebben. In dit hoofdstuk wordt bekeken, of het voor mensen met beperkingen het vooral gaat om het type calamiteit dat bepaalt hoe groot het probleem is, of dat er sprake is van onderscheidende kenmerken van calamiteiten die bepalend zijn.

2.2 Voorzienbaarheid als bepalende factor

Calamiteiten verschillen in hun mate van voorzienbaarheid. Hulpdiensten oefenen regelmatig, hebben in hun dagelijkse werk te maken met grote of kleine calamiteiten en hebben daarom relatief weinig tijd nodig om te reageren. Voor mensen met een beperking kan de mate van voorzienbaarheid echter een extra doorslaggevende factor zijn.

Afhankelijk van het type beperking is het voor mensen met beperkingen moeilijker om adequaat te reageren en te handelen. Hoe voorzienbaarder een incident, des te meer gelegenheid om zich voor te bereiden. Vandaar dat er, mede op advies van de geraadpleegde deskundigen (zie paragraaf 5.5), voor gekozen is om voorzienbaarheid als uitgangspunt te nemen bij de typering van calamiteiten.

De Inspectie OOV (2004) hanteert voor wat betreft voorzienbaarheid een onderscheid tussen flitsrampen en groeirampen. In gemeentelijke rampenplannen¹⁰ maakt men een dergelijk onderscheid ook, maar wordt daarnaast gesproken over predictieve of voorzienbare crises.

Het NIFV (voorheen Nibra) sluit daar in *'Zicht op rampenbestrijding - Een wegwijzer voor bestuurders en leden van rampenstaven'* (2003) op aan en maakt een onderscheid tussen:

- flitscalamiteit
- groeicalamiteit
- predictieve calamiteit

Wordt deze indeling vertaald naar de voor dit onderzoek gehanteerde definitie van een calamiteit, dan kunnen de volgende drie typen calamiteiten worden onderscheiden:

Flitscalamiteit

Een calamiteit mag worden gekenmerkt als het 'flits' type als deze zich onverwacht en explosief voordoet. In ieder geval bij aanvang van een dergelijke calamiteit is er sprake van chaos en gebrek aan tijd, informatie, enzovoort.

Noot 10 Zie bijvoorbeeld het Model rampenplannen Flevoland (2005) van de HVD Flevoland.

Bij een flitscalamiteit is men als burger/slachtoffer in eerste instantie vooral op zichzelf aangewezen en moet acuut gehandeld worden.

De Bijlmerramp (1994), de vuurwerkcramp in Enschede (2000) en de nieuwjaarsbrand in Volendam (2001) zijn bekende grote voorbeelden van het 'flits' type. Kleinere voorbeelden zijn een brand in een woning of een verkeersongeluk. In de 'middenklasse' zou een ontruiming van een kantoor of openbaar gebouw bij een bommelding als voorbeeld genoemd kunnen worden.

Groeicalamiteit

Een calamiteit is van het 'groeit' type als deze zich enige tijd van te voren aankondigt. In het geval van een calamiteit van het groeit type heeft men dus nog korte tijd om enige voorbereidingsmaatregelen treffen en daarmee de mogelijkheid om effectief te reageren en te handelen te vergroten. Overigens kan het bij een groeicalamiteit ook zo zijn dat mensen geen verantwoordelijkheid nemen en gaan afwachten

Snel stijgende waterstanden (1993 en 1995) en stormen, maar ook veterinaire crises (MKZ) of de legionellabesmetting in Bovenkarspel (1999) zijn 'grote' voorbeelden van het 'groeit' type. Een voorbeeld van een 'kleine' groeicalamiteit is een brand in de garage van een woningcomplex: in eerste instantie lijkt deze geblust te kunnen worden, maar dat lukt toch niet waarna alsnog tot evacuatie overgegaan dient te worden. Een ander voorbeeld is een brand in een natuurgebied die men niet voldoende onder controle krijgt waardoor op een zeker moment campings ontruimd moeten worden.

Predictieve of voorzienbare calamiteit

Bij een *predictieve of voorzienbare calamiteit* kan worden geanticipeerd door een draaiboekstrategie: in betrekkelijke rust vindt de voorbereiding op de crisis plaats. Weinig hoeft aan het toeval te worden overgelaten.

Het verschil tussen een groeicalamiteit en een predictieve of voorzienbare calamiteit is de factor tijd: bij een groeicalamiteit is sprake van een calamiteit die steeds groter wordt (de calamiteit 'is al aanwezig'), terwijl bij een predictieve of voorzienbare calamiteit men weet dat de calamiteit binnen afzienbare tijd zal arriveren (de calamiteit 'komt er aan').

Voorbeelden van het predictieve of voorzienbare type zijn de griep pandemie of een periode van droogte waardoor de grondwaterstand te veel daalt (mondelijke toelichting Hulpverleningsdienst Flevoland). Op het moment dat de griepandemie zou beginnen, duurt het nog enkele dagen tot weken voordat deze in Nederland is. In de tussentijd kunnen maatregelen genomen worden. Hetzelfde geldt voor een dalende grondwaterstand: men ziet het aankomen maar men heeft wel een paar dagen of meer om maatregelen te nemen.

2.3 Overige relevante aspecten van calamiteiten

Het onderscheid naar voorzienbaarheid van calamiteiten biedt een grof onderscheid dat voldoende houvast biedt voor onze matrix. Buiten voorzienbaarheid is er echter nog een aantal aspecten van calamiteiten dat van invloed is op het reageren en handelen van mensen met beperkingen. Deze zijn afkomstig uit de psychotraumatologie.

Het betreft de volgende aspecten (Van der Velden et al, 1997):

- De **massaalheid** van de calamiteit: hoe de omvang van de calamiteit wordt beoordeeld (zowel qua de hoeveelheid die betrokken is als de grootte van het gebied waarbinnen de calamiteit zich afspeelt) is bepalend voor het gedrag.
- De **mate van destructie**: hoe groter de calamiteit, hoe groter de kans dat men hierdoor overweldigd wordt en 'vergeet' te handelen.
- De **bekendheid met de omgeving**: in de eigen vertrouwde omgeving is men doorgaans beter in staat om adequaat te handelen dan in een vreemde omgeving.
- Of men zich **in gezelschap bevindt of alleen** is: als men deel uitmaakt van een groep dan is er mogelijkheid tot communicatie en dat is van invloed op het reageren en handelen (zie bijlage 4 voor een nadere beschouwing over groepsgedrag).
- Of men zich in een **bekende of onbekende groep** bevindt: in een onbekende groep is de groepsdynamiek anders en kan het langer duren voordat er een (natuurlijke) leider opstaat die beslissingen neemt

Hoewel bovenstaande aspecten niet doorslaggevend zijn bij het reageren en handelen op een calamiteit, zijn zij wel degelijk van invloed. In het volgende hoofdstuk wordt met een aantal cases aangegeven hoe bovenstaande aspecten bij actie A voor mensen met beperking type B het risico C kunnen vergroten of verkleinen.

2.4 Tot slot

In dit hoofdstuk is aangegeven welke indeling in type calamiteiten wordt gehanteerd in dit onderzoek. Daarbij is gekozen voor een indeling in drie typen calamiteiten op basis van voorzienbaarheid omdat dit voor mensen met beperkingen een bepalende factor is.

Vanwege een beperking kan een kleine calamiteit al levensbedreigend zijn. Echter, hoe meer tijd men heeft om zich voor te bereiden op een calamiteit of om maatregelen te treffen, hoe groter de kans dat men het overleeft.

Naast voorzienbaarheid is nog een aantal aspecten benoemd dat van belang is bij een calamiteit. Deze zijn echter van ondergeschikt belang en zijn in dit onderzoek niet verder uitgewerkt.

3 (Re)acties

3.1 Inleiding

Het gaat in dit onderzoek om de vraag tegen welke problemen iemand met een beperking aanloopt bij het reageren op een calamiteit. Om dat inzichtelijk te maken, dient een serie van handelingen, zoals deze zich afspeelt bij een calamiteit, in beeld gebracht te worden. Per handeling dient vervolgens aangegeven te worden tegen welk probleem de persoon met een specifieke beperking aanloopt.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op deze serie van handelingen. Het uitgangspunt daarbij is dat de serie handelingen per type calamiteit min of meer hetzelfde is. Weliswaar zal er bij een overstroming niet zo snel sprake zijn van de handeling 'brand blussen' maar wel kan er sprake zijn van een handeling gericht op het bestrijden van de calamiteit. Kortom het gaat niet om handelingen gericht op specifieke calamiteiten, maar om grotere noemers.

Het feit dat iemand een beperking heeft, maakt het type calamiteit namelijk van ondergeschikt belang. Voor een blinde maakt het niet veel uit of hij/zij probeert een brand te blussen of te ontvluchten. Noch de brand noch de vluchtweg is voor hem/haar doeltreffend te vinden.

3.2 Proces van informatieverwerking

Bij het maken van een indeling in type actie wordt het proces van informatieverwerking gehanteerd. Dat maakt namelijk inzichtelijk welke stappen worden doorlopen bij het reageren en welke acties daaraan verbonden zijn.

Het permanente proces van informatieverwerking begint bij wijze van spreken bij het voorgevoel dat er iets mis kan gaan en eindigt bij het weer in veiligheid zijn. Bij die 'route' van het ontsnappen aan het gevaar en/of hulp zoeken, verwerken individuen informatie.

Het proces van informatieverwerking verloopt razend snel langs de volgende stappen:

- 1 Het toekennen van betekenis aan de aanwezige informatie: zintuiglijke (zien, ruiken, horen en voelen) waarneembare feiten, gevoelens en gedachten. Hieruit kan iemand conclusies trekken zoals negeren, een beetje gevaar, gemiddeld gevaar, aanzienlijk gevaar of zeer gevaarlijk.
- 2 Het in kaart brengen van de gevolgen in termen van de modus operandi: binnen zoveel tijd, op deze plek geschiedt.
- 3 Het scenariodenken starten aan de hand van de kernvraag: "*Wat baart je de meeste zorgen?*" (en hoe kan dat opgelost worden).
- 4 Het per scenario (handelingsoptie) benoemen van de voor- en nadelen.
- 5 Het kiezen uit een scenario.
- 6 Het scenario uitvoeren.
- 7 De opbrengsten evalueren.

Bij nieuwe informatie start dit proces van informatieverwerking opnieuw en worden wederom stappen 1 t/m 7 doorlopen.

Nu kunnen sommige beperkingen het proces van informatieverwerking (en daarmee de uitkomsten) 'verstoren'. Zo heeft iemand die een visuele of een auditieve beperking heeft, grote kans om bij het doorlopen van het denkproces tot een niet optimale oplossing te besluiten, omdat hij/zij niet alle beschikbare en/of benodigde informatie kan verkrijgen. Iemand met een spraakbeperking kan dat weer wel, maar heeft (als hij/zij voor hem/haar onbekende mensen om zich heen heeft) mogelijk problemen om deel te nemen aan de groepsdiscussie over het te volgen scenario. Daarnaast zijn er de mensen met een verstandelijke beperking (intelligentie), cognitieve beperking (geheugen en concentratie) of psychische beperking wier proces van informatieverwerking hoe dan ook 'verstoord' of 'gebrekkig' is.

3.3 Actie 1 : waarnemen

Stap 1 van het proces van informatieverwerking begint bij het waarnemen van signalen. Dit gebeurt in de fase voorafgaande aan de calamiteit. De signalen die worden waargenomen (Van der Velden et al, 1997) zijn de volgende:

- visueel (zien)
- geluid (horen)
- geur (ruiken)
- beweging of temperatuur (voelen)

Alle signalen zijn zintuiglijk, dus mensen met een zintuiglijke beperking (bijvoorbeeld mensen die doof of blind zijn) zullen niet in staat zijn bepaalde signalen waar te nemen.

3.4 Actie 2 : interpreteren

De tweede component in stap 1 van het proces van informatieverwerking is het interpreteren van waargenomen signalen. Er dient betekenis gegeven te worden aan wat is waargenomen.

De psychotraumatiliteratuur (Kleber en Brom, 1992) laat zien dat mensen bij het interpreteren van signalen twee kanten op gaan: men negeert de signalen, of 'de alarmbellen gaan rinkelen' en men bereidt zich voor. Daarbij is er een grotere kans dat men de signalen serieus neemt en zich voor bereidt als er communicatie tussen mensen mogelijk is: men praat met elkaar over de signalen die men ervaart en daardoor gaan de alarmbellen eerder rinkelen ('er is inderdaad iets vreemds aan de hand').

Mensen met beperkingen kennen verschillende problemen bij het interpreteren van signalen. Mensen met een verstandelijke beperking (intelligentie), cognitieve beperking (geheugen en concentratie) of psychische beperking kunnen de signalen vaak nog wel waarnemen maar dat hebben 'problemen' ondervinden bij de interpretatie hiervan.

Bevindt iemand met een beperking zich in een groep dan is dat ook geen garantie dat wel tot een juiste interpretatie van de signalen wordt gekomen. Sommige beperkingen hebben immers invloed op iemand capaciteit tot communiceren.

3.5 Actie 3 : handelen

Na het waarnemen en interpreteren in de fase voor de calamiteit (stap 1 van het proces van informatieverwerking) volgt de fase tijdens de calamiteit. Wanneer mensen de signalen interpreteren als een teken van gevaar, dan voelen mensen zich verplicht te handelen, of ze geven de moed op. In de psychologie en neurologie wordt daarbij een onderscheid tussen bedachte (gerichte) reacties en automatische (ongerichte) reacties.

Bedachte (gerichte) reactie

Gaat men pas tot actie over na het in kaart brengen van de situatie en de mogelijke gevolgen (stap 2), het bepalen van de belangrijkste risico's en nadenken over oplossingen (stap 3), het bepalen van de voor- en nadelen van verschillende oplossingen (stap 4) en de keuze voor een bepaalde oplossing (stap 5), dan is er sprake van een bedachte of gerichte actie.

Gerichte actie kan, afhankelijk van het type calamiteit, van alles zijn. Denk daarbij aan passief helpen (steunen of verzorgen); eigendommen of bekenden redden; blussen of stutten; schuilen c.q. een schuilplaats zoeken; de (re)actie organiseren c.q. leiding geven; verkennen van mogelijkheden (bij voorbeeld vluchtroutes); en evacueren.

Automatische (ongerichte) reactie

Lang niet altijd wordt het proces van informatieverwerking in zijn geheel doorlopen. Automatische reacties die in het verre verleden de mens hebben geholpen bij het overleven in de wilde natuur en die als het ware ingesleten zijn in ons systeem, kunnen de overhand nemen. In dat geval wordt na waarnemen en interpreteren (stap 1) gelijk actie ondernomen (stap 6) zonder dat over de keuze wordt nagedacht. De voor dit onderzoek meest relevante automatische reacties zijn:

- 1 Bevriezen (letterlijk aan de vloer genageld zijn, niet meer kunnen bewegen, niets meer kunnen zeggen).
- 2 Vluchten (w.o. ontsnappen uit de 'gevaarlijke' situatie, weggrennen, wegduiken en 'verstoppert').
- 3 Vechten (w.o. een ander helpen, de calamiteit bestrijden, plaatsen van stutten, een vluchtroute vrijmaken, brand blussen, enzovoort).

Niet alleen wordt bij een automatische reactie niet nagedacht over de vraag of het de juiste actie is, maar er wordt ook niet stilgestaan bij de vraag of de actie het beoogde resultaat zal hebben.

Bij een brand in een gebouw is een veel voorkomende automatische reactie te vluchten langs dezelfde weg waarlangs men het gebouw is binnengekomen. De vraag is of het niet slimmer was geweest om te proberen de brand te blussen en of het vluchten niet beter via de daarvoor bestemde vluchtroutes had kunnen geschieden.

Automatische reacties brengen in onze moderne maatschappij dus onvoorziene risico's met zich mee. Zeker voor mensen met een beperking, die toch al een groter risico lopen bij calamiteiten, kunnen automatische reacties daarom de problemen erger maken. De voorkeur gaat daarom uit naar de term 'ongerichte actie'.

Reacties volgen op elkaar

Bij een calamiteit bepalen mensen steeds opnieuw welke actie ze zullen ondernemen. De kern van het proces van permanente informatieverwerking is, dat er sprake is van een iteratief proces. Daarom kan het ene moment sprake zijn van een automatische reactie (bijv. brand blussen), die gevolgd wordt door een bedachte reactie (bijv. mensen helpen) die weer gevolgd wordt door een automatische vluchtreactie als de situatie uit de hand dreigt te lopen.

Terwijl er in ieder geval drie relevante ongerichte (re)acties zijn – vechten, vluchten of bevriezen – zijn er allerlei gerichte (re)acties mogelijk (afhankelijk van het type calamiteit). Gezien de doelstelling van dit onderzoek (agering) en om de matrix inzichtelijk te houden, wordt in deze rapportage niet tot in detail ingegaan op allerlei deelacties maar wordt vast gehouden aan de rode draad: na actie 1 (het waarnemen) en actie 2 (het interpreteren) worden daarom zes mogelijke (sub) acties onderscheiden¹¹:

- 1 **Paniek of bevriezen** (niks doen).
- 2 Maatregelen om **alarm te slaan** (om hulp in te roepen die de omvang calamiteit beperkt; om anderen te waarschuwen dat ze moeten vluchten; om hulp in te roepen voor het redden van mensen).
- 3 Fysieke maatregelen om **calamiteit te bestrijden** (wegnemen bron van gevaar; tegengaan verspreiding van gevaar; terugdringen calamiteit).
- 4 Fysieke maatregelen nemen om **anderen te redden**.
- 5 Maatregelen om **eigen lichaam te beschermen** (schade bron ontwijken; onveilige plek verlaten¹²; vluchten; veilige plek bereiken¹³).
- 6 **Overig** (afhankelijk van type calamiteit).

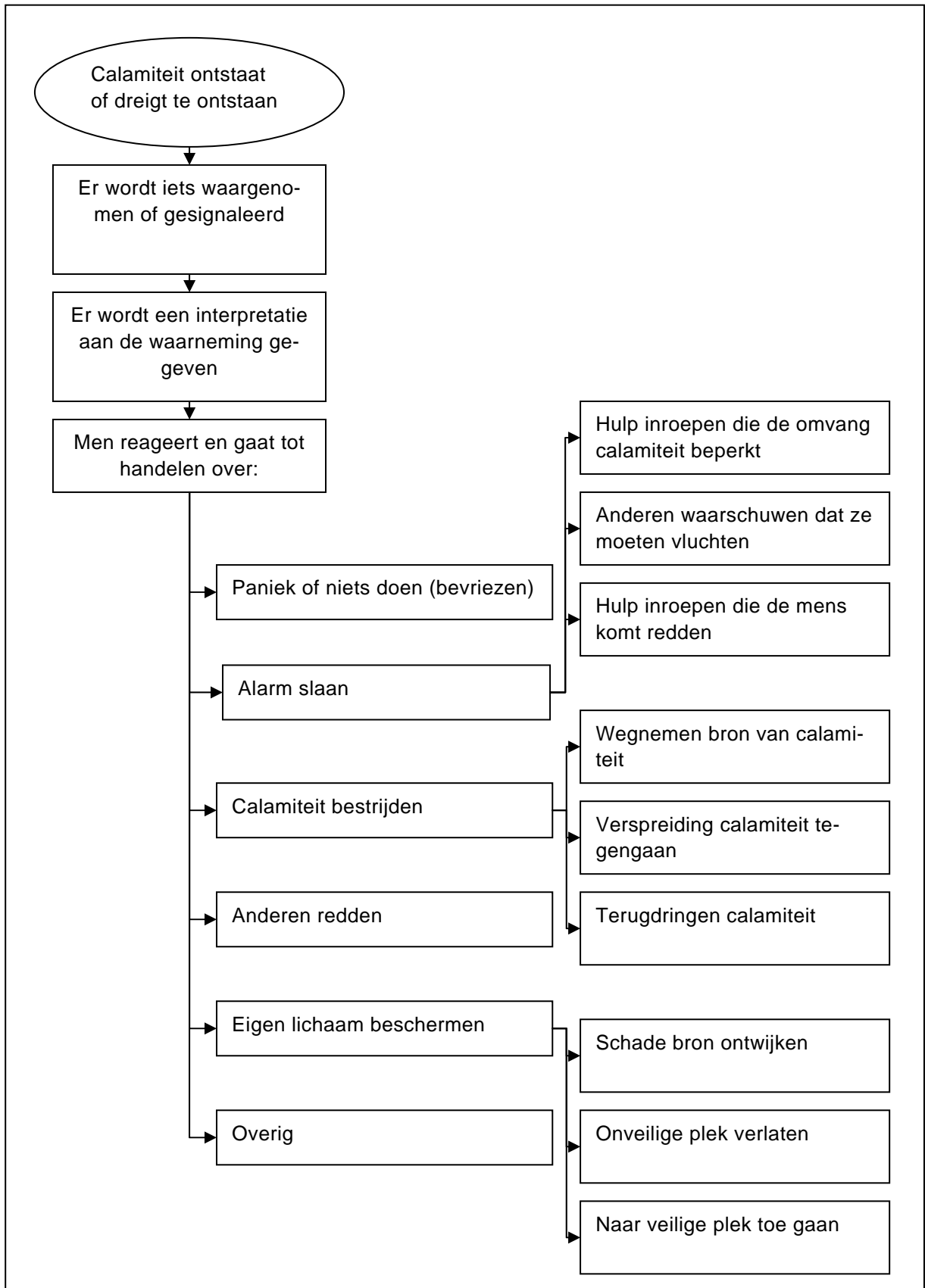
Schematisch ziet het verloop van een calamiteit er dan ook als in figuur 3.1 (bron: KBOH, 2005):

Noot 11 Deze indeling is ontwikkeld door KBOH, gebaseerd op de interne tussenrapportage "Gebeurtenissenboom evacuatie - kennis brandweer" in het kader van het project Uitgangelijkheid en veiligheid (2005). KBOH deed in 2004 onderzoek naar de mogelijkheid tot uitgangelijkheid van gebouwen voor mensen met een beperking, resulterend in de publicatie "Veilig het gebouw uit". In 2005 werd het onderzoek toegesneden op woningen, resulterend in "Veilig de woning uit" en "Mijn huis, mijn burcht".

Noot 12 De brandweer spreekt bij een flitscalamiteit (bijvoorbeeld brand) over ontruimen en bij een groei- of predictieve calamiteit (bijvoorbeeld hoogwater) over evacueren.

Noot 13 Een veilige plek hoeft niet altijd het 'maaveld' te zijn, maar kan ook een compartiment op een verdieping zijn. Kanttekening is dat compartimenten vaak niet werken omdat ze voor andere doeleinden gebruikt worden; de functie van het compartiment niet bekend is; de plaats van het compartiment niet bekend is; en dat ervaring leert dat het compartiment bij een calamiteit niet gebruikt wordt.

Figuur 3.1 Overzicht mogelijke (re)acties bij een calamiteit



3.6 Tot slot

In dit hoofdstuk is de serie handelingen van mensen als antwoord op calamiteiten ontleed in een achttal stappen. Dit loopt van het waarnemen, via het interpreteren tot zes mogelijke (re)acties.

Deze stappen komen feitelijk in elke situatie (elk type calamiteit) wel voor, zij het dat de invulling zal verschillen per type calamiteit. Zo is het waarnemen van een brand anders dan het waarnemen van een overstroming en verloopt het vluchten uit een openbaar gebouw anders dan het vluchten na een auto ongeluk. Per saldo lopen mensen met beperkingen echter tegen soortgelijke problemen aan vanwege hun beperking.

Essentieel is de factor tijd: afhankelijk van de beperking van iemand kost het hem of haar meer tijd om de calamiteit waar te nemen of te signaleren, kost het meer tijd om de signalen of waarnemingen te interpreteren en kost het meer tijd om te handelen. Juist daardoor levert zelfs een relatief kleine calamiteit voor iemand met een beperking al snel een verhoogd risico op.

4 Beperkingen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het type beperkingen en wordt een indicatie gegeven van de aantallen mensen met beperkingen. Een belangrijke kanttekening daarbij is dat er sprake is van overlap tussen verschillende type beperkingen en dat de aantallen dus niet verder gaan dan een grove doch conservatieve inschatting. Verder is het van belang om in het oog te houden dat dé persoon met een beperking niet bestaat; er is sprake van gradaties in ernst en van allerlei mogelijke combinaties van typen beperkingen.

4.2 Indeling in type beperkingen

Zoals gesteld in de inleiding, vormt de ICF, de Internationale classificatie van menselijk functioneren van de Wereldgezondheidsraad (WHO), het startpunt voor een indeling in type beperkingen. Omdat deze indeling geen voor dit onderzoek bruikbare indeling biedt, is gewerkt aan een eigen indeling.

In recente onderzoeken¹⁴ is in kaart gebracht welke groepen Nederlanders een verhoogd risico hebben op problemen tijdens (het vluchten bij) calamiteiten. Daarbij is specifiek voor mensen met een functiebeperking aangegeven welke risicofactoren een adequate reactie bij calamiteiten bemoeilijken of onmogelijk maken. In het kader van deze onderzoeken is gesproken met onder andere mensen met verschillende functiebeperkingen, facilitair medewerkers van veel uiteenlopende gebouwtypes, medewerkers van zorginstellingen en sociale werkplaatsen, architecten, medewerkers van woningbouwverenigingen, gemeenteafdelingen (zowel beleidsmedewerkers Wet Voorzieningen Gehandicapten als bouwtechnici) en brandweerlieden. De door hen aangegeven problemen vormen een belangrijke basis voor de indeling in soort beperking in deze quick scan.

Deze indeling is aangevuld met informatie uit deskresearch. Zo worden in *"An ADA guide (Americans with Disabilities Act, 1990) for local governments"* vijf type beperkingen vermeld: mobiliteit, zien, horen, cognitief en psychisch. Deze indeling in vijf type beperkingen, komt min of meer terug bij het Amerikaanse Federal Emergency Management Agency (FEMA) alleen is er dan niet sprake van 'cognitief en psychisch' maar van 'dementie en verstandelijk'. In de *"Evacuation planning for occupants with disabilities"* van de Canadese National Fire Laboratory worden deze 'hoofdzaken' samengevat onder de noemer 'geestelijke beperkingen'.

Noot 14 Onderzoeken in de periode 2004-2006 waarbij analyse is gemaakt op basis van literatuurstudie en cijfermateriaal (gegevens uitgegeven door CBS, FSB, SCP, Stichting Consument en Veiligheid en het ministerie VWS). Ook is veel relevante informatie afkomstig uit een groot aantal interviews met alle betrokken partijen. Ten slotte is gebruik gemaakt van de gegevens uit het interne project "Bronnen voor volumebepaling technische hulpmiddelen en gebruikers in Nederland" van KBOH.

Een afwijkende indeling wordt gegeven in het European Fire Research Project 2000-2004¹⁵ waarin gesproken wordt over vijf type beperkingen: alcoholisme, ouderdom, horen, zien en mobiliteit. Tot slot opnieuw de FEMA die naar aanleiding van Hurricane Katrina enkele nieuwe groepen met beperkingen introduceert: mensen zonder auto, mensen die onder medische behandeling staan, mensen met diëten, niet-Engels sprekenden en alleenstaande ouders. In die zin kunnen indelingen aangepast worden als gevolg van een calamiteit en zijn dergelijke lijsten altijd in beweging.

Kortom, elke indeling is arbitrair en er valt geen definitieve en limitatieve indeling te maken. De enige constante is dat bij een indeling rekening gehouden moet worden met aspecten als zelfredzaamheid, zorgbehoefte en (zorg)afhankelijkheid.

Met die kanttekeningen in gedachte, kan gesteld worden dat geen van bovengenoemde indelingen voldoet. Dit vooral omdat deze indelingen te grof zijn. Een indeling in type beperkingen dient het resultaat te zijn van het benoemen van heel typerende - en dus onderscheidende - kenmerken in relatie tot calamiteiten. Weinig bronnen gaan zo diep in op de materie.

Om te komen tot een bruikbare indeling zijn alle mogelijke beperkingen waarmee rekening gehouden moet worden bij calamiteiten in kaart gebracht. Daarbij viel een aantal soorten beperkingen af, bijvoorbeeld incontinentie. Binnen de relevante beperkingen zijn groepen gevormd op basis van soortgelijke kenmerken in relatie tot problemen bij calamiteiten. Resultaat van deze opdeling is een tiental groepen van beperkingen.

Binnen deze groepen komt een onvermijdelijke overlap voor, bijvoorbeeld mensen met beperkingen in het bovenlichaam kunnen ernstige problemen met de hand en met de rug hebben. Er is ook overlap tussen de groepen, bijvoorbeeld iemand kan slechtziend zijn en een verlamming aan de benen hebben. Die zaken zijn niet onderscheiden en de aantallen zijn dus ook niet gecorrigeerd. In de groepen ouderen, kinderen en tijdelijk beperkten komen ook grote aantallen mensen voor die geen of slechts geringe beperkingen hebben en bij een calamiteit niet meer risico lopen dan mensen zonder beperkingen.

Verder zijn de tien groepen voor de overzichtelijkheid opnieuw gegroepeerd naar soortgelijke kenmerken. Hieruit zijn vier hoofdgroepen naar voren gekomen: "Boven", "Binnen", "Buiten" en "Bijzondere groepen".

Noot 15 Het European Fire Research Project 2000-2004 is een project van het European Concept for Accessibility Network (EuCAN).

Tabel 4.1 Indeling in type beperkingen:

Boven	
1	mensen met een verstandelijke beperking
2	mensen met een psychische beperking
Binnen	
3	mensen een conditionele beperking
Buiten	
4	mensen met een zintuiglijke beperking
5	mensen met een beperking in het bewegingsapparaat: onderlichaam
6	mensen met een beperking in het bewegingsapparaat: bovenlichaam
7	mensen met een sterk afwijkende lichaamslengte
Bijzondere groepen	
8	ouderen (65+)
9	kinderen (14-)
10	mensen met een tijdelijke handicap

4.3 Type beperking en aantallen

In het vervolg van dit hoofdstuk wordt ingegaan op elk van deze groepen en wordt aangegeven wat de geschatte omvang van de groep is. Daarbij wel de opmerking dat de aantallen binnen deze hoofdgroepen en zelfs binnen de subgroepen niet bij elkaar opgeteld mogen worden. Eén persoon kan immers meerdere functiebeperkingen hebben; bovendien zullen niet alle ouderen en kinderen extra hulp nodig hebben bij een ontruiming. Wel is het zo dat bijna de helft van de mensen met problemen aan het bewegingsapparaat ouder is dan 65 jaar¹⁶.

De bedoeling van het vermelden van aantallen mensen bij de 10 groepen is om inzicht te geven in - en een indruk te geven van- de risico's, zowel naar orde van grootte als naar aard. Om van deze groepen een beeld te krijgen zijn kenmerken en leefsituatie geschetst. De kenmerken, knelpunten en aandachtspunten met betrekking tot calamiteiten zijn tot hoofdlijnen samengevat.

Kinderen en ouderen worden als aparte groepen aangewezen, omdat zij vaak meerdere "beperkingen" in lichte mate hebben, waardoor toch problemen optreden die op grond van afzonderlijke beperkingen niet verwacht zouden worden. Een derde speciale groep betreft mensen die herstellen van blessures, operaties e.d. en niet gewend zijn aan hun beperking (een tijdelijke handicap).

Noot 16 Bron: SCP, 2002.

Beschikbare bronnen

In Nederland is een aantal grootschalige landelijke onderzoeken gedaan om de aard en de omvang van mensen met lichamelijke beperkingen te kunnen inschatten. De belangrijkste zijn die van CBS/NIMAWO¹⁷ (1986-1988) en die van SCP/AVO¹⁸ (1995-1999). Beide onderzoeken gaan uit van soorten beperkingen en maken het mogelijk zelfstandig wonenden te onderscheiden. Beide onderzoeken werken met klassen van mate van ernst van de lichamelijke beperking. De uitkomsten van de onderzoeken verschillen vanwege de verschillen in de gekozen definities van de (lichamelijke) beperkingen.

Op basis van de oude CBS/NIMAWO gegevens zijn er in Nederland ruim 650.000 zelfstandig wonende mensen met een ernstige lichamelijke beperking en bijna 1,5 miljoen met een matige beperking. Volgens SCP/AVO zijn dat er ruim 500.000, respectievelijk bijna 1 miljoen. Vergelijkingen zijn dus moeilijk. Beide onderzoeken worden nog steeds gebruikt als basis voor schattingen van prevalenties. Zo gebruikte het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen bijvoorbeeld de gegevens van CBS/NIMAWO en worden de SCP/AVO gegevens gehanteerd in de tweejaarlijkse "Rapportage gehandicapten" van het SCP.

De SGBO, het onderzoeksbureau van de Vereniging Nederlandse Gemeenten, baseert zich ook hierop in de recente studie "Aard en omvang WMO-doelgroep" (juni 2006). Het CBS geeft daarnaast in de "Gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking" ook de cijfers van het OESO-onderzoek, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, en de uitkomsten van het ADL-onderzoek (Activiteiten van het Dagelijks Leven) weer. Ook deze onderzoeken hebben hun eigen uitgangspunten en zijn niet zonder meer vergelijkbaar.

Samenvattend, is de 'focus' van de recente onderzoeken:

- OESO heeft betrekking op communicatie en beweeglijkheid.
- ADL heeft betrekking op het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven.
- AVO heeft betrekking op het zich verplaatsen en op een aantal van de bovenstaande activiteiten.

Aangezien de uitkomsten van deze onderzoeken in feite niet vergelijkbaar zijn, worden deze waar van toepassing alle opgenomen in deze quick scan. Cijfers uit andere bronnen wijken soms behoorlijk af, maar omdat deze vaak uit toegesneden onderzoeken komen, kunnen ze de werkelijkheid wel eens beter weergeven dan de geëxtrapoleerde gegevens die gebaseerd zijn op ouder onderzoek. Ook kunnen de onderzoeksvragen en -populatie afwijken en meer rekening houden met de huidige omstandigheden. Het is daarom zaak om extra gegevens die meer inzicht kunnen bieden eveneens te vermelden, zelfs wanneer de afwijkingen groot zijn. De aanvullende cijfers komen uit het interne project van KBOH "Bronnen voor volumebepaling technische hulpmiddelen en gebruikers in Nederland", die op zich - waar nodig voor deze paragraaf - aangevuld en geactualiseerd zijn.

Noot 17 CBS/NIMAWO staat voor Centraal Bureau voor de Statistiek/Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek.

Noot 18 SCP/AVO staat voor Sociaal Cultureel Planbureau/Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek.

In dat project werden tot voor kort systematisch alle volumecijfers uit allerlei tijdschriften, dagbladen, onderzoeken, sites enz. bijgehouden. Daarnaast zijn cijfers uit belangrijke onderzoeken, zoals van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu), vermeld.

Ondanks de verschillen kan worden gesteld, dat met het stijgen van de leeftijd de prevalentie van lichamelijke beperkingen toeneemt. Daarom wordt in de weergave van de cijfers in deze quick scan speciaal aandacht besteed aan ouderen. Eveneens is duidelijk dat vrouwen relatief meer lichamelijke beperkingen hebben.

De bedoeling van de weergave van de populatie in dit hoofdstuk is om inzicht te geven in en een indruk te geven van de risico's, zowel naar orde van grootte (zijn er 3000 of 300.000 mensen met zo'n beperking) als naar aard (wat zijn de specifieke problemen bij een bepaalde beperking). De bedoeling is zeker niet om een volledige volumebepaling te geven; daar is veel meer tijd voor nodig en bovendien schiet dat zijn doel voorbij.

4.4 Mensen met een beperking

Heel lang gold in Nederland de stelregel dat 10% van de bevolking een "lichamelijke handicap" had en 1% een verstandelijke beperking. Volgens de ADL-indicator is 13,9% en volgens de OESO-indicator 13% van de mensen lichamelijke beperkt (CBS hanteert deze bronnen voor de *"Gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking"*). Het SCP stelt in de Sociale staat van Nederland 2003 dat 7,6% van de Nederlandse bevolking ernstige beperkingen heeft; volgens de door hen gebruikte AVO heeft 23,3% van de Nederlandse bevolking een lichamelijke beperking. In *"Aard en omvang WMO-doelgroep"* van SGBO staat dat 15% van de Nederlandse bevolking 'kwetsbaar' is, waarvan 9.2% met een lichamelijke beperking (hierin een derde van de mensen ouder dan 65 jaar) en 1,5% met een verstandelijke of chronisch psychische beperking.

Uit een onderzoek in 2003 van NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek in de Gezondheidszorg) en het AMC (Academisch Medisch Centrum in Amsterdam) bleek dat 500.000 mensen meerdere chronische ziektes hebben, dat is 30% van alle chronisch zieken. Mensen met een lichamelijke beperking bestaan uit mensen met een chronische ziekte en/of lichamelijke handicap. De overlap hiertussen werd berekend door het NIVEL in de *"Financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten"* (2005): 770.000 chronisch zieken, 920.000 lichamelijk gehandicapten met een overlap van 440.000.

Volgens het SGBO lijkt het aantal mensen met een verstandelijke of een chronisch psychische beperking constant te blijven tot 2020; het aantal mensen met een lichamelijke beperking lijkt toe te nemen met 20% in 2020.

De mate van ernst van de (lichamelijke) beperking is in het kader van deze quick scan ook belangrijk. Uitgaande van het bovengenoemde AVO-totaal van 23,5% is die verdeling (waarbij 'licht' inhoudt, dat de activiteit moeite kost):

- licht 13,3% (1.945.000)¹⁹;
- matig 6,7% (980.000);
- zwaar 3,5% (512.000).

Het gaat dus om grote aantallen, met dien verstande dat niet alle aandoe-ningen en beperkingen in alle maten van ernst een extra probleem opleve-ren bij calamiteiten.

4.4.1 Mensen met een verstandelijke beperking²⁰

Mensen met een verstandelijke beperking hebben over het algemeen meer behoefte aan structuur, overzicht en duidelijkheid. Gevoelens van stress en angst kunnen hen in de war brengen. Dit zal een adequaat reageren op de calamiteit vrijwel onmogelijk maken. Persoonlijke begeleiding is in de mees-te gevallen ook de beste oplossing. Achtergrondinformatie over de aard en de omvang van de beperkingen staan in bijlage 2.

Mensen met een verstandelijke beperking wat betreft de intelligentie

Van de mensen met een verstandelijke beperking rond de intelligentie is de grootste groep tussen de 20 en 44 jaar oud (SCP). Uitsplitsingen uit oudere onderzoeken van SCP geven de verdeling van de mate van ernst goed weer: van de 103.000 (SCP, 2002) mensen is iets minder dan de helft licht verstandelijk gehandicapt en iets meer dan de helft matig, ernstig of zeer ernstig gehandicapt. De oudere groep (vanaf 50 jaar) is vaker ernstig tot zeer ernstig gehandicapt (SCP, 2000).

Aantal totaal 120.000²¹ (SGB0, 2006).

Naar schatting²² lopen hiervan 80.000 mensen een verhoogd risico.

Het is juist bij de groep mensen met een verstandelijke beperking belangrijk om inzicht te hebben in de leefvorm, want zelfstandiger wonen houdt ook in dat zelfstandiger gereageerd moet worden bij een calamiteit en dat is voor deze quick scan een essentieel verschil. Er wonen 30.000 volwassen ver-standelijk gehandicapten min of meer zelfstandig (SGB0, 2006).

Noot 19 De percentages gevolgd door een absoluut aantal zijn afgeleid van dat aantal gedeeld door het afgeronde inwonertal van Nederland.

Noot 20 Wat betreft de aantallen mensen met beperkingen wordt in deze subparagraaf gebruik gemaakt van het begrippenkader 'beperking' en 'verstandelijk gehandicapt'. Het begrippenapparaat 'type stoornis' dat de DSM-IV hanteert wordt, voor wat betreft de aantallen, buiten beschouwing gelaten. Dit bij gebrek aan bruikbare data die gebaseerd zijn op het begrippenapparaat uit de DSM. In sociaal wetenschappelijk onderzoek is het bovendien moeilijk te werken met het dia-gnostische kader uit de DSM omdat dit een klinische insteek vergt en daarmee moeilijk te verta-len is ten behoeve van sociaal-wetenschappelijk onderzoek.

Noot 21 Waarvan ongeveer de helft (zeer) ernstig.

Noot 22 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

De groep zwakbegaafden (17% van totaal) woont voornamelijk bij familie (42%) of begeleid zelfstandig (41%). De licht verstandelijk gehandicapten (22% van totaal) wonen met name bij familie (22%), begeleid (29%) en beschermd (32%). De groep matig verstandelijk gehandicapten woont verspreid over alle vormen van wonen. En de groep ernstig verstandelijk gehandicapten woont vrijwel altijd verzorgd (87%) in een instelling (SCP, 2000).

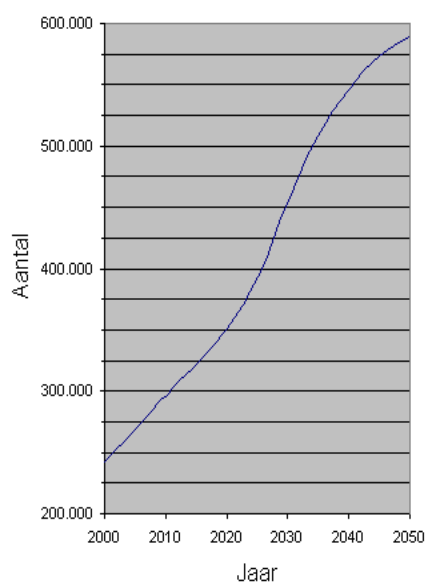
Verstandelijke handicap	Bij familie	Begeleid zelfstandig wonen	Beschermd wonen	Verzorgd wonen	totaal
zwakbegaafd	42	41	15	2	17
licht gehandicapt	22	29	32	17	22
matig gehandicapt	27	17	21	36	36
(zeer) ernstig geh.	7	1	5	87	25

Mensen met een verstandelijke beperking wat betreft het geheugen

Bij beperkingen aan het geheugen moet niet alleen gedacht worden aan de weliswaar grootste subgroep dementie, maar ook aan effecten van bijvoorbeeld een whiplash.

Mensen met dementie kunnen erg in de war raken in stress-situaties en een grote druk op de verzorger, veelal mantelzorgers, of begeleider leggen. Verzorgers weten dan niet altijd op welke wijze het beste gehandeld kan worden, want mensen met dementie kunnen erg koppig zijn. Iemand met geheugenproblemen zal in ieder geval grotere moeite hebben met het vinden van een oplossing of uitweg bij calamiteiten.

Figuur 4.1 Aantal mensen met dementie in Nederland (Trimbos, 2005)



Een inschatting van het aantal mensen met dementie in de komende jaren is weergegeven in de figuur 4.1. Op dit moment is bij ruim 195.000 mensen de diagnose van dementie gesteld en er wordt verondersteld dat nog zo'n 60.000 mensen dementie hebben zonder dat de diagnose gesteld is. De groep zal de komende jaren sterk groeien door de vergrijzing (Alzheimer Nederland, 2000), maar ook het aantal jongere dementerenden zal naar verwachting toenemen, mede als gevolg van het gebruik van stimulerende middelen. De groep demente ouderen zal bovendien langer zelfstandig thuis moeten wonen om de druk op de verzorgingshuizen te verminderen. In de "Planologische kengetallen wonen en zorg" van het IWZ (2002) wordt van een lager aantal uitgegaan: 170.500 in 2010, waarvan 59.000 met intramurale indicatie.

De Gezondheidsraad richt zich op mensen met dementie – alle vormen opgeteld - onder de bevolking van 65 jaar en ouder: volgens hun berekeningen zijn er in Nederland ongeveer 177.000 mensen met dementie. Die cijferingen gaan uit van de bevindingen van het Rotterdamse ERGO-onderzoek, naar de hele bevolking vertaald met behulp van de middenvariant van de bevolkingsprognose van het CBS.

Door de vergrijzing van de bevolking en de stijgende levensverwachting loopt dit aantal op tot ruim 207.000 in 2010. Bij gelijkblijvende omstandigheden hebben in 2050 naar schatting meer dan 400.000 ouderen in ons land dementie. Anders gezegd: in 2002 is ongeveer 1 op de 91 mensen in Nederland dement. In 2010 is dat 1 op de 81, in 2050 1 op de 44. Deze aantallen worden door SGBO aangehouden: 1,1% van de bevolking (8,1% van de mensen ouder dan 65 jaar).

De verschillende opgaven overziend, kan worden gesteld dat het aantal mensen met dementie op dit moment richting 200.000 gaat.

Naar schatting²³ lopen hiervan 140.000 mensen een verhoogd risico.

4.4.2 Mensen met een psychische beperking

In "Aard en omvang WMO-doelgroep" geeft SGBO (2006) aan dat tot 2020 de omvang van mensen met een chronische psychische beperking (exclusief dementie) redelijk stabiel blijft: totaal 120.000 mensen. Naast deze groep van mensen met permanente problemen, bestaat er ook een grote groep mensen met tijdelijke psychische beperkingen. Zij hebben op het moment van een calamiteit dezelfde problemen als mensen met een chronische gelijksoortige beperking.

In sommige gevallen is sprake van vergelijkbare problemen, terwijl er geen psychische beperking is, bijvoorbeeld gebrek aan motorische coördinatie door alcoholvergiftiging (in het European Fire Research Project 2000-2004 wordt opgemerkt dat daardoor ook sprake is van het sneller veroorzaken van brand).

Noot 23 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

Achtergrondinformatie over de aard en de omvang van – ook de cijfers van de niet-chronische - psychische beperkingen staat in bijlage 2.

Een selectie voor deze quick scan uit de cijfers van SGBO (chronisch):

- schizofrenie 0,15% (23.300²⁴);
- angststoornissen 11% (1.700.000);
- drugsverslaving 0,5% (72.000);
- alcoholverslaving 1,8% (274.000);
- depressie 6,3% (860.000).

Naar schatting²⁵ lopen hiervan 100.000 mensen een verhoogd risico.

4.4.3 Mensen met een conditionele beperking

Mensen met een beperking in de conditie (het uithoudingsvermogen) hebben als kernprobleem dat zij waarschijnlijk onvoldoende energie hebben om adequate actie te ondernemen, of een dergelijke actie vol te houden (bijvoorbeeld een brand te blussen of een gebouw te ontvluchten). Dikke mensen, mensen met hart- en/of vaatproblemen, ademhalingsmoeilijkheden of problemen met het afweersysteem zijn snel(ler) vermoeid. Mensen met bepaalde ziekten hebben vergelijkbare problemen en lopen daardoor extra risico's, bijvoorbeeld suikerziekte, waarbij de bloedsuikerspiegel plotseling enorm daalt. Naast de inspanning die de vluchtroute van hen eist, kunnen rookontwikkeling en stress (ernstige) fysieke klachten geven. Deze problemen komen met name voor bij mensen ouder dan 65 jaar (CBS, 2001). Gemiddeld heeft zo'n 7% van de mensen last van astma, bronchitis of CARA (CBS, 2001). Ook bepaalde aandoeningen en medicijngebruik kunnen het uithoudingsvermogen nadelig beïnvloeden. Ten slotte hebben mensen met ernstig overgewicht ook vergelijkbare problemen.

Uithoudingsvermogen (CBS/NIMAWO)

Zeer ernstig	1,2%
Incl. ernstig	2,8% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	7,1% (cumulatief)
Incl. licht	10,2% (cumulatief)

Hart/vaat (CBS, 2001)	1,5%
Hartinfarct/ernstige aandoening (RIVM, POL, 2002/3)	3,9%
Long (CBS, 2001)	7%
Astma/COPD (RIVM, POL, 2002/3)	6,9%
Conditionele problemen als gevolg van hart/long (Consument & Veiligheid)	3,3% (520.000)

Hoge bloeddruk (CBS, 2001)	11,1%
Hoge bloeddruk (RIVM, POL, 2002/3)	11,8%

Noot 24 Waarvan 16.800 thuiswonend.

Noot 25 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

Suikerziekte (RIVM, POL, 2002/3)	3,2%
Diabetes type 2 (Gezondheidsraad, 2004)	2,6% (408.000)
Overgewicht (CBS, 2003)	55% van de volwassenen ²⁶

Naar schatting²⁷ lopen hiervan 500.000 mensen een verhoogd risico.

4.4.4 Mensen met een zintuiglijke beperking

Er zijn vijf zintuiglijke beperkingen en daarbij gaat het om problemen met horen, zien, spreken, voelen, ruiken. De laatste twee beperkingen worden niet uitgewerkt, omdat het in vergelijking met de andere subgroepen om veel kleinere aantallen gaat. Wel worden de risico's die deze mensen lopen, meegenomen in het totaaloverzicht. De gevolgen van een calamiteit voor deze twee subgroepen kunnen namelijk zeer ernstig zijn, bijvoorbeeld door het ontbreken van gevoel krijgen mensen geen of te laat een signaal dat zij zich branden.

Van de andere drie beperkingen is ook hier weer de leefwijze van belang: gehandicapten die ernstige problemen hebben bij het zien of horen wonen veel vaker dan gemiddeld in instellingen voor verzorgd wonen (70% versus 39% gemiddeld) dan gehandicapten zonder zintuiglijke beperkingen (SCP, 2005). Een complicerende factor is dat binnen de groep mensen met een zintuiglijke beperking vaak combinaties met verstandelijke en andere lichamelijke handicaps voorkomen.

Mensen met een visuele beperking

Voor mensen met een visuele beperking ligt het kernprobleem in het waarnemen en het zich oriënteren. Blinden en slechtzienden (ook kleurenblinden) kunnen meestal een beginnende calamiteit moeilijker waarnemen. Ook kunnen zij moeilijker bepalen waar zij heen moeten vluchten: door sterk veranderde omgevingsgeluiden (sirenes, rennende mensen, gesis van sprinklers) kunnen zij zich slecht oriënteren. Vluchtroute-informatie is voor hen vaak niet goed waarneembaar. Deze mensen lopen een verhoogd risico op ernstige verwondingen tijdens het vluchten. Ook blindengeleidehonden kunnen in paniek raken bij een calamiteit, waardoor de blinden en slechtzienden hulpeloos kunnen raken. Bijkomend probleem is volgens het eerder genoemde FEMA, dat mensen met een visuele beperking niet graag de vertrouwde omgeving verlaten en zeker niet met een onbekende begeleider.

De meeste slechtzienden wonen zelfstandig, volledig blinden wonen meestal niet op zichzelf. Blinden en (ernstig) slechtzienden die geen andere beperking hebben, nemen vaak op een reguliere wijze deel aan de samenleving.

Noot 26 Waarvan 10% last heeft van ernstig overgewicht.

Noot 27 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

In het European Fire Research Project wordt gesteld dat zeer regelmatig oefenen het beste is.

Aantal:

Zien (CBS/NIMAWO)	
Zeer ernstig	0,4%
Incl. ernstig	1,2% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	----% (cumulatief)
Incl. licht	4,6% (cumulatief)
Zien (AVO)	0,7%
Zien (OESO)	3%
Visueel (SCP, 2000)	0,95% (158.000)
Visueel (CBZ, 2001)	4,55% (736.000 ²⁸),
Slechtzienden(RIVM, POL 2002/3)	4%
Blinden (KBOH)	0,125% (20.000)
Doof-blinden (KBOH)	0,12% (19.000 ²⁹)
Doof-blinden ("Doofblindheid in Nederland")	0,014% (2250)

Naar schatting³⁰ lopen hiervan 150.000 mensen een verhoogd risico.

Mensen met een auditieve beperking

Voor mensen met een auditieve beperking ligt het kernprobleem in het waarnemen en het zich oriënteren. Dove mensen en slechthorenden kunnen moeite hebben met het waarnemen van alarmsignalen (rookmelder). Dit is een risicofactor in geval van nood. Een auditieve handicap kan ook evenwichtsproblemen veroorzaken. Dit bemoeilijkt het vluchten. Iemand die doof is heeft zichtbare of voelbare alarmering nodig om te worden gewaarschuwd, dit is lang niet altijd aanwezig omdat de gangbare brandalarmeringsapparatuur auditief is.

De meeste doven en slechthorenden wonen zelfstandig. Doven en slechthorenden die geen andere beperking hebben, nemen vaak op een reguliere wijze deel aan de samenleving.

Aantal:

Horen (CBS/NIMAWO)	
Zeer ernstig	0,2%
Incl. ernstig	2,2% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	2,8% (cumulatief)
Incl. licht	6,4% (cumulatief)

Noot 28 Waarvan 64.000 zeer ernstig en 192.000 ernstig.

Noot 29 Waarvan 75% ouderen.

Noot 30 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

Horen (AVO)	1,3%
Horen (OESO)	3%
Auditief (SCP, 2000)	0,18% (29.000)
Auditief (CBZ, 2001)	6,2% (1.024.000 ³¹)
Doven (KBOH)	0,125% (20.000)

Naar schatting lopen hiervan 100.000 mensen een verhoogd risico.

Mensen met een spraakbeperking

Voor mensen met een spraakbeperking ligt het kernprobleem in het alarmen en om hulp vragen. Vooral mensen ouder dan 65 jaar hebben problemen met zich verstaanbaar maken (CBS, 2004), waardoor allerlei problemen kunnen ontstaan. Een voorbeeld: als iemand niet kan uitleggen welke calamiteit waar plaatsvindt, is het mogelijk dat onjuiste oplossingen worden geboden.

Problemen met spraak door stotteren, komen vaak op jonge leeftijd voor en verdwijnen later. Toch blijft ongeveer 1% van de stotteraars ook op latere leeftijd last houden en juist in stresssituaties, met alle gevolgen van dien bij een calamiteit.

In deze aantallen zijn niet de mensen met problemen met de Nederlandse taal opgenomen.

Aantal:

Spreken (CBS/NIMAWO)

Zeer ernstig	0,1%
Incl. ernstig	0,5% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	----% (cumulatief)
Incl. licht	1,3% (cumulatief)

Spraak (SCP, 2000)	0,44,3% (71.000)
Spraak (CBZ, 2001)	1,3% (208.000 ³²)
Stotteren (KBOH)	1,09% (175.000)

Naar schatting³³ lopen hiervan 30.000 mensen een verhoogd risico.

4.4.5 Mensen met beperkingen in het bewegingsapparaat: onderlichaam

Een opmerking vooraf: het SCP geeft voor 2002 (SCP, 2002) een aantal volume cijfers van mensen met beperkingen van het bewegingsapparaat. Deze cijfers kunnen betrekking hebben op het boven- en/of onderlichaam.

Noot 31 Waarvan 32.000 zeer ernstig en 352.000 ernstig.

Noot 32 Waarvan 16.000 zeer ernstig en 80.000 ernstig.

Noot 33 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

De beperkingen van het onderlichaam (onderste extremiteiten) komen vaker voor. Mensen met ernstiger beperkingen zullen vaker thuis zijn.

Aantal:

Ernstig lichamelijk	3,2% (512.000)
Reumatoïde artritis	0,95% (150.000)
Artrose	4% (650.000)

Mensen met beperkingen in de onderste extremiteiten hebben als kernprobleem het zich voortbewegen. In veel gevallen worden hulpmiddelen gebruikt, bijvoorbeeld een rolstoel, scootermobiel, rollator, krukken of stok, waardoor gebruikers bij een calamiteit niet snel en gemakkelijk kunnen wegkomen. Drempels, hoogteverschillen, bijvoorbeeld trappen, maar ook te smalle doorgangen en obstakels kunnen hun vluchtroute volledig blokkeren.

Rolstoelgebruikers zijn meestal niet in staat zich zonder de rolstoel te verplaatsen. Voor deze groep is vluchten daarom extra moeilijk. Vaak zijn in de woning aanpassingen aangebracht die bij een calamiteit een obstakel kunnen vormen, bijvoorbeeld elektrische deuropeners en trapliften bij stroomuitval.

Mensen die een scootermobiel gebruiken, kunnen meestal nog wel minimaal 10 meter lopen. In huis wordt de scootermobiel niet gebruikt. Tijdens een calamiteit zal de gebruiker daarom zelfstandig zijn weg moeten vinden zonder scootermobiel. De meeste mensen (63%) die een scootermobiel gebruiken zijn ouder dan 65. Dit levert extra moeilijkheden op.

Hulphonden, die onder meer getraind zijn om deuren te openen voor hun baasjes, kunnen in paniek raken bij een calamiteit.

Een aparte categorie die is geplaatst onder dit type beperking is de groep epileptici en mensen met een evenwichtsstoornis. Overwogen is om deze groep te plaatsen onder de categorie 'boven' vanwege de oorzaak. De functionele beperkingen van deze aandoeningen worden echter traditioneel in de categorie "beperkingen in het bewegingsapparaat: onderlichaam" meegeteld.

Aantal:

Lopen (CBS/NIMAWO)

Zeer ernstig	0,6%
Incl. ernstig	2,7% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	5,2% (cumulatief)
Incl. licht	10,4% (cumulatief)

Zich verplaatsen bij epilepsie en evenwichtsstoornis (CBS/NIMAWO)

Incl. ernstig	2,9% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	3,4% (cumulatief)
Incl. licht	8,2% (cumulatief)

Zich verplaatsen (AVO) 2,4%

Zitten en staan (CBS/NIMAWO) (overlap bovenlichaam)

Zeer ernstig	0,2%
Incl. ernstig	3,1% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	10,4% (cumulatief)
Incl. licht	13,5% (cumulatief)

Zitten en staan (AVO)	2,7%
Gaan zitten en opstaan (CBS/NIMAWO) (overlap bovenlichaam)	
Zeer ernstig	0,5%
Incl. ernstig	1,5% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	----% (cumulatief)
Incl. licht	7,2% (cumulatief)
Beweeglijkheid (OESO)	8,1% (overlap bovenlichaam)
Amputatie onderste extremiteit (VWS 1998)	0,13% (22.000)
Epileptici met (zeer) ernstige beperking (Consument & Veiligheid)	1,7% (276.000)
Mensen met evenwichtsstoornis (KBOH)	2,5% (400.000)
Scootermobielgebruikers (Kerncijfers WVG 2004)	0,65% (102.700)
Rolstoelgebruikers (handmatig en elektrisch) (Kerncijfers WVG 2004)	1,19% (190.800)

Naar schatting³⁴ lopen hiervan 400.000 mensen een verhoogd risico.

4.4.6 Mensen met beperkingen in het bewegingsapparaat: bovenlichaam

Mensen met beperkingen in het bovenlichaam hebben als kernprobleem dat er onvoldoende kracht of motoriek in de bovenste extremiteiten aanwezig is om een vlucht mogelijk te maken. Deze mensen kunnen bijvoorbeeld een eenvoudige handeling als het openen van een (nood)deur of raam al niet zonder problemen doen.

Een aantal mensen heeft dusdanig last van de rug dat zij onvoldoende wendbaar zijn of onvoldoende kracht kunnen zetten.

Arm/handgebruik (CBS/NIMAWO)

Zeer ernstig	0,3%
Incl. ernstig	1,8% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	2,3% (cumulatief)
Incl. licht	5,9% (cumulatief)

Zitten en staan (CBS/NIMAWO) (overlap onderlichaam)

Zeer ernstig	0,2%
Incl. ernstig	3,1% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	10,4% (cumulatief)
Incl. licht	13,5% (cumulatief)

Gaan zitten en opstaan (CBS/NIMAWO) (overlap onderlichaam)

Noot 34 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

Zeer ernstig	0,5%
Incl. ernstig	1,5% (cumulatief)
Incl. minder ernstig	----% (cumulatief)
Incl. licht	7,2% (cumulatief)
Beweeglijkheid (OESO)	8,1% (overlap onderlichaam)
Amputatie bovenste extremiteit (VWS 1998)	0,012% (2.000)
(Zeer) ernstige beperking hand of arm (Consument & Veiligheid)	1,6% (260.000)

Naar schatting³⁵ lopen hiervan 150.000 mensen een verhoogd risico.

4.4.7 Mensen met een sterk afwijkende lichaamslengte

Mensen die of erg lang zijn of erg klein zijn hebben specifieke problemen, reden om deze mensen ondanks de geringe aantallen als aparte groep te onderscheiden. Nederland staat bekend om het hoge (groeiende) aantal zeer lange mannen en vrouwen, met name onder de jongere generaties.

Mensen met zeer grote lichaamslengte

Mensen met zeer grote lichaamslengte hebben als kernprobleem dat ze zich kunnen stoten en/of in de opstijgende rook en gassen terechtkomen. De bovenkant van de deurpost is niet duidelijk te zien door rookvorming, met stoten als gevolg. Rook stijgt naar boven en kan voor deze groep een opstakel vormen. Soms is de eigen woning aan de lengte aangepast. Het Limburgs Dagblad (12 januari 1998) vermeldt 1 miljoen lange mensen, d.w.z. groter dan 1,97 meter (voor mannen) respectievelijk 1,80 meter (voor vrouwen). Op www.langemensenforum.nl staan veel problemen opgesomd die erg lange mensen ondervinden in de maatschappij.

Naar schatting lopen hiervan 20.000 mensen een verhoogd risico.

Mensen met geringe lichaamslengte

Mensen met geringe lichaamslengte hebben als kernprobleem het verkrijgen van voldoende overzicht en het "bij" bedieningselementen "kunnen" (dit geldt in zekere zin ook voor mensen in een rolstoel). Mensen die erg klein zijn, hebben het voordeel dat bij brand de schadelijke lucht omhoog stijgt. Zij hebben echter vaak longproblemen en last van hun conditie (mede door een klein longvolume), waardoor rook en gassen hoe dan ook eerder een belemmering zijn. Het vinden en het openen van deuren is voor deze groep vaak niet eenvoudig.

Noot 35 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

De medische wereld gebruikt als norm van klein: mannen kleiner dan 1,51 meter en vrouwen kleiner dan 1,45 meter. De BVKM (Belangenvereniging voor kleine mensen) hanteert als norm 1,55 meter omdat het kan voorkomen dat iemand een groeistoornis heeft en toch boven de medische en maatschappelijke norm van klein zijn uitkomt. De schattingen van het aantal personen met een groeistoornis in Nederland lopen nogal uiteen. In formele statistieken wordt hiervan niets bijgehouden. Op grond van buitenlandse cijfers is een schatting van 2500 mensen mogelijk. Het Limburgs Dagblad vermeldt 50.000 mensen die veel kleiner zijn dan de gemiddelde lengte.

Naar schatting lopen hiervan 20.000 mensen een verhoogd risico.

4.4.8 Ouderen (65-plussers)

Ouderen die vanwege hun leeftijd meerdere (kleine) beperkingen als gevolg van de achteruitgang van fysieke, cognitieve en emotionele vaardigheden ondervinden, hebben vaak meer tijd nodig om een calamiteit te signaleren en op een veilige plek te komen.

In veel gevallen zullen beperkingen die in een eerdere levensfase al aanwezig waren, met het klimmen der jaren in ernst toenemen. Meestal komen er ook andere beperkingen bij. Veel ouderen zullen te maken hebben met meerdere minder ernstige beperkingen, waarvan de optelsom echter betekent dat zij een verhoogd risico lopen bij een calamiteit. Bovendien maken ouderen vaak gebruik van technische hulpmiddelen die in sommige gevallen bij een calamiteit belemmerend zijn.

Ruim 50% van de ouderen heeft last van overgewicht en zeker 10% heeft ernstig overgewicht (CBS, 2005), hierdoor kan de conditie slecht zijn. 60% van de 65-plussers omschrijft de eigen gezondheid als goed tot zeer goed. De andere 40% geeft aan dat deze slecht is (CBS, 2005). Een slechte gezondheid heeft invloed op de conditie.

Er treedt op hogere leeftijd ook eerder gewrichtsslijtage op. Van de mensen boven de 65 jaar heeft ruim 35% hier problemen mee (CBS, 2001). Deze groep zal minder snel kunnen bewegen en kan dus minder snel weggelopen of traplopen.

De meeste ouderen wonen in flats (etage-, boven- of benedenwoning, portiekwoning of maisonnette) met meer dan 3 kamers. Dan volgt de groep die woont in een tussenwoning. Ze wonen vaker in huur- dan in koopwoningen (CBS, 2002). 27% van de mensen ouder dan 65 is alleenstaand en woont in een particulier huishouden. Bijna 6% woont in institutionele huishoudens (verpleeg-, verzorgingstehuizen, revalidatie en gevangenis). De rest is samenwonend met partner of kinderen (CBS, 2005). Ouderen zijn vaak gestopt met werken, dit betekent dat zij overdag thuis zijn.

In het European Fire Research Project 2000-2004, een project door de European Concept for Accessibility Network (EuCAN), wordt tot slot opgemerkt dat ouderen eerder brand veroorzaken, met als hoofdoorzaak koken en roken.

Totaal (CBS)

14,5 % (2.250.000)

Naar schatting³⁶ lopen hiervan 500.000 mensen een verhoogd risico.

4.4.9 Kinderen tot 14 jaar

Kinderen die nog niet zelf kunnen lopen, moeten op de arm of in een vervoermiddel worden meegenomen door anderen. Bij kinderen is het gezichtsvermogen, oriëntatievermogen, coördinatievermogen, beoordelingsvermogen en reactievermogen nog volop in ontwikkeling. Daarom hebben zij meer begeleiding nodig tijdens een calamiteit. Daarnaast zijn kinderen afhankelijk van het sociale gedrag van anderen; zo kunnen zij bij een calamiteit bijvoorbeeld onder de voet gelopen worden.

Kinderen tot 14 jaar wonen over het algemeen thuis bij hun (pleeg)ouders. Overdag gaan de meeste kinderen, in verband met de leerplicht, naar school. De kinderen zullen daarom bij calamiteiten overdag veelal niet thuis zijn. Echter in de vakantieperiodes zijn deze groepen wel regelmatig thuis te vinden.

Er zijn 2.8 miljoen kinderen onder de 14 jaar, gemiddeld betreft het zo'n 200.000 per levensjaar. Binnen deze categorie mag de groep kinderen tot 5 jaar als zeer kwetsbaar mogen worden gekenschetst. Deze groep is niet tot nauwelijks zelfredzaam en bezit nog niet cognitieve en lichamelijke vermogens om adequaat met gevaar om te gaan. Voor de groep kinderen van 5 tot 7,5 jaar speelt dit probleem minder maar deze groep is nog wel kwetsbaar. De groep kinderen van 7,5 tot 14 jaar is relatief minder kwetsbaar.

Totaal (CBS)

17,5% (2.800.000)

Naar schatting³⁷ lopen hiervan 1.500.000 kinderen een verhoogd risico.

4.4.10 Mensen met een tijdelijke beperking

Onder mensen met een tijdelijke beperking wordt hier verstaan mensen die herstellend zijn van een ongeluk, operatie en dergelijke. Zij hebben problemen met bewegen, horen of zien als gevolg van botbreuken, kneuzingen of andere blessures.

Deze groep is niet gewend aan zijn beperking en zal hierdoor extra moeite ondervinden bij calamiteiten. Deze groep is tijdens de herstelfase meestal in de eigen woning. Deze groep zal, met name omdat de klacht van tijdelijke aard is, vaak geen voorzieningen getroffen hebben die bij een calamiteit een oplossing kunnen bieden. Hoogzwangere vrouwen zijn meegerekend zoals dat ook gebeurt in de VS en door de European Expertgroup on Accessibility (2004).

Noot 36 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

Noot 37 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

Totaal (KBOH) 3,1% (500.000)

Naar schatting³⁸ lopen hiervan 285.000 mensen een verhoogd risico.

4.5 Tot slot

Elke indeling is arbitrair en dat geldt zeker voor algemene labels als 65+ (ouderen) en 14- (kinderen). De belangrijkste nuance die daarbij gemaakt dient te worden is dat rekening gehouden moet worden met zelfredzaamheid, zorgbehoefendheid en (zorg)afhankelijkheid. De vraag die daarbij speelt, is in hoeverre ouderen of kinderen inzicht hebben in de ernst van een calamiteit en in hoeverre zij in staat zijn om zelfstandig actie te ondernemen (eigen regie). Wellicht dat daarom de term 'minder zelfredzame personen' de problematiek het beste samenvat.

De grove schattingen zijn bedoeld om een indruk te geven van de omvang per groep beperkingen. Slechts met grote aarzeling kan aan de hand van deze schattingen per groep mensen met een beperking een orde van grootte van de omvang van het probleem worden gedomd. Indien meer inzicht in deze problematiek nodig is, dient een diepgaand onderzoek naar de volumecijfers te worden gestart. Bovendien mogen de aantallen niet bij elkaar worden opgeteld vanwege overlappen (iemand met een verstandelijke beperking kan bijvoorbeeld ook een zintuiglijke beperking hebben).

Tabel 4.2 Aantallen per type beperking met een verhoogd risico bij een calamiteit

Boven	
11 mensen met een verstandelijke beperking	220.000
12 mensen met een psychische beperking	100.000
Binnen	
13 mensen een conditionele beperking	500.000
Buiten	
14 mensen met een zintuiglijke beperking	280.000
15 mensen met een beperking in het bewegingsapparaat: onderlichaam	400.000
16 mensen met een beperking in het bewegingsapparaat: bovenlichaam	150.000
17 mensen met een sterk afwijkende lichaamsengte	40.000
Bijzondere groepen	
18 ouderen (65+)	500.000
19 kinderen (14-)	1.500.000
20 mensen met een tijdelijke handicap	285.000

Noot 38 Het betreft hier een grove doch conservatieve schatting.

Op grond van de cijfers en de verspreiding van voorzieningen en aanpassingen onder de Nederlandse bevolking en de mate van ernst van verschillende beperkingen, mag (met alle voorbehouden) aangenomen worden, dat bij calamiteiten de volgende percentages (conservatieve schatting) van de Nederlandse bevolking een verhoogd risico lopen:

- 2% vanwege ernstige verstandelijke of psychische beperkingen;
- 10% vanwege ernstige lichamelijke beperkingen;
- 13% vanwege beperkingen ten gevolge van de leeftijd³⁹.

Kortom, zelfs bij een voorzichtige schatting gaat het om een substantiële groep (rekening houdend met overlap tussen de categorieën) van circa 15 tot 20% van de bevolking. Deze groep heeft een vrij ernstige beperking en zal in geval van een calamiteit extra ondersteuning nodig hebben van anderen. Bovendien is er bij de meeste groepen die onderscheiden zijn sprake van toenemende aantallen in de komende jaren/decennia. In die zin mag zeker van een ernstig probleem gesproken worden dat in de toekomst alleen maar groter wordt.

Noot 39 Voor meer dan driekwart bestaat deze groep uit kinderen.

5 Aard van de problematiek

5.1 Inleiding

Om beter inzicht te krijgen in de materie, is gesproken met mensen met een beperking die een calamiteit hebben meegemaakt (ervaringsdeskundigen) en professionals die zich met de materie bezig houden. In dit hoofdstuk worden de uitkomsten hiervan gepresenteerd.

Begonnen wordt met een kort verslag van de interviews met mensen met beperkingen die zelf een calamiteit hebben meegemaakt. Vervolgens worden de uitkomsten van een discussie met een panel van deskundigen gepresenteerd. Dit enerzijds in de vorm van matrices waarin heel puntsgewijs de belangrijkste problemen en risico's genoemd waar mensen met beperkingen tegenaan lopen. Anderzijds wordt een kort overzicht geboden van de belangrijkste taken van betrokken organisaties als gemeenten, hulpdiensten, betrokkenen bij het woningaanbod, zorgaanbieders/thuiszorg, patiënten- en gehandicaptenverenigingen, koepelorganisaties en overheden.

5.2 Interviews

In totaal is gesproken met tien mensen met een beperking die ervaring hebben met een calamiteit. De interviews zijn gehouden onder deelnemers van het Hulpmiddelenpanel van KBOH die in een eerder stadium hadden opgegeven dat ze te maken hebben gehad met een calamiteit. Omdat het doel van de interviews is een juist beeld te geven van wat mensen beleven en hoe ze reageren tijdens een calamiteit, zijn vooraf uit de groep van mensen die een calamiteit meemaakten, degenen geselecteerd die niet uitsluitend met een evacuatie te maken kregen.

Mensen die zich opgeven voor het Hulpmiddelenpanel kunnen worden gekwalificeerd als mondiger en actiever dan de gemiddelde mens met beperkingen. Ongetwijfeld zijn er veel mensen in de anonimiteit die vergelijkbare - soms ernstiger, soms minder gevaarlijk - problemen en angsten hebben gekend. Echter, mensen met zeer ernstige beperkingen wonen vaak in instellingen en deze vallen buiten het kader van dit onderzoek. De mondigheid is ook af te lezen in de reactie van de meeste mensen, die gevat kan worden in het volgende citaat: "Je kunt niet helemaal risicovrij leven, een beetje risico hoort bij het leven: ook bij een gehandicapt leven". Er zullen ook veel mensen zijn die minder manmoedig in het leven (kunnen) staan.

5.2.1 Doel

Doel van de interviews was om een goed beeld te geven van wat een mens met een beperking overkomt als er sprake is van een calamiteit. Vaak zijn zaken die mensen zonder beperking als lastig en overkomelijk beschouwen voor mensen met een beperking juist de factoren die een verhoogd risico geven.

Een voorbeeld, een boiler die knapt boven je hoofd is vreselijk, maar je loopt weg van het kokende water; dat is wel anders als je vrijwel niet uit het bed kan komen.

5.2.2 Uitwerking van de vragen

De afgenomen interviews zijn met name bedoeld om antwoord te krijgen op de eerste vraag uit de onderzoeksopdracht: wat weten en kunnen mensen met beperkingen zelf als er sprake is van een calamiteit?

Om antwoord te krijgen op deze vraag is de respondenten een semi-gestructureerde vragenlijst (zie bijlage 5) voorgelegd bestaande uit 12 hoofdvragen die tot 6 onderwerpen te herleiden zijn: naast de formele vragen (leeftijd, beperking, situatie e.d.) waren de vragen er vooral op gericht te weten te komen hoe een mens met een beperking precies reageert tijdens de calamiteit, wat de specifieke problemen, mede ten gevolge van de beperking(en), zijn waar ze tegen aan zijn gelopen en hoe de problemen zijn opgelost. Ten slotte werd gevraagd wat organisaties en instanties specifiek zouden moeten doen voor mensen met een beperking.

5.3 Ervaringen van mensen met beperkingen

In deze paragraaf wordt in verhalende vorm de antwoorden van de geïnterviewden weergegeven. Gekeken wordt naar de volgende onderwerpen:

- voorzorgsmaatregelen;
- reacties tijdens een calamiteit;
- invloed van de beperking op de reactie;
- maatregelen na een calamiteit;
- maatregelen van organisaties en instanties.

De reacties en ervaringen van de geïnterviewden zijn daarbij samengevat om een lopend verhaal te creëren. Nadere details per geïnterviewde zijn te vinden in bijlage 6 (uitkomsten interviews).

5.3.1 Voorzorgsmaatregelen voorafgaand aan een calamiteit

"Mijn astma is zo erg, ik ben zelf de brandmelder van de hele flat"
(brand in flat)

"Je zit als een rat in de val als je boven bent en er breekt beneden brand uit en je traplift werkt niet"
(stroomuitval t.g.v. geknapte boiler)

Op de vraag of er voor er sprake was van een calamiteit al voorzorgsmaatregelen waren getroffen, werd in de meeste gevallen met nee geantwoord. Velen hebben brandmelders en een mobiele telefoon (een enkeling kan door een beperking alleen met een aangepaste telefoon bellen), anderen maken afspraken met de burens, bijvoorbeeld door de sleutels te geven. Een klein aantal verlaat zich op apparatuur voor personenalarmering. Veel hulpmiddelen die essentieel zijn voor mensen met beperkingen, zoals trapliften, personenalarmering, elektrische deur- en raamopeners, werken op elektriciteit en functioneren niet bij stroomuitval en worden dan soms zelfs

een extra obstakel, bijvoorbeeld deuren die niet meer open kunnen. De getroffen voorzorgsmaatregelen waren op de telefoon na niet geschikt om de calamiteit te signaleren.

In één geval is het onduidelijk of de burens waren gewaarschuwd door het brandalarm of door iets anders, omdat de persoon een epileptische aanval had en volledig van de wereld was.

Vorzorgsmaatregelen zoals te vinden zijn in buitenlandse bronnen die zich richten op de individuele mens met beperkingen, worden niet, nauwelijks of in onvoldoende mate getroffen. De enige maatregel die in de buurt komt van datgene wat buitenlandse organisaties adviseren, is dat een respondent afspraken heeft gemaakt met meerdere burens in plaats van met slechts een.

Vorzorgsmaatregelen zijn ook mogelijk bij predictieve calamiteiten. In dat geval is goede en begrijpelijke informatie verschaffing essentieel. Om een voorbeeld te geven hoe een kleine zaak voor iemand met beperkingen tot calamiteit kan worden: het tegelijk (!) buiten gebruik stellen van beide liften werd door de woningbouwvereniging kort van tevoren aangekondigd, de persoon moest die dag naar het ziekenhuis voor een belangrijke behandeling en kon er na herhaaldelijk bellen niet achter komen hoe ze naar buiten kon komen.

5.3.2 Reacties tijdens een calamiteit

“Gut, het zal zo’n vaart niet lopen”
(ontploffte geiser met gaslekkage)

“Nou, dat dagje uit gaat niet door”
(kokend water uit gesprongen boiler)

Op de vraag hoe werd gereageerd tijdens de calamiteit en of die reactie anders was dan ze hadden gedacht, liepen de reacties meer uiteen: grofweg zijn die onder te verdelen in een fysiologische reactie die verlamdend werkt (zoals een spasme of paniek omdat haar een MS-aanval lijkt te overkomen), in eigenhandig oplossen van het probleem (zoals het uit een rolstoel laten vallen om kruipend gas en water af te sluiten), in assistentie verlenen (bijvoorbeeld iemand met ernstig astma die tegen beter weten in tijdens een brand gaat helpen), in adequaat afwachten of naar een veilige plek gaan. Bij predictieve calamiteiten waren - wanneer goede informatie was verstrekt - adequate maatregelen genomen. Er is sprake van paniek op het moment dat er onvoldoende duidelijkheid is over wat er gebeurt en wanneer gas en elektriciteit in het geding zijn. Veel essentiële hulpmiddelen (hooglaagbed, alarmeringsapparatuur, traplift) werken op elektriciteit en functioneren dus niet bij uitval.

Degenen die geen fysiologisch probleem hadden, vinden dat hun reactie adequaat was en dat ze in de toekomst op min of meer dezelfde wijze moeten reageren.

5.3.3 Invloed van de beperking op de reactie tijdens een calamiteit

*“Als ik alleen thuis was geweest, dan had ik het niet overleefd”
(rolstoel in brand)*

Elke beperking is van invloed op de mogelijkheden om te reageren. Bovendien kan een beperking de ernst en omvang van de calamiteit vergroten, bijvoorbeeld als er iets misgaat met de hulpmiddelen die men gebruikt.

Op de vraag hoe gereageerd zou zijn als er geen beperking was, antwoordden de meeste respondenten, zeker bij de minder ernstige calamiteiten, dat zij dan sneller zelf het probleem hadden kunnen verhelpen. Eén persoon stelt profijt te hebben van de beperking, astma als rookmelder. Hulpmiddelen kunnen een probleem zijn bij een calamiteit. Er kwam al aan de orde dat veel hulpmiddelen afhankelijk zijn van elektriciteit, 'alles in huis is elektrisch aangedreven' In een enkel geval is het hulpmiddel zelf oorzaak van de calamiteit, bijvoorbeeld een rolstoelbediening die in brand vloog. De meeste beperkingen maken het de mensen moeilijk, zonet onmogelijk, om snel actief de calamiteit te bestrijden of anderen te redden.

In grote lijn werden de 'minder ernstige' calamiteiten in huis verholpen door burens; de calamiteiten van grotere omvang en ernstiger aard door de hulpdiensten. De eerste bestrijding bij beide direct levensbedreigende calamiteiten is door burens respectievelijk collega's gedaan.

5.3.4 Maatregelen na een calamiteit

Na de calamiteit is geen van de respondenten er toe overgegaan groot-scheepse voorzorgsmaatregelen te treffen, wel is iets ondernomen om de oorzaken van de calamiteiten die plaats hadden weg te nemen, bijvoorbeeld een combiketel in plaats van een geiser. Verder is, wanneer in de calamiteit die men heeft meegemaakt, vluchten nodig was, nagedacht hoe men op veilige plaatsen kon komen. Een bepaald fatalisme is opvallend: *"Ik zorg maar dat ik niet bang ben, want als je dat wel bent, heb je geen leven meer als je in een rolstoel zit"*.

5.3.5 Maatregelen van organisaties en instanties

Op de vraag wat organisaties en instanties moeten of kunnen doen om de (gevolgen) van een ramp te voorkomen of te beperken, krijgen de hulpdiensten in ieder geval bij spoedeisende zaken lovende woorden. Niet iedereen is altijd lovend: slechte en letterlijk onduidelijke (megafoon) informatie veroorzaakt nodeloos zorgen of erger, zet mensen op het verkeerde been. Moderne mogelijkheden als informeren via SMS worden als een goede aanvulling of vervanging gezien.

Als oplossing wordt gesuggereerd om mensen met een beperking te "inventariseren" zodat hulpdiensten weten wie welke problemen kan ondervinden bij een calamiteit. Veiligheid van producten, apparatuur en hulpmiddelen spreekt voor zich.

Elektriciteitsstoringen en kortsluiting zijn schrikbeelden voor mensen met beperkingen, zeker als ze afhankelijk zijn van hulpmiddelen op elektriciteit. Een ander schrikbeeld is de onmogelijkheid te vluchten of geëvacueerd te kunnen worden uit hoogbouw.

5.5 Panel van professionals

Behalve ervaringsdeskundigen zijn professionals die te maken hebben met het onderhavige onderwerp geraadpleegd (zie 'Panel van deskundigen' aan het eind van dit rapport). Een deel van deze professionals heeft in de startfase van dit onderzoek meegedacht over opzet en aanpak van het onderzoek, een deel heeft deelgenomen aan een paneldiscussie en een deel heeft commentaar geleverd op het conceptrapport.

De groep professionals is geselecteerd op basis van (elkaar aanvullende) inhoudelijke expertise. Daarnaast is uiteraard gezorgd voor een goede balans qua achtergrond waardoor het gezelschap aan professionals representatief is voor het geheel aan partijen dat betrokken is bij de onderhavige materie.

In een tweetal sessies zijn met het panel (1) de belangrijkste risico's c.q. problemen geïnterviewd en (2) de oplossingsrichtingen per actor benoemd. Dit aan de hand van de volgende vragen:

- 1 Tegen welke problemen/risico's lopen mensen met beperkingen aan bij verschillende type calamiteiten?
- 2 Wat mag verwacht worden van mensen met beperkingen (wat zouden ze zelf moeten kunnen c.q. wat zouden ze zelf moeten weten?)
- 3 Wat zou in het beleid van betrokken organisaties anders gedaan moeten worden?

De uitkomsten van de sessies met het panel zijn met de lessen die getrokken kunnen worden uit de interviews en de quick scan van de internationale literatuur en kennis samengevat in het volgende hoofdstuk.

In de sessie over problemen en risico's is per mogelijke actie geïnterviewd wat voor elk type beperking de belangrijkste risico's en problemen zijn. Daarbij bleek het type calamiteit van ondergeschikt belang te zijn en werd geconstateerd dat vooral de factor tijd essentieel is. Dit sluit aan bij de gemaakte indeling in flitscalamiteit, groeicalamiteit en predictieve calamiteit.

In de sessie over oplossingsrichtingen is per actor geïnterviewd welke bijdrage deze zou kunnen leveren aan het oplossen van de geconstateerde risico's en problemen. Het bleek daarbij niet mogelijk om de opmerkingen van de panelleden te koppelen aan de soort beperking. Vrijwel meteen bleek, dat de opmerkingen van een algemenere aard waren en slechts af en toe direct gekoppeld werden aan een soort beperking.

Het is duidelijk geworden dat mensen met beperkingen gemeenschappelijke belangen/problemen hebben, bijvoorbeeld bij signaleren en alarm slaan, maar ook met vluchten (denk aan calamiteiten). De opmerkingen die specifiek aan een beperking gebonden waren, zijn vermeld onder de noemer 'opmerkingen van praktische aard'.

5.6 Overzicht problematiek

In deze paragraaf worden de tien type beperkingen afgezet tegen de zeven mogelijk (re)acties. Het doel hiervan is het bieden van inzicht in de specifieke problemen die mensen met bepaalde beperkingen ondervinden bij de mogelijke (re)acties op een calamiteit.

Bij de acties gaat het achtereenvolgens om (1) signaleren en waarnemen, (2) interpreteren, (3a) paniek of niets doen, (3b) alarm slaan, (3c) calamiteit bestrijden, (3d) anderen redden en (3e) eigen lichaam beschermen (vluchten en dergelijke).

Dit overzicht vormt de uitkomst van interviews met ervaringsdeskundigen, de paneldiscussies met professionals en de bilaterale contacten met deskundigen. Dit aangevuld met eigen kennis op dit terrein en literatuuronderzoek.

De vorm waarin dit overzicht aangeboden wordt, is in de vorm van matrices waarbij per actie wordt aangegeven wat de belangrijkste problemen c.q. risico's zijn bij een calamiteit voor elk type beperking. De beschrijving van de problemen is noodgedwongen heel kernachtig. Voor een toelichting op de verschillende punten wordt verwezen naar de voorgaande hoofdstukken en dan met name hoofdstuk 4.

Actie 1 Waarnemen en signaleren

beperking	risico's en/of problemen
verstandelijk	niet 'open staan' voor signalen
psychisch	soms verhoogde sensitiviteit voor signalen soms (kan door medicijnen) juist lagere sensitiviteit voor signalen
conditioneel	trage waarneming ten gevolge van fysieke gestel mensen met luchtwegproblemen kunnen rook eerder opmerken
zintuiglijk	problemen met waarnemen, geen vuur of ander gevaar zien beperking blikveld – signalering geen rook of gas kunnen ruiken verminderd of ontbrekend gevoel (tactiel) bijv. hitte geen signaalfunctie geluid (doof of slechthorend)
onderlichaam	door zittende houding (rolstoel) minder overzicht
bovenlichaam	
lichaamslengte	eerder of later merken van calamiteit een klein iemand heeft minder overzicht
ouderen (65+)	kan meer tijd kosten beperkt alert (één ding tegelijk waarnemen, waardoor iets gemist kan worden) smaller blikveld (zowel slechte ogen als slecht fysiek, omdraaien) door mix van medicijnen treedt verwarring op (bijeffect)
kinderen (14-)	niet gericht op gevaar
tijdelijk	bij tijdelijke zintuiglijke beperking moeite om signalen te kunnen waarnemen en signaleren (gehoor; zicht)

Algemeen

Bij brand komt CO vrij en dat werkt narcotiserend, waardoor waarneming en signalering verlaagd wordt. Los daarvan kunnen mensen bewust of onbewust signalen negeren.

In buitenlandse literatuur wordt er op gewezen dat er groepen zijn die geen waarschuwing ontvangen c.q. vergeten worden bij waarschuwing. Dit is vooral een probleem bij mensen met beperkingen die zelfstandig wonen en die niet als zodanig bekend zijn bij betrokken organisaties. Deze situatie doet zich in toenemende mate ook in Nederland voor en ironisch genoeg is dat het gevolg van inclusief beleid. Een oplossing voor deze kwestie is niet direct voorhanden. Al dan niet vrijwillige registratie of zichzelf of de eigen woning 'herkenbaar' maken, kent de nodige bezwaren.

Tot slot zal bij sommige mensen met beperking de alarmering in een andere vorm moeten plaatsvinden.⁴⁰ Specifiek voor dove en ernstige slechthorende mensen en voor mensen met communicatiebeperkingen geldt dat er sprake kan zijn van functioneel analfabetisme. Waarschuwingen zullen dan ook in voor hen toegankelijke taal (bijvoorbeeld gebarentaal) of visuele signalen (bijvoorbeeld pictogrammen) moeten worden gegeven.

Actie 2 Interpreteren

beperking	risico's en/of problemen
verstandelijk	signalen worden niet begrepen vervormen van signalen (andere betekenis geven), foutieve interpretatie onrust door reactie van derden fout handelen door fout interpreteren en omgevingsomstandigheden verstoorde geheugenfunctie (dementie), waardoor geen of trage interpretatie
psychisch	vervormen van signalen (andere betekenis geven) moeite met het toekennen van betekenis aan signalen (traag verwerken info) moeite met de prioriteitstelling van signalen onrust door reactie van derden en omgevingsomstandigheden
conditioneel	trage interpretatie, omdat dit veel energie kost
zintuiglijk	onvoldoende kunnen inschatten waar het risico zich bevindt
onderlichaam	gewenning aan hulpmiddel ('hospitalisering') door afhankelijkheid kan interpreteren traag gebeuren
bovenlichaam	
lichaamslengte	
ouderen (65+)	kan meer tijd kosten door mix van medicijnen treedt verwarring op (bijeffect)
kinderen (14-)	niet overzien van consequenties onrust door reactie van derden en omgevingsomstandigheden
tijdelijk	bij tijdelijke zintuiglijke beperking moeite om signalen te kunnen interpreteren

Noot 40 Voor het waarschuwen van de bevolking bij incidenten, rampen of crises kan de lokale overheid gebruik maken van het waarschuwingstelsel bestaande uit sirenes (WAS). Het ministerie van BZK is geïnteresseerd – in aanvulling op WAS - in Cell Broadcasting, een techniek om locatiegebonden berichten (teksten) over te brengen via mobiele telefoons. De ministeries van BZK, EZ, V&W en VWS nemen samen met LogicaCMG en KPN, Vodafone en Telfort deel in een (PPS-)proef (2005-2007). BZK wil met name aandacht besteden aan de vraag of door gebruik te maken van Cell Broadcasting doven en slechthorenden beter en gelijk-tijdig met niet-slechthorenden kunnen worden gealarmeerd en geïnformeerd. Daartoe zullen organisaties van deze doelgroep bij de proef worden betrokken.

Actie 3a Paniek of niets doen

beperking	risico's en/of problemen
verstandelijk	grote kans op paniek, of niets doen stress of angst door wegvallen van structuur, overzicht en duidelijkheid mogelijkheid agressief gedrag door stress niets doen ('verdooving'), niet beseffen dat er iets aan de hand is
psychisch	stressreactie mogelijkheid agressief gedrag door stress niets doen, niet beseffen dat er iets aan de hand is
conditioneel	door rookontwikkeling en stress (ernstige) fysieke klachten (b.v. bij luchtwegproblemen) waardoor mensen in paniek raken fysieke reactie op schrik kan gevolgen hebben voor hart en vaten
zintuiglijk	blindengeleidehond in paniek door ontbreken van informatie paniek verergering spraak- en/of taalstoornissen kunnen hun boodschap onvoldoende kwijt alarm of instructies niet kunnen horen, maar wel zien dat er iets aan de hand is (talige boodschappen kunnen bovendien fout geïnterpreteerd worden) overbelasting van de zintuigen bij een calamiteit hoog decibelalarm maakt dat blinden instructies niet goed kunnen verwerken
onderlichaam	hulphond in paniek niets kunnen doen zonder hulpmiddelen niet snel genoeg kunnen reageren door behoefte aan hulpmiddelen door afhankelijkheid ('hospitalisering') ontstaat afwachtende reactie
bovenlichaam	niets kunnen doen zonder hulpmiddelen
lichaamslengte	
ouderen (65+)	door combinatie van klachten fysieke reactie op schrik kan gevolgen hebben voor hart en vaten door mix van medicijnen wordt besluitvormingsproces beïnvloed (bijeffect)
kinderen (14-)	geen/onvoldoende kennis over hoe te reageren niet gericht op zelf beslissen reactie hangt erg af van leeftijdsgroep ⁴¹ gaan zich verstoppen (bijvoorbeeld in een kast of onder een tafel) hebben geen enkele reactie (niet beseffen dat er iets aan de hand is)
tijdelijk	door tijdelijke aard geen extra voorzieningen getroffen niet weten hoe te handelen te handelen, niet gewend, niet bekend

Actie 3b Alarm slaan

beperking	risico's en/of problemen
verstandelijk	niet weten wat te doen
psychisch	in de war
conditioneel	door luchtwegproblemen (of andere problemen) niet kunnen praten of telefoneren weinig energie om in actie te komen lastiger om alarm te slaan (niet of moeilijker bij alarmknop komen)
zintuiglijk	alarmknop of –nummer niet kunnen vinden of niet weten mensen met spraakproblemen (kunnen erger worden bij calamiteit/dreiging) kunnen de boodschap niet goed kwijt
onderlichaam	niet of niet snel bij alarm kunnen komen door afhankelijkheid aan hulpmiddelen afhankelijk van elektriciteit
bovenlichaam	verminderd vermogen van de handen
lichaamslengte	
ouderen (65+)	minder snel niet weten hoe te handelen door mix van medicijnen treedt verwarring op (bijeffect)
kinderen (14-)	niet weten hoe te handelen niet beseffen dat actie nodig is
tijdelijk	niet goed kunnen handelen ten gevolge van tijdelijke beperking

Noot 41 Echt jonge kinderen (tot ongeveer 5 jaar) doen niks en is dus zeer kwetsbaar. Kinderen in de hogere groepen van de lagere school en kinderen die voortgezet onderwijs genieten (vanaf 7,5 jaar), kunnen al zelf denken en beslissen en zijn dus in mindere mate kwetsbaar. De groep kinderen van 5 tot 7,5 zit hier tussenin en is nog wel kwetsbaar.

Algemeen

Het is voor mensen met een beperking belangrijk om mogelijke manieren om alarm te slaan (112 bellen, brandmelder, alarm voor zorgcentrale, enz.) te inventariseren. Dit om afhankelijk van de situatie het meest geschikte of (enige en) best bereikbare alarm te gebruiken. Ook is van belang voor mensen met een beperking om te weten naar welke centrale het alarm gaat, want een algemene alarmknop gaat niet altijd naar de brandweer.

Actie 3c Calamiteit bestrijden

beperking	risico's en/of problemen
verstandelijk	niet weten wat te doen verkeerd handelen
psychisch	verkeerd handelen
conditioneel	onvoldoende kracht door rookontwikkeling en stress (ernstige) fysieke klachten (b.v. bij luchtwegproblemen) gebrek aan zuurstof, beperking mobiliteit dikke mensen hebben moeite met het zich verplaatsen
zintuiglijk	calamiteit niet goed kunnen inschatten, niet weten/beseffen wat te moeten doen instructies niet waarnemen (niet kunnen horen of lezen) middelen om calamiteit te kunnen bestrijden niet kunnen vinden geen zicht op ernst calamiteit en zichzelf daardoor in gevaar kunnen brengen hoog decibelalarm maakt dat blinden instructies niet goed kunnen verwerken
onderlichaam	beperkt in beweging kost veel moeite om zelfs een kleine brand te blussen of te beperken middelen om calamiteit te bestrijden niet altijd bruikbaar voor mensen met handicap (groot materieel) deuren vallen dicht met drangers, kan brand niet bestrijden
bovenlichaam	onvoldoende kracht
lichaamslengte	korte mensen weinig conditie
ouderen (65+)	conditie onvoldoende kracht geven sneller de moed op door mix van medicijnen treedt verwarring op (bijeffect)
kinderen (14-)	niet weten hoe te handelen stellen zich afhankelijk op ten opzicht van volwassenen geven sneller de moed op
tijdelijk	niet goed kunnen handelen ten gevolge van tijdelijke beperking

Actie 3d Anderen redden

beperking	risico's en/of problemen
verstandelijk	niet weten wat te doen verkeerd handelen
psychisch	verkeerd handelen
conditioneel	onvoldoende kracht
zintuiglijk	situatie niet goed kunnen beoordelen mensen met spraakproblemen (kunnen erger worden bij calamiteit/dreiging) kunnen zich niet goed uitdrukken dove/ernstig slechthorende mensen kunnen zich vaak in het gesproken Nederlands minder goed uitdrukken
onderlichaam	beperkt in beweging te afhankelijk van hulpmiddelen om anderen te helpen
bovenlichaam	onvoldoende kracht
lichaamslengte	korte mensen weinig conditie lange mensen last van rook (die stijgt omhoog)
ouderen (65+)	onvoldoende kracht niet weten hoe te handelen
kinderen (14-)	niet weten hoe te handelen afhankelijk van begeleiders onvoldoende kracht
tijdelijk	niet goed kunnen handelen ten gevolge van tijdelijke beperking

Algemeen

Degene die gered moet worden, kan doof zijn en de kans daarop is bij oudere mensen aanmerkelijk groter. Verder willen mensen met een verstandelijke of psychische beperking en ouderen niet altijd gered worden. Zij kunnen halsstarrig of agressief reageren. Tot slot kunnen kinderen zich verstopt hebben, bijvoorbeeld in kasten en/of onder tafels.

Actie 3e Eigen lichaam beschermen (vluchten en dergelijke)

beperking	risico's en/of problemen
verstandelijk	niet weten wat te doen verkeerd handelen lastig/koppig bij evacuatie missen van instructies
psychisch	verkeerd handelen missen van instructies
conditioneel	onvoldoende kracht onvoldoende uithoudingsvermogen, energie dikke mensen en krappe vluchtwegen
zintuiglijk	door extra impulsen zich niet kunnen oriënteren (sterk veranderde omgevingsgeluiden) missen van instructies door zicht- en hoorbeperkingen onverwachte obstakels (waaronder deuren en trappen) vluchtroute info niet goed waarneembaar niet tijdig kunnen reageren op (snel) bewegende objecten zich niet snel door vreemden laten evacueren evenwichtsproblemen grote behoefte aan visuele communicatie (ondermeer in Nederlandse gebarentaal of ondersteunende gebaren) voor doven en slechthorenden missen van instructies door beperkte beheersing gesproken Nederlands hoog decibelalarm maakt dat blinden instructies niet goed kunnen verwerken veel gebouwen hebben geen braille ⁴² of andere hulpmiddelen voor blinden
onderlichaam	gaat langzamer moeite met 'opstarten' (gaan zitten en/of opstaan) problemen met obstakels (waaronder drempels, hoogte verschillen, te smalle doorgangen en andere vluchters) kunnen andere vluchters in de weg zitten (ook als ze geholpen worden) rolstoel of ander hulpmiddel per se mee willen hebben kunnen maar korte afstand lopen voor evacuatie zijn speciale reddingstechnieken en hulpmiddelen (waaronder aangepast vervoer) nodig vaak afhankelijk van meerdere redders tegelijk lift niet mogen gebruiken en trap niet afkunnen kan vaak maar één per keer redden via trap, wat als meer mensen met rolstoel op verdieping. problemen bij het willen openen/sluiten van deuren iemand in een rolstoel kan niet bukken om uit de rook te blijven standaard woningen en gebouwen zijn niet aangepast
bovenlichaam	deuren niet kunnen openen niet kunnen vastgrijpen/afweren (impactsnelheid) moeite met deuren sluiten bij brand (compartimenten)
lichaamslengte	deuropening te laag voor lange mensen lange mensen last van rook (die stijgt omhoog) vinden en openen van deuren voor korte mensen
ouderen (65+)	onvoldoende kracht c.q. uithoudingsvermogen niet willen evacueren (vooral blinden en slechtzienden) door mix van medicijnen wordt besluitvormingsproces beïnvloed (bijeffect)
kinderen (14-)	afhankelijk van begeleiders onvoldoende kracht
tijdelijk	niet goed kunnen handelen ten gevolge van tijdelijke beperking

Noot 42 Overigens kan het braille- en reliëfmateriaal smelten of verbranden.

Algemeen

Het is belangrijk dat degene met de beperking in staat is om korte en duidelijke instructies te geven hoe hij/ zij geholpen kan worden. Bijvoorbeeld, hoe men in een rolstoel de trap af kan, of dat men hulpmiddelen of medicijnen mee wil hebben. Wat daarbij niet uit beeld mag verdwijnen, is dat verzorgers c.q. helpers ook risico lopen. Voor hen is het daarom van belang dat ze getraind zijn in het gebruiken van evacuatiemiddelen.

De directe opvang is niet zozeer een (re)actie van iemand met een beperking, maar is iets waarin voorzien wordt door betrokken organisaties. Van belang is dat de opvang toegankelijk is voor mensen met beperkingen en dat voorzien wordt in de specifieke eisen van mensen met beperkingen. Denk aan het omgaan met mensen met een verstandelijke of psychische beperking of het gegeven dat mensen met beperkingen hun hulphond of blindengeleidehond nodig hebben in de opvang. Dove en ernstig slechthorende mensen hebben vaak een tolk Nederlandse Gebarentaal nodig, zeker om in dergelijke situaties te communiceren. Wat dat betreft kan het nodig zijn om aparte opvang te regelen voor mensen met ernstige beperkingen.

5.7 Conclusies ten aanzien van problemen

Als zich een calamiteit voordoet dan is daar doorgaans een grote diversiteit aan mensen bij betrokken die kampen met een grote diversiteit aan problemen.

Mensen met fysieke en/of verstandelijke beperkingen ondervinden vaak bij meerdere (of zelfs alle) mogelijke (re)acties problemen. Een ernstig slechtziende bijvoorbeeld, heeft minder mogelijkheden om een brand te signaleren (1), kan slecht waarnemen waar de brand zich exact bevindt waardoor het risico bestaat dat hij/zij recht op de brand afloopt (2). Tegelijkertijd heeft deze persoon veel minder mogelijkheden om apparatuur, zoals telefoons en brandmelders, in de omgeving te vinden om alarm te slaan (3) en omdat hij/zij zich bij het betreden van elke nieuwe ruimte opnieuw moet oriënteren en obstakels op de route minder goed kan waarnemen is er ook sprake van verhoogd risico tijdens het vluchten zelf (4).

In algemene zin kan gesteld worden dat de groepen verstandelijk, psychisch, zintuiglijk, ouderen en kinderen vooral risico's en problemen ervaren in de 'eerste reactiefase' (signaleren, interpreteren, paniek/niets doen en alarm slaan). De groepen conditioneel, zintuiglijk, onder- en bovenlichaam, lichaamslengte en tijdelijk ervaren vooral risico's en problemen in de 'tweede reactiefase' van een calamiteit (alarm slaan, calamiteit bestrijden, anderen redden en eigen lichaam beschermen).

Een additioneel probleem is dat mensen met een beperking soms weinig inzicht hebben in de situatie waar ze zich in bevinden (niet alleen 'vreemde' situaties, maar ook de thuis- of werksituatie) en het eigen kunnen, waardoor ze te veel op anderen vertrouwen. Ze stellen zich traditioneel sneller afhankelijk op (minder eigen verantwoordelijkheid).

Overigens mag in de meeste gevallen niet verwacht worden van mensen met beperkingen dat zij de calamiteit bestrijden, of anderen redden. Door hun beperking kunnen zij zich beter richten op alarm slaan en het eigen

lichaam beschermen (bijvoorbeeld door te vluchten). Vooral dat laatste is essentieel om een calamiteit te kunnen overleven. Wel is het zo, dat sommige onderzoekers er op wijzen dat men in noodsituaties soms meer kan dan men denkt: adrenaline. Ook het karakter van de persoon heeft invloed op diens beslissing.

Enkele meer specifieke observaties uit de internationale literatuur⁴³ zijn dat vooral voor blinden vuur gevaarlijk is: ze nemen het meestal niet tijdig waar, hebben minder mogelijkheden om het vuur te blussen en grotere kans op brandwonden als ze het proberen en lopen meer risico als ze proberen te vluchten. Ook mensen met een mobiliteitsbeperking lopen een extra hoog risico bij een brand. Tot slot zijn veel mensen met beperkingen erg afhankelijk van energievoorzieningen (elektriciteit).

De andere kant van de medaille is de verantwoordelijkheid van anderen. Ervaringen in de VS en Engeland van mensen met beperkingen duiden erop dat mensen met beperkingen daar op meer hulp mogen rekenen en met respect behandeld worden. Deels zal dit met aansprakelijkheid te maken hebben, deels is het een vorm van beschaving waarin mensen met beperkingen zich veiliger voelen (een variant op 'vrouwen en kinderen eerst').

5.8 Eigen verantwoordelijkheid

Mensen met een beperking moeten zelf aan hun veiligheid bijdragen. Zij hebben ook een eigen verantwoordelijkheid. Er mag van hen verwacht worden dat zij op dezelfde manier bezig zijn met hun eigen veiligheid als mensen die geen of een marginale beperking hebben. Een belangrijke kanttekening daarbij is dat het jezelf kunnen redden alleen verwacht mag worden van mensen met beperkingen die beschikken over voldoende verstandelijke en lichamelijke vermogens.

Feit is dat mensen in feite niet zo bezig zijn met voorbereidingen op calamiteiten, dit wordt weerspiegeld in de houding van de mensen met een beperking: een zeker fatalisme is ze niet vreemd. Complicerende factor is de al eerder vermelde afhankelijke opstelling van veel mensen met een beperking. Er moet dus een en ander gebeuren om mensen met een beperking bewust te maken van die eigen verantwoordelijkheid. Zij moeten daarbij wel voldoende informatie krijgen om adequate, op hun omstandigheden (beperking, locatie e.d.) gerichte, maatregelen te nemen. Zie bijlage 9 voor enkele voorbeelden over hoe deze verantwoordelijkheid praktisch ingevuld kan worden.

Mensen met beperkingen dienen dus zoveel mogelijk maatregelen te nemen om zich bij een calamiteit letterlijk en figuurlijk te kunnen redden. Hiertoe behoren onder andere het beoordelen van de eigen situatie (en beperkingen), het opzetten en onderhouden van een persoonlijk support netwerk, het voorbereiden op een evacuatie (bijvoorbeeld extra medicijnen, oefenen) en het afstemmen met zorgverlenende instanties (bijvoorbeeld thuiszorg).

Noot 43 Zie voor meer informatie hoofdstuk 6 (quick scan buitenland).

Verder dienen mensen met beperkingen er voor te zorgen dat ze goed geïnformeerd zijn/worden over wat van hen verwacht wordt en welke zaken zij zelf moeten regelen. Hiertoe behoort ook informatie over het veiligheidsniveau in hun omgeving.

Specifiek voor mensen met verstandelijke of psychische beperkingen geldt dat zij baat hebben bij het creëren van een persoonlijk support netwerk; het hebben van relaties met andere mensen blijkt een van de meest effectieve manieren te zijn voor hen om een calamiteit te overleven. Voor mensen met een visuele en met een verstandelijke beperking – maar eigenlijk voor iedereen - geldt dat zij gebaat zijn bij regelmatige training.

Voor wat betreft kinderen (met of zonder beperkingen) is het van belang de rol van ouders en onderwijs (maar ook zorgaanbieders) te benadrukken. Zowel ouders als onderwijs (als zorgaanbieders) zouden aandacht moeten besteden aan de ontwikkeling bij kinderen van kennis en vaardigheden op dit vlak.

5.9 Betrokken organisaties

De zelfredzaamheid van iemand met een beperking is afhankelijk van de aard en ernst van de beperking. Er zullen vaak problemen en risico's overblijven waar de hulp van organisaties als gemeenten, hulpverleningsdiensten, betrokkenen bij het woningaanbod, patiënten- en gehandicaptenverenigingen, zorgaanbieders/thuiszorg en koepelorganisaties voor nodig is. Deze organisaties worden dan geconfronteerd met de bijzondere eisen die mensen vanwege hun beperking (moeten) stellen. In deze paragraaf wordt beschreven welke taak voor hen is weggelegd. Overigens ligt die taak deels in het informeren van de doelgroep en het zich bewust worden van de onderhavige problematiek.

Veel praktische voorbeelden van wat betrokken organisaties kunnen doen liggen voor de hand en zijn te vinden op internationale websites. Ter gedachtenvorming worden daarom in bijlage 9 per actor praktische tips gegeven.

5.9.1 Gemeenten

De taken van de gemeenten worden ingewikkelder vanwege de verdergaande extramuralisatie van de zorg. Door de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning WMO zal de gemeente steeds meer een regiefunctie krijgen. De gemeenten zullen ook meer aangesproken worden op de eigen invulling van de WMO. In het kader van de WMO zou veiligheid bij calamiteiten een onderdeel moeten zijn van prestatieveld 1 (algemene voorzieningen op het terrein van maatschappelijke participatie en ondersteuning). Ook prestatieveld 7 heeft een duidelijke relatie met veiligheid bij calamiteiten (voorzieningen voor gehandicapten, chronische psychiatrische patiënten enz. voor het vergroten en/of ondersteunen van zelfredzaamheid). Gemeenten worden verder geconfronteerd met keuzen tussen collectieve en individuele voorzieningen en maatregelen.

5.9.2 Hulpdiensten

Van de hulpdiensten wordt veel verwacht, ook door mensen met een beperking. Grote zorg van mensen met een beperking is, dat deze diensten onvoldoende weten van beperkingen en daardoor bij een calamiteit verrast en overvraagd kunnen worden met alle gevolgen van dien. Daarom zou zowel in de opleiding als bij oefeningen meer aandacht geschonken moeten worden aan deze problematiek.

Daarnaast moet er een goede afstemming komen tussen zorg- en hulpverleners en mensen met een beperking. Het is essentieel dat de zorgverleners en hulpverleners onderling afstemmen wie wat doet bij calamiteiten en dat ook communiceren. De plannen die hulpdiensten opstellen, bijvoorbeeld ontruimingsplannen, moeten opgesteld worden mét participatie van mensen met een beperking.

Hulpdiensten onderschatten de hoeveelheid voorbereiding en coördinatie die nodig is om effectief om te gaan met de specifieke problemen van mensen met beperkingen. Zij zijn gewend om veel mensen snel hulp te bieden waardoor ze niet ingericht zijn op het bieden van maatwerk aan mensen met specifieke beperkingen.

Vraag en aanbod zijn daardoor onvoldoende op elkaar afgestemd. Om dit te verhelpen is het verstandig om mensen met beperkingen te betrekken bij het ontwikkelen (en toetsen) van het beleid en hen te betrekken bij oefeningen. Ook het bieden van (brand)preventieadvies op maat is ideaal.

Een eerste stap is het besef dat mensen met beperkingen extra aandacht en zorg of inzet van specifieke middelen nodig hebben. Grosso modo gaat het daarbij om de volgende behoeften:

- informatie;
- communicatie en begrip;
- mobiliteit;
- medicatie;
- geruststelling.

Met betrekking tot het punt informatie is het verstandig als betrokken organisaties (en dan vooral overheden en belangenorganisaties) er voor zorgen dat mensen met beperkingen zich bewust zijn van de gevaren en hun (on)mogelijkheden (awareness). Tegenover rechten (de verantwoordelijkheden van hulporganisaties) staan ook plichten (de eigen verantwoordelijkheid van mensen met beperkingen).

5.9.3 Betrokkenen bij het woningaanbod

Mensen met een beperking krijgen meestal met een calamiteit te maken in de thuissituatie (woning). Er is dus grote winst te halen als er voldoende materiële en immateriële maatregelen worden genomen in de thuissituatie. Een aanpak gericht op het zo snel mogelijk veiliger (hoger veiligheidsniveau) maken van de directe leefomgeving gericht op mensen met een beperking is erg belangrijk. Bovendien dienen maatregelen op lange termijn rekening te houden met de lange termijn, bijvoorbeeld levensloopbestendig bouwen, want de mensen zonder beperking van nu zijn de mensen met beperking van straks.

Woningcorporaties (en andere verhuurders) dienen zodanige maatregelen te treffen dat bestaande woningen toe- en uitgankelijk zijn. Daarnaast dienen bouwers en ontwerpers geen concentraties van aangepaste woningen op hoge verdiepingen te bouwen. Ten slotte dient onder het motto "kies het juiste huis of gebouw" in een toewijzing of keuze rekening te worden gehouden met mensen met een beperking, bijvoorbeeld geen rolstoeler op 5-hoog en geen bedrijven met veel werknemers met een beperking op een hoge verdieping. Gebouweigenaren zouden moeten nadenken over de risico's (aansprakelijkheid).

In de ontwerpfase moet rekening gehouden worden met de veiligheid en benodigde voorzieningen, bijvoorbeeld door te zorgen voor een 'compartiment' (tijdelijke veilige plaats) of een gemakkelijk te bereiken 'maaiveld'. Ook nu geldt, dat hierbij mensen met een beperking moeten worden betrokken.

Betrokkenen bij het woningaanbod zouden er vooral voor moeten zorgen dat in het ontwerp en in de toedeling van woningen en gebouwen rekening wordt gehouden met mensen met beperkingen. Daarnaast is het verstrekken van goede en actuele informatie gericht op mensen met beperkingen van belang.

5.9.4 Zorgaanbieders/thuiszorg

Zorgaanbieders komen bij mensen met beperkingen thuis en kennen vaak hun cliënten goed. Zij zouden in theorie⁴⁴ vanuit die positie maatregelen op maat nemen en zorgen dat de mensen zelf preventieve maatregelen nemen. Daarnaast kunnen deze organisaties namens hun cliënten zaken regelen en organiseren.

Zorgaanbieders kunnen daarnaast een taak hebben in het signaleren van gevaarlijke situaties en in het instrueren van en oefenen met mensen met beperkingen.

5.9.5 Patiënten- en gehandicaptenverenigingen

Patiënten- en gehandicaptenverenigingen zijn voor mensen met beperkingen vaak een essentiële bron voor praktische informatie over een specifieke beperking. Deze organisaties kunnen ook een algemeen veiligheidsbeleid vertalen naar de specifieke aspecten van bepaalde beperkingen. Zij kunnen ook actief hun doelgroep attenderen op de noodzaak voor het treffen van maatregelen (voorlichting).

Noot 44 In de huidige situatie zijn zorgverleners geschoold voor en worden ingezet voor het verlenen van zorg en zijn de beschikbare budgetten en tijd daarop afgestemd. De AWBZ bekostigt niet het geven van instructies over hoe te handelen bij calamiteiten en laat ook niet toe dat er zorgminuten gespendeerd worden aan het oefenen met cliënten.

5.9.6 Koepelorganisaties

Koepels van organisaties voor mensen met beperkingen dienen actief de noodzaak van een helder beleid en concrete maatregelen te propageren. Zij moeten zich verder bezig houden met wet- en regelgeving en de lobby nodig voor een "civil society".

5.9.7 Overheden

De landelijke, provinciale en lokale overheden hebben een cruciale rol bij het aanpakken van de onderhavige problematiek. De belangrijkste taak is het geven van duidelijke richtlijnen en definities (heldere regelgeving) over veiligheid voor mensen met een beperking. Daarbij hoort uiteraard enerzijds voorlichting en bewustwording (via een voor de doelgroep toegankelijk medium) en anderzijds inspectie op naleving van de regels.

Verder gaat het om de volgende aandachtspunten:

- 1 Mensen met beperkingen hebben, naast beperking-gebonden zaken, gemeenschappelijke belangen/problemen met betrekking tot veiligheid bij calamiteiten. Er is behoefte aan een algemene 'leidraad', die als kapstok kan dienen om daar de specifieke zaken per soort beperking aan te kunnen ophangen.
- 2 In het beleid moet meer rekening gehouden met mensen met beperkingen (inclusief beleid). Dit kan door het actief te betrekken bij de beleidsvorming.
- 3 Winst kan worden behaald door mensen met beperkingen de mogelijkheid te geven zich te registreren, om zo inzichtelijk te krijgen waar mensen met extra hulpbehoefte in geval van calamiteiten wonen.
- 4 Er dient voorlichting te komen over wat van mensen met een beperking mag worden verwacht.
- 5 Er is afstemming nodig om ongewenste en wellicht moeilijk vermijdbare tegenstrijdige effecten van beleid en maatregelen van de landelijke en lokale overheid te voorkomen⁴⁵.
- 6 Bij het ontwerpen van woningen en gebouwen en bij het inrichten van de openbare ruimte moet rekening gehouden met de veiligheid van mensen met beperkingen.
- 7 Er moet een mogelijkheid komen om (objectief) inzicht te verkrijgen in wat er aan veiligheid is gedaan (het veiligheidsniveau) voor mensen met beperkingen in een bepaalde leefomgeving (bijvoorbeeld een buurt) of bij het woningaanbod.

De laatste drie punten komen heel concreet naar voren bij de brandveiligheidseisen die aan een woning worden gesteld waar iemand met een beperking woont. Qua regelgeving vormt dit een grijs gebied: de eisen voor verzorgingshuizen zijn niet van toepassing op individuele woningen, maar de basiseisen voor brandveiligheid zijn voor mensen met beperking onvoldoende. Ook het nieuwe Gebruiksbesluit brengt tot nog toe geen duidelijkheid gericht op zelfstandig wonende mensen met beperkingen.

Noot 45 Bijvoorbeeld inbraakpreventie versus veiligheid bij calamiteiten bij woningen en gebouwen of uitklapbare hellingen van rolstoelgeschikte bussen versus het uit die bus moeten komen als er geen speciale perrons of stoepen zijn.

6 Quick scan buitenland

6.1 Inleiding

"While disasters and emergencies affect everyone, their impact on people with disabilities is often compounded by factors such as reliance on accessible emergency warnings, information and communication; accessible transportation; accessible shelters; power for mobility devices and other aids; and access to life-sustaining medication." Aldus het US Department of Homeland Security (DHS) in een recent rapport (juni 2006) over emergency planning op lokaal niveau.

Wat betreft de omvang van de groep mensen met beperkingen wordt in hetzelfde rapport gesteld dat *"nearly 29% of American families include at least one person with a disability"* (US Census, 2000). Verder wordt opgemerkt dat *"because family members, caregivers, and/or dependents of people with disabilities feel they cannot or they do not want to be separated during a disaster, there are a substantial number of Americans affected by inadequate disability-related emergency planning."*

Kortom, in de VS wordt (inmiddels) erkend dat mensen met beperkingen een doelgroep vormen waarmee bij de planning en reactie op calamiteiten serieus rekening gehouden moet worden. Dit niet alleen vanwege de omvang van de groep mensen met beperkingen maar ook omdat de VS de laatste jaren te kampen hebben gehad met enkele grote calamiteiten (bijvoorbeeld de aanslagen op het WTC in 1993 en 2001) en in zekere zin gewend zijn aan natuurrampen (orkanen aan de zuidoostkust en aardbevingen aan de westkust).

Een vergelijking trekken tussen Nederland en de VS of tussen Nederland en andere landen kent wat dat betreft altijd de nodige beperkingen door verschillen in cultuur, verdeling van de verantwoordelijkheden en grootte. Toch is het nuttig om te kijken hoe in de VS en andere landen omgegaan wordt met de risico's bij calamiteiten voor mensen met beperkingen. In dit hoofdstuk passeren daarom Nieuw Zeeland, Engeland, Canada en de VS de revue. Tot slot wordt kort ingegaan op de situatie in de rest van Europa.

De bespreking van individuele landen, en de volgorde waarin zij gepresenteerd worden, vloeit voort uit de mate waarin in deze landen serieus wordt omgegaan met de onderhavige problematiek (niveaus in aanpak). Dat loopt van algemene tips op een landelijke website (Nieuw Zeeland) via vastleggen in wetgeving (Engeland) tot uitgebreide aandacht bij zowel overheid als belangorganisaties (Canada en de VS).

6.2 Nieuw Zeeland

Als er al gesproken zou kunnen worden over niveaus in de aanpak, dan wordt op het eerste niveau vooral aandacht gevraagd voor de problematiek van mensen met beperkingen en worden simpele tips geboden. Activiteiten worden daarbij vooral op nationaal niveau ontwikkeld.

Nieuw Zeeland is daar een goed voorbeeld van. De New Zealand Civil Defence organisatie benadrukt op haar website bijvoorbeeld dat mensen met beperkingen specifieke behoeften hebben waar rekening mee gehouden dient te worden (zie bijlage 7). Verder wordt informatie aangeboden die gericht is op 'awareness' bij familie en vrienden van mensen met beperkingen (bij een calamiteit rekening houden met vrienden die een beperking hebben) en bij de mensen met een beperking zelf (hulp van vrienden en burens plannen en regelen).

De Civil Defence Emergency Management Group Recovery Organisation in New Zealand verwijst op haar website naar materiaal van de Auckland City Council (zie bijlage 7). Het advies is vrij beperkt en richt zich op heel verschillende aspecten, zoals voorbereiding (afspraken over hulp), waarneming (*'ben je doof, laat iemand je informeren als er berichten op de radio zijn'*), nazorg (*'als je blind bent, zorg dan voor een buddy'*), eerste hulp (medicijnen en mondkapjes voor mensen met astma en andere longaandoeningen in het noodpakket) en evacuatie (*'sta erop dat je rolstoel of ander hulpmiddel om te kunnen bewegen, meekomt'*).

6.3 Groot Brittannië

In Groot Brittannië wordt het probleem serieuzer aangepakt, maar nog steeds vooral op nationaal niveau. Men onderscheidt daar drie belangrijke groepen waar rekening mee gehouden moet worden bij calamiteiten (bron: website overheidsorganisatie UK Resilience): slachtoffers, hulpdiensten en de zogeheten 'vulnerable people'. Over deze laatste groep wordt gezegd dat deze minder goed in staat zou kunnen zijn zichzelf te helpen bij een calamiteit dan onafhankelijke mensen. De groep kwetsbare mensen is volgens UK Resilience afhankelijk van de aard van de calamiteit maar in de planning zou in ieder geval rekening gehouden moeten worden met mensen met mobiliteitsproblemen, mensen met verstandelijke beperkingen en anderen die afhankelijk zijn, zoals kinderen.

Rekening houden met mensen met een beperking is een wettelijke verplichting. De National Health Service (NHS) in de UK verwijst in haar *Emergency Planning Guidance 2005* naar de *Civil Contingencies Act 2004* waarin de verantwoordelijkheid voor zowel kleine als grote calamiteiten bij de hulpdiensten op lokaal niveau wordt gelegd. Onder die verantwoordelijkheid valt de zorg voor "*vulnerable people who are present or resident within an area known to local responders who because of dependency or disability need particular attention during emergencies*". Met 'vulnerable people' worden hier mensen met beperkingen bedoeld die zich doorgaans bevinden in ziekenhuizen, woningen en dagcentra. Regionale afdelingen van de NHS (zogeheten Trusts) dienen er zorg voor te dragen dat hun bekend is welke groepen mensen extra hulp nodig hebben en hoe deze hulp georganiseerd kan worden.

In de *Civil Contingencies Act 2004* wordt onder het kopje 'Emergency Preparedness' op verschillende plaatsen aandacht geschonken aan mensen met beperkingen. De Civil Contingencies Act fungeert als een soort kapstok voor bescherming van de bevolking door hulpverleningsdiensten op lokaal niveau (waaronder lokale overheden, hulpdiensten en geneeskundige organisaties).

Uitleg wordt gegeven in de *Emergency Preparedness* gids. Daarin worden tips gegeven over de inrichting van het planningsproces opdat het menselijke aspect centraal staat. Dit geldt met name voor de onderdelen 'risk assessment' (samenstelling bevolking, kwetsbare groepen, geografische spreiding en ervaring in het omgaan met calamiteiten), 'emergency planning' (inclusief sociale zorg direct na de ramp, sociale en psychologische hulp over een langere periode en het omgaan met kwetsbare groepen, zoals mensen met beperkingen) en 'communicating with the public' (waarschuwen en informeren van het publiek, waaronder mensen met beperkingen).

In de *Emergency Preparedness* gids wordt nadrukkelijk ingegaan op de vraag hoe mensen met beperkingen te bereiken die op zich zelf wonen en niet bekend zijn bij de instanties. Het aanleggen van bestanden over deze mensen stuit in de UK op privacy beperkingen. Deze privacy beperkingen kunnen echter opgeheven worden in geval van calamiteiten, zodat lijsten van mensen met bijvoorbeeld een scootmobiel wel aangelegd kunnen worden. Daarnaast worden voorbeelden gegeven die kunnen helpen bij de communicatie met specifieke groepen. Denk daarbij aan het gebruik van een grote lettertype in een buurt waar veel ouderen wonen, of heel eenvoudig taalgebruik in combinatie met symbolen en het verzoek om de informatie te delen met familie, vrienden en burens die de informatie zelf niet kunnen lezen. Verder wordt gesteld dat uit onderzoek blijkt dat het heel effectief is om met kinderen te communiceren om op die manier andere familieleden (die bijvoorbeeld door taalproblemen niet bereikt kunnen worden) te bereiken.

Naast de *Emergency Preparedness* gids is er in de UK ook een *Emergency Response and Recovery* gids. Deze beschrijft allerlei maatregelen die genomen kunnen worden om in de reactie en nazorgfase assistentie en humanitaire hulp te bieden. In de *Emergency Response and Recovery* gids worden kinderen, ouderen en mensen met beperkingen gezien als groepen in de samenleving die extra aandacht behoeven omdat zij specifieke behoeften hebben.

Specifiek voor brand en evacuatie is er in de UK de British Standard 5588 part 8 (1999) *Fire precautions in the design, construction and use of buildings - Code of practice for means of escape for disabled people*. Hierin wordt o.a. geadviseerd om een Personal Fire Evacuation Plan op te stellen voor iedere persoon of groep van personen met een beperking. Mensen met een beperking die regelmatig van een gebouw gebruik maken, dienen een kopie van een (op hun beperking afgestemd) Personal Fire Evacuation Plan te ontvangen. Voor gebouwen met veel bezoekers zou de receptie aan mensen met een beperking simpele relevante instructies moeten uitreiken.

6.4 Canada

Weer een niveau verder is Canada waar de nadruk niet zozeer ligt op wet- en regelgeving, maar waar verschillende departementen (zowel op nationaal als op regionaal en lokaal niveau) en belangenorganisaties zich met de materie bezighouden. Daarbij wordt soms ingezoomd op hele specifieke doelgroepen.

Zo biedt het Canadese Department of Human Resources and Social Development een handreiking voor de evacuatie van mensen die 'mobility-impaired' zijn. De nadruk hierin ligt op hulp van anderen ('buddy' system) en dat niet alleen in een bekende omgeving (waar men bekend is met de persoon en diens beperking) maar ook in een onbekende omgeving (waar men een 'monitor' aangewezen of gerichte instructies krijgt).

Dergelijke handleidingen zijn in Canada gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Het Canadese National Fire Laboratory heeft bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar evacuatie uit gebouwen van mensen met beperkingen (Proulx, 2002 en Proulx en Pineau, 1996). Verschillende oplossingen worden genoemd, waaronder veilige ruimtes in een gebouw (zodat mensen met een beperking het gebouw niet uit hoeven); veilige liften in hoge gebouwen (die bij brand en bluswerkzaamheden blijven werken); het ontwikkelen van maatwerkoplossingen, zoals een 'buddy' systeem (een of twee mensen zorgen voor degene met een beperking tijdens de calamiteit, of waarschuwen de hulpdiensten dat er nog iemand met een beperking is achtergebleven); of een lijst van mensen met beperkingen (waar ze werken of wonen en wat voor beperkingen ze hebben) voor als de hulpdiensten arriveren.

In het tijdschrift van de National Fire Protection Association (Baltic, 2002) wordt eveneens ingegaan op het kunnen vluchten uit (hoge gebouwen) door mensen met beperkingen. Als oplossingen worden genoemd: liften die bestand zijn tegen bluswerk (exterior-type elevators) en zogeheten 'redundancy' maatregelen (letterlijk: overtoolligheid of overbodigheid) als sprinklers, veilige gebieden en evacuatiestoelen.

Proulx (2002) constateert dat iedereen het er wel over eens is dat er geen overkoepelende oplossing is. Waarschijnlijk is een combinatie van verschillende opties noodzakelijk om te komen tot een acceptabel veiligheidsniveau voor alle mensen in een gebouw. Eerder werd daar door Proulx en Pineau (1996) nog het culturele aspect aan toegevoegd: de oplossing voor de ene groep is door culturele verschillen mogelijk niet bruikbaar voor de andere groep.

Ook ouderen worden in Canada gezien als een groep met beperkingen. De National Advisory Council on Aging biedt op haar website daarom advies in de vorm van een '*When disaster strikes*' hulpgids (Kaur Dhillon, 2006) met praktische stappen die mensen kunnen nemen om zich voor te bereiden op een calamiteit. Denk daarbij aan het wegnemen van risico's in het eigen huis: weten waar gas, water en licht zitten in het huis; weten welke lokale organisaties hulp kunnen bieden; het oefenen van het noodplan; het aanleggen van een overlevingspakket.

Aandacht voor ouderen leidde er in Canada toe dat de Division of Aging and Seniors en het Centre for Emergency Preparedness and Response (beide een onderdeel van het Public Health Agency of Canada (PHAC)) in 2006 een congres hebben georganiseerd waaraan Canadese en internationale experts op het gebied van 'emergency preparedness and seniors' deelnamen.

Een van de uitkomsten van het congres was het benoemen van specifieke risicofactoren voor ouderen waaronder de fysieke beperkingen van deze groep (die de risico's bij een calamiteit vergroten) en dat zij door hun woon-situatie (alleen wonend, zonder sociaal netwerk) vergeten kunnen worden.

Dit laatste wordt ook gesignaleerd door de National Advisory Council on Aging (Kaur Dhillon, 2006). Verwezen wordt naar studies waaruit blijkt dat ouderen die weinig sociale contacten hebben (omdat ze alleen of op het platteland wonen) het minst geïnformeerd zijn over op handen zijnde calamiteiten en vaak berichten vanuit de gemeenschap hierover missen (zie ook Ngo, 2001). Ngo (2001) constateert verder dat ouderen om diverse redenen niet willen evacueren, terwijl dat wel noodzakelijk is⁴⁶.

Een voorbeeld op regionaal niveau is de Canadese provincie British Columbia. Deze biedt in het kader van het Provincial Emergency Program vrij veel informatie voor mensen met beperkingen. Dit varieert van algemene 'personal preparedness tips' (o.a. het creëren van een 'personal support network'; het klaar hebben liggen van relevante documenten, telefoonnummers, reserve medicijnen, hulpmiddelen e.d.; het uitvoeren van een 'ability self-assessment'; en het oefenen in het geven van korte en duidelijke instructies) tot tips voor mensen met specifieke beperkingen (hearing impaired; service animals and pet owners; visual disabilities; mobility disabilities; communication and speech related disabilities).

Een lokaal voorbeeld is te vinden op de website van de Edmonton Police Service in Canada. Daar worden in het kader van Home and Office Preparedness for Emergencies (HOPE) tips aangeboden over het helpen van mensen met beperkingen tijdens calamiteiten.

Op de website wordt gesteld dat mensen met een beperking vaak meer tijd nodig hebben dan anderen om de nodige voorzorgsmaatregelen te nemen en dat de behoeften van ouderen vaak dezelfde zijn als die van mensen met beperkingen. Verder wordt genoemd dat (vooral oudere) mensen die blind of slechtziend zijn heel terughoudend kunnen zijn als het gaat om evacuatie door vreemden en dat mensen met mobiliteitsproblemen bang zijn om te vallen als ze opgetild of gedragen worden. Tot slot enkele waarschuwendende woorden over blindengeleidehonden en mensen met een verstandelijke beperking (kunnen verward of gedesoriënteerd raken bij een calamiteit) en dat luchtwegaandoeningen verergerd kunnen worden door stress.

6.5 Verenigde Staten

Lessen uit het recente verleden en krachtige lobbygroepen maken dat in de VS de aandacht voor de risico's bij calamiteiten voor mensen met beperkingen waarschijnlijk het grootst is. Met name Hurricane Katrina (2005) en de aanslag op het WTC (2001) heeft de aandacht gevestigd op mensen met beperkingen.

Op de website van Kansas University, meldt Glen White, director van het Research and Training Center on Independent Living van Kansas University, in 2002 bijvoorbeeld, dat de aanslag van 11 september in New York heeft gezorgd voor veel nieuw onderzoek naar calamiteiten en mensen met beperkingen. Hieruit blijkt volgens White dat er bijna geen empirische gegevens zijn over de vraag in hoeverre het veilig en efficiënt evacueren van mensen met beperkingen onderdeel uitmaakt van de planvorming.

Noot 46 Als redenen worden genoemd: verminderde mobiliteit, afhankelijkheid, onbekendheid met procedures bij calamiteiten, het niet willen achterlaten van dieren of eigendommen.

Bovendien, zo stelt White, zijn veel aanbevelingen dienaangaande onpraktisch (zoals het FEMA advies om een brandblusser op je rolstoel te monteren) of vaag.

Wellicht dat er echt grote calamiteiten nodig zijn om de ernst van de situatie goed te kunnen inschatten. Zo wordt volgens de FEMA (persoonlijk contact) in de evaluaties van Hurricane Katrina de noodzaak benadrukt om de planning en accommodatie voor de 'special needs populations' te verbeteren. Daarnaast wordt overwogen om de definitie van 'special needs populations' te veranderen in 'special needs'. Dit zou betekenen dat niet alleen ouderen, zieken en fysiek gehandicapten onder de definitie vallen maar ook elke persoon die zichzelf niet in veiligheid kan brengen door zijn of haar beperking of simpelweg door gebrek aan transport.

Verder benadrukt het Disaster Preparedness Centre van het Centre for Disability and Special Needs dat recente calamiteiten zoals Hurricane Katrina ertoe hebben geleid dat ook mensen die niet de taal van het land spreken, of begrijpen, of mensen die vanuit hun culturele achtergrond niet gewend zijn om te gaan met calamiteiten 'special needs' hebben waar rekening mee gehouden moet worden (Cameron, 2005). Mogelijk vooral in de VS relevant, maar het Disaster Preparedness Centre stelt ook nog dat mensen met beperkingen *"tend to live in low income areas that include areas at higher risk for emergencies and lack critical infrastructure"*⁴⁷.

Wet- en regelgeving

Net als in Nederland kennen de VS wetgeving over gelijke behandeling van mensen met beperkingen. In de VS is dat de Americans with Disabilities Act (ADA) uit 1990. In een handreiking voor local government benadrukt het US Department of Justice (DoJ) dat een van de belangrijkste taken van local government het beschermen van burgers tegen calamiteiten is, inclusief het helpen van mensen om zich voor te bereiden. In het kader van de ADA moeten calamiteiten programma's van local government beschikbaar zijn voor mensen met beperkingen. Het DoJ biedt daartoe enige tips en noemt als belangrijkste issues: alarmering, evacuatie, noodtransport, noodopvang, toegang tot medische zorg en medicijnen, kunnen beschikken over hulpmiddelen (waaronder hulpdieren) als men in de noodopvang zit of wordt vervoerd en toegang tot informatie.

Daarnaast is in de VS in 2004 Presidential Order 13347 (22 juli) uitgekomen om ervoor te zorgen dat de federale overheid bij calamiteiten voldoende rekening houdt met mensen met beperkingen. Naar aanleiding van deze Presidential Order zijn handreikingen gedaan richting local emergency planners, zoals het betrekken van mensen met beperkingen in het planningsproces en de overweging om een 'special needs listing' aan te leggen (Cameron, 2005).

Noot 47 "Because people with disabilities tend to have less income, you will find a higher concentration of residents with special needs working and living in less desirable and often more hazardous areas: industrial areas that house chemical plants and other hazardous facilities, and in lower income housing areas. And often in areas most prone to flooding." (Cameron, 2005).

De praktijk

Gelet op de ADA, de Presidential Order en recente gebeurtenissen als Hurricane Katrina en 9/11 zou men verwachten dat er in de VS in lokale crisisplannen voldoende aandacht wordt geschonken aan mensen met beperkingen. In een rapport van het Department of Homeland Security (DHS, 2006) wordt daarover echter vermeld dat de meeste Emergency Operations Plans (EOPs) nog wel wat verwijzingen kennen naar mensen met beperkingen maar *"sorely lacking in any consistency of approach, depth of planning, or evidence of safeguards and effective implementation. Most jurisdictions significantly underestimate the amount of advance planning and coordination that is required to effectively address the integration and accommodation of individuals with disabilities."*

In het DHS rapport wordt daarom geconcludeerd dat *"few plans demonstrate in-depth planning and pro-active thinking in preparing to meet the needs of people with disabilities before, during and after emergencies. Most plans delegate critical responsibilities to third parties or government entities without adequate coordination, oversight, or assurance of resources. Most plans contain no indication that a delegated function will be executed in a timely and effective manner."* (Zie voor meer conclusies en aanbevelingen uit het DHS-rapport bijlage 8).

Eind vorige eeuw werd wat dat betreft al gezegd dat hulpdiensten als het Rode Kruis en FEMA (Federal Emergency Management Agency) onvoldoende in staat zijn om te gaan met mensen met beperkingen, omdat die heel specifieke vragen hebben (Lathrop, 1994). Het Independent Living Center of Southern California (ILCSC) zei hier destijds over dat *"relief agencies are geared toward dealing with a lot of people rapidly – they're not really equipped for individuals with disabilities"* (Lathrop, 1994).

Volgens het Amerikaanse Red Cross (Lathrop, 1994) verlangen veel gemeenten daarom van mensen met beperkingen dat zij zich laten registreren zodat lokale hulpverleningsinstanties weten waar ze wonen en wat hun behoeften zijn. Verder merkt het Red Cross op dat veel mensen – met en zonder beperkingen – zich totaal niet hebben voorbereid op eventuele calamiteiten. Daarom is het voor hen verleidelijk om hulpverleningsinstanties de schuld te geven als ze niet snel genoeg geholpen worden.

Beide punten komen terug in een onderzoek naar 'emergency preparedness for older people' naar aanleiding van de aanslagen van 9/11 (O'Brien, 2003). Oudere mensen en mensen met beperkingen die in de buurt van het WTC woonden, zaten dagenlang vast voordat ze gered werden. Deels was dat een kwestie van planning van de kant van de hulpverleningsinstanties (hoe om te gaan met deze doelgroepen bij een grote calamiteit) maar deels lag het probleem ook in het gegeven dat veel ouderen en mensen met beperkingen niet bekend waren bij deze organisaties.

Om dergelijke problemen bij een volgende grote calamiteit te voorkomen, worden enerzijds verschillende (organisatorische) maatregelen voorgesteld (O'Brien, 2003), waaronder het opstellen van een 'comprehensive citywide plan' door een 'emergency planning committee' (waarin ook vertegenwoordigers van ouderen en mensen met beperkingen zitting hebben) en een 'national educational campaign'.

Anderzijds wordt van ouderen en mensen met beperkingen verwacht dat ze zelf ook voorbereidingsmaatregelen treffen en ervoor zorgen dat ze zich een aantal dagen kunnen redden zonder hulp.

Werkgeversverantwoordelijkheid

Wanneer mensen met beperkingen zich op hun werk bevinden is de werkgever verantwoordelijk voor hun veiligheid⁴⁸. De US Department of Homeland Security's FEMA (Federal Emergency Management Agency) biedt derhalve diverse tips ten aanzien van evacuatie zoals de Orientation Manual for First Responder on the Evacuation of People with Disabilities (FA-235, 2002) of de Emergency Procedures for Employees with Disabilities in Office Occupancies (Bukowski en Juillet, 1995).

Zes procent van de mensen die de WTC ramp overleefden, rapporteerden een stoornis aan het bewegingsapparaat die hun evacuatie vertraagde. Soms was het de evacuatiesnelheid van anderen in de onmiddellijke omgeving die de evacuatie vertraagde. Recente al bestaande verwondingen, medicatie of medische behandeling waren de meest gerapporteerde stoornis aan het bewegingsapparaat, terwijl een klein aantal mensen een rolstoel gebruikten, zwanger waren of oud waren (Averill et al, 2005).

In het NIST-rapport (Averill et al, 2005) vertellen overlevenden over het laten passeren van mensen die iemand met een beperking naar beneden brengen of vertraging in de evacuatie door mensen met beperkingen (en hun helpers). Eerder onderzoek (Fahy en Proulx, 2003) wees al uit dat verschillende WTC-werkers zijn omgekomen terwijl ze collega's met een mobiliteitsbeperking aan het helpen waren en dat vele mensen die in het WTC werkten en reddingswerkers hun leven riskeerden om mensen met een mobiliteitsbeperking te helpen het gebouw te ontvluchten. Ook wordt gesproken over enkele mensen met beperkingen en hun 'begeleiders' die hebben gewacht op hulp (op een 'rest station') en het (mogelijk) niet hebben overleefd.

Ongeveer duizend overlevenden (6% van totaal) kende een beperking die van invloed was op hun vermogen om te evacueren. Het betrof o.a. recente operatie of verwonding, obesitas, hartproblemen, astma, ouderdom, hulp nodig bij het lopen, zwanger. Het meest genoemd zijn recente verwondingen en chronische ziekten. Het aantal rolstoelgebruikers was relatief klein.

Uit het onderzoek (Averill et al, 2005) blijkt niet dat mensen met een mobiliteitsbeperking een groter risico liepen om de ramp niet te overleven. Wel is in de bestaande evacuatie procedures niet altijd rekening gehouden met mensen met een mobiliteitsbeperking want sommige mensen werden achtergelaten door collega's (maar werden later geholpen door vreemden). Weer anderen hadden er indertijd voor gekozen hun beperking niet bekend te maken aan collega's en werden daarom niet erkend als 'extra hulp-behoevend'.

Noot 48 De Europese regelgeving kent uiteraard ook een dergelijke zorgplicht (European Agency for Safety and Health at Work, 2004).

Eigen verantwoordelijkheid

De afdeling binnen het US Department of Transport (DOT), die gaat over civil rights, besteedt apart aandacht aan rollen en verantwoordelijkheden van haar DOT-personeel tijdens een calamiteit. Voor de werknemers met een beperking geldt dat deze zelf van te voren dienen na te gaan of zij hulp nodig zullen hebben; afhankelijk daarvan nemen zij hun maatregelen. Daarbij benadrukt het DOT dat van het departement niet verwacht kan worden dat deze het transport regelt voor alle werknemers met beperkingen. Men wordt derhalve geadviseerd 'alternatief transport' te regelen. Voor safety personnel (beveiliging, BHV en hulpdiensten als politie, brandweer en ambulance) geldt uiteraard dat deze risico-analyses dienen uit te voeren, zodat ze weten waar 'problemen' verwacht kunnen worden. DOT kijkt verder dan de strikt juridische definitie van 'beperking' en verwacht dat ook rekening gehouden wordt met ouderen, zwangere vrouwen en andere personen die hulp nodig hebben bij een calamiteit.

De nadruk op eigen verantwoordelijkheid komt ook voor bij organisaties voor mensen met beperkingen, zoals bij het National Centre on Emergency Preparedness for People with Disabilities of in het Emergency Preparedness Initiative van de National Organization on Disability. Deze laatste organisatie verwijst naar focus groups waarin werd aangegeven dat *"people with disabilities need to be more self reliant in emergencies"*. In informatiemateriaal van de National Organisation on Disability staat letterlijk (onderstreping en vette druk door NOD) *"You are in the best position to know your abilities and needs before, during and after a disaster."*

Boeiend is, dat sommige onderzoekers opmerken dat ouderen of mensen met een beperking niet per se slechter af zijn in een calamiteit. In het onderzoek naar aanleiding van de Loma Prieta aardbeving in 1989 in California (Rahimi en Azevedo, 1993) wordt gesteld dat mensen met beperkingen *"have a psychological advantage"* waardoor ze minder snel gewond of in paniek raken tijdens en na de aardbeving *"since they negotiate with altered and sometimes difficult physical and environmental limitations on a daily basis"*. Tegelijkertijd wordt in deze studie gesignaleerd dat *"physically disabled persons may have less opportunity to access their personal items and emergency medical supplies after the shaking has stopped."* Mensen met een beperking hebben dus niet per definitie een achterstand bij een calamiteit.

Dit geldt volgens sommige onderzoekers (zie bijvoorbeeld Fried 2001) ook voor ouderen. Omdat zij al het een en ander hebben meegemaakt, hebben ze een grotere veerkracht, zijn ze eerder geneigd om zich adequaat voor te bereiden op een calamiteit en lopen ze minder kans depressief te worden na een calamiteit.

Beschikbare informatie

In de VS is relatief veel informatie beschikbaar over de risico's bij calamiteiten voor mensen met beperkingen. Zo heeft de FEMA (Federal Emergency Management Agency) rapporten beschikbaar over de risico's bij brand voor mensen met verschillende type beperkingen (deaf or hard of hearing; blind or visually impaired; mobility impaired; older adults) en biedt het

Amerikaanse Red Cross richtlijnen aangaande Disaster Preparedness for People With Disabilities⁴⁹

De Pan American Health Organisation (PAHO) wijst erop dat door hun beperkte mobiliteit zwangere vrouwen, kinderen en mensen met beperkingen een hoger risico lopen bij calamiteiten. Deze organisatie pleit daarom voor een goede voorbereiding en tijdige bescherming van deze groepen tijdens en na een calamiteit⁵⁰.

Van een andere orde is de zorg in medische kringen in de VS over Emergency Preparedness for Children with Special Health Care Needs. Dat betreft dan vooral de beschikbaarheid van actuele informatie over deze groep in geval van calamiteiten. Daarom hebben de American Academy of Pediatrics (AAP) en de American College of Emergency Physicians (ACEP) een online Emergency Information Forum ontwikkeld waarmee essentiële informatie over kinderen met beperkingen of speciale zorgbehoeften kan worden uitgewisseld.

Los van deze voorbeelden zijn er de organisaties voor mensen met beperkingen zelf die de nodige activiteiten ontwikkelen, zoals het emergency programma van de National Organisation on Disability (zie www.nod.org/emergency). Vermeldenswaardig is verder de eerste Working Conference on Emergency Management and Individuals with Disabilities and the Elderly in Washington, D.C. in juni 2006 (zie <http://www.add-em-conf.com>).

Activiteiten op state-niveau

Gebieden in de VS die regelmatig met calamiteiten te maken hebben, zoals California (aardbevingen) en Florida (hurricanes), zijn uiteraard ook bezig met mensen met beperkingen. In deze staten wordt ervan uitgegaan dat bij een serieus incident iedereen tenminste drie tot vijf dagen⁵¹ voor zichzelf moet kunnen zorgen zonder hulp van hulpdiensten of anderen, terwijl er geen verkeer mogelijk is en de winkels gesloten zijn. Ook hier de nodige speciale planning tips, waaronder het buddy systeem; het opstellen van een lijst met medicaties, allergieën waar iemand last van heeft, speciale hulpmiddelen die men nodig heeft, het nummer van de huisarts en wie te bellen bij calamiteiten; nagaan wat thuiszorgachtige organisaties kunnen doen bij calamiteiten.

Noot 49 Deze richtlijnen betreffen o.a. het creëren van een personal support network; het doen van assessments (ten aanzien van evacuatie, vervoer en het dagelijks leven); het treffen van voorbereidingsmaatregelen (aanleggen van een emergency information list en een medical information list); het aanleggen van een noodpakket; en het eigen huis en de werkomgeving veiliger maken.

Noot 50 Tips betreffen o.a. het kennen van mensen met beperkingen; mensen laten oefenen (afgestemd op de persoonlijke beperking); het in kaart brengen van primaire en secundaire zorgverleners; het stimuleren van vrijwilligers; het checken van calamiteitenplannen op aandacht voor mensen met beperkingen; het ontwikkelen van evacuatieplannen voor mensen met beperkingen; en het voorzien in reservemateriaal specifiek bestemd voor mensen met beperkingen.

Noot 51 In andere staten worden wel termijnen van 7 tot 10 dagen gehanteerd.

Florida is de bakermat van het 'Disaster Handbook' project⁵² (University of Florida) waarin aandacht geschonken wordt aan 'disaster planning for elderly and disabled populations'. Ingegaan wordt op het feit dat ouderen en mensen met beperkingen verschillende behoeften hebben in verschillende fases van een calamiteit. Tevens wordt ingegaan op het kennen van ouderen en mensen met beperkingen. Hierover wordt gezegd dat mensen in grote steden en grote buitenwijken een anoniem leven leiden en dat mensen met beperkingen die in deze gebieden leven wellicht helemaal niet gekend willen worden als iemand met een beperking⁵³.

6.6 Europa

6.6.1 European Fire Research Project

In Europa speelt op terrein van problemen bij calamiteiten voor mensen met beperkingen met name het European Fire Research Project 2000-2004. Dit is een project door de European Concept for Accessibility Network (EuCAN) – een pan-Europese groep van technische experts. Door de EuCAN wordt aandacht besteed aan de relatie tussen brand in gebouwen en de risico's hiervan voor mensen met beperkingen. De oplossingen worden gezocht in een viertal clusters waaronder 'self defence for people with activity limitations'⁵⁴. Binnen het laatstgenoemde cluster is onderzoek gedaan naar psychologische en fysieke aspecten voor mensen met beperkingen bij het voorzien in maatregelen ter bescherming van zichzelf and het vervullen van specifieke brandveiligheidstaken. Verder is gekeken naar consultatie tussen betrokken actoren; draag- en hulptechnieken; classificatie van beperkingen.

Het project richt zich vooral op brand en evacuatie en algemene bevindingen op dat terrein zijn (mondeling contact) dat in 'mainstream fire engineering' weinig begrip en sympathie is voor mensen met beperkingen. Daarom worden de problemen vaak nog wel gesignaleerd, maar worden er nog weinig oplossingen geboden. Dit zou blijken uit het gegeven dat evacuatieproducten bedoeld voor mensen met beperkingen vaak slecht ontworpen en onvoldoende getest zijn.

Om voor zichzelf de risico's bij een brand in een gebouw te beperken, heeft European Fire Research Project voor mensen met beperkingen een checklist ontwikkeld:

- 1 Zorg dat je scherp hebt hoe je zelfstandig een gebouw in komt en er weer uit kunt.
- 2 Wees assertief (niet agressief) ten aanzien van je eigen veiligheid.
- 3 Eis dat het management (van het gebouw) actief met je in overleg treedt over jouw veiligheid en dat jouw instemming nodig is over te nemen maatregelen.

Noot 52 Dit is een 'levend' document dat gevonden kan worden op de website van de University of Florida (en dat steeds verder aangevuld wordt).

Noot 53 Men kan niet bekend willen staan als iemand met een beperking, omdat men bang is dat men dan een grotere kans maakt om slachtoffer te worden van criminaliteit. Om diezelfde reden wil men geen sticker of andere herkenningsteken op het raam van hun huis. Verder is men bang voor sociale discriminatie of discriminatie op de arbeidsmarkt als bekend is dat iemand een beperking heeft.

Noot 54 De andere drie clusters zijn fire safety design/engineering of buildings; firefighting and rescue from buildings; en building management.

- 4 Zorg dat je bekend bent met het brandbestrijdingsplan en wat dat betekent voor jouw veiligheid en maatregelen die jij zelf neemt bij brand.
- 5 Zorg dat je in staat bent om te vluchten naar een veilige plaats.
- 6 Wees betrokken bij en neem deel aan veiligheidsprocedures.

Voor hetzelfde doel (beperkingen van risico's voor mensen met een beperking bij brand in een gebouw) is tevens een must-do lijst ontwikkeld voor betrokken organisaties en groepen:

- 1 Zorg dat je weet hoe mensen met beperkingen zelfstandig een gebouw in en uit kunnen komen en wat de bijbehorende vocabulaire is.
- 2 Wees assertief (en agressief) ten aanzien van de beschikbaarheid van relevante data en statistieken om het probleem voor mensen met beperkingen scherp te krijgen.
- 3 Kom met een standpunt over de individuele rechten van mensen met beperkingen (op 1 A4).
- 4 Geef tips over waar mensen terecht kunnen voor goed advies.
- 5 Wees betrokken bij en neem deel aan de ontwikkeling van bouw- en regelgeving op dit terrein.
- 6 Eis financiering om implementatie te kunnen monitoren en onderzoek te kunnen doen.

6.6.2 Overig

In aanvulling op het literatuuronderzoek en een websearch is navraag gedaan bij toonaangevende instituten op het gebied van mensen met beperkingen zoals de Disabled Living Foundation uit Groot Brittannië (www.dlf.org.uk), het Duitse REHADAT (www.rehadat.de) en Nordic, de samenwerkende Scandinavische organisaties waaronder het Zweedse Hjälpmedelsinstitutet (www.hi.se) en het Deense Hjaelpemiddelinstittutet (www.hmi.dk). Behalve het eerder genoemde European Fire Research Project, lijken er op landelijk niveau binnen Europa geen grootscheepse programma's op dit gebied te bestaan.

6.7 Tot slot

De aandacht voor problemen bij calamiteiten voor mensen met beperkingen is divers. In het ene land gaat het vooral om aandacht vragen voor de problematiek en het bieden van basistips, terwijl in het andere land er niet alleen sprake is van specifieke wet- en regelgeving maar ook nog eens van actieve betrokkenheid van diverse departementen en belangenorganisaties. Zoals altijd in de rampenbestrijding, is een onderwerp als dit vooral actueel als zich recent enkele grote incidenten hebben voorgedaan waarbij de doelgroep nadrukkelijk in beeld is gekomen (Hurricane Katrina, 9/11).

Dat neemt niet weg dat er enkele algemene lijnen te herkennen zijn.

- Aandacht vragen voor de problematiek (zelfs in wet- en regelgeving) betekent niet automatisch dat organisaties verantwoordelijk voor rampenbestrijding en hulp aan burgers voldoende rekening houden met mensen met beperkingen.
- Voorbereiding is heel belangrijk (zowel voor organisaties als voor mensen met beperkingen zelf).

- De eigen verantwoordelijkheid wordt vooral benadrukt in landen die 'verder' zijn met deze problematiek.
- Het onderscheid in voorbereidingstijd voor mensen met beperkingen zelf - in de zin van flitsramp, groeiramp of predictieve ramp – komt in de internationale literatuur niet voor.
- In landen waar natuurgeweld regelmatig voorkomt, wordt speciaal aandacht besteed aan de vraag hoe je je kunt voorbereiden op verschillende soorten calamiteiten.
- In veel landen worden zwangere vrouwen en ouderen vaak tot de special needs categorie gerekend.
- Vooral in de VS worden soms mensen die de taal van het land niet machtig zijn en mensen die (vanwege hun culturele achtergrond) niet in staat zijn of gewend zijn om zichzelf in veiligheid te brengen tot de special needs categorie gerekend.
- Als het gaat om reacties wordt vooral aandacht besteed aan het overbrengen van waarschuwingen aan mensen met beperkingen, aan evacuatie (uit gebouwen) en aan opvang.
- Veel aandacht wordt besteed aan het evacueren van mensen met beperkingen (zowel uit de eigen woning als uit een willekeurig openbaar gebouw als uit de werkomgeving⁵⁵).
- In de VS en Canada wordt speciaal aandacht geschonken aan service animals en eigenaren van huisdieren.
- In enkele gevallen wordt erop gewezen dat mensen met beperkingen in sommige opzichten 'voordelen' hebben boven mensen zonder beperkingen.

Noot 55 De werkgever heeft een speciale verantwoordelijkheid voor de veiligheid van zijn of haar werknemers met beperkingen en dient daar terdege rekening mee te houden.

7 Conclusies

7.1 Kern van de problematiek

Als gesproken wordt over de risico's bij calamiteiten in Nederland voor mensen met beperkingen dan ontbrak daar tot dusverre de benodigde kennis over. Deze quick scan biedt voor het eerst inzicht in de problematiek en dat levert geen positief beeld op.

Wat als eerste opvalt, is de omvang van de problematiek. Afhankelijk van de vraag of jonge kinderen (die vanwege hun leeftijd cognitieve en/of lichamelijke 'beperkingen' kennen) wel of niet meegenomen zouden moeten worden in de (conservatieve) berekeningen, gaat het om circa 15 tot 20% van de Nederlandse bevolking die een verhoogd risico loopt bij een calamiteit.

Met een verhoogd risico bij een calamiteit wordt bedoeld dat dit deel van de Nederlandse bevolking zelfs bij een relatief kleine (veel voorkomende) calamiteit onvoldoende in staat is om zichzelf tijdig te redden en daardoor kans loopt (ernstige) verwondingen op te lopen en/of als gevolg van de calamiteit te overlijden. Dit omdat deze mensen problemen hebben bij (a) het waarnemen of signaleren van de calamiteit, (b) het interpreteren van de calamiteit en/of (c) het handelen (reageren) bij een calamiteit.

Het tweede dat opvalt, is dat de problematiek de komende jaren alleen maar zal toenemen. Dit als gevolg van zowel de dubbele vergrijzing (Nederlanders gaan de komende jaren massaal met pensioen en worden steeds ouder) en wonen als gevolg van het huidige beleid (extramuralisering en vermaatschappelijking) steeds vaker in kleine eenheden of individuele woningen in stad of dorp. Niet alleen neemt het aantal mensen met beperkingen dus toe, de 'vindplaatsen' komen steeds meer verspreid te liggen.

Het derde dat opvalt, is dat Nederland in vergelijking met landen als de VS en Canada achterloopt als het gaat om het besteden van aandacht aan deze problematiek. In deze landen wordt bovenop de verankering in wet- en regelgeving door diverse publieke en private organisaties aandacht gevraagd voor (soms hele specifieke groepen) mensen met beperkingen. Europees gezien is alleen het Verenigd Koninkrijk actief met deze problematiek bezig.

Overigens is het niet zo dat er in Nederland helemaal niets gedaan wordt aan deze problematiek. Er zijn voldoende voorbeelden van best practices die al op kleine schaal worden toegepast (zie bijvoorbeeld bijlage 9). Na toetsing zou een deel daarvan breder toegepast kunnen worden.

Het vierde dat opvalt, is de complexiteit van de problematiek. Zelfs als wat betreft het type calamiteit alleen voorzienbaarheid een rol speelt en uitgegaan wordt van 7 type reacties (waarnemen en signaleren; interpreteren; en vijf mogelijke handelingen c.q. reacties) en 10 type beperkingen, dan nog is er sprake van een grote variëteit aan heel specifieke problemen.

Kortom, het gaat hier om een groot en complex probleem waar tot nog toe (zeker in vergelijking met de VS en Canada) onvoldoende aandacht aan is geschonken. Aandacht voor risico's bij calamiteiten voor mensen met beperkingen is bovendien geen overbodige luxe want het probleem wordt de komende jaren alleen maar groter.

Geadviseerd wordt daarom om snel tot concrete actie te komen en daarbij te focussen op zogeheten quick wins. De relatieve achterstand op dit terrein betekent dat met algemene maatregelen al veel winst valt behalen.

Qua speerpunten zou in ieder geval aandacht moeten worden geschonken aan informatie en bewustwording, zowel bij de mensen met beperkingen zelf (met daarbij aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid) als bij betrokken organisaties. Specifiek voor hulpdiensten geldt dat deze zo spoedig mogelijk in opleiding en oefeningen aandacht moeten gaan besteden aan deze problematiek. Doen ze dat niet dan zullen ze steeds vaker verrast en overvraagd worden als bij een calamiteit blijkt dat er allerlei mensen met beperkingen het slachtoffer zijn.

7.2 Nadere uitwerking

7.2.1 Omvang

In hoofdstuk 4 is een overzicht gegeven van type beperkingen en zijn grove, maar conservatieve schattingen gemaakt (educated guess) om een indruk te geven van de omvang per groep beperkingen. Aan de hand van deze schattingen kan per groep mensen met een beperking een orde van grootte van de omvang van het probleem worden gedomd. Let wel: vanwege overlap tussen type beperkingen kunnen de aantallen niet worden opgeteld!

Tabel 7.1 Aantallen per type beperking met een verhoogd risico bij calamiteiten

Boven	
mensen met een verstandelijke beperking	220.000
mensen met een psychische beperking	100.000
Binnen	
mensen een conditionele beperking	500.000
Buiten	
mensen met een zintuiglijke beperking	280.000
mensen met een beperking in het bewegingsapparaat: onderlichaam	400.000
mensen met een beperking in het bewegingsapparaat: bovenlichaam	150.000
mensen met een sterk afwijkende lichaamsengte	40.000
Bijzondere groepen	
ouderen (65+)	500.000
kinderen (14-)	1.500.000
mensen met een tijdelijke handicap	285.000

Op grond van de cijfers en de verspreiding van voorzieningen en aanpassingen onder de Nederlandse bevolking en de mate van ernst van verschillende beperkingen, mag (met alle voorbehouden) aangenomen worden, dat bij calamiteiten de volgende percentages (opnieuw een conservatieve schatting) van de Nederlandse bevolking een verhoogd risico lopen:

- 2% vanwege ernstiger verstandelijke of psychische beperkingen;
- 10% vanwege ernstiger lichamelijke beperkingen;
- 13% vanwege beperkingen ten gevolge van de leeftijd⁵⁶.

Het gaat om de groep 'minder zelfredzame personen', dat wil zeggen dat mensen met lichte beperkingen niet zijn meegerekend. Zelfs dan gaat het om een substantiële groep van bijna 15 tot 20% van de Nederlanders. Aan deze groep is tot nog toe onverantwoord weinig aandacht geschonken wat resulteert in een zeker fatalisme onder mensen met beperkingen ('hopen dat er maar geen calamiteit plaatsvindt'). In het kader van inclusief beleid is dat feitelijk onacceptabel.

7.2.2 Aard van de problematiek

De groepen die het grootste gevaar lopen bij calamiteiten zijn mensen die een beperking ondervinden bij:

- 1 de waarneming en interpretatie van een calamiteit;
- 2 het nemen van een beheerste (adequate) reactie op een calamiteit;
- 3 de mogelijkheden om alarm te kunnen slaan;
- 4 de mogelijkheden om zich voort te bewegen naar een veilige plek.

Van groot belang is om te beseffen dat zelfs al ondervindt men op slechts één van bovengenoemde punten een beperking, dat men dan al een onevenredig groot risico loopt om bij een calamiteit 'grote schade' te ondervinden.

Een ander punt van belang is dat mensen met beperkingen in ieder geval op één van de genoemde punten een beperking ondervinden. Mensen met een fysieke of verstandelijke beperkingen ondervinden vaak problemen op meer (of zelfs alle) van de bovengenoemde punten.

Wat betreft punt 4 (vluchten) mag op grond van de cijfers en de verspreiding van voorzieningen en aanpassingen onder de Nederlandse bevolking en de mate van ernst van verschillende beperkingen, verwacht worden dat 12 tot 27 procent van de Nederlanders een verhoogd risico ondervindt om veilig weg te komen in geval van calamiteit (dit als gevolg van een beperking). Dit percentage zal in de komende jaren toenemen.

Daarnaast kunnen mensen met beperkingen een extra belasting vormen voor anderen. De zorg voor mensen met beperkingen in een calamiteit kost tijd en energie en vereist specifieke kennis. Bovendien kunnen mensen met een beperking letterlijk een obstakel vormen (als ze bijvoorbeeld vallen).

De andere kant van de medaille is de beperkte kennis bij hulpdiensten over deze problematiek. Het gevolg hiervan is dat deze diensten onvoldoende weten van beperkingen en daardoor bij een calamiteit verrast en overvraagd

Noot 56 Voor meer dan driekwart bestaat deze groep uit kinderen.

kunnen worden met alle gevolgen van dien. Daarom zou zowel in de opleiding als bij oefeningen meer aandacht geschonken moeten worden aan deze problematiek.

7.3 Groei in problematiek

De omvang van de groep mensen met dusdanige beperkingen dat zij problemen kunnen ondervinden bij calamiteiten is niet alleen groot; de komende tijd wordt deze groep alleen maar groter. Dit onder meer door de invloed van de dubbele vergrijzing⁵⁷ waardoor het aantal mensen met beperkingen (en de ernst van de beperking) de komende jaren alleen maar toe zal nemen.

Daarbij komt nog eens het beleid van extramuralisering⁵⁸/vermaatschappelijking (de bossen en duinen uit, de wijken in), waardoor grote aantallen mensen met (ernstige) beperkingen steeds vaker in kleine eenheden, of individuele woningen in stad of dorp wonen⁵⁹.

7.4 Voorsprong in Noord-Amerika

Uit de quick scan van literatuur en kennis op dit terrein blijkt dat met name landen als de VS en Canada veel aandacht schenken aan de onderhavige materie. In deze landen is de zorg voor mensen met beperkingen niet alleen nadrukkelijk verankerd in wetgeving, het is ook een belangrijk punt op de agenda van betrokken organisaties (waaronder departementen en belangenorganisaties).

Dat genoemde landen voor lopen, wil nog niet zeggen dat er in Nederland niets gebeurt. Er zijn voldoende best practices of lopende initiatieven die, mits gewogen en geschikt bevonden, gebruikt kunnen worden om een forse inhaalslag te maken.

7.5 Complexe problematiek

De problematiek op het onderhavige terrein is een resultante van de diversiteit aan beperkingen, de verscheidenheid in ernst van de beperking en in de verscheidenheid aan mogelijke (re)acties. Daarnaast is het type calamiteit een factor van belang en dan vooral wat betreft de factor tijd.

Noot 57 Dubbele vergrijzing: ten eerste bereikt de na-oorlogse geboortegolf massaal de leeftijd van 65 jaar en ten tweede blijven ouderen steeds langer leven.

Noot 58 Een vorm van extramuralisering en zorgondernemerschap is de ontwikkeling dat voor een (deel van een) wijk of een dorp zodanige condities worden geschapen voor wonen en zorg dat de bewoners tot in lengte van dagen zelfstandig kunnen wonen, zelfs als er zorg nodig is of de mobiliteit afneemt. Deze 'zones' heten woonzorgzones of woonservicezones (zie ook www.woonzorgzone.nl).

Noot 59 Deze trend is beleidsmatig ook bijvoorbeeld terug te vinden in de ontwikkelingen rond de WMO.

Dit levert een zeer complex overzicht aan risico's en problemen op en biedt talloze potentiële oplossingsrichtingen. Daarnaast is duidelijk geworden dat de verantwoordelijkheid voor het oplossen van de problematiek versnipperd is. Deels is het een verantwoordelijkheid van de mensen met een beperking zelf, deels ligt de verantwoordelijkheid bij betrokken organisaties als rijk, gemeenten, hulpdiensten, betrokkenen bij het woningaanbod, patiënten- en gehandicaptenverenigingen, zorgaanbieders/thuiszorg en koepelorganisaties.

Dat het om een complex probleem gaat dat 'slechts' betrekking heeft op rond de 20% van de bevolking mag geen reden zijn om hier niet mee aan de slag te gaan. Zeker in het kader van inclusief beleid mag deze groep niet veronachtzaamd worden.

7.6 Snel concreet

De unieke gelegenheid doet zich voor dat er voor deze problematiek snel resultaat geboekt kan worden. Dit kan wanneer de vervolgdiscussie toegepast wordt op het benoemen van concrete oplossingen voor de volgende onderwerpen.

- 1 Toegesneden onderzoek.
- 2 Bewustwording (voorlichting en informatie).
- 3 Kennis van de gevolgen van beperkingen bij en praktijkoefeningen door hulpdiensten.
- 4 Interactieve (betrokkenheid mensen met beperkingen) plan- en beleidsvorming en wet- en regelgeving.
- 5 Inschatten van gevolgen van beleid.

7.6.1 Toegesneden onderzoek

Er dient diepgaander onderzoek te worden verricht naar

- 1 Specifieke problemen van (grotere) risicogroepen.
- 2 Omstandigheden die een verhoogd risico betekenen voor mensen met een beperking.
- 3 Gericht onderzoek naar oplossingen (waaronder technologische) voor de knelpunten naar type calamiteit.

Overigens zijn er legio oplossingen mogelijk die weinig kosten dan wel weinig voet in aarde hebben. Denk daarbij aan het huisvesten van mensen met beperkingen op maaiveldniveau. Een voorbeeld van hoe het niet moet, is het huisvesten van een belangenorganisatie op 8 hoog.

Een valkuil die bij het ontwerpen van oplossingen vermeden dient te worden is overregulatie of de veiligheid van de een (de mens met beperking) ten koste te laten gaan van de veiligheid van de ander (de mens zonder beperking).

7.6.2 Bewustwording

Grote winst is te behalen bij het actief bewust maken van mensen met beperkingen, hun verzorgers en de betrokken instanties en overheden. De communicatie moet dan gericht zijn op type beperkingen. De informatie gericht op mensen met beperkingen moet voldoende afgestemd zijn op de doelgroepen, dat wil zeggen gericht op specifieke beperkingen (zowel in de informatie over de problemen als in de vorm waarop de informatie wordt aangeboden). Daarbij moet ook rekening worden gehouden met mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn. Een goede mogelijkheid zou zijn om de publiekscampagne "Denk Vooruit" uit te breiden.

Bij het bewust maken van de mensen staat de veiligheid in de eigen woning voorop, omdat daar de overheid een terughoudende rol heeft. Dat ligt anders bij de veiligheid van openbare gebouwen, omdat daar de gebouweigenaar of -beheerder en de vaste gebruikers een grote verantwoordelijkheid dragen, en in de openbare ruimte, omdat daar de overheid een belangrijke rol speelt.

7.6.3 Kennis en oefening

Als mensen zich bewust zijn van de risico's en weten wat ze zelf kunnen doen en er zijn geoefende helpers aanwezig, dan is de overlevingskans een stuk groter. Voor mensen met beperkingen houdt dat in dat zowel degene met een beperking zelf als diens "primaire groep" (partner, verzorger, ouder, mantelzorger) moeten oefenen. Zeker voor mensen met een verstandelijke of psychische beperking is oefenen en herhaling van groot belang om ze te leren zichzelf te redden.

Een punt van aandacht voor hulpdiensten is de vraag in hoeverre zij voldoende kennis hebben over hoe om te gaan met mensen met (verschillende soorten) beperkingen. Vooral ouderen die last hebben van verstandelijke of psychische beperkingen vormen een grote, maar relatief onbekende categorie.

Let wel: oefenen met mensen met een beperking is niet verplicht met als gevolg dat mensen met een functiebeperking zelden aan een oefening meedoen. Hierdoor moet zowel de hulpverlener als de evacué improviseren wanneer er echt een calamiteit plaatsvindt.

Een goed voorbeeld is een ontruimingsoefening in een gemeentehuis waar op dat moment een vergadering van gehandicaptenorganisaties gaande was. Uit 'medelijden' werd deze vergadering buiten de oefening gelaten.

7.6.4 Interactief

Door het gebrek aan kennis bij organisaties betrokken bij dit onderwerp (zoals rijk, gemeenten, hulpdiensten, betrokkenen bij het woningaanbod, zorgaanbieders/thuiszorg, patiënten- en gehandicaptenverenigingen en koepelorganisaties) wordt bij het opstellen van plannen, beleid, wetten en regelgeving te weinig rekening gehouden met mensen met beperkingen. Het betrekken van de doelgroep bij de communicatiecampagne en de plan- en

beleidsvorming, is dan ook een belangrijke stap om te komen tot waarlijk inclusief (veiligheids)beleid. Indien ook de oplossingsrichtingen worden besproken met betrokken actoren zal de uitvoerbaarheid van beleid en plannen ook reëler worden.

7.6.5 De gevolgen van beleid vooraf inschatten

Er is constant sprake van nieuw beleid en nieuwe ontwikkelingen hetgeen soms kan leiden tot onverwachtse verhoging van de risico's voor mensen met beperkingen. Bij de uitvoering van het beleid worden de consequenties hiervan voor de veiligheid van mensen met beperkingen niet goed in de beschouwing betrokken⁶⁰. 'Inclusief denken' is nog geen gemeengoed.

Een voorbeeld is de extramuralisering/ vermaatschappelijking waarbij steeds meer mensen met beperkingen vanuit de instituten 'in de wijk' komen te wonen. Terwijl vroeger honderd mensen met beperkingen in een groot gebouw woonden en leefden, wonen diezelfde honderd mensen nu verspreid individueel in de wijk en wonen er enkele kleinere groepen nog bij elkaar (begeleid wonen). In de oude situatie wisten verzorgers en hulpverleners wat er moest gebeuren bij een calamiteit. In de nieuwe situatie zijn er geen/minder verzorgers direct aanwezig zijn en weten hulpverleners vaak niet meer of er achter een willekeurige voordeur iemand met een beperking woont.

7.7 Tot slot

Waar tot nu toe de kennis over risico's bij calamiteiten voor mensen met beperkingen vooral een kwestie van fingerspitzengefühl is geweest, toont deze quick scan ondubbelzinnig aan dat het hier om een grote groep mensen gaat die bij calamiteiten een onevenredig risico loopt.

Vanuit de gedachte van inclusief beleid is dat onacceptabel. Het is daarom zaak om op korte termijn een inhaalslag te maken. De aanbevelingen en praktische tips in deze quick scan bieden daartoe de nodige handvatten.

Noot 60 De Verenigde Naties hebben onlangs een nieuw mensenrechtenverdrag vastgesteld voor mensen met beperkingen. Omdat het mogelijk is (bestaande) wetgeving te toetsen aan internationale verdragen, zal het nieuwe VN-verdrag dienen als een maatlat voor nieuwe wetgeving. Het verdrag beschrijft onder andere het recht op zelfbeschikking, op leven, op participatie, op onderwijs, op werk, op gezondheidszorg en op een adequate levensstandaard. Volgens de VGPN (Vereniging Gehandicapten Platform Nederland) betekent het verdrag voor Nederland vooral een impuls voor wetgeving en beleid om discriminatie tegen te gaan en participatie en zelfredzaamheid van mensen met een beperking te bevorderen. Mensen met een beperking zouden daardoor in de toekomst een extra mogelijkheid hebben om bijvoorbeeld de toegankelijkheid van het openbaar vervoer en deelname aan arbeid af te dwingen.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association (1994) *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV*, Washington, DC, USA

American Psychiatric Association (1995) *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV*, Swet & Zeitlinger

Averill, J.D., Mileti, D.S., Peacock, R.D., Kuligowski, E.D., Groner, G., Proulx, G., Reneke, P.A. en E. Nelson (2005) Federal building and fire safety investigation of the WTC disaster – Occupant behaviour, egress, and emergency communication, NIST (National Institute of Standards and Technology) NCSTAR 1-7, US Government Printing Office, Washington, DC

Baltic, S. (2002) "Though concerns remain, new attitudes are helping people with disabilities evacuate high-rise buildings more safely", in *NFPA Journal*, volume 96, nummer 4, juli-augustus 2002, Quincy, MA

Blanck, P.D. (1995) *Disaster mitigation for persons with disabilities: Fostering a new dialogue*, een rapport van de Annenberg Washington Program, Washington, D.C.

Bukowski, R. W en E. Juillet (1995) Emergency Procedures for Employees with Disabilities in Office Occupancies, National Institute of Standards and Technology (NIST) voor de US Fire Administration (rapport FA-154), Gaithersburg, MD

Cameron, C.T. (2005) *Emergency preparedness for people with disabilities and other special needs: Another look after Katrina*, on-line, Centre for Disability and Special Needs Preparedness, Washington, DC

Department of Health (2005) *The NHS Emergency Planning Guidance 2005*, Emergency Preparedness Division, oktober 2005, London, UK

European Agency for Safety and Health at Work (2004), *Ensuring the health and safety of workers with disabilities*, factsheet 53 (on-line), Bilbao, Spanje

Fahy, R.F. en G. Proulx, 2003, Database of first-person accounts from survivors of the WTC evacuation on September 11, 2001, onderdeel van het NIST rapport NCSTAR 7-A, Gaithersburg, MD

Freedman, J, Sears, D.O. en J. Merrill Carlsmith (1978), *Social psychology*, 3rd edition, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey

Hulpverleningsdienst Flevoland (2005) *Model rampenplannen Flevoland – Rampenplan in de zin van de Wet rampen en zware ongevallen*, Lelystad, HVD Flevoland

Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (2004) *Handleiding Algemene Doorlichting Rampenbestrijding*, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, IOOV, Den Haag, Hega Offset

Kaur Dhillon, B. (2006) "When disaster strikes!", in: *Expression*, (on-line bulletin van de National Advisory Council on Aging), volume 19, nummer 3, zomer 2006

KBOH, 2004, "Veilig het gebouw uit (uitgankelijkheid voor medewerkers, klanten en bezoekers met een functiebeperking)", KBOH, Woerden

KBOH, 2005, *Veilig de woning uit*, KBOH, Woerden

KBOH, 2005, *Mijn huis, mijn burcht*, KBOH, Woerden

Kleber, R.J. en D. Brom (1992) *Coping with Trauma, Theory, Prevention and Treatment*, Swets & Zeitlinger

Laar, M. van (2006) "Afhankelijkheid van alcohol, drugs en andere middelen samengevat", In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning - Nationaal Kompas Volksgezondheid*, Bilthoven, RIVM

Leach, J. (1994) *Survival psychology*, Macmillan Press

Lathrop, D. (1994) *Disaster*, in: *Mainstream Magazine* (on-line), US, Exploding Myths Inc.

Maas, J.M.A.G., Serail, S. en A.J.M. Janssen (1988) *Frequentie onderzoek geestelijk gehandicapten 1986*, Tilburg, IVA

National Centre on Emergency Preparedness for People with Disabilities, *Emergency preparedness on the job for people with disabilities*, on-line, Washington, DC

National Organisation on Disability, *Prepare yourself – Disaster readiness tips for people with disabilities*, on-line, Washington, DC

National Organisation on Disability, *Prepare yourself – Disaster readiness tips for people with sensory disabilities*, on-line, Washington, DC

National Organisation on Disability, *Prepare yourself – Disaster readiness tips for people with developmental or cognitive disabilities*, on-line, Washington, DC

National Organisation on Disability, *Prepare yourself – Disaster readiness tips for people with mobility disabilities*, on-line, Washington, DC

Ngo, E.B. (2001) "When disasters and age collide: Reviewing vulnerability of the elderly", in: *Natural Hazards Review*, volume 2, nummer 2, mei 2001, pagina's 80-89

Nibra (2003) *Zicht op rampenbestrijding - Een wegwijzer voor bestuurders en leden van rampenstaven*, Arnhem, Nibra

- O'Brien, N. (2003) *Emergency preparedness for older people*, Issue brief, januari-februari 2003, International Longevity Center, New York, NY
- Proulx, G. en J. Pineau (1996) Review of Evacuation Strategies for Occupants with Disabilities, IRC report nr 712, Ottawa
- Proulx, G. (2002) Evacuation Planning for Occupants with Disability, IRC report nr 843, Ottawa
- Rahimi M. en G. Azevedo (1993) "Building content hazards and behavior of mobility-restricted residents", in: *The Loma Prieta, California, earthquake of October 17, 1989*, editor P. Bolton, USGS Professional Paper 1553-B, Washington, D.C., US Government Printing Office, pagina's 51-62
- SGBO (2006) *Aard en omvang WMO-doelgroep*, Den Haag, juni 2006
- SCP (2000) Personen met een verstandelijke handicap-onderzoek, (on-line) www.scp.nl/onderzoek/pvh2000
- University of Florida (1998) *The disaster handbook*, Institute of Food and Agricultural Sciences, Gainesville, FL
- US Department of Homeland Security (2006) Nationwide Plan Review – Phase 2 Report, 16 juni, Washington, DC
- US Department of Transport, Fact Sheet: Employees with disabilities' role and responsibilities, in: *Emergency Preparedness for Individuals with Disabilities*, Department of Civil Rights (on-line)
- US Department of Transport, Fact Sheet: Safety personnels' role and responsibilities, in: *Emergency Preparedness for Individuals with Disabilities*, Department of Civil Rights (on-line)
- US Fire Administration en Consumer Product Safety Commission (1999) *Fire risks for the hearing impaired*, TriData Corporation, Arlington, VA
- US Fire Administration en Consumer Product Safety Commission (1999) *Fire risks for the older adults*, TriData Corporation, Arlington, VA
- US Fire Administration en Consumer Product Safety Commission (1999) *Fire risks for the visually impaired*, TriData Corporation, Arlington, VA
- US Fire Administration en Consumer Product Safety Commission (1999) *Fire risks for the mobility impaired*, TriData Corporation, Arlington, VA
- US Fire Administration – Emergency Management Institute (2003) *Emergency Planning and Special Needs Populations*, FEMA, Emmitsberg, MD
- Velden, P. van der, et al (1997) *Handboek voor opvang na rampen en calamiteiten*, Instituut voor psychotrauma, Thema, 1997
- Woittiez, I., Crone, F., Jonker, J., Ooms, I. en J. Stevens (2005) *Zorg voor verstandelijk gehandicapten - Ontwikkelingen in de vraag*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, publicatie 2005/9

Panel van deskundigen

- Koninklijke Effata Guyot Groep (KEGG)
categorie: hoor-, spraak- en taalproblemen
Freke Bonder
- Brandweer gemeente De Bilt
categorie: hulpdiensten
Evert Bron
- BOSK
categorie: kinderen en ouders
Klazien Bron
- Cliëntenbelang Utrecht
categorie: koepelorganisatie (cliëntenbelang)
Job Haug
- Boogh Arbeid (ergotherapie)
categorie: zorgaanbieders en verstandelijke beperkingen
Rian Huijsmans
- AEDES
categorie: betrokkenen bij het woningaanbod
Peter Jansen
- Fortune
categorie: koepelorganisaties (gebruikers van hulpmiddelen)
Fokke Klaver
- CSO (PCOB)
categorie: ouderen
Peter Kruitbosch
- MEE Rotterdam
categorie: koepelorganisaties (cliëntenbelang)
Theo Lubbe
- Dienst milieu- en bouwtoezicht (DMB) gemeente Amsterdam
categorie: betrokkene bij woningaanbod (gemeente)
Susanne Ritsma
- Bartimeus Sonneheerdt
categorie: slechthorend of blind
Ingrid Stokkel
- ActiZ
categorie: zorgaanbieders
Paul van Aken

Bijlagen

Bijlage 1 Geraadpleegde instanties

Nederland⁶¹

www.bvkm.nl
www.cbs.nl
www.scp.nl
www.brancherapporten.minvws.nl
www.doven.nl
www.degezondeschoolengenotmiddelen.nl
www.trimbos.nl
www.doofblind.nl
www.stotteren.nl
www.dementie.nl
www.alzheimer nederland.nl
www.reumafonds.nl
www.rivm.nl
www.nfgv.nl
www.veiligheid.nl
www.sb-belang.nl

New Zealand

Civil Defence website at www.civildefence.govt.nz
Office of Disability Issues at www.odi.govt.nz
Civil Defence Emergency Management Group Recovery Organisation at www.cdemg.org.nz

Australia

Emergency Management Australia at www.ema.gov.au
People with Disabilities Australia at www.pwd.org.au

United Kingdom

Preparing for emergencies (onderdeel van UK Resilience) at www.pfe.gov.uk
Department of Health – emergency preparedness division at www.dh.gov.uk
UK Resilience at www.ukresilience.info
London Prepared at www.londonprepared.gov.uk
Health and Safety at www.hse.gov.uk

Noot 61 Deze organisaties en/of (hun) websites zijn vooral gebruikt ten behoeve van hoofdstuk 2.

United States

Department of Homeland Security⁶² at www.dhs.gov
The American Civil Defense Association at www.tacda.org
National Organisation on Disability at www.nod.org/emergency
Kansas University onderzoek naar Hurricane Katrina⁶³ at
www.nobodyleftbehind2.org/
Disability Research Center van het US Department of Transportation at
www.drc.dot.gov/evac
Website van een disability policy consultant at www.jik.com/disaster
American Red Cross Disaster Services⁶⁴ at
www.redcross.org/services/disaster/
Portal voor emergency management US government at
www.disasterhelp.gov
Center for Disability and Special Needs Preparedness at
<http://www.disabilitypreparedness.org>
Conferentie over calamiteiten en mensen met beperkingen⁶⁵ at
<http://www.add-em-conf.com>

Canada

Safe Canada at www.safecanada.ca
Canadian Centre for Emergence Preparedness at www.ccep.ca
Public Safety and Emergency Preparedness Canada at
www.psepc-sppcc.gc.ca
National Research Council of Canada's Institute for Research in Construc-
tion at <http://irc.nrc-cnrc.gc.ca>
British Columbia Provincial Emergency Program at www.pep.bc.ca/

Overig

International Association of Emergency Managers at www.iaem.com
European Fire Research Project at <http://www.fireox-international.com/fire/europeanfireresearch.htm>
Asian Disaster Reduction Centre at www.adrc.co.jp

- Noot 62 Het Federal Emergency Management Agency (FEMA) maakt onderdeel uit van het US Department of Homeland Security (DHS).
- Noot 63 Het onderzoek richt zich op de impact van Hurricane Katrina op mensen met een beperking. Zie onder andere onder 'findings' op genoemde website.
- Noot 64 Zie onder het kopje 'be prepared' het onderwerp 'seniors and people with disabilities'.
- Noot 65 Working Conference on Emergency Management and Individuals with Disabilities and the Elderly June 28 to June 30, 2006, Washington, D.C.

Bijlage 2 Verstandelijk gehandicapten: feiten en cijfers

Volgens een gangbare definitie is iemand verstandelijk gehandicapt (begonnen voor het achttiende jaar), wanneer hij of zij als gevolg van beperking van de intellectuele vermogens minder vaardig is met het uitvoeren van werkzaamheden op tenminste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid.

In de DSM-IV is het niveau van intellectueel functioneren als volgt onderverdeeld (APA, 1994):

- zwakbegaafd: IQ 70/75-85/90
- lichte verstandelijke handicap: IQ 50/55-70
- matige verstandelijke handicap: IQ 35/40-50/55
- ernstige verstandelijke handicap: IQ 20/25-35/40
- diepe verstandelijke handicap: IQ lager dan 20/25

Hieronder enkele conclusies uit een recente SCP-publicatie (Woittiez et al, 2005) over zorg voor verstandelijk gehandicapten.

Het aantal verstandelijk gehandicapten blijft tot 2020 vrijwel stabiel

In 2001 telde Nederland ongeveer 112.000 verstandelijk gehandicapten met een IQ onder de 80. Van deze groep is bijna de helft licht verstandelijk gehandicapt (IQ tussen 50 en 80) en iets meer dan de helft matig tot zeer ernstig verstandelijk gehandicapt (IQ lager dan 50). Op grond van de demografische ontwikkeling wordt verwacht dat dit aantal van 112.000 de komende 15 jaar vrijwel stabiel zal blijven. Wel zal binnen deze groep sprake zijn van vergrijzing. Het percentage 50-plussers zal toenemen van 16.000 (15%) in 2002 tot 26.000 (25%) in 2020. De oudere verstandelijk gehandicapten zullen vooral behoefte hebben aan vormen van verzorgd of beschermd wonen.

Oorzaken van de groei in de zorgvraag 1998-2001

In 1998 meldden zich bijna 7.000 nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, in 2001 waren dat er bijna 9.000 en in 2003 liep dit aantal verder op tot ongeveer 15.000. Voor deze sterke groei zijn verschillende oorzaken aan te voeren. Zo is in de afgelopen jaren de groep gebruikers van de verstandelijk gehandicaptenzorg uitgebreid met de zwakbegaafden (met een IQ van 80 tot 90). Vanwege de beschikbaarheid van middelen (wachtlijstgelden) en het mede daardoor brede en aantrekkelijke zorgaanbod in de verstandelijk gehandicaptenzorg trok deze sector ook cliënten aan uit de jeugdzorg (veelal jongeren met gedragsproblemen) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De gedachte dat verstandelijk gehandicapten net als andere burgers zo zelfstandig mogelijk moeten kunnen leven kreeg steeds meer draagvlak, waardoor sprake was van een toename van de vraag naar met name individuele zorg op maat.

Drie op de vier nieuwkomers in de zorg is jong

Drie op de vier nieuwe indicaties voor verstandelijke gehandicaptenzorg heeft betrekking op jongeren. Een groot deel van hen heeft gedragsproblemen. Zij ontvangen vooral een indicatie voor kort verblijf, begeleiding en dagbesteding met ontwikkelingsgerichte activiteiten. Meer dan de helft van de nieuwe indicaties werd in 2001 afgegeven aan licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden (IQ tussen 50 en 90). Eén op de vijf nieuwkomers is zwakbegaafd (IQ tussen 80 en 90). Zij ontvangen vooral een indicatie voor ambulante zorg, kort verblijf of begeleid zelfstandig wonen. Slechts 16% van de nieuwe indicaties werd afgegeven aan mensen met een matige tot zeer ernstige verstandelijke handicap. Zij kregen indicaties voor zeer uiteenlopende vormen van zorg. Van deze laatste groep zijn overigens de meeste reeds opgenomen in de zorg.

De vraag naar verstandelijke gehandicaptenzorg in 2020

Het aantal cliënten met een matige tot zeer ernstige verstandelijke handicap blijft met 55.000 de komende 15 jaar vrijwel stabiel. Zij zullen aangewezen blijven op een vorm van verzorgd wonen, zij het dat deze vorm van zorg in de loop der jaren kleinschaliger van karakter zal worden.

Aangezien het aantal verstandelijk gehandicapten in het algemeen de komende 15 jaar vrijwel stabiel blijft en de meeste van hen reeds zorg ontvangen, mag verwacht worden dat ook het aantal cliënten in de verstandelijke gehandicaptenzorg rond de 85.000 zal blijven liggen. Hierbij is ervan uitgegaan dat de zwakbegaafden die strikt genomen niet tot de cliëntengroep behoren, niet tot de zorg worden toegelaten. Is dit wel het geval, dan kan de zorgvraag de komende 15 jaar oplopen tot boven de 100.000 personen.

Tabel A Geschat aantal personen met verstandelijke beperkingen
(inclusief tehuisbevolking)

	lichte beperkingen			ernstige beperkingen			totaal
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	
4- 9 jaar	2.700	2.300	5.000	3.500	2.500	6.000	11.000
10-19 jaar	8.100	4.800	12.900	4.800	3.500	8.300	21.200
20-29 jaar	6.700	4.700	11.400	4.700	3.200	7.900	19.300
30-39 jaar	5.000	4.100	9.100	6.100	5.000	11.100	20.200
40-49 jaar	3.600	2.000	5.600	5.200	5.000	10.200	15.800
50-59 jaar	2.500	1.200	3.700	3.400	2.500	5.900	9.600
60-64 jaar	600	200	800	800	700	1.500	2.300
>64 jaar	700	300	1.100	1.200	1.400	2.600	3.700
totaal	30.100	19.600	49.700	29.700	23.900	53.600	103.300

Bron: SCP (2001) naar een bewerking van Maas et al (1988)

Bijlage 3 Feiten en cijfers over psychische problemen

Ongeveer 3 miljoen mensen in Nederland hebben psychische klachten. Dat kan bijvoorbeeld stress zijn, maar ook een ernstige eetstoornis, angststoornissen, depressie of langdurig rouwen om het verlies van een dierbare. Het zijn meestal volwassenen, maar ook kinderen kunnen er, bijvoorbeeld door pesten of ontwikkelingsstoornissen, mee te maken krijgen. Enkele cijfers op een rij:

- **Depressie**
1 op de 10 mannen en 1 op de 5 vrouwen heeft minstens eenmaal in het leven een depressie. Ook 3 tot 8% van de 12- tot 18-jarigen heeft er last van. 2 tot 3% procent van de ouderen heeft een ernstige depressie. Een veel groter aantal, 15 tot 20% van de oudere mensen, heeft een lichte vorm van depressie.
- **Eetstoornissen**
Per jaar hebben meer dan 30.000 vrouwen tussen de 15 en 29 jaar een eetstoornis. Elk jaar komen er ongeveer 1200 nieuwe mensen met anorexia en 1800 mensen met boulimia bij.
- **Angststoornissen**
Bijna 20% van alle Nederlanders heeft in zijn of haar leven ooit last van een angststoornis. Dit is 1 op de 5 mensen!
- **Rouw**
Elk jaar sterven ongeveer 140.000 mensen. Het aantal nabestaanden is een veelvoud hiervan. Ongeveer 1 op de 5 nabestaanden heeft problemen met de aanpassing aan het verlies.
- **Dwang**
Ongeveer 2% van de bevolking heeft last van dwangstoornissen, waarvan ongeveer net zoveel mannen als vrouwen.
- **Dementie**
In Nederland hebben maximaal 250.000 mensen een vorm van dementie.
- **Stress**
12 van de 100 bezoeken aan de huisarts hebben te maken met stressklachten. Geschat wordt dat 10.000 mensen per jaar vanwege stress en overbelasting langdurig arbeidsongeschikt raken.
- **Schizofrenie**
Ruim 130.000 mensen krijgen in hun leven de ziekte schizofrenie.
- **Gokverslaving**
Het aantal probleemgokkers wordt geschat op 70.000.

- **Manisch-depressieve stoornis**
1 tot 2% van de Nederlandse bevolking lijdt aan een manisch-depressieve stoornis. Dit zijn meer dan 150.000 mensen. Mannen en vrouwen hebben er even vaak last van.
- **Posttraumatische stress-stoornis**
Jaarlijks worden naar schatting anderhalf miljoen mensen slachtoffer van geweld of bedreiging. Van alle mensen die slachtoffer zijn van deze of andere schokkende gebeurtenissen ontwikkelt ongeveer 20% een post-traumatische stress-stoornis (PTSS).
- **Postpartum depressie**
Ongeveer 10% van de jonge moeders krijgt na de bevalling in meer of mindere mate een depressie. Dat zijn in Nederland per jaar zo'n 20.000 van de 200.000 jonge moeders.
- **Borderline**
In Nederland hebben 150.000 tot 200.000 mensen een borderline stoornis. De diagnose wordt drie tot viermaal vaker gesteld bij vrouwen dan bij mannen.
- **ADHD**
Zeker 3 op de 100 kinderen in Nederland hebben last van ADHD, waarvan 1 ernstig. Dit zijn zo'n 40.000 kinderen tussen de 5 en 14 jaar. Ongeveer 30 tot 60% houdt klachten als volwassene.

Bronnen: websites Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (www.nfgv.nl) en RIVM (www.rivm.nl).

Bijlage 4 Calamiteiten en beperkingen: communicatie in kleine groepen

Bij calamiteiten opereren mensen vaak in kleine groepen. Om beter te begrijpen hoe mensen functioneren in kleine groepen dient een beroep gedaan te worden op vergaarde inzichten in de sociale psychologie. De sociale psychologie bestudeert onder meer:

- 1 Hoe een groep als geheel functioneert.
- 2 Hoe een groep het individu beïnvloedt.

Wat is bekend over hoe een groep als geheel functioneert ?

- 1 In alle kleine groepen zijn er drukke en stille mensen en zijn er veel en weinig pratens. Minder bekend is dat er slechts een beperkt aantal mensen communiceert (zowel verbaal als non-verbaal). Bijvoorbeeld uit onderzoek is gebleken dat in een groep van acht personen slechts **twee** personen 60% van de tijd communiceert. Dat wil zeggen dat de overige 6 personen uit deze groep 40% van de tijd communiceren. De hoeveelheid communicatie in een groep afgezet tegen een rangorde van veel tot weinig en niet praten is wiskundig uit te drukken in een logaritmische functie.
- 2 Elke groep heeft leiders en volgers. Wat is bekend over leiders in een groep? Anders geformuleerd, hoe oefent een leider invloed uit op een groep? Hieronder staat een kort overzicht:
 - Een leider neemt initiatieven, geeft orders, kiest en besluit en bemiddelt in conflicten.
 - Een leider deelt goed- en afkeuringen uit, moedigt anderen aan en dient als bron voor inspiratie.
 - Een leider communiceert het meest.
 - De mate van invloed neemt toe met de hoeveelheid communicatie.
- 3 In de praktijk zijn er gekozen en benoemde leiders. Gekozen leiders hebben meer invloed en macht dan benoemde leiders. Bij calamiteiten zijn er vermoedelijk meer gekozen dan benoemde leiders actief.
- 4 Elke groep heeft twee leiders. Een van de leiders is gericht op het sociaal emotionele functioneren van de groep. De andere leider is taakgericht. Deze leider start pas met zijn/haar werkzaamheden als het sociaal emotioneel functioneren van de groep aan bod is geweest.
 - Wat doet de sociaal emotionele leider? Deze leider ondersteunt de groep, moedigt die aan, is vriendelijk en hanteert humor om het "ijs" te breken.
 - De taakgerichte leider neemt initiatieven, doet suggesties, geeft zijn/haar mening, geeft informatie, en is het vaak ergens niet mee eens. Voorbeelden zijn: laten we dat eens doen, doe het zo, dat is wat jij moet doen, zo moet je het doen en niet zo.

Wat is er bekend over hoe een groep een individu beïnvloedt?

De vraag hoe een groep een individu beïnvloedt, zal worden toegespitst op de leiders. Daarvoor dient teruggerepen te worden naar de belangrijkste constatering namelijk dat in elke groep in principe twee mensen/leiders het meest communiceren. Vanuit die achtergrond is het eenvoudig te constateren dat elke verstoring in de communicatie met en van deze twee leiders verregaande gevolgen kan hebben voor het functioneren van de groep. Waar kan aan gedacht worden?:

1 *Ambigue informatie.*

Het is niemand duidelijk wat er precies wordt bedoeld. Als oplossing hiervoor wordt vaak gekozen voor het communicatiemodel van de hotline.

Een hotline communicatie vindt tussen twee personen plaats. Elk van deze hotline sprekers beschikt over een vertaler/tolk die voortdurend checkt of de zender of ontvanger van de informatie de informatie wel goed heeft begrepen. Dat geschiedt aan de hand van verzoeken om de boodschap te verhelderen.

2 *Restricties.*

Voorbeelden van restricties zijn extreme geuren, geluiden en visuele prikkels. Door deze restricties komt de boodschap van zender en/of ontvanger gefilterd door.

3 *Moeite om de uitgezonden boodschap te begrijpen.*

Dit is vaak zichtbaar bij gelijktijdige tweezijdige communicatie. Voorbeeld, de een zegt "*Nu moeten we echt gaan!*" en de ander zegt vrijwel gelijktijdig "*We zouden kunnen vluchten via de trap of de lift. Laten we het erover hebben wat het beste is.*"

4 *Ontbreken van feedback.*

De boodschapper slaat terwijl zij/hij praat op hol. Deze boodschapper krijgt geen feedback, niemand vertelt haar of hem dat zij/hij op "hol slaat".

5 *Niet weten of de ander je heeft gehoord of begrepen.*

De ontvanger vat niet samen wat hij/zij heeft gehoord. Zo weet de zender niet of de boodschap wel helder en duidelijk is overgekomen.

Betekenis van kleine groepscommunicatie voor (kleine) calamiteiten

Dit alles is een greep uit de verstoringen van de communicatie van en met de leiders uit een groep die gevolgen hebben voor het functioneren van de groep als geheel. Tot slot resteert de vraag wat de betekenis van deze inzichten is voor de communicatie van een groep tijdens een (kleine) calamiteit. Nog even samengevat zijn de inzichten:

- 1 Slechts twee personen (leiders) in een groep communiceren met elkaar en de rest van de groep.
- 2 De kwaliteit van de communicatie met en door deze twee leiders beïnvloedt het functioneren van de groep als geheel in positieve of negatieve zin.

Over de betekenis van deze inzichten voor het functioneren van een groep tijdens een (kleine) calamiteit kan slechts gespeculeerd worden. Zo specifiek is daar geen onderzoek naar gedaan. Hieronder staan enkele veronderstellingen:

- 1 Veel informatie over wat te doen tijdens een calamiteit is gericht op alle mensen. Er is geen aparte instructie voor natuurlijk gekozen leiders. Mijn veronderstelling is dat zich tijdens een calamiteit willekeurige groepjes vormen. Elk van die groepjes zullen "vechten en/of vluchten" onder aanvoering van leiders. Anders is dit bijvoorbeeld in vliegtuigen. Daarin wordt informatie gegeven door vaste personen die overigens ook een vaste taak hebben bij ontruimen. Dit zijn benoemde functionarissen in tegenstelling tot de gekozen leiders bij willekeurige groepen die aan gevaar proberen te ontsnappen.
- 2 Informatie over hoe er tijdens een calamiteit zou moeten worden gecommuniceerd ontbreekt. Datzelfde geldt voor het hiermee oefenen. Mogelijk kan daarvoor leentje buur gespeeld worden bij de communicatiemodellen die zijn ontwikkeld bij crisissen en bij de hotline communicatie.
- 3 Verder ontbreken paniek- en angstbeheersingstechnieken. Bekend is dat mensen bij een calamiteit in paniek kunnen raken of bevriezen. Men doet in zo'n situatie in zekere zin niets en er wordt dus ook niet gecommuniceerd. Veel mensen weten niet van zichzelf dat zoiets zich kan voordoen, bij henzelf en/of bij anderen. Angst- en paniekbeheersing houdt in dat je zou moeten aanleren hoe je paniek en angst binnen de perken houdt en wel zodanig dat een ieder nog handelingsbekwaam blijft ondanks de urgentie om snel te reageren.

Bijlage 5 Vragenlijst interviews

1 Inleiding

Aard van de stoornis(sen) en beperking(en)

Geef aan welke stoornissen u heeft en beperkingen u daardoor ondervindt, bijvoorbeeld reuma aan handen en voeten of hartproblemen en kortademig

De ernst van de beperking(en) (nu en ten tijde van calamiteit)

Geef daarbij ook aan of de beperking volgens u matig, ernstig of heel ernstig is. Is deze situatie permanent of tijdelijk?

Welke hulpmiddelen gebruikt u?

Geef ook aan of u hulpmiddelen gebruikt, bijvoorbeeld blindenstok, sterke bril

2 Wat voor een soort en type calamiteit heeft u meegemaakt?

Geef aan wat voor soort, bijvoorbeeld brand en ook wat voor type calamiteit:

- *flitsramp: denk aan een onverwachte explosie of een botsing*
- *groeiramp: denk aan een kleine brand die zich uitbreidt of een plotse linge dijkdoorbraak.*
- *Geef ook aan of men de ramp langer van te voren kon zien aankomen [predictieve ramp], bijvoorbeeld een overstroming na hoogwater.*

3 Waar deed de calamiteit zich voor?

Bijvoorbeeld: woning, auto, industrieterrein, winkel(centrum), hotel, kerk, bibliotheek,

4 Wat was de omvang van de calamiteit?

Bijvoorbeeld door schatting hoeveel personen er bij betrokken waren of een korte omschrijving van de schade, bijvoorbeeld helemaal of gedeeltelijk uitgebrand of door de grootte van het gebied bijvoorbeeld één pand, een heel winkelcentrum of een hele wijk.

5 Had u ten tijde van de calamiteit al voorzorgsmaatregelen genomen voor het geval zich een calamiteit mocht voordoen?

Wist u wat u moest doen

- *om de calamiteit of een alarmsignaal waar te nemen? (voorzorgsmaatregelen)*
- *om alarm te slaan?*
- *om te weten wat er precies aan de hand is?*
- *om uzelf te beschermen?*
- *om de calamiteit te bestrijden?*
- *om paniek te voorkomen?*

6 Hoe reageerde u tijdens de calamiteit? (verhaal laten vertellen)

Het gaat er om dat u beschrijft hoe u reageerde op wat u overkwam, van het begin van de calamiteit tot aan de evacuatie, dus niet de evacuatie zelf.

- wat deed u toen u de calamiteit waarnam of een alarmsignaal zag of hoorde?
- wat deed u om alarm te slaan?
- wist u wat er precies aan de hand was, begreep u de situatie meteen?
- wat deed u om uzelf te beschermen?
- wat deed u om de calamiteit te bestrijden?
- wat deed u om paniek te voorkomen?
- ging u anderen redden?

7 Reageerde u op het moment van de calamiteit anders dan u gewild of gedacht had? Hoe had u eigenlijk willen reageren?

Het gaat er om dat u beschrijft of u anders handelde dan u gedacht had ondanks eventuele voorzorgsmaatregelen of andere voorbereidingen

8 Wat zou u hebben gedaan en op welke manier zou u gereageerd hebben als u geen beperking(en) zou hebben?

9 Welke problemen ondervond u tijdens de calamiteit als gevolg van uw beperking?

Bedoeling is dat u aangeeft welke problemen een direct gevolg zijn van de beperking(en)

- a) In welke mate vormde de beperking zelf een probleem?
Bijvoorbeeld rook in combinatie met ademhalingsproblemen zorgde voor benauwdheid die u belemmerde om snel weg te komen, of doordat u slecht ter been was, kostte het meer tijd om weg te komen.
- b) In welke mate vormden de hulpmiddelen/voorzieningen ten behoeve van de beperking een probleem?
Bijvoorbeeld voorzieningen die op stroom/accu werken, zoals automatische deuropener, traplift, elektrische rolstoel werkten niet meer, of uw stok of rollator kon u in deze noodsituatie niet gebruiken.
- c) In welke mate vormden factoren van buitenaf een probleem?
Bijvoorbeeld obstakels in de vluchtgang, waardoor u er niet meer door kon enz.

10 Wat heeft u na deze ervaring gedaan om in geval van een volgende calamiteit goed te reageren?

- wat doet u om een calamiteit op tijd te kunnen waarnemen of om een alarmsignaal te zien of te horen
- wat doet u om alarm te slaan?
- heeft u iets gedaan om sneller te weten wat er aan de hand is?
- wat gaat u doen om uzelf te beschermen?
- wat gaat u doen om de calamiteit te bestrijden?
- wat gaat u doen om paniek te voorkomen?
- gaat u anderen redden?

11 Kon u de problemen zelf oplossen? Kreeg u hulp van anderen of van hulpdiensten? Wat deden die anderen?

12 Wat moeten of kunnen organisaties en instanties doen om de (gevolgen van) een ramp te voorkomen of te beperken volgens u?

Bijvoorbeeld: gemeenten, hulpdiensten, patiëntenverenigingen, woningcorporaties, overheid

Bijlage 6 Uitkomsten interviews

Beperking	Mate van ernst beperking ervaren door patiënt	Soort calamiteit	Wat?	Waar?	Ernst van de calamiteit	Hulpmiddel
Beperking bewegingsapparaat: onderlichaam Beperking bewegingsapparaat: bovenlichaam. Volledig afhankelijk van elektrische rolstoel en elektriciteit	Nu en toen: ernstig , maar vindt zelf dat ze alles kan	Groeiramp	Geknapte waterleiding	Thuis, alleen thuis op dat moment	Ernstig , overal water en geen elektriciteit	Elektrische rolstoel ; woning totaal aangepast en werkend op elektriciteit
Beperking bewegingsapparaat: onderlichaam Beperking bewegingsapparaat: bovenlichaam Spastisch , vergroeiing, problemen evenwicht	Nu en toen: ernstig	Groeiramp	Gesprongen boiler	Thuis op zolder	Matig , nog geen kortsluiting	Loopkrukken, rollator, traplift, scootermobiel
Beperking bewegingsapparaat: onderlichaam Beperking bewegingsapparaat: bovenlichaam Progressieve spierziekte , elektrische rolstoel	Nu en toen: zeer ernstig	Flitsramp	Ontploffende geiser met gaslekkege	In de keuken	Ernstig , overal water en gaslucht	Elektrische rolstoel, woningaanpassingen, personenalarmering
Beperking bewegingsapparaat: onderlichaam Zintuiglijke beperking (zien) MS , slecht lopen en zien	Nu: ernstig tot zeer ernstig, toen: matig tot ernstig	Flitsramp	Vallen bij binnenstappen zinkende woonboot	Thuis	Ernstig	Rolstoel, stok, rollator, scootermobiel

Beperking	Mate van ernst beperking ervaren door patiënt	Soort calamiteit	Wat?	Waar?	Ernst van de calamiteit	
Beperking bewegingsapparaat: onderlichaam Beperking bewegingsapparaat: bovenlichaam. Volledig afhankelijk van elektrische rolstoel en elektriciteit	Nu en toen: ernstig , maar vind zelf dat ze alles kan	Flitsramp	Rolstoelbediening in brand	Op het werk	Zeer ernstig	Woning totaal aangepast en werkend op elektriciteit
Beperking bewegingsapparaat: onderlichaam Beperking bewegingsapparaat: bovenlichaam. Zintuiglijke beperking (zien + horen) Conditionele beperking neuropathie, epilepsie, COPD	Nu en toen: matig tot ernstig	Flitsramp	Keukenbrand	Thuis	Zeer ernstig	Hoorapparaat, bril, rol-lator
Beperking bewegingsapparaat: onderlichaam Conditionele beperking Reuma, longemfyseem	Nu en toen: matig tot ernstig	Predictieve ramp	Liften zouden niet werken	Thuis in flat	Matig	Aangepaste fiets

Beperking	Mate van ernst beperking ervaren door patiënt	Soort calamiteit	Wat?	Waar?	Ernst van de calamiteit	
Beperking bewegingsapparaat: onderlichaam Beperking bewegingsapparaat: bovenlichaam. Oudere Dwarslaesie, hoog 4e wervel	Nu en toen: zeer ernstig	Groeiramp	Geraakte gasleiding	Enkele verdiepingen lager in flat	Matig	Woningaanpassingen, o.a. natte cel, aangepaste auto, rolstoel, incontinentiemateriaal
Beperking bewegingsapparaat: onderlichaam Beperking bewegingsapparaat: bovenlichaam. Oudere Reuma, kan niet zelf transfer maken	Nu en toen: zeer ernstig	Groeiramp	Geknapte waterleiding	Bij burens, lag zelf thuis op bed	Ernstig, overal water en geen elektriciteit	Traplif, hooglaagkeuken, hooglaagbed, trippelstoel, douchestoel, rolstoel
Beperking bewegingsapparaat: onderlichaam Beperking bewegingsapparaat: bovenlichaam Progressieve spierziekte , elektrische rolstoel	Nu en toen: zeer ernstig	Flitsramp	Ontploffende geiser met gaslekkage	In de keuken	Ernstig, overal water en gaslucht	Elektrische rolstoel, woningaanpassingen, personen-alarming

Schematische weergave van de antwoorden op de vraag: "Waren voorzorgmaatregelen getroffen om...." (zie vraag 5 in bijlage 5)

Beperking	Wat?	Ernst van de calamiteit	Paniek te Voorkomen	Alarm te slaan	Calamiteit te Bestrijden	Anderen te Redden	Lichaam te beschermen	Calamiteit of signaal waar te nemen
Volledig afhankelijk van elektrische rolstoel en elektriciteit	Geknapte waterleiding	Ernstig , overal water en geen elektriciteit	nee	Nummer om collega's of begeleiding te bellen	nee	nee	nee	Nee, nooit verwacht dat het kon
Spastisch , vergroeiing, problemen evenwicht	Gesprongen boiler	Matig , nog geen kortsluiting	Niet snel in paniek	Afspraak buren	nee	nee	Geen brandbare nachtkleding	Brandmelder
Dwarslaesie hoog 4 ^{de} wervel	Geraakte gasleiding	Matig	Niet snel in paniek	Bellen brandweer 112	nee	nee	Balustrade als weg naar deur geblokkeerd is	Brandmelder
Reuma , kan niet zelf transfer maken	Geknapte waterleiding	Ernstig , overal water en geen elektriciteit	nee	Personenalarmering Afspraak buren	nee	nee	nee	nee
Astma, reuma , rug, stofwisselings problemen	Brand	Matig	nee	Bellen brandweer 112	nee	nee	nee	Brand: merkt dat door astma
Progressieve spierziekte , elektrische rolstoel	Ontploffende geiser	Ernstig , overal water en gaslucht	nee	Personenalarmering Afspraak buren Alarmnummer bekend	Gasfornuis vervangen door keramische platen	nee	nee	nee
MS , slecht lopen en zien	Vallen bij binnenstappen zinkende woonboot	Ernstig	nee	nee	nee	nee	nee	nee

Beperking	Wat?	Ernst van de calamiteit	Paniek te Voorkomen	Alarm te slaan	Calamiteit te Bestrijden	Anderen te Redden	Lichaam te beschermen	Calamiteit of signaal waar te nemen
Volledig afhankelijk van elektrische rolstoel en elektriciteit	Rolstoel-bediening in brand	Zeer ernstig	nee	Personen-alarmering Afspraak burelen	nee	nee	nee	Brandmelder Mobiele telefoon
Slecht horen en zien, neuropathie, epilepsie	Keukenbrand	Zeer ernstig	nee	nee	Branddeken	nee	nee	Brandmelder
Reuma, longemfyseem	Liften buiten gebruiken	Matig	nee	Telefoon	nee	nee	nee	nee

Schematische weergave van de antwoorden op de vraag: "Wat overkwam u en wat deed u?" (zie vraag 6 uit bijlage 5)

Beperking	Wat?	Ernst van de calamiteit	Paniek, verstijfd	Alarm slaan	Calamiteit bestrijden	Anderen redden	Lichaam beschermen	Overig, w.o. waarneming
Volledig afhankelijk van elektrische rolstoel en elektriciteit	Geknapte waterleiding	Ernstig , overall water en geen elektriciteit	Later paniek: zonder elektriciteit werken hulpmiddelen niet	Later: energiebedrijf en loodgieter gebeld	Uit rolstoel laten vallen en naar hoofdkraan gekropen; ook elektriciteit afgesloten	Niet nodig, maar, onmogelijk door beperking	Niet nodig	--
Spastisch , vergroeiing, problemen evenwicht	Gesprongen boiler	Matig , nog geen kortsluiting	Aktie: waterkraan moet dicht Niet snel in paniek	Via traplift naar burens (duurt lang)	Burens vonden kraan. Onmogelijk door beperking	Niet nodig, maar, onmogelijk door beperking	Weg uit ruimte	--
Dwarslaesie , hoog 4 ^{de} wervel	Geraakte gasleiding	Matig	Rustig blijven Opstaan en aankleden (duurt 45 minuten)	Brandweer was er al	Onmogelijk door beperking	Niet nodig, maar, onmogelijk door beperking	Onmogelijk door beperking	Onduidelijk wat er gaande was. Bleek achteraf veel ernstiger. Hij rook geen gas.
Reuma , kan niet zelf transfer maken	Geknapte waterleiding	Ernstig , overall water en geen elektriciteit	Afwachten in bed. Vermoedde wat gaande was en wist dat het niet heel ernstig was	Wachten op burens	Onmogelijk door beperking	Niet nodig, maar, onmogelijk door beperking	Niet nodig	--

Beperking	Wat?	Ernst van de calamiteit	Paniek, verstijfd	Alarm slaan	Calamiteit bestrijden	Anderen redden	Lichaam beschermen	Overig, w.o. waarneming
Astma, reuma, rug, stofwisselingsproblemen	Brand	Matig	Aktie: Brandweer binnenlaten in flat en ruimte voor hen maken (auto weg)	Was al gebeurd	Brandweer en GG&GD binnenlaten	Niet nodig	Ramen dicht en extra gebruik inhaleerapparaat	--
Progressieve spierziekte, elektrische rolstoel	Ontploffende geiser	Ernstig, overall water en gaslucht	Zelf niet in paniek; hulp wel	112 bellen	Onmogelijk door beperking en gevaar	De hulp in veiligheid brengen	Naar buiten i.v.m. ontplofingsgevaar	--
MS, slecht lopen en zien	Vallen bij binnenstappen zinkende woonboot	Ernstig	Dacht dat het een MS aanval was Gast bracht haar in veiligheid	Brandweer bleek al gebeld	Onmogelijk door beperking	Kind kon zelf lopen, verder onmogelijk door beperking	Onmogelijk door beperking	Buren en brandweer hielpen spullen redden en leegpompen
Volledig afhankelijk van elektrische rolstoel en elektriciteit	Rolstoelbediening in brand	Zeer ernstig	Verlamd tgv spasme; kon niet uit ingeklemde rolstoel komen	Collega ging gillen	Collega bluste, maar vuur begon steeds opnieuw; doofde uiteindelijk	Niet nodig, maar, onmogelijk door beperking	Onmogelijk door beperking	--

Beperking	Wat?	Ernst van de calamiteit	Paniek, verstijfd	Alarm slaan	Calamiteit bestrijden	Anderen redden	Lichaam beschermen	Overig, w.o. waarneming
Slecht horen en zien, neuropathie, epilepsie	Keuken brand	Zeer ernstig	Epileptische aanval: geen bewustzijn	Onduidelijk hoe de burens het merkten. Zij hebben zijn leven gered en de hulpdiensten gealarmeerd	Onmogelijk door beperking	Niet nodig, maar, onmogelijk door beperking	Onmogelijk door beperking	--
Reuma, longemfyseem	Liften zouden niet werken	Matig	Nee, was aangekondigd	Telefoneren: slechte informatie	Uren eerder buiten wachten op ziekenvervoer en kon hele dag niet terug in huis	Niet nodig, maar, onmogelijk door beperking	Niet nodig	--

Bijlage 7 Voorbeelden van eenvoudige tips

Caring For Sick or Vulnerable People⁶⁶

If you, or a member of your household or community has a disability, make arrangements now with a family member, friend or neighbour to help in an emergency.

- **Hearing impairment**
People with hearing impairment may not hear warning systems or radio broadcasts. Make arrangements to be sure that someone will notify a hearing impaired person in the event of an emergency.
- **Sight impairment**
People with sight impairment could experience difficulties if they have to evacuate or go to an unfamiliar Civil Defence Centre. Arrange a 'buddy-system' so they will have someone to help them cope.
- **Asthma and respiratory problems**
An asthma sufferer or someone with a respiratory disorder may be affected by volcanic ash, dust or the stress of an emergency. If you are caring for someone with these conditions, make sure you have plenty of medicines and dust masks in your Emergency Survival and Getaway Kits.
- **Special food needs**
If you are caring for someone with special food needs, make sure you include food for them in your Emergency Survival Kit.
- **Mobility impairment**
You will need to include mobility aids in your Emergency Survival Kit if you or someone you are caring for has difficulty with mobility. This will help the person cope if they have to evacuate to a different area.

People with disabilities⁶⁷

If you have a disability, make arrangements with a family member, friend, or neighbour to help you in an emergency.

- People with hearing impairment may not be well served by radio. Make arrangements to be sure somebody informs you.
- People with sight impairment may have difficulties if their home is disrupted - perhaps in an earthquake - and may have extra difficulties in an unfamiliar civil defence centre. You should arrange some form of buddy system.
- People with asthma and other respiratory disorders may be especially affected by stress, dust or volcanic ash. Have plenty of medicines and face-masks in your emergency survival kit.
- If you have special food needs, be sure to include as much as you can in your emergency survival kit.
- If you need mobility aids, insist on bringing your aid if you are evacuated. Moving to safety is fine, but you won't want to be helpless when you get there.

Noot 66 Civil Defence New Zealand

Noot 67 Civil Defence Emergency Management Group Recovery Organization (New Zealand)

Bijlage 8 Conclusies onderzoek Department of Homeland Security (DHS)

Department of Homeland Security (2006) Nationwide Plan Review

Demographics and Legal Considerations

Few plans incorporate State or urban area disability demographics. “Disability” is inconsistently defined and often treated as a sub-group of the umbrella of “special needs,” “at-risk,” or “vulnerable populations.” These umbrella terms often include diverse populations such as minor unaccompanied children and non-disabled adults with limited English proficiency. Few plans recognize that the State and local governments have legal obligations under the ADA and other authorities. Until emergency planners understand and address the prevalence of persons with disabilities in their communities, as well as their commensurate Federal civil rights obligations, inadequate preparation and implementation will continue to be the norm.

Evacuation and Transportation

Most plans do not address evacuation for persons with disabilities. Some have or are developing ways for individuals with disabilities to pre-identify themselves to receive evacuation assistance. Pre-identification is helpful if participation is voluntary, and the information is kept confidential, regularly updated, and is used efficiently and effectively as a basis for providing appropriate evacuation assistance. Pre-identification for receiving evacuation assistance is devastating, however, if it unrealistically raises expectations of evacuation assistance that does not materialize during an actual emergency. Most plans fail to address the need to keep together people with disabilities, family members, caregivers, durable medical equipments (e.g. wheelchairs, walkers, portable oxygen canisters), assistive technologies (e.g. Telecommunication Devices for the Deaf (TDDs), Text Telephones/Teletypewriters (TTYs), hearing aids, Braille notetakers), and service animals whenever possible during an evacuation. Most do not establish tracking procedures that will assure reunification.

A critical but often overlooked component of the evacuation process is the availability of timely accessible transportation—especially lift-equipped vehicles. One urban area demonstrated a promising practice by arranging with the local school district and the para-transit provider to use existing lift-equipped vehicles to assist with emergency evacuation of persons with disabilities. Other urban areas should follow suit.

Communication and Emergency Public Information

Most plans overlook the fact that traditional emergency notification and communication methods are not accessible for people with certain types of disabilities. People who are deaf, deaf-blind, or hard of hearing cannot hear radio, television, sirens, or other audible alerts. Similarly, individuals who are blind or who have low vision may not be aware of visual cues, such as flashing lights and scrolling emergency information on television. One plan, however, provides for emergency alerts and warnings using open-captioning, TTY, and basic emergency sign language, and its emergency operations center maintains a dedicated TTY line. Plans rarely provide for

written communications to be available in alternative formats such as in Braille or large print for people who are blind or who have low vision.

Sheltering/Health Services

Most plans delegate mass care sheltering to the American Red Cross (ARC), without ensuring that the local or regional ARC is equipped with adequate disability-related knowledge, experience, training, and resources to serve people with disabilities who seek sheltering at mass care facilities. Too often, the plans appear to assume that all or most persons with disabilities—even those who are otherwise well-integrated in their communities—will go to or will be sent to special needs shelters or other segregated facilities such as nursing homes or hospitals. As a result, plans do not emphasize that mass care shelters must be selected with features such as accessible entrances, toilet facilities, and showers. Plans also do not require that communication in mass care shelters be accessible to people who are deaf, deaf-blind or hard of hearing, those who are blind or who have low vision, or individuals with cognitive disabilities. In addition, the plans do not ensure that shelter personnel will not separate individuals with disabilities from their service animals, a practice generally prohibited under the ADA, or clarify that service animals are not pets. None of the plans include a way to re-integrate people with disabilities from these shelter facilities back into a more integrated setting at the earliest appropriate opportunity.

One plan offers a promising practice by noting that the (1) ADA Standards for Accessible Design must be considered in shelter site selection; (2) that translation services must be available in shelter reception areas (although it does not specify whether this mandate includes sign language interpreters for people who are deaf); and, (3) that shelter personnel must appropriately distinguish between service animals and pets. Most plans illustrated better planning for the smaller percentage of persons who are medically fragile. Overall, they incorporate procedures for persons who will need medical attention beyond basic first aid to receive care and sheltering in special needs shelters or medical or nursing facilities.

Exercises and Training

Only one of the plans reviewed by CRCL articulated concrete steps for increasing the awareness level of first responders and emergency managers on issues relating to individuals with disabilities in the emergency planning context. States and urban areas must recognize the benefits associated with including disability issues, as well as disability subject-matter experts, in the development and execution of exercises, training, and after-action reports.

Bijlage 9 Praktische invulling van taken

Mensen met beperkingen

1 *Bewustwording van de eigen verantwoordelijkheid*

Kennis van de eigen mogelijkheden in samenhang met de eigen beperking, bijvoorbeeld medicatie of hulpmiddelgebruik, is erg belangrijk. Verder is een heldere afbakening van verantwoordelijkheden een absolute voorwaarde: wat wordt geregeld door wie.

Enkele opmerkingen:

- er dient rekening te worden gehouden met de soort beperking en de mate van ernst van die beperking, bijvoorbeeld wat zelfkennis betreft kan minder verwacht worden van de meeste kinderen, sommige ouderen en vrijwel alle mensen met een verstandelijke en psychische beperking.
- mensen met een beperking stellen zich (te) afhankelijk op

2 *Inzicht in de eigen situatie en eigen functioneren/zelfredzaamheid*

Er moeten zelf maatregelen worden genomen voor de eigen specifieke beperkingen en (leef)omstandigheden. Hierbij horen zaken als het hebben van kennis van gevaren, het kennen van concrete vluchtwegen en rampenplannen en het inzicht hebben/verkrijgen in het veiligheidsniveau van de (leef)omgeving.

3 *Informatie*

Vanzelfsprekend dient iemand goed en actueel geïnformeerd te zijn en te weten waar de informatie kan worden verkregen. Ook het kunnen verkrijgen en geven van informatie tijdens de calamiteit is van groot belang.

4 *Omgeving op de hoogte stellen van de beperkingen en de maatregelen die zelf zijn getroffen*

(Hulp)organisaties en het persoonlijk support netwerk, bijvoorbeeld een buddy of de burens, dienen op de hoogte te worden gesteld van de effecten van een beperking bij een calamiteit.

Overig

- Mensen met een auditieve beperking zoeken visueel de nooduitgang.
- Blinden weten hoe zij een gebouw zijn binnengekomen en kunnen daardoor alleen de hoofdingang terugvinden. Zonder oefening zullen blinden niet zelfstandig een nooduitgang kunnen bereiken.
- Mensen met loophulpmiddelen zoeken auditief en visueel een nooduitgang, terwijl zij vaak niet weten of deze uitgang wel voor hen geschikt is.
- Kinderen en verstandelijk gehandicapten volgen vaak niet automatisch de route die als nooduitgang aangegeven staat.
- Wees voorbereid op een evacuatie (medicijnen, papieren, noodrantsoen).
- Oefen in het geven van korte en duidelijke instructies.
- Doe een ability self assessment.
- Met mensen met een verstandelijke beperking moet constant geoefend worden.

Gemeenten

De gemeenten krijgen verschillende rollen toegedeeld.

- *Regisseur*
Belangrijk is het organiseren op buurtniveau van een (vrijwillige) mogelijkheid voor mensen om zich als iemand met beperking te laten registreren t.b.v. hulpdiensten. Ook het stimuleren van een sociaal netwerk tussen mensen (zorgkring, zorgcirkel) moet gestimuleerd worden.
- *Uitvoerder regelgeving*
Wat betreft de regelgeving wordt enerzijds op strikte naleving aangedrongen en anderzijds op een minder rigide toepassing: er moet meer maatwerk worden geleverd. Daarnaast moet regelgeving m.b.t. veiligheid bij calamiteiten in het Bouwbesluit worden opgenomen.
- *Eisensteller/toetsers*
De gemeenten moeten als beheerder en opdrachtgever van bouwwerken eisen stellen aan de veiligheid bij calamiteiten. Ook het begrip 'inclusief beleid' wordt belangrijk gevonden: bij de bouw van alle soorten projecten - ook de directe omgeving - moet rekening gehouden worden met beperkingen. Bij toetsing van het gebruik van een gebouw moet ook gekeken worden naar bezoekers en gebruikers met beperkingen.
- *Waarborger/handhaver*
Over het algemeen wordt verwacht dat de gemeenten de bouwkundige veiligheid waarborgen: mensen moeten er vanuit kunnen gaan dat een gebouw in beginsel veilig is.
- *Voorlichter*
De gemeenten moeten voldoende informatie verschaffen over ontruimings- en evacuatieplannen van openbare ruimten en inzicht geven in het veiligheidsniveau, dit alles gespecificeerd voor mensen met beperkingen. Via voorlichting moeten mensen en organisaties bewust gemaakt worden van hun eigen verantwoordelijkheid.
Die voorlichting geldt ook voor kinderen met beperkingen. Deze integreren steeds meer in het regulier onderwijs, dat bestuurlijk onder gemeenten valt. Ook in het onderwijs zou aandacht moeten worden besteed aan de problematiek. E.e.a. kan in samenwerking met de expertisecentra die ook de ambulante begeleiding verzorgen.

Overig

- Er bestaat al een idee om duidelijk te krijgen wat met betrekking tot brandveiligheid een persoon zelf moet doen en wat wordt geregeld, de '*Brandveiligheid op maat*'. Deze onderscheidt allereerst woningen en gebouwen en vervolgens daarbinnen wat geregeld moet zijn en wat iemand zelf moet regelen
 - 1 Op woningniveau moet alles over het gebruik van het gebouw geregeld zijn.
 - 2 Daarboven kan iedereen de eigen brandveiligheid verhogen.
 - 3 Op gebouwniveau de brandveiligheid verhogen voor mensen met beperkingen.
 - 4 Daarboven extra aandacht voor individuele zaken.
- Bij nieuwe gebouwen moeten vooraf veiligheidseffectrapportages gemaakt worden, waarbij mensen met beperkingen moeten worden betrokken.
- Het nummer 112 moet voor iedereen, ongeacht de beperking, snel toegankelijk zijn. Voor doven is er een apart alarmnummer.

- Informatie/uitleg moet toegankelijk zijn voor de doelgroep. Dat betekent voor doven/slechthorenden dat de informatie ook in NGt (Nederlandse Gebarentaal) moet worden geboden (bv op DVD). Voor mensen met communicatieve beperkingen dient het taalgebruik aangepast te zijn c.q. dienen andere middelen te worden gebruikt (bijvoorbeeld pictogrammen).

Hulpdiensten

De hulpdiensten moeten meteen signaleren wanneer zij situaties onverantwoord vinden. Ze moeten informatie verschaffen over hun beschikbaarheid (onder andere de snelheid waarmee zij ter plaatse kunnen zijn) en hun beleid (onder andere. aantal wagens per calamiteit).

- Via instructies en oefeningen moet de hulpverleners geleerd worden dat er ook mensen met beperkingen bestaan met allerlei onderlinge verschillen. Ook het oefenen moet gebeuren mét mensen met een beperking en met hulpmiddelen, bijvoorbeeld rolstoelen, hulphonden, zuurstofflessen.
- Hulpverleners zouden mensen met een beperking prioriteit moeten geven.
- Personenalarmeringsdiensten zouden 'brandveiligheid op maat' kunnen bieden, waarbij afspraken worden gemaakt met de brandweer.
- Besef dat vooral ouderen doof of ernstig slechthorend kunnen zijn.
- Overweeg (vrijwillige) registratie van waar mensen met beperkingen zich bevinden (wonen, werken) en hoe ze geholpen kunnen worden.
- Betrek de doelgroep in risk assessment, emergency planning en communicatie.
- Gebruik in de communicatie een grote lettertype, eenvoudig taalgebruik, symbolen en gebarentaal of ondersteunende gebaren.
- Bedenk hoe mensen met beperkingen geëvacueerd kunnen worden c.q. hoe ze zelf kunnen vluchten.
- Controleer of speciaal noodtransport geregeld is.
- Hou rekening met behoefte aan medische zorg en medicijnen.
- Maak afspraken over toegang tot medische gegevens.
- Zorg voor reserve hulpmiddelen.
- Geef informatie over apparatuur (wat er is en wat mag van de huiseigenaar verlangd worden).
- Pas apparatuur aan, bijvoorbeeld een visuele brandmelder.

Betrokkenen bij het woningaanbod

- Behalve bij het ontwerpen of (ver)bouwen van woningen, dienen ook de veiligheidsmaatregelen in de woningen en gebouwen rekening te houden met de specifieke wensen van mensen met beperkingen (signalering, liftgebruik enz.).
- Daarnaast dient juiste informatie te worden gegeven over het veiligheidsniveau van de woningen (sterrensysteem) en voorlichting te worden gegeven over wat bewoners zelf kunnen en moeten doen.
- Verder zou gerichte informatie moeten worden verschaft aan mensen met een beperking die een gebouw, bijvoorbeeld een warenhuis of theater, bezoeken.
- Bewoners moeten ook gestimuleerd worden om eigen maatregelen te treffen. De aanpak hiervan kan per groep van mensen met een beperking verschillend zijn.

Overig

- Brandveiligheidsvoorzieningen, bijvoorbeeld de installaties dienen goed te worden onderhouden.
- Omdat evacuatie niet altijd (snel genoeg) mogelijk is, vormen compartimenten (een tijdelijke veilige plek in een gebouw) een goede tussenoplossing. Dit komt vooral omdat normale liften niet benut mogen worden bij een calamiteit.
- In plaats van 'gewone' liften kunnen ook 'buiten' liften worden geïnstalleerd die bij het blussen van brand niet onklaar raken.
- Voor mensen met zintuiglijke beperkingen is alarmering een probleem waar betrokkenen bij het woningaanbod rekening zouden kunnen houden (b.v. door visueel alarm). Voorzie in persoonlijke evacuatieplannen voor mensen met beperkingen die in een gebouw werken of wonen. Voorzie in algemene instructies voor mensen met bepaalde type beperkingen als die regelmatig een gebouw bezoeken in een voor hen toegankelijk medium (Nederlands, andere taal, gebarentaal, pictogrammen enz.)
- Leg een lijst van mensen in het gebouw aan die een risicovolle beperking hebben.
- Zorg dat er voldoende hulpmiddelen voor evacuatie zijn (en dat geoefend wordt met het gebruik ervan).

Zorgaanbieders/thuiszorg

- Geven van heldere instructies voor zorgvragers over wat te doen bij calamiteiten redenerend vanuit de mogelijkheden van deze mensen.
- Signaleren van gevaarlijke situaties, bijvoorbeeld roken in bed, geblokeerde vluchtwegen.
- Adviseren van zorgvragers over te nemen aanvullende maatregelen en het oefenen met zorgvragers, vooral mensen die in woonbegeleiding wonen.
- Zorgen voor goed geïnstrueerd personeel, dat weet hoe te handelen bij calamiteiten, maar dat ook in staat is gevaarlijke situaties te herkennen (preventie).
- Thuiszorg toegang bieden tot handicapspecifieke kennis zodat ze adequaat kunnen handelen.

Overig

- Zorgaanbieders en de thuiszorg kunnen vanuit een soort intermediaire rol hulpmiddelen op het gebied van veiligheid aanbieden.
- De uit de praktijk opgedane kennis doorspelen aan hulpdiensten en gehandicaptenorganisaties.
- Thuiszorg en andere ambulante zorgverlening kunnen niet altijd bij hun klanten komen, bijvoorbeeld omdat zij de plaats van de calamiteit niet mogen betreden.

Patiënten- en gehandicaptenverenigingen

- De verenigingen zouden per groep van mensen met beperkingen gerichte voorlichting en instructies moeten uitgeven over de specifieke problemen van een beperking.
- De verenigingen moeten er voor zorgen dat het onderwerp calamiteiten op de agenda komt bij gemeenten en organisaties. De verenigingen moeten pro-actief meewerken aan oplossingen.
- De verenigingen moeten stimuleren dat er een overzicht van de woonveiligheid tot stand komt of ze moeten dat desnoods zelf opzetten.

Koepelorganisaties

- Promotie van het begrip 'civil society' (= zorgen voor elkaar) via lobby en wet- en regelgeving.
- Achterban via organisaties bewust maken van de eigen verantwoordelijkheid en de noodzaak van het treffen van veiligheidsvoorzieningen en tijdige maatregelen (preventief denken).
- Achterban via organisaties aansporen om een persoonlijk sociaal netwerk op te zetten.
- Voorlichting en belangenbehartiging.
- Beïnvloeden van de overheid en andere instanties, opdat er meer aandacht voor veiligheid komt.
- (Zorg)aanbieders stimuleren aandacht te besteden aan kennis en vaardigheden op dit vlak bij de doelgroep. Dat geldt voor zorg en voor onderwijs, zeker ook waar het kinderen betreft.

Rijksoverheid

- Eisen van een integraal ontruimingsplan.

Overig

- Wijzigen van de regel van 1 bedrijfshulpverlener per 50 werknemers in 1 hulpverlener per pand met 50 werknemers. Dit vanwege de ontwikkeling dat veel kleine bedrijfjes in een verzamelgebouw zitten.
- Als actoren in het veld als zorgaanbieders/thuiszorg een belangrijke rol inzake deze problematiek krijgen, dan dienen zij toegerust te worden met voldoende kennis en middelen (tijd) om een goede aanpak in de praktijk mogelijk te maken.
- Zorgverzekeraars zouden samen met schadeverzekeraars op basis van ieders informatie een beleid moeten opstellen.