



Psychosociale Aspecten van Gezondheidsonderzoek na Rampen

Een inventarisatie van vragenlijstonderzoek bij volwassenen

Maart 2004

Impact, Landelijk Kenniscentrum Psychosociale Zorg na Rampen¹

Auteurs: Dr. M. de Vries & Dr. J.H. Wolleswinkel-van den Bosch

In samenwerking met

Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen (CGOR)²

Drs. Y. Mulder & Dr. ir. L. Grievink

¹ Impact heeft tot doel het bevorderen van kwalitatief hoogwaardige en adequaat georganiseerde psychosociale zorg na rampen. Tot het takenpakket van Stichting Impact horen het bundelen van ervaring en wetenschappelijke kennis, het inzichtelijk maken en beschikbaar stellen hiervan voor uiteenlopende doelgroepen en het bevorderen van samenwerking tussen betrokken partijen. www.impact-kenniscentrum.nl

² Het CGOR zorgt ervoor dat bestuurders bij rampen op tijd deskundig besluit kunnen nemen over het uitvoeren van gezondheidsonderzoek bij getroffen. Structurele taken vóór een ramp zijn het beschikbaar maken en houden van kennis, infrastructuur en organisatie die nodig zijn voor het opzetten en uitvoeren van gezondheidsonderzoek en monitoring na rampen. Bij een ramp kan CGOR de projectorganisatie ondersteunen bij de uitvoering van een gezondheidsonderzoek. www.cgor.nl

Experts

Prof. dr. G. Bleijenberg	Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid, UMC St Radboud Nijmegen
Dr. I. Engelhard	Universiteit Maastricht
Prof. dr. B.P.R Gersons	AMC/deMeren, Topzorgprogramma Psychotrauma
Dr. B. van Hemert	LUMC
Mw. dr. N. Hoeymans	RIVM
Mw. dr. I. van Kamp	RIVM
Prof. dr. R. Kleber	Universiteit Utrecht / KUB /Instituut voor Psychotrauma
Mw. dr. N. van Loey	Brandwondenstichting
Mw. dr. ir. A.J.M. van Loon	RIVM
Mw. drs. M.L. Meewisse	AMC/deMeren, Topzorgprogramma Psychotrauma
Mw. dr. E. van der Ploeg	VU Medisch Centrum
Mw. drs. M.L. Schok	Veteraneninstituut
Mw. drs. E.M. Sijbrandij	AMC/deMeren, Topzorgprogramma Psychotrauma
Mw. dr. E.C. Smeets	LUMC
Dr. P.G. van der Velden	Instituut voor Psychotrauma
Med.drs. J.M.P. Weerts	Veteraneninstituut
Dr. C.J. IJzermans	NIVEL

Samenvatting

In het kader van “disaster-preparedness”, het voorbereid zijn op rampen, heeft Stichting Impact in samenwerking met het Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen (CGOR) de voor u liggende inventarisatie voor psychosociale aspecten van gezondheidsonderzoek na rampen uitgevoerd. Voor deze inventarisatie zijn wetenschappers met ervaring op het gebied van psychosociale en algemene gezondheidsaspecten van gezondheidsonderzoek om advies gevraagd. Het doel van deze inventarisatie is, dat op het moment dat een ramp zich voordoet en besloten wordt tot het uitvoeren van gezondheidsonderzoek, het denkprocédé over het te gebruiken meetinstrumentarium al voor een belangrijk deel heeft plaatsgevonden. De inventarisatie bestaat uit een overzicht van “expert opinions” ten aanzien van inhoud en tijdstip van onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid na rampen, in het bijzonder vragenlijstonderzoek bij volwassenen.

In de eerste ronde is de experts gevraagd welke concepten gemeten moeten worden in onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid na rampen. Zowel risicofactoren voor het ontwikkelen van lange termijn gezondheidsklachten als acute (psychosociale) gezondheidsgevolgen zijn hierbij betrokken. Ongeveer de helft van de experts is van mening dat de volgende concepten zeker gemeten moeten worden: angst, depressie, zorggebruik en zorgbehoefte en posttraumatische stressstoornis (PTSS).

In de tweede ronde is de experts gevraagd welke concepten en instrumenten deel moeten uitmaken van a). een compacte basisset van instrumenten die zo snel mogelijk na een ramp kan worden afgenomen en b). een uitgebreidere set die in een later onderzoek kan worden afgenomen. Voor de compacte basisset noemt meer dan een derde van de experts de volgende concepten (en instrumenten): PTSS (SVL), algemene gezondheid (SF-12), blootstelling aan psychotrauma (trauma exposure lijst), acute stress stoornis/dissociatie/peritraumatisch distress (PDEQ) en depressie (meerdere instrumenten). Voor een uitgebreide set noemt meer dan een derde van de experts de volgende concepten (en instrumenten): algemene gezondheid (SF-36), angst (SCL-90), lichamelijke klachten (SCL-90), slaapkwaliteit (SCL-90), PTSS-symptomen (SVL), sociale steun (SSL), zorgbehoefte en zorggebruik (un-met-needs), depressie (SCL-90), blootstelling aan psychotrauma (trauma-exposure lijst) en coping (meerdere lijsten).

In de tweede ronde is eveneens gevraagd naar het moment waarop onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid na een ramp idealiter zou moeten plaatsvinden. Wanneer uit medisch-toxicologisch perspectief gezondheidsonderzoek op zeer korte termijn na een ramp niet is geïndiceerd, zijn de experts van mening dat een eerste onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid na 1 tot 8 weken moet plaatsvinden. Voor uitgebreid onderzoek wordt een range van 3 tot 6 maanden aangegeven.

Bij de besluitvorming, of er een gezondheidsonderzoek moet plaatsvinden na een ramp en welke instrumenten daarbij worden gebruikt, is ook inbreng van de opdrachtgever, het openbaar bestuur, de Adviesstructuur Gezondheidsonderzoek bij Rampen (AGOR) en de uitvoerende onderzoeksinstellingen van belang. In de discussie worden de mogelijkheden besproken om deze inventarisatie te gebruiken bij het verder ontwikkelen van gezondheidsonderzoek.

1. Inleiding

Rampen komen meestal onverwacht. Opeens, omdat de ramp een acuut karakter heeft, of omdat de gedachte leeft dat ons zoiets niet zal overkomen.¹ Wanneer van een ramp wordt gesproken, is meestal een groot aantal mensen getroffen en is er vaak sprake van levensdreiging of problemen door verstoorde logistiek. Kortom, er heerst chaos.

In de onoverzichtelijke situatie die in de periode kort na een ramp volgt, kan besloten worden tot het uitvoeren van gezondheidsonderzoek om zo spoedig mogelijk gegevens vast te leggen die anders verloren zouden kunnen gaan, bijvoorbeeld over mogelijke blootstelling aan de ramp. De eerste meting van de Gezondheidsmonitoring Getroffenen Vuurwerkcramp Enschede (GGVE) vond bijvoorbeeld twee tot drie weken na de ramp plaats.²

De invulling van gezondheidsonderzoek na rampen zal per gebeurtenis verschillen. Doorgaans zal gezondheidsonderzoek bestaan uit een rampgeneriek deel en een deel dat na vrijwel alle typen rampen te gebruiken is. Bepaalde onderdelen van gezondheidsonderzoek na rampen zijn altijd toepasbaar en van belang, of er nou een luchtvaartongeval heeft plaatsgevonden, een groot gebouw is ingestort, er paniek in menigten is ontstaan of de volksgezondheid wordt bedreigd.³ In het kader van “disaster-preparedness”, het voorbereid zijn op rampen, heeft Impact in samenwerking met CGOR de voor u liggende inventarisatie voor psychosociale aspecten van gezondheidsonderzoek na rampen samengesteld. Voor dit document is een forum van wetenschappers met ervaring op het gebied van psychosociale en algemene gezondheidsaspecten van gezondheidsonderzoek gevraagd te adviseren over inhoud en tijdstip van gezondheidsonderzoek na rampen. De inventarisatie bestaat uit een overzicht van “expert opinions” ten aanzien van te meten concepten, bijbehorend meetinstrumentarium en randvoorwaarden. De achterliggende gedachte hierbij is, dat op het moment dat een ramp zich voordoet en besloten wordt tot het uitvoeren van gezondheidsonderzoek, het denkprocédé over concepten, meetinstrumentarium en dergelijk al voor een belangrijk deel heeft plaatsgevonden en dus verkort kan worden door deze inventarisatie te gebruiken bij het samenstellen van het uiteindelijke onderzoekspakket. Bij besluitvorming hierover is ook de inbreng van de opdrachtgever, het openbaar bestuur, de Adviesstructuur Gezondheidsonderzoek bij Rampen (AGOR) en de uitvoerende onderzoeksinstellingen van belang (tabel 1).

Om pragmatische redenen is gekozen deze inventarisatie te beperken tot vragenlijstonderzoek bij volwassenen. Andersoortig onderzoek zoals monitoring of interviews en andere doelgroepen zoals kinderen, en suggesties die hieromtrent zijn gedaan door de experts, worden in dit document niet besproken. Het is echter van belang op te merken dat de verschillende typen onderzoek naast elkaar kunnen en moeten voorkomen. Dit versterkt en verruimt de resultaten en de uitkomsten van de onderzoeken, vooral die met betrekking tot de nazorg.

Naast deze inventarisatie met betrekking tot psychosociale aspecten van gezondheidsonderzoek na rampen, inventariseert het CGOR onder meer het meetinstrumentarium dat bij gezondheids- onderzoek en monitoring na rampen ingezet zouden kunnen worden. De bevindingen van de huidige inventarisatie zullen hieraan een bijdrage leveren.

In het vervolg van dit document wordt eerst achtergrondinformatie gegeven over psychosociale gevolgen van rampen en risicofactoren voor het ontstaan en voortduren van klachten. Vervolgens worden focus en werkwijze uiteengezet. De resultaten worden gepresenteerd en er wordt

aangegeven welke vervolgstappen gezet kunnen worden tot verdere uitwerking van de inventarisatie.

Tabel 1. Besluitvorming over gezondheidsonderzoek na rampen

Besluitvorming over gezondheidsonderzoek na rampen

De besluitvorming over gezondheidsonderzoek na rampen vindt als volgt plaats:

- Het CGOR zet een Adviesstructuur voor Gezondheidsonderzoek bij rampen (AGOR) op. De adviesstructuur bestaat uit de expertgroep en het bestuurlijk afstemmingsoverleg (BAO).
- De expertgroep stelt een advies op over het al dan niet uitvoeren van een gezondheidsonderzoek en/ of monitoring en de vorm daarvan. Daarbij wordt zowel rekening gehouden met de wetenschappelijke criteria als met de maatschappelijke context van de ramp. De expertgroep betreft in de advisering ook lokale vertegenwoordigers. CGOR stelt de expertgroep in.
- Het Bestuurlijk afstemmingsoverleg beoordeelt direct aansluitend het advies van de expertgroep op haalbaarheid en uitvoerbaarheid, mede op grond van bestuurlijke en politieke argumenten. Bij deze afweging is ook het lokale bestuur uit het getroffen gebied betrokken. Het BAO adviseert het openbaar bestuur (burgemeester of minister van VWS) over het al dan niet uitvoeren en de vorm van een onderzoek. Het BAO wordt samengesteld, beheerd en ingezet door de minister van VWS.

2. Gevolgen van rampen op de psychosociale gezondheid

In vogelvlucht wordt in dit hoofdstuk een overzicht gegeven van psychosociale gevolgen van rampen en risicofactoren voor het ontstaan en persisteren van gezondheidsklachten.

Psychosociale gevolgen van rampen

Op verschillende tijdstippen na een ramp staan verschillende reacties en gezondheidsproblemen op de voorgrond. Tijdens en direct na de ramp zijn vooral fysiek en psychisch trauma actueel, bijvoorbeeld door verlies van dierbaren. Op langere termijn manifesteren zich de psychische gevolgen en lichamelijke klachten die de getroffen personen ernstig kunnen belemmeren in hun dagelijks functioneren.

Als schatting van de prevalentie van psychiatrische morbiditeit een jaar na een ramp kan van een gemiddelde van 20-50% worden uitgegaan.⁴ Een deel van de getroffen personen zal aan de criteria voor een posttraumatische stressstoornis (PTSS), angststoornis of depressie voldoen. Anderen zullen met name last hebben van specifieke klachten die ook in de algemene bevolking voorkomen, met dienverstaan dat de frequentie van voorkomen hoger is. Het gaat dan om klachten als moeheid, zwakte, slaapproblemen, hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn, geheugen- en concentratieproblemen, gastrointestinale symptomen, irritatie, benauwdheid en duizeligheid. Voor de klachten wordt in veel gevallen geen biologische of somatische verklaring gevonden. In tabel 2 zijn korte en lange termijn psychosociale gevolgen van rampen samengevat.^{5,6}

Tabel 2. Korte en middellange / lange termijn psychosociale gevolgen van rampen

<p>Acute fase (circa de 1e week)</p> <ul style="list-style-type: none">• Schrik, ongeloof, verbijstering; intense machteloosheid; (doods)angst; lichamelijke reacties; apathie en gevoelloosheid; hyperalert en adequaat handelen <p>Korte termijn (circa 0-4 weken)</p> <ul style="list-style-type: none">• Verdriet; verslagenheid; trillende handen, benen; hoofdpijn; maagpijn; spierpijn; woede, agressie; zoeken naar overledenen en informatie; opluchting• Er mee bezig blijven, herbelevingen; vermijdingsgedrag; waakzaamheid, schrikreacties; vermoeidheid/slaapproblemen, prikkelbaarheid/concentratieverlies, depressieve gevoelens, vervreemding; woede, wantrouwen; lichamelijke klachten; schuldgevoelens; eenzaamheid, verveling; waarom-vragen; behoefte aan begrip en erkenning• Dissociatie• Acut Stress Syndroom (ASD)• Psychofysiologische effecten: bloeddruk; immuunsysteem <p>Middellange / lange termijn (na circa 1 maand)</p> <ul style="list-style-type: none">• PTSS; depressie; pathologische rouw; angst; verslaving; dissociatieve stoornissen; slaapproblemen• Lichamelijk onverklaarde klachten; chronische pijnen; somatisatie• Verergering van reeds voor de ramp bestaande problemen• Zelfverwijten, schuldgevoelens• Relatieproblemen; huiselijk geweld• Beperkingen in dagelijks functioneren (bijv. concentratieproblemen op werk/school); verminderde intellectuele prestaties; langdurig ziekteverzuim
--

Risicofactoren

Verskillende factoren zijn van invloed op het ontstaan en persisteren van psychosociale gezondheidsproblemen na rampen. Grofweg kunnen deze worden samengevat in 3 categorieën:

1. Rampgerelateerde- en blootstellingsfactoren
2. Persoonskenmerken en gedrag
3. Groepskenmerken

Uit de literatuur blijkt dat onder andere de omvang, de duur, de intensiteit en het karakter (chronisch versus acuut) van een ramp bepalend zijn voor de aard en ernst van de gezondheidsklachten die kunnen optreden. Verder van belang is de vraag of er sprake is van mogelijk vrijgekomen schadelijke stoffen. Voortdurende onduidelijkheid over mogelijk vrijgekomen schadelijke stoffen zorgen voor een lange nasleep en onzekerheid over mogelijke gezondheidsschade, en zogenaamde "focusing on bodily symptoms". De manier waarop overheden en media omgaan met informatievoorziening en risicocommunicatie is hierbij cruciaal. In hoeverre is er openheid over de toedracht van de ramp, en duidelijkheid over mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid? De media leggen vaak op dramatische wijze de nadruk op informatie die de angst onder de bevolking verder aanwakkert. Berichtgeving van de zijde van de overheid wordt dan (terecht of onterecht) niet meer geloofd, het wantrouwen jegens verantwoordelijke personen of instanties neemt toe, en er ontstaat ruimte voor complottheorieën.⁷

In de periode na een ramp is de opstelling van de overheid, gezaghebbende en/of verantwoordelijke instanties ook op ander vlak van belang. Hoe gaan zij om met getroffen en, de afhandeling van de financiële schade en andere bureaucratische vraagstukken. In dit verband wordt ook wel gesproken van secundaire traumatisering. Niet zozeer de ramp, maar de nasleep ervan is buitengewoon belastend voor getroffen en. Voor een overzicht van individuele- en groepsfactoren wordt naar tabel 3 verwezen.^{5,6}

Tabel 3. Risicofactoren

<p>Rampgerelateerde- en blootstellingsfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algemeen <p>Omvang, duur; intensiteit; karakter van de ramp; Vrijkomen van schadelijke stoffen; Informatievoorziening en risicocommunicatie; Ontstaan van complottheorieën, wantrouwen jegens overheid, verantwoordelijke en/of gezaghebbende instanties; Afhandeling ramp, nasleep van de ramp</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individueel <p>Evacuatie uit het rampgebied; Perceptie van gevaar; gevoelens van machteloosheid, doodsangst; Persoonlijk of materieel verlies, overlijden dierbaren; Lichamelijk letsel, besmetting; Confrontatie grote aantallen doden en gewonden; Langdurige onzekerheid lot dierbaren Zien dat anderen letsel oplopen, gedood worden; Mislukte/foutieve poging anderen te redden; Aanblik zeer emotionele getroffen en</p> <p><u>Korte termijn:</u> gebrek aan aandacht, begrip, geborgenheid en erkenning; wetenschap dat omgekomen dierbare lang en/of ernstig heeft moeten lijden; meemaken nieuwe ingrijpende gebeurtenis; geen contact met lotgenoten; aanhoudende bagatelliserende reacties omgeving; continue aanblik van gevolgen van ramp; na evacuatie geen zicht op tijdstip terugkeer eigen woning; onzekerheid over herstel en/of verloop van lichamelijk letsel; secundaire traumatisering door onheuse bejegening door overheden, instanties en dergelijke</p> <p><u>Lange termijn:</u> gebrek aan aandacht, begrip, geborgenheid, erkenning; meemaken nieuwe ingrijpende gebeurtenis; berichten/onderzoeken dat het makkelijk te voorkomen was geweest; uiteenvallen sociale netwerk; langdurige juridische procedures; (publiekelijk) de schuld krijgen</p> <p>Individuele kenmerken</p> <p>Leeftijd, geslacht (jonge vrouwen met kinderen, ouderen); Reeds bestaande psychische problemen, kwetsbaarheid, psychiatrisch verleden; Laag opleidingsniveau, lage sociaal-economische klasse; Beperkte sociale steun; Gebruik kalmeringsmiddelen; Eerdere, recente life-events en/of trauma; Persoonlijkheidsfactoren: sterke afhankelijkheid van anderen, weinig zelfvertrouwen; Inadequate copingstijl, Sterke neiging tot somatiseren; Gedragskenmerken tijdens en vlak na de ramp: dissociatie, flauwvallen, sterke doofheid, paniekgedrag; Gedragskenmerken korte termijn: dominerend vermijdingsgedrag, toename, intensivering stressreacties; sterke schuld- en schaamtegevoelens, geen 'rust' momenten weten te creëren Gedragskenmerken lange termijn: toenemende verbittering</p> <p>Groepskenmerken</p> <p>Karakteristieken van het individu of de groep waartoe het individu behoort; Context en cultuur waarin de ramp plaatsvindt, zoals de cohesie van de gemeenschap; algemene gezondheidstoestand van de bevolking voor de ramp; organisatie van de gezondheidszorg</p>

3. Factoren die meetinstrumentarium bepalen

Bij onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid na rampen met behulp van vragenlijsten is het van belang dat getroffen personen niet op het verkeerde moment onnodig met te lange instrumenten worden belast. Een verkeerde insteek van het onderzoek kan getroffen personen het gevoel geven niet serieus te worden genomen. Er kan ook onduidelijkheid ontstaan over de relatie tussen een vrij algemeen gestelde vragenlijst en individuele zorgen van getroffen personen. Dit heeft consequenties voor de respons. Verder is het mogelijk dat onderzoek onvoldoende aansluit bij de behoeften van de getroffen personen op dat moment.

De volgende vragen kunnen relevant zijn bij het samenstellen van onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid na rampen. Een aantal vragen wordt hieronder nader uitgewerkt.

1. Wat is er gebeurd (ramptype, deze inventarisatie beperkt zich tot een specifiek instrumentarium dat na elke ramp van belang zou kunnen zijn)
2. Wat is de doelstelling van het onderzoek
3. Wat voor soort onderzoek moet worden uitgevoerd (deze inventarisatie beperkt zich tot vragenlijstonderzoek)
4. Wat is de doelgroep (deze inventarisatie beperkt zich tot volwassenen)
5. Hoe wordt de onderzoekspopulatie afgebakend
6. Wat zijn de verwachte gevolgen op de gezondheid
7. Zijn er signalen uit de doelgroep
8. Welke concepten zijn belangrijk om te meten
9. Welk meetinstrumentarium is geschikt
10. Op welk tijdstip, welke tijdstippen na de ramp vindt het onderzoek plaats

Wat is de doelstelling van het onderzoek?

Er zijn verschillende redenen te geven waarom gezondheidsonderzoek na een ramp zou moeten plaatsvinden. Er kan een wetenschappelijk doel zijn, bijvoorbeeld om effecten van behandeling of het beloop van gezondheidsklachten en belangrijke factoren hierbij te onderzoeken. Het in kaart brengen van de zorgbehoefte kan tevens een primair doel van onderzoek zijn, zodat zorgvoorzieningen op maat geleverd kunnen worden. Verder kan het zijn dat bij een ramp mogelijk schadelijke stoffen zijn vrijgekomen en dat het onderzoek zich specifiek richt op het nagaan van de gezondheidsgevolgen daarvan. Het onderzoek kan tot slot een screeningsdoel hebben, bijvoorbeeld om personen te detecteren met een verhoogd risico op het ontwikkelen van PTSS en andere posttrauma psychopathologie. Binnen de huidige beleidslijn van het nazorgbeleid van het ministerie van VWS moet gezondheidsonderzoek zich primair richten op het optimaliseren van (na)zorg aan de getroffen personen.

Wat is de doelgroep?

Bij onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid na rampen is het van belang doelgroepen te onderscheiden, bijvoorbeeld op basis van de mate van getroffenheid (direct

getroffenen, indirect getroffenen; bewoner, hulpverlener, passant), leeftijdsdifferentiatie (ouderen, volwassenen, jeugdigen, kinderen) of etniciteit (autochtoon, allochtoon).

Bij de keuze van de doelgroep kunnen ook overwegingen van praktische, logistieke en financiële aard een rol spelen.

Op welk tijdstip?

Het tijdstip waarop onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid kan worden uitgevoerd is mede afhankelijk van de doelstelling en de doelgroep. In deze inventarisatie gaat hier nader op in.

Zijn er signalen uit de doelgroep?

Hoe denken de getroffenen over onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid? Zijn ze onderzoeksmoe, of is er juist veel behoefte aan een follow-up meting op het moment dat getroffenen geacht worden geen gezondheidsproblemen meer te hebben?

Afbakening onderzoekspopulatie?

- De omvang van de doelgroep is van belang. Bij een beperkt aantal getroffenen is op korte termijn meer mogelijk dan voor een grote groep getroffenen. Naast het aantal getroffenen kan de mate van getroffenheid ook een overweging zijn.
- Op basis van welke criteria wordt de onderzoekspopulatie afgebakend? Hoe wordt getroffenheid gedefinieerd, als een afgebakende onderzoekspopulatie of op basis van een 'convenience sample', oftewel open aanmelding voor personen die zichzelf tot de groep getroffenen rekenen. Omvat de onderzoekspopulatie alle getroffenen of een steekproef daaruit, of beperkt het onderzoek zich tot populaties met een verhoogd risico, bijvoorbeeld op het ontwikkelen van lange termijn gezondheidsklachten.

4. Focus en werkwijze van het forum van experts

Voor deze inventarisatie zijn wetenschappers met ervaring op het gebied van psychosociale en algemene gezondheidsaspecten van gezondheidsonderzoek om advies gevraagd ten aanzien van inhoud en tijdstip van gezondheidsonderzoek na alle typen rampen, in het bijzonder vragenlijstsonderzoek bij volwassenen. De samenstelling van het forum van experts is gegeven in tabel 4. De experts hebben in twee ronden meningen gegeven over de vraag welke concepten en instrumenten gemeten zouden moeten worden en wanneer. De deelnemers aan de eerste (n=13) en tweede ronde (n=10) overlappen deels.

Tabel 4. Samenstelling van het forum

Forumleden	Expertise	Organisatie
Prof. dr. G. Bleijenberg	Medisch psycholoog, psychotherapeut	Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid, UMC St Radboud Nijmegen
Dr. I. Engelhard	Gezondheidswetenschapper	Universiteit Maastricht
Prof. dr. B.P.R Gersons	Psychiater	AMC/deMeren
Dr. B. van Hemert	Psychiater	LUMC
Mw. dr. N. Hoeymans	Epidemioloog	RIVM
Mw. dr. I. van Kamp	Psycholoog, epidemioloog	RIVM
Prof. dr. R. Kleber	Psycholoog	Universiteit Utrecht / KUB /IvP
Mw. dr. N. van Loey	Gezondheidswetenschapper	Brandwondenstichting
Mw. dr. ir. A.J.M. van Loon	Epidemioloog	RIVM
Mw. drs. M.L. Meewisse	Psycholoog	AMC/deMeren
Mw. dr. E. van der Ploeg	Medisch psycholoog	VU Medisch Centrum
Mw. drs. M.L. Schok	Psycholoog	Veteraneninstituut
Mw. drs. E.M. Sijbrandij	Psycholoog	AMC/deMeren
Mw. dr. E.C. Smeets	Psycholoog	LUMC
Dr. P.G. van der Velden	Psycholoog, psychotherapeut	IvP
Med.drs. J.M.P. Weerts	Vrije studierichting psychiatrie en sociale geneeskunde	Veteraneninstituut
Dr. C.J. IJzermans	Medisch socioloog	NIVEL

5. Resultaten

Welke concepten meten bij psychosociaal onderzoek na rampen?

De experts is gevraagd welke concepten zeker een plaats moeten hebben in onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid na rampen (bijlage 1 en 2). Bij deze opsomming is nog geen rekening gehouden met het tijdstip van onderzoek.

Ongeveer de helft van de experts is van mening dat de volgende concepten gemeten moeten worden: angst, depressie, zorggebruik en zorgbehoefte en posttraumatische stressstoornis (PTSS) (tabel 5). Daarnaast noemen de forumleden de volgende concepten: leefstijl, ziekteverzuim, slepende verzekeringskwesaties/juridische procedures, cognities, alledaagse problemen (werk, financiën, relatie), praktische problemen (huisvesting, vervoer), mate van blootstelling aan de ramp. Deze zijn echter niet genoemd als “zeker te meten”.

Tabel 5. Aantal forumleden dat vindt dat concept zeker gemeten moet worden in onderzoek naar psychosociale aspecten van gezondheid

Concept	n=15
Angst	8
Depressie	8
Zorgbehoefte en zorggebruik	7
PTSS	7
Lichamelijke klachten	4
Sociale steun	4
Verslaving	4
Algemene gezondheid/welbevinden	3
Dissociatie / acute stress stoornis	3
Ervaren gezondheid	2
Ervaren vermoeidheid	2
Blootstelling aan psychotrauma	2
Manieren van coping	2
Aanwezigheid chronische ziekten	1
Traumagerelateerde klachten (verwonding, verbranding)	1
Medische- en psychosociale hulp in verleden	1
Neuropsychologische klachten	1
Impact van de ramp	1
Dagelijks functioneren	1
Slaapkwaliteit	1
Overig (boosheid, pijn, acute stress)	1

Concepten meten in compacte basisset en/of uitgebreid onderzoek

In een tweede ronde is gevraagd of deze concepten deel uit moeten maken van een compacte basisset van instrumenten die binnen 48 uur na een ramp afgenomen zou kunnen worden, en/of ze in uitgebreider onderzoek meegenomen moeten worden. Dit is gevraagd per concept voor elk van de instrumenten die in de eerste ronde zijn genoemd (tabel 6; bijlage 3).

Voor de compacte basisset noemt meer dan een derde van de experts de volgende concepten (en instrumenten): PTSS-symptomen (SVL), algemene gezondheid (SF-12), blootstelling aan psychotrauma (trauma-exposure lijst), acute stress stoornis/dissociatie/peritraumatisch distress (PDEQ) en depressie (meerdere instrumenten).

Voor een uitgebreide set meer dan een derde van de experts de volgende concepten (en instrumenten) voor: algemene gezondheid (SF-36), angst (SCL-90), lichamelijke klachten (SCL-90), slaapkwaliteit (SCL-90), PTSS-symptomen (SVL), sociale steun (SSL), zorgbehoefte en zorggebruik (un-met-needs), depressie (SCL-90), blootstelling aan psychotrauma (trauma-exposure lijst), coping (meerdere lijsten).

Tabel 6. Aantal forumleden dat vindt dat concept gemeten moet worden in basisset of uitgebreid onderzoek met instrument van voorkeur (forumleden konden meerdere vragenlijsten noemen).

Concept	Basisset (n=10)	Uitgebreid onderzoek (n=10)
Angst	n=2 SCL-90 subschaal angst: n=1 STAI: n=1	n=9 SCL-90 subschaal angst: n=6 STAI: n=2
Depressie	n=3 SCL-90 subschaal depressie: n=1 Zung: n=1 Beck: n=1	n=3 SCL-90 subschaal depressie: n=6 Beck: n=3
Zorgbehoefte en zorggebruik	n=1 vragen uit tweede nationale studie van het Nivel	n=4 Un-met-needs: n=3 CBS vragen: n=2 IVP/RIVM zorgconsumptie vragen: n=1
PTSS-symptomen	n=6 SVL/IES/IES-R: n=3 Peritraumatische distress: n=3 PSS-SR: n=1	n=7 SVL/IES/IES-R: n=3 Peritraumatische distress: n=3 PSS-SR: n=2 ZIL: n=2 PTSS-zs: n=2
Lichamelijke klachten	n=1 SCL-90: n=1 VOEG: n=1 LUMC klachtenschaal: n=1	n=8 SCL-90: n=7 LUMC klachtenschaal: n=3 VOEG: n=3
Sociale steun	n=2 SSL-I: n=1 Eenzaamheidsschaal De Jong Gierveld: n=1	n=5 SSL-D: n=3 SSL-I: n=2 De Jong Gierveld: n=1 Crisis support scale: n=1
Verslaving	n=0	n=1 CIDI: n=1
Algemene gezondheid / welbevinden / ervaren gezondheid	n=6 SF-12: n=5 MHI-5: n=2 GHQ-12: n=2 RAND-36: n=1	n=9 RAND-36: n=6 SF-12: n=2 GHQ-12: n=1 CBS single item: n=1

Concept	Basisset (n=10)	Uitgebreid onderzoek (n=10)
	EQ-5D: n=1 WHOQOL: n=1	WHOQOL: n=1
Dissociatie /acute stress stoornis	n=3	n=1
	PDEQ: n=3 Impact: n=2	PDEQ: n=1 Impact: n=1
Ervaren vermoeidheid	n=1	n=1
	CIS: n=1	CIS: n=1
Blootstelling aan psychotrauma	n=4	n=3
	Trauma-exposuurelijst: n=4	Trauma-exposuurelijst: n=3
Manieren van coping	n=0	n=3
		Locus of control lijst: n=2 Rotter's: n=1
Aanwezigheid chronische ziekten	Niet voorgelegd in 2 ^e ronde welke vragenlijst hiervoor te gebruiken	Niet voorgelegd in 2 ^e ronde welke vragenlijst hiervoor te gebruiken
Traumagerelateerde klachten (verwonding, verbranding)	Niet voorgelegd in 2 ^e ronde welke vragenlijst hiervoor te gebruiken, maar is ook rampgeneriek	Niet voorgelegd in 2 ^e ronde welke vragenlijst hiervoor te gebruiken, maar is ook rampgeneriek
Medische- en psychosociale hulp in verleden	Niet voorgelegd in 2 ^e ronde welke vragenlijst hiervoor te gebruiken	Niet voorgelegd in 2 ^e ronde welke vragenlijst hiervoor te gebruiken
Neuropsychologische klachten	n=0	n=1
		CIS-concentratie: n=1
Impact van de ramp	Niet voorgelegd in 2 ^e ronde welke vragenlijst hiervoor te gebruiken, maar is (deels) ook rampgeneriek	Niet voorgelegd in 2 ^e ronde welke vragenlijst hiervoor te gebruiken, maar is (deels) ook rampgeneriek
Dagelijks functioneren	Niet voorgelegd in 2 ^e ronde welke vragenlijst hiervoor te gebruiken, maar deels wordt dit gevraagd in kwaliteit van leven instrumenten	Niet voorgelegd in 2 ^e ronde welke vragenlijst hiervoor te gebruiken, maar deels wordt dit gevraagd in kwaliteit van leven instrumenten
Slaapkwaliteit	n=2	n=6
	Groninger Slaap Kwaliteitsschaal: n=2	SCL-90 subschaal slaap: n=6 Groninger Slaap Kwaliteitsschaal: n=1
Overig (boosheid, pijn, acute stress)	n=2 noemt Anger als vragenlijst om mee te nemen	n=2 noemt Anger als vragenlijst om mee te nemen
		n=2 noemt Algemene Self-efficacy schaal

Tijdstip van psychosociaal gezondheidsonderzoek

Ten aanzien van de timing van psychosociaal gezondheidsonderzoek na rampen bestaat weinig consensus. De experts waren het niet met elkaar eens over het ideale tijdstip waarop een compacte of een uitgebreide set van vragenlijsten en eventuele vervolgmeting afgenomen moeten worden. Om inzicht te geven in de meningen zijn deze hieronder vrij uitvoerig weergegeven.

Voor- en nadelen onderzoek op zeer korte termijn (binnen 48 uur)

Een deel van de forumleden betwijfelt of op zeer korte termijn (binnen 48 uur na een ramp) psychosociaal gezondheidsonderzoek moet worden gestart. De argumenten zijn in de tekstbox 1 weergegeven.

Tekstbox 1 Voor- en nadelen onderzoek op zeer korte termijn

Voor- en nadelen onderzoek op zeer korte termijn

Ja, er zijn nadelen van psychosociaal onderzoek op zeer korte termijn, namelijk/als (door 4 van de 10 personen genoemd):

- Onderzoek niet gedreven door theorievorming en daardoor niet selectief wordt gemeten c.q. mensen onnodig belast worden met vragen die er weinig toedoen.
- Er geen klinische/zorg implicaties aan verbonden zijn: als je mensen identificeert met een hulpvraag moet daar ook aan tegemoet gekomen worden.
- Risico op hertraumatisering.
- Kan gevoel geven van vervreemding, miskenning als individu.
- Eerste opvang moet praktisch zijn. Vastleggen klachten in vragenlijst kan verkeerde verwachtingen wekken. Je meet alleen acute stressreacties. Het lange termijn verloop is veel interessanter.

Nee, er zijn geen nadelen, maar (door 3 van de 10 personen genoemd):

- Personen moeten goed ingelicht worden over wat het gezondheidsonderzoek inhoudt en duidelijk maken dat onderzoek geen zorg is. Anders loop je het risico dat men zich in de steek gelaten voelt.
- Mogelijk nadeel zou kunnen zijn dat mensen denken dat er schade aan hun gezondheid zal zijn, want anders zou het onderzoek niet gedaan worden. Echter, mensen denken toch al dat hun gezondheid schade ondervindt van een ramp. Dus dat nadeel vervalt.
- Onderzoek moet op verantwoorde manier uitgevoerd worden. Als de getroffene de onderzoeker kent, is er een vertrouwensband op te bouwen en zal onderzoek naast zorg geaccepteerd worden. Dit is echter moeilijk realiseerbaar bij grote groep slachtoffers.

Overige opmerkingen (door 2 van de 10 personen genoemd):

- Een aantal mensen zal het als niet prettig ervaren om direct na de ramp een vragenlijst in te moeten vullen; anderen zien het mogelijk wel als een vorm van aandacht. Het is de vraag of je kort na een ramp wel met een vragenlijst moet werken. Een interview werkt mogelijk beter, zodat men zijn/haar verhaal kwijt kan. Dit geeft echter wel logistieke problemen bij grote groepen slachtoffers.
- Kort na ramp (binnen 48 uur) een vragenlijst afnemen geeft sowieso logistieke problemen o.a. exacte samenstelling vragenlijst (iedere ramp is uniek dus er zullen altijd ramp-gerelateerde vragen bij moeten), drukgereed maken en drukken van vragen, organisatie hulp inloopcentra waar mensen met vragen terechtkomen.
- Direct onderzoek starten kan laten zien dat je mensen serieus neemt, maar het kan ook zo zijn dat mensen vinden dat ze wel wat anders aan hun hoofd hebben.

Timing psychosociaal onderzoek met compacte basisset

Over het tijdstip na een ramp waarop een eerste onderzoek naar psychosociale gevolgen zou kunnen plaatsvinden, lopen de meningen van de forumleden uiteen van 1 tot 8 weken. Het zou dan gaan om onderzoek met een compacte set vragenlijsten. Het tijdstip van onderzoek hangt van het doel van het onderzoek af. Betreft het bijvoorbeeld een screening of baseline meting van gezondheidsonderzoek? Daarnaast spelen logistieke overwegingen een rol. Is het bijvoorbeeld wel mogelijk om binnen een week al onderzoek uit te zetten? Andere overwegingen die door de deskundigen worden gegeven zijn de aard van de ramp en de mate van blootstelling. De argumenten zijn in de tekstbox 2 geïnventariseerd.

Tekstbox 2 Timing psychosociaal onderzoek met compacte basisset

Timing psychosociaal onderzoek met compacte basisset

- enkele tot 10 dagen na de ramp.
 - o Individuele zorgbehoefte in kaart brengen. Mensen melden zich over het algemeen laat bij de zorginstanties.
 - o Uit eerder onderzoek is bekend dat er vanaf dag 10 een differentiatie optreedt in post-traumatische klachten tussen degenen met en zonder latere chronische klachten. Met name vermijdingsstrategieën kunnen dan toenemen; selectiebias wordt dan dus een probleem
- 1 week na de ramp
 - o gezien de extra inzet die er nog zal zijn
- 2-4 weken na de ramp.
 - o Gebruik van onderzoek als screening. Voor opvang en het meten acute effecten zo vroeg mogelijk. Maar daar moeten dan ook consequenties op individueel niveau uit getrokken worden.
 - o Onderzoek als een soort van baseline meting langer wachten (na 1-1,5 maand)
- 4 weken na de ramp.
 - o Dit hangt af van de beoogde doelen en van de aanleiding om onderzoek te verrichten.
- 4 a 5 weken na de ramp.
 - o Wanneer de gegevens voorradig zijn categorieën maken van verschillende mate van exposures en hier een termijn wanneer onderzoek start aan vastknopen.
 - o Zijn exposure gegevens niet aanwezig dan na de bovenstaande termijn voorzichtig oriënterend opbellen en vragen naar de participatie mogelijkheden en bereidwilligheid van de getroffen. Uitgaande van een persoon die lichte verwondingen heeft en niet zijn huis of bekenden is kwijtgeraakt zou ik zeggen 4 a 5 weken. Ik denk dat die tijd gemiddeld wel nodig is om te herstellen van een lichte verwonding en om bij jezelf te bemerken of veranderingen in je psychosociale conditie hebben plaatsgevonden. De tijd voor de termijn kun je ondermeer benutten door te inventariseren wie er allemaal in je onderzoek geïncludeerd moeten worden en het opzetten van de onderzoekssetting.
- 6 weken na de ramp.
 - o Na 6-12 weken is de eerste stressreactie voorbij. Het is belangrijk aandacht te besteden aan voortgaande traumatisering. Als personen bijvoorbeeld gewond zijn geraakt, of hun woonruimte hebben verloren ligt het einde van de traumatisering ruimschoots na het feitelijke moment van de ramp.
- 8 weken na de ramp.
 - o Veel hangt af van de aard van de ramp. Ervaring met brandwondenslachtoffers opgenomen in een brandwondencentrum leert dat je 1 week na opname reeds van start kunt gaan met onderzoek in de vorm van een interview. Dit heeft waarschijnlijk ook wel weer te maken met het feit dat het een bekend persoon is die het onderzoek doet. Dit is mogelijk te vroeg als mensen enkel d.m.v. (onpersoonlijke) vragenlijsten ondervraagd worden. 8 weken lijkt me dan minimaal.

Timing psychosociaal onderzoek met uitgebreide set

Ook ten aanzien van de vraag wanneer op z'n vroegst een uitgebreide set vragen voor onderzoek gebruikt zou kunnen worden lopen de meningen zeer uiteen van 1 week tot 6 maanden na de ramp (tekstbox 3). Een deel van de forumleden vindt dat er op relatief korte termijn al een uitgebreide vragenlijst gebruikt kan worden, terwijl anderen dan nog een compacte lijst geïndiceerd vinden.

Tekstbox 3 Timing psychosociaal onderzoek met uitgebreide set

Timing psychosociaal onderzoek met uitgebreide set

- enkele tot 10 dagen na de ramp.
 - o D.w.z. selectief onderzoek dat zich beperkt tot de beste voorspellers van latere klachten. Daar is inmiddels het een en ander over bekend.
- 1 week na de ramp
- 4 weken na de ramp.
 - o Na 4 weken kunnen symptomen van acute stress goed beoordeeld worden. Deze vormen een belangrijke voorspeller van posttraumatische stress.
- 3 maanden na de ramp.
 - o Er bestaat dan een beter beeld van typische PTSS-symptomen, een syndroom dat bij rampen toch wel een rol speelt. Bovendien kunnen problemen van lichamelijke aard zich mogelijk uittekenen.
 - o Na 6-12 weken is de eerste stressreactie voorbij. Het is belangrijk aandacht te besteden aan voortgaande traumatisering. Als personen bijvoorbeeld gewond zijn geraakt, of hun woonruimte hebben verloren ligt het einde van de traumatisering ruimschoots na het feitelijke moment van de ramp.
- Ongeveer 6 maanden na de ramp?
 - o Een termijn waarbij een indicatie gegeven kan worden over problemen met de verwerking van de ramp. Eerste maanden horen veel klachten bij een normale verwerking.
- ? weken / maanden na de ramp.
 - o Situatie afhankelijk, maar ongeveer 6 maanden na de ramp

Vervolgmetingen met uitgebreid meetinstrumentarium

Ook ten aanzien van vervolgmetingen na een eerste meting met een uitgebreide vragenlijst lopen de meningen sterk uiteen (zie tekstbox 4). De volgende termijnen worden voorgesteld:

- o 2^e meting 1 maand tot 1 jaar na 1^e meting
- o 3^e meting 3 maand tot 3 jaar na 2^e meting
- o ook vervolgmetingen 5 tot 10 jaar later kunnen geïndiceerd zijn.

Overwegingen die bij de experts meespelen liggen op het terrein van veranderingen die er (op grond van literatuur) verwacht kunnen worden in gezondheidsgevolgen en de doelstelling van het onderzoek. Veel later na een ramp kan ook de doelstelling van het onderzoek en daarmee de inhoud van de instrumenten veranderen. Het doel kan bijvoorbeeld eerst zijn om gezondheidsgevolgen en zorggebruik in kaart te brengen, en in een later stadium de satisfactie van de mensen met de geboden zorg te evalueren. Sociale steun zal na verloop van tijd een

belangrijker item worden dan direct na de ramp. Bij het uitvoeren van follow-up onderzoek is het verder van belang of meetinstrumenten veranderingen kunnen meten.

Tekstbox 4 Vervolgmetingen met uitgebreid meetinstrumentarium

Vervolgmetingen met uitgebreid meetinstrumentarium

- 2^e meting: 1 maand na 1^e meting; 3^e meting: 3 of 6 maanden na 2^e meting.
 - o Zowel acute als chronische klachten worden zo in kaart gebracht. Dit is van belang aangezien verschillende processen een rol blijken te spelen bij het ontstaan en het instandhouden van post-traumatische stress klachten.
- 2^e meting: 2-3 maanden na 1^e meting; 3^e meting: 6 maanden na 2^e meting.
 - o In verband met de bijsturing van de nodige zorg, kan dit alleen wanneer het pakket beperkt is en sterk geautomatiseerd verwerkt kan worden
- 2^e meting: 12 maanden na 1^e meting; 3^e meting: 24 maanden na 2^e meting
 - o Het hangt er vanaf wat je wilt meten. Je zou je in de termijnen die je hanteert, kunnen laten leiden door criteria die gesteld worden aan het maken van een diagnose uit de DSM-IV.
 - o Anderzijds kun je in verband met de herkenbaarheid van de items voor patiënten het beste wel wat tijd reserveren tussen de metingen. Je kunt je afvragen of het niet verstandig is om op de lange termijn ook wat inventarisatiestudies onder slachtoffers te houden.
 - o Een van de zaken waar getroffen en van de Bijlmerramp tegenaan liepen is het gegeven dat ze op een gegeven moment (na circa 5 jaar) geacht werden om geen problemen meer te hebben met de ramp. Misschien moet je ook een lange termijn meting inlassen om te kijken hoe het met de slachtoffers na bijvoorbeeld 6 jaar is.
- 2^e meting: ? weken / maanden na 1^e meting; 3^e meting: ? weken / maanden na 2^e meting.
 - o Geen uitgesproken mening, ook weer afhankelijk maken van effecten, ervaringen hulpverleners etc
- 2^e meting: 5 maanden na 1^e meting; 3^e meting: 36 maanden na 2^e meting
 - o longitudinaal onderzoek is gewenst. Na zes maanden kan PTSS beoordeeld worden, maar vaak komt dit ook pas later naar voren. Vervolgonderzoek na vijf jaar en tien jaar is in dit opzicht gewenst.
- 2^e meting: 6 maanden na 1^e meting; 3^e meting: 12 maanden na 2^e meting.
 - o Zeker bij brandwonden doen er zich het eerste jaar nogal wat veranderingen voor op lichamen gebied die mogelijk de psychische toestand beïnvloeden. Een jaar na het ongeval treedt een zekere stabiliteit op. Echter, een nameting na 2 jaar, lijkt me ook nog wel aangewezen.
- 2^e meting: 3 maanden na 1^e meting; 3^e meting: 6 maanden na 2^e meting.
 - o Naarmate de tijdsperiode langer na de ramp ligt, zal er minder verandering optreden en kan de termijn tussen metingen langer zijn.

6. Samenvatting resultaten

Hoewel de experts op verschillende punten niet unaniem zijn, zijn in tabel 7 de resultaten tot nu toe samengevat. Hierbij zijn alleen die concepten opgenomen die door 30% of meer van het forum genoemd zijn en daarbij het meest genoemde meetinstrument.

Tabel 7. Samenvattende tabel concepten, vragenlijsten en tijdstip van onderzoek

Tijdstip		Compacte basisset 1-8 weken	Eerste uitgebreide set / Vervolgmetingen 1 ^e uitgebreide set: 3-6 maanden vervolgmetingen: jaren
	Concepten	PTSS-symptomen Algemene gezondheid; Blootstelling aan psychotrauma ASD/ dissociatie/ peritraumatische distress; Depressie;	Algemene gezondheid; Angst; Lichamelijke klachten; Slaapkwaliteit; PTSS-symptomen; Sociale steun; Zorgbehoefte/ zorggebruik; Depressie; Blootstelling aan psychotrauma (indien niet eerder gemeten); Coping
	Instrumentarium	SVL; SF-12; Trauma-exposurelijst; PDEQ; Meerdere depressie vragenlijsten	SF-36; SCL-90; SVL; SSL; Un-met-needs; Trauma-exposurelijst (indien niet eerder gemeten); Meerdere coping-instrumenten

7. Discussie

Argumenten vóór en tegen gezondheidsonderzoek na rampen

Hoewel de meeste forumleden die deelnamen aan de tweede ronde van mening waren dat gezondheidsonderzoek na een ramp noodzakelijk was, gaf één derde van de forumleden een aantal overwegingen waarom onderzoek niet geïndiceerd zou kunnen zijn (zie tekstbox 5).

Tekstbox 5. Argumenten vóór en tegen gezondheidsonderzoek na rampen

Argumenten vóór en tegen gezondheidsonderzoek na rampen

Argumenten vóór (door 7 van de 10 personen genoemd):

- in kaart brengen individuele zorgbehoefte
- ten behoeve van wetenschappelijke doelen (om behandelingen te ontwikkelen; kennis over het beloop van gezondheidsklachten na rampen)
- van dergelijk onderzoek gaat een preventieve werking uit wat betreft psychische problematiek
- in kaart brengen gezondheidseffecten
- mensen het gevoel geven dat problemen serieus genomen worden
- om gerichte therapie aan te kunnen bieden; zorgvoorzieningen op maat spelen vaak een rol bij rampen
- anticiperen op latere vragen van mensen ten aanzien van hun gezondheid door vanaf het begin gegevens over de gezondheidstoestand vast te leggen.
- Onderzoek is altijd gewenst, maar dat moet wel altijd met vragenlijsten gebeuren
- Afhankelijk van doel: wetenschappelijk motief is er altijd wel te geven

Argumenten tegen (door 3 van de 10 personen in de 2^e ronde genoemd):

- Afhankelijk van het doel: beleidsmatig of zorginhoudelijk hoeft er geen motief voor onderzoek te zijn.
- Puur wetenschappelijk doel of opsporing mensen met verhoogd risico? Hulp en begeleiding moeten voorop staan, onderzoek vormt daar een aanvulling op.
- Niet automatisch noodzakelijk. Je moet criteria vaststellen wanneer een gezondheidsonderzoek gewenst zou zijn (bijvoorbeeld bij twijfel of er schadelijke stoffen zijn vrijgekomen).
- Uitkijken voor 'overtreatment'. Standaard vragenlijsten afnemen kan een vorm van 'overtreatment' zijn. Termijn inbouwen voor natuurlijk herstel.
- Niet automatisch noodzakelijk. Eventueel wel opsporing risicopersonen, zodat je actief hulp kan aanbieden. Eerder aandacht voor goede inrichting van de hulp dan onderzoek.

Opmerkingen naar aanleiding van de resultaten

- Een aantal factoren die in de literatuur als mogelijke voorspellers voor chronische gezondheidsklachten na rampen worden genoemd, bijvoorbeeld psychiatrische voorgeschiedenis of kenmerken van getroffenheid (bijv. huis en/ of dierbare verloren), zijn tegen de verwachting in niet door de experts genoemd.
- Er bestaat een spanning tussen enerzijds het meten van psychosociale aspecten van gezondheid kort na de ramp (binnen 48 uur) en onderzoek in een later stadium (1-8 weken na de ramp). In de 2e vragenlijst die aan de experts werd voorgelegd, werd gesproken van een compacte basisset van vragenlijsten die binnen 48 uur zou kunnen worden afgenomen. Volgens een aantal forumleden is dit logistiek alleen al niet haalbaar (zie ook textbox 1). Echter, een voordeel van onderzoek binnen 48 uur, is dat het met eventuele ander

onderzoek, bijvoorbeeld toxicologisch onderzoek, kan worden gecombineerd. Hiermee wordt voorkomen dat getroffen personen meerdere malen worden benaderd voor gezondheidsonderzoek.

Beperkingen van deze inventarisatie

Om pragmatische redenen is gekozen deze inventarisatie te beperken tot vragenlijstonderzoek bij volwassenen. Naast onderzoek bij volwassenen zou ook aandacht moeten worden besteed aan kinderen, adolescenten, ouderen, niet-Nederlands sprekende getroffen personen en getroffen personen met brandwonden. Andersoortig onderzoek zoals monitoring bij zorgverleners, interviews of individueel onderzoek zijn niet besproken. Zoals eerder gezegd, is het van belang op te merken dat verschillende typen onderzoek naast elkaar kunnen en moeten voorkomen. Dit versterkt en verruimt de resultaten en de uitkomsten van de onderzoeken, vooral die met betrekking tot de nazorg. Onderzoek door middel van vragenlijsten kent een aantal beperkingen. De antwoorden zijn altijd gebaseerd op zelfrapportage, dit kan een nadeel zijn, en leidt soms tot overrapportage van gezondheidsklachten. Daarnaast kan op basis van een vragenlijst nooit een diagnose worden gesteld, daarvoor is altijd beoordeling door een deskundige noodzakelijk. Het grote voordeel van vragenlijsten is de mogelijkheid relatief snel en voordelig onderzoek te doen bij grote groepen mensen.

Tot slot is de experts gevraagd welke vragenlijstinstrumenten bij gezondheidsonderzoek na alle typen rampen kunnen worden ingezet. Er is dus niet gevraagd om de concepten te beoordelen naar verschillende ramptypen. Het kan echter zijn dat sommige concepten of instrumenten beter wel of juist niet na een bepaald ramptype kunnen worden ingezet.

Mogelijk vervolg van de forumdiscussie

De volgende vragen zijn in dit forum niet aan de orde gekomen, en kunnen in vervolgstappen geïnterviewd worden:

- Welke meetinstrumenten zijn geschikt voor individuele screening; welke zijn alleen bruikbaar voor gezondheidsonderzoek op groepsniveau?
- Kunnen dezelfde vragenlijstinstrumenten voor andere groepen, bijvoorbeeld kinderen of allochtonen worden gebruikt? Welke aanpassingen van de vragenlijstinstrumenten zijn er nodig?
- Welk instrumentarium anders dan vragenlijsten heeft in welke situatie de voorkeur?
- Leiden verschillende typen rampen tot verschillend instrumentarium voor het meten van psychosociale aspecten van gezondheid na rampen?

In 2004 zullen vervolgstappen gezet worden om deze inventarisatie verder te ontwikkelen en gezondheidsonderzoek na rampen verder voor te bereiden.

Referenties

- (1) Ale B. Ons overkomt dat niet. Inaugurale rede. 17-9-2003.
- (2) van Kamp I, van der Velden PG. Vuurwerkramp Enschede: Lichamelijke en geestelijke gezondheid en ervaringen met de ramp; rapportage van het gezondheidsonderzoek. 2001.
- (3) Ministerie van BZK. Leidraad maatramp. 1-125. 2000. Den Haag.
- (4) Weisaeth L. Disasters: psychological and psychiatric aspects. In: Goldberger L, Breznitz S, editors. Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. 2nd ed ed. New York: The Free Press; 1993. 591-616.
- (5) IJzermans CJ, van der Zee J. Gezondheidsklachten en de vliegcrash Bijlmermeer. 1999. Amsterdam, AMC/ NIVEL.
- (6) Velden Pvd, Eland J, Kleber R. Handboek voor Opvang na Rampen en Calamiteiten. 4 ed. Uitgeverij Schouten & Nelissen; 2002.
- (7) Vasterman.P. Mediahype. Amsterdam: Aksant; 2004.