



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Screeningsvragenlijst na incidenten met schadelijke stoffen

RIVM briefrapport 200000002/2013
A. Dusseldorp et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Screeningsvragenlijst na incidenten met schadelijke stoffen

RIVM Briefrapport 200000002/2013
A. Dusseldorp et al.

Colofon

© RIVM 2013

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

A. Dusseldorp, A. van Overveld, I. van Kamp, P.G. van der Velden¹, C.L. van den Brink, C.J. Yzermans²

Contact:
cgm@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van VWS, in het kader van V/2000000/01 Ondersteuning GGD'en

¹ INTERVICT

² NIVEL

Rapport in het kort

Screeningsvragenlijst na incidenten met schadelijke stoffen

Na een incident met schadelijke stoffen kan het gewenst zijn om op korte termijn informatie te verzamelen over de getroffenen, hun eventuele gezondheidsklachten en de behoefte van betrokkenen aan zorg. Het gaat hierbij vooral om inzicht in de aard van de klachten en hoeveel mensen daar last van hebben. Om dit inzicht snel en relatief eenvoudig te kunnen verkrijgen is op verzoek van de GGD'en een screeningsvragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst kan tot twee weken na een incident worden ingezet.

De screeningsvragenlijst is een basisinstrument. Afhankelijk van het incident moeten enkele vragen worden aangepast aan de specifieke situatie. De vragenlijst kan op verschillende manieren worden afgenomen, schriftelijk, telefonisch en/of per internet. Momenteel wordt bekeken op welke manier de vragenlijst per internet beschikbaar kan worden gesteld, zodat een snelle verzameling en analyse van de gegevens mogelijk is. Inzet van een standaardvragenlijst als deze draagt bij aan de vergelijkbaarheid van gegevens met andere incidenten.

Voor de totstandkoming van de screeningsvragenlijst zijn experts geraadpleegd die kennis hebben van onderzoek na incidenten en rampen, evenals deskundigen die ervaring hebben met de inzet van een gezondheidsonderzoek na rampen en incidenten. Advies over het wel of niet inzetten van de screeningsvragenlijst kan worden ingewonnen bij de Expertgroep Nazorg van het RIVM. De tool is namelijk niet voor elk incident een geschikt middel om de gevolgen ervan in kaart te brengen.

Trefwoorden: Gezondheidsonderzoek, incidenten, GGD, nazorg

Abstract

Rapid Assessment Tool for incidents involving hazardous substances

In the aftermath of an incident involving hazardous substances it may be desirable to rapidly collect information into health status and needs of the affected population. The main information needed are the types of health complaints and the number of people affected. To enable rapid overview and evaluation, an assessment tool was developed, commissioned by the Dutch Municipal Health Authorities (GGD's). It can be used in a period of 2 weeks after an incident.

This rapid assessment tool serves as a starting point; depending on the specific incident, some questions should be adapted. The survey can be conducted in different ways; written, by phone and/or on the internet. Currently, it is investigated how to make the tool available on internet, to support rapid collection and analysis of the data. Using such a standardized tool makes it possible to compare results from different incidents.

In order to compose this rapid assessment tool, experts in the field of health surveys in the aftermath of incidents and disasters were asked for advice. RIVM's Expert panel on this topic can be consulted on the decision to use the tool following a specific disaster. Per case it needs to be carefully evaluated what is the best way to get insight into the consequences of the specific incident for the affected population.

Key words; Health survey, incidents, GGD, follow-up care

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Achtergrond	7
1.2	Doel van de vragenlijst	7
1.3	Samenstelling vragenlijst en advies van de Expertgroep Nazorg	8
1.4	Begeleidingscommissie	8
2	Screeningsvragenlijst	9
3	Achtergrond bij de vragenlijst	16
3.1	Uitgangspunten en eerdere ervaringen	16
3.2	Toelichting op de vragen	16
4	Beschikbare referentiecijfers	20
5	Referenties	25
	BIJLAGE A. VERKENNENDE FASE	28
	BIJLAGE B. BELANGRIJKSTE VERSCHILLEN MET DE RAPID REGISTRY	31

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In 2008 is een overzicht verschenen van vragenlijsten over algemene en psychosociale gezondheid, die gebruikt kunnen worden na rampen en incidenten (Grievink e.a. 2008). Na een ramp moet snel duidelijk zijn welke vragenlijsten geschikt zijn voor gezondheidsonderzoek. Bij de selectie van de vragenlijsten voor het overzichtsrapport is onder andere gelet op de validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijstinstrumenten en de beschikbaarheid van Nederlandse referentiegegevens.

De vraag die aan het begin van dit project op tafel lag, was of en op welke manier het rapport uit 2008 een update zou moeten ondergaan om aan te sluiten bij behoeften uit de praktijk. Daartoe is in een verkennende fase een aantal gesprekken gevoerd met GGD medewerkers die te maken hebben gehad met een incident en met een aantal andere experts. Hieruit kwamen de volgende aanbevelingen naar voren:

- Leg de prioriteit voor het voorbereiden van vragenlijsten bij de acute fase na een incident. Daarvoor zouden modules met vragen op de plank moeten liggen, inclusief referentiecijfers en methoden voor de verwerking, tools om deze af te nemen en begeleidende teksten.
- Zorg voor goede inhoudelijke begeleiding en een duidelijk aanspreekpunt bij het geven van een advies over gezondheidsonderzoek door de Expertgroep Nazorg van het RIVM.
- Beschouw het overzicht van de vragenlijsten uit 2008 als naslagwerk voor experts.

De details van deze verkennende fase zijn weergegeven in bijlage A.

Op grond van deze aanbevelingen is in samenspraak met de begeleidingscommissie (zie paragraaf 1.4) besloten om te beginnen met het vaststellen van een screeningsvragenlijst die binnen twee weken na een incident kan worden afgenomen. Parallel is de handreiking GOR opgesteld (Yzermans et al., 2013); de screeningsvragenlijst is daarin als instrument genoemd. Tevens wordt daar een aantal algemene aspecten behandeld, zoals typen en doelen van gezondheidsonderzoek, privacy-aspecten en METC aanvragen.

1.2 Doel van de vragenlijst

Deze screeningsvragenlijst is bedoeld om te gebruiken na incidenten waarbij schadelijke stoffen zijn vrijgekomen (of een vermoeden daarvoor bestaat) en waarbij men snel inzicht wil krijgen in de getroffen populatie, welke klachten er zijn en wat mensen hebben meegemaakt.

Meer specifiek is het doel van de vragenlijst:

1. Zo snel mogelijk de aard en omvang van de gevolgen in kaart brengen, door vast te stellen
 - wie de betrokkenen/getroffenen zijn;
 - wie wanneer en in welke mate mogelijk werd blootgesteld aan (schadelijke) stoffen en/of geconfronteerd is met verwoesting en/of gewonden/doden;
 - welke gezondheidsklachten of behoefte aan zorg betrokkenen hebben.

2. Erkenning bieden aan getroffen en.

De resultaten van de screening bieden aanknopingspunten om de zorg voor getroffen en zo goed en snel mogelijk vorm te kunnen geven (Van der Velden et al. 2006).

1.3 Samenstelling vragenlijst en advies van de Expertgroep Nazorg

De vragenlijst is tot stand gekomen op grond van de Rapid Registry, een eerder ontwikkeld instrument, en de daarmee opgedane ervaring bij de brand in Moerdijk (zie bijlage B). De vragenlijst bestaat uit standaardmodules, die niet altijd allemaal van toepassing zijn. Door het inzetten van deze modules ontstaat vergelijkbaarheid met uitkomsten die verkregen zijn bij eerder onderzoek, al dan niet bij incidenten. Daarom is het van belang de vragen onveranderd op te nemen, uitgezonderd de vragen waarvoor is aangegeven dat ze per incident anders kunnen zijn.

Het is aan te raden om advies te vragen bij de Expertgroep Nazorg van het centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM. Zij kan adviseren over nut en noodzaak van het inzetten van deze vragenlijst bij het betreffende incident, ook in relatie met andere activiteiten binnen de respons op het incident. Het cGM zou graag de ervaringen met de inzet van de vragenlijst vernemen, zodat waar nodig de werkwijze of de vraagstellingen kunnen worden aangepast.

1.4 Begeleidingscommissie

Om de aanbevelingen uit de verkennende fase (zie paragraaf 1.1) op te volgen en de wensen te prioriteren, is een begeleidingscommissie samengesteld. De leden hiervan hadden praktijkervaring of een expert-rol ten aanzien van (nazorg bij) incidenten en vragenlijsten. Tevens is bij de samenstelling rekening gehouden met vertegenwoordiging uit de verschillende GGD-regio's, alsmede vertegenwoordiging vanuit zowel medische milieukunde (MMK), Psychosociale Hulpverlening (PSH), Gezondheidsonderzoek bij Rampen (GOR) en epidemiologie. De commissie zag er als volgt uit:

- M. Peppelenbos GGD IJsselland
- B. Rozema GGD Amsterdam
- H. Thielen GGD Hollands Midden
- I. van Veggel GGD Hart voor Brabant
- A. Rietdijk GGD Fryslân

De vragenlijst is ook ingevuld en besproken met de deelnemers van de kenniskring GOR in april 2013 en ingevuld door vijf personen die niet bekend zijn met het onderwerp GOR. Dit om de begrijpelijkheid van de vragen te testen. Dat heeft nog tot enkele tekstuele wijzigingen geleid.

2 Screeningsvragenlijst

Hieronder wordt de inhoud van de vragenlijst integraal weergegeven. De achtergronden bij de vragen staan beschreven in hoofdstuk 3.

Het betreft standaardvragen die in zijn geheel dienen te worden opgenomen om vergelijkbaarheid met referentiecijfers of andere incidenten mogelijk te maken. Een uitzondering zijn de gearceerde vragen. Dat zijn vragen die per incident mogelijk andere antwoord categorieën behoeven (een voorbeeld is dat er bij een incident waarbij geen dodelijke slachtoffers zijn gevallen, niet gevraagd moet worden of er bekenden zijn overleden). Tevens kunnen incidentspecifiek eventueel vragen worden toegevoegd. Het verdient daarbij aanbeveling advies te vragen van de Expertgroep Nazorg (zie ook paragraaf 1.3.).

SCREENINGSVRAGENLIJST

NB. de gearceerde vragen dienen te worden aangepast per incident!

INLEIDING DOOR INTERVIEWER

(Indien van toepassing)

Interviewer stelt zich voor; ik ben van [gemeente/GGD]. Ik wil u namens [gemeente(n)/naam burgemeester] graag een aantal vragen stellen over de gevolgen van [XXX HET INCIDENT³] waar u bij betrokken bent geweest. Wij proberen een beeld te krijgen van problemen om de zorgverlening, ondersteuning en informatievoorziening van de gemeente hier zo goed mogelijk op aan te laten sluiten.

Het afnemen van de vragenlijst zal ongeveer [XXX] minuten duren. Op dit moment kan ik u niet direct ondersteuning bieden, wel kan ik u eventueel verder helpen door:

- u door te verwijzen naar de juiste hulpinstanties;
- uw vragen en of problemen door te spelen aan de juiste instanties.

Uw gegevens zullen vertrouwelijk (anoniem) behandeld worden. Dit betekent dat uw gegevens niet zonder uw toestemming voor andere doeleinden dan dit onderzoek gebruikt zullen worden.

³ Kies het meest passende: het incident, de ramp, het ongeval, de brand,

VUL DIT IN OP ALLE PLAATSEN WAAR [XXX HET INCIDENT] STAAT IN DEZE VRAGENLIJST

BASISGEGEVENS

Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

Wat is uw geboortjaar?

Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

A. BETROKKENHEID, WAARNEMINGEN

De volgende vragen gaan over uw betrokkenheid bij [XXX HET INCIDENT] op [XXX datum].

A1. Was u tussen [XXX tijdstip 1] en [XXXtijdstip2] in [XXXgebied/plaats incident beschrijven]?

- Nee [ga naar vraag A3]
- Ja

A2. Waar was u tijdens of kort na [XXX HET INCIDENT]?

- Binnen in een huis of gebouw
- Binnen in een auto of ander voertuig
- Buiten
- Anders, namelijk

A3. Hoe was u betrokken bij [XXX HET INCIDENT]?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- als bewoner
- als werknemer, werkgever of zelfstandige
- als hulpverlener
- als voorbijganger of bezoeker in het gebied (bijv. toerist, werkbezoek, familiebezoek)
- anders, namelijk:

[Vraag A4 wordt alleen gesteld aan bewoners in de omgeving van het incident, als er sprake is van beschadiging van woningen door het incident.]

A4. Indien u als bewoner bent betrokken: In welke mate is uw woning beschadigd door [XXX HET INCIDENT]?

- geen schade aan het woonhuis
 lichte schade die gemakkelijk *is/was* te herstellen
 zware schade die alleen door een bouwbedrijf *is/was* te herstellen of onduidelijk of het nog hersteld kan worden
 totale verwoesting van het woonhuis

A5. Bent u in de eerste uren na [XXX HET INCIDENT] met [XXX stoffen, nevel, rook, een bepaalde geur] in aanraking geweest?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ja, aan [XXX stoffen, nevel, rook]
 ja, aan een sterke geur
 ja, huidcontact met vloeistof of neergeslagen poeder
 nee
 weet niet

A6. Wat heeft u meegemaakt tijdens of kort na [XXX HET INCIDENT]?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik heb slachtoffer(s) gezien
 Ik heb de knal gehoord/ Ik heb de brand gezien/ ...
 Er zijn naasten (bekenden/familieleden) gewond geraakt
 Er zijn naasten (bekenden/familieleden) overleden
 Ik heb er (bijna) niets van gemerkt

B. GEZONDHEID EN ZORG**B1. Bent u zelf gewond geraakt tijdens het incident?**

- Nee
 Ja

B2. Heeft u in de eerste uren na [XXX HET INCIDENT] de volgende (pijn-)klachten gehad die met het incident te maken hadden?

Graag voor elke klacht ja óf nee aankruisen

	<u>Ja</u>	<u>Nee</u>
Ademhalingsklachten (vb hoesten, kortademig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huidklachten (vb jeuk, rode huid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorklachten (vb oorpijn, oorsuizen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oogklachten (vb prikkelen, tranen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maagdarmklachten (vb misselijk, diarree)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn op de borst, hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nek-/schouder/rugpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk		

B3. Welke medische zorg heeft u voor deze klachten of verwondingen ontvangen?*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Geen medische zorg voor nodig
- EHBO (zelf of door familie, vrienden, vrijwilligers)
- Behandeld door huisarts of huisartsenpost
- Langsgedaan op spoedeisende hulp
- Opgenomen in het ziekenhuis
- Anders, namelijk

B4. Heeft u op dit moment nog lichamelijke klachten die met het incident te maken hebben?

- Nee, ga naar B6
- Ja, namelijk

B5. Zo ja, bent u daarvoor in behandeling?

- Nee
- Ja

B6. Hoe is op dit moment over het algemeen uw gezondheid?

- Zeer goed
- Goed
- Gaat wel
- Slecht
- Zeer slecht

B7. Was u voor het incident al onder behandeling bij een arts of andere zorgverlener?

- Nee
- Ja, voor een chronische lichamelijke aandoening, nl.
- Ja, voor een psychisch probleem
- Ja, anders, namelijk.....

C. WELBEVINDEN

C1 De volgende vraag gaat over mogelijke klachten. Het gaat er hierbij steeds om **hoe U zich gedurende de afgelopen week, inclusief vandaag, voelde.**

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel erg
A Het gevoel in de put te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Gespannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2 Wilt u aangeven in welke mate u bezorgd bent over uw gezondheid in relatie tot het incident.

Wilt u dit aangeven door een cijfer van 0 tot en met 10 te omcirkelen, waarbij 0 betekent dat u helemaal niet bezorgd bent en 10 betekent dat u heel erg bezorgd bent.

Helemaal niet bezorgd ←-----→ Heel erg bezorgd

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

D. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

D1. Uit hoeveel personen bestaat het huishouden waar u toe behoort, uzelf meegerekend?

..... personen (indien 1, ga naar D3)

D2. Met welke personen woont u momenteel samen?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Met een partner/echtgenoot of echtgenote
- Met kind(eren) jonger dan 18 jaar
- Met kind(eren) van 18 jaar of ouder
- Met mijn ouder(s)
- Met een andere volwassene/andere volwassenen

D3. Heeft u de afgelopen 12 maanden vóór [XXX HET INCIDENT] moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?

- Nee, geen enkele moeite
- Nee, geen moeite, maar ik moet wel letten op mijn uitgaven
- Ja, enige moeite
- Ja, grote moeite
- Hier doe ik liever geen uitspraken over

E. AFSLUITING

E1. Heeft u momenteel behoefte aan medische zorg, hulpverlening of andere ondersteuning

- Nee, ga naar E3
- Ja

E2. Zo ja, aan welk type zorg of ondersteuning heeft u behoefte?

.....

.....

.....

.....

.....

E3. Heeft u nog iets aan te vullen op deze vragenlijst, iets dat u kwijt wilt over [XXX HET INCIDENT]?

.....

E4. Mogen we, als daar aanleiding toe is, in een later stadium contact met u opnemen voor verdere vragen betreffende uw gezondheid en behoefte aan zorg?

Ja, dan persoonlijke gegevens noteren (ga naar F)

Indien nee; kunt u aangeven waarom niet (facultatief)?

.....

F. PERSOONLIJKE GEGEVENS

Namen	
Achternaam	
Voorna(a)m(en) + voorletters	
Geboortedatum (D/M/J)	
Woonadres:	
Straatnaam + huisnummer	
Postcode	
Plaatsnaam	
Tijdelijke verblijfplaats: *	
Straatnaam + huisnummer	
Postcode	
Plaatsnaam	
Contactgegevens (bereikbaar) *	
Tel. 1	
Tel. 2	
Email	
Eventueel naam huisarts(-praktijk)	

Onze hartelijke dank voor uw medewerking.

MOGELIJKE AANVULLENDE MODULES

G. SCHUILEN

[XXX De volgende drie vragen G1, G2 en G3 worden alleen gesteld als er een advies was uitgebracht om naar binnen te gaan en ramen en deuren te sluiten.]

G1. Er was een advies uitgebracht om naar binnen te gaan en ramen en deuren te sluiten. Hoe snel heeft u het advies kunnen opvolgen?

- Binnen enkele minuten
- Binnen een uur
- Binnen enkele uren
- Ik was op de hoogte van het advies, maar heb het niet opgevolgd
- Ik was niet op de hoogte van het advies

G2. Bent u na het advies binnen gebleven totdat het advies was opgeheven?

- Nee
- Ja

G3. Indien u binnen was, heeft u toen de volgende zaken gedaan:

Als bijvoorbeeld de ramen al gesloten waren, vult u dan ook 'ja' in.

	<u>Ja</u>	<u>Nee</u>	<u>Weet niet</u>
Ramen gesloten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deuren gesloten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roosters gesloten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mechanische ventilatie uitgeschakeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. HULPVERLENERS

H1. Heeft u persoonlijke beschermingsmaatregelen genomen ten tijde van [XXX HET INCIDENT]?

	<u>Ja</u>	<u>Nee</u>
Adembescherming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oogbescherming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huidbescherming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk:.....		

3 Achtergrond bij de vragenlijst

3.1 Uitgangspunten en eerdere ervaringen

De vragenlijst 'rapid registry - brief questionnaire about exposure health and needs after disaster' (versie 3, 2010) is gebruikt als basis voor de screeningsvragenlijst. De rapid registry (RR) is opgesteld voor gebruik na een ramp en gebaseerd op een internationale review van screeningsvragenlijsten na rampen en de lijsten die werden afgenomen na de vuurwerkramp Enschede (Korteweg, 2010). De brand in Moerdijk op 5 januari 2011 is het eerste incident waarna (een groot deel van) de RR werd ingezet. De vragenlijst was via een aantal websites, waaronder die van de GGD'en, beschikbaar van 12 januari t/m 2 februari 2011. Mensen die gezondheidsklachten hadden die mogelijk veroorzaakt werden door de brand, zijn opgeroepen de screeningsvragenlijst in te vullen. De GGD heeft de resultaten gerapporteerd in een rapport (Franssen e.a. 2011).

De ervaringen met de RR in Moerdijk zijn gebruikt bij het (door)ontwikkelen van de screeningsvragenlijst. De belangrijkste verschillen van de screeningsvragenlijst met de RR zijn weergegeven in Bijlage A.

3.2 Toelichting op de vragen

Hieronder wordt toegelicht waarom de vragen zijn opgenomen, tenzij ze voor zich spreken. Referentiecijfers, voor zover bekend, zijn weergegeven in hoofdstuk 4.

A. BETROKKENHEID, WAARNEMINGEN

Met deze module kan de mate van blootstelling worden bepaald. Dit wordt gedaan omdat de gezondheidsklachten en zorgbehoeften van getroffen mensen kunnen samenhangen met eventuele blootstelling aan schadelijke stoffen of het zien/meemaken van schokkende dingen. Aan de hand van deze module kunnen risicogroepen voor het ontwikkelen van gezondheidsproblemen vastgesteld worden.

Vraag A2. Waar was u tijdens het incident?

Of iemand binnen of buiten was kan grofweg een verschil in blootstelling aan schadelijke stoffen (en mogelijk het zich bedreigd voelen) aangeven. Deze vraag is ontwikkeld voor het onderzoek dat volgde op de ontploffing van de vuurwerkopslag in Enschede, in 2000 (van Kamp en van der Velden, 2001)⁴.

Vraag A3. Hoe was u betrokken?

Antwoord op deze vraag geeft een indicatie van de impact van het incident. Op basis van deze informatie kunnen verschillende groepen getroffen mensen onderscheiden worden. Deze indeling hangt samen met ervaringen met het incident en de lichamelijke en geestelijke gezondheid na het incident (Van Kamp en van der Velden 2001, van Kamp e.a. 2006).

⁴ Bij de ontwikkeling van de vragen voor het Enschede onderzoek is gebruik gemaakt van de ervaring die is opgedaan bij de nasleep van de Bijlmerramp (het neerstorten van een vliegtuig op een flatgebouw in 1992). Deze zijn vastgelegd in de Protocollen Bijlmeronderzoek, 2000.

Vraag A4. In welke mate is uw woning beschadigd?

Schade aan huizen kan een gevolg zijn van grote incidenten of rampen, bijvoorbeeld door toedoen van explosies of overstromingen. Bij zware beschadigingen zullen bewoners zelfs moeten evacueren. Schade aan de huizen van getroffenen heeft financiële, materiële en in sommige gevallen ook psychische problemen als gevolg. Mensen waarvan het huis zwaar beschadigd was bleken 4 jaar na de Enschede-ramp vaker met gezondheidsproblemen te kampen dan mensen waarvoor dat niet zo was (Grievink e.a. 2004). Het sociale netwerk van mensen kan bedreigd worden als zij hun huis hebben moeten verlaten.

Vraag A4 is niet bij alle incidenten van toepassing, en kan dus eventueel worden verwijderd.

Vraag A5. Bent u in de eerste uren in aanraking geweest met rook/nevel/geur?

Deze vraag geeft aan of mensen mogelijk zijn blootgesteld aan schadelijke stoffen. Zelfgerapporteerde blootstelling is één van de manieren om inzicht te krijgen in de blootstelling aan stoffen die zijn vrijgekomen na een incident. (Bongers e.a. 2008). Het is goed om vragen over de gebeurtenissen in een vroeg stadium te stellen (en dus op te nemen in de screeningsvragenlijst), omdat informatie later kan vertekenen in de herinnering van mensen (Harvey et al. 2000, Hepp et al. 2006, Dekel et al. 2013).

Vraag A6. Wat heeft u meegemaakt?

Wat men meemaakt en ervaart tijdens de gebeurtenis, kan van invloed zijn op (chronische) fysieke of mentale klachten in de weken, maanden of jaren na afloop (Van der Velden e.a. 2013).

Getroffenen van de ramp bij Enschede die erg in angst hadden gezeten of schokkende zaken hadden meegemaakt zoals het verliezen van een naaste, hadden bijvoorbeeld vaker fysieke of mentale klachten dan getroffenen waarvoor dat niet gold (van Kamp e.a. 2006, Dirkzwager e.a. 2006).

- Vraag A6 kan per incident een andere samenstelling hebben. Deze vraag moet dus goed worden bekeken voordat de vragenlijst wordt uitgezet.

B. GEZONDHEID EN ZORG

Deze module wordt meegenomen om vast te kunnen stellen welke klachten mensen hebben (gehad) na het incident, en wat voor gezondheidszorg getroffenen nodig kunnen hebben in de weken en maanden na de ramp.

Vraag B2. Hebt u in de eerste uren de volgende klachten gehad?

Acute gezondheidsklachten in de eerste uren van een incident zijn een indicatie voor de mate van blootstelling aan mogelijke stoffen. Deze vraag kan eventueel voor afname aangepast worden aan wat al bekend is over de gerapporteerde acute gezondheidsklachten bij de HSGHOR en of het NVIC.

Vraag B6. Hoe is op dit moment uw gezondheid?

Deze vraag uit de RAND36 (Aaronson e.a. 1998) is gevoelig gebleken voor veranderingen. Als er besloten wordt tot een gezondheidsonderzoek kan deze vraag dienen als indicator voor het verloop van de klachten. Tevens is de vraag

een standaardvraag in de gezondheidsmonitor van de GGD'en en de gezondheidsenquête van het CBS (waardoor regionale en landelijke referentiecijfers beschikbaar zijn), wordt veel gebruikt in internationale studies en wordt verplicht in de Europese gezondheidsenquête in 2014. Er zijn dus referentiecijfers beschikbaar (zie paragraaf 4). De vraag levert op termijn mogelijk vergelijkingsmateriaal op met eerdere incidenten.

Vraag B7. Was u voor het incident al in zorg bij een arts of hulpverlener?

Het hebben van een chronische aandoening betekent dat er rekening mee moet worden gehouden dat mensen toegang tot zorg nodig hebben. Daarnaast kan bij een vervolgonderzoek deze informatie van belang zijn, om te bepalen of mensen met langdurige klachten deze voor het incident ook al hadden. Wel zal het dan specifieker uitgevraagd moeten worden. Van het hebben van psychologische gezondheidsproblemen is bekend dat het een risicofactor is voor problemen na incidenten en rampen (Dirkzwager e.a 2006, van den Berg den e.a. 2009).

C. WELBEVINDEN

C1. Hoe voelde u zich afgelopen week?

Deze vragen zijn afkomstig uit de SCL90 (Arrindell e.a., 1986). Deze vragenlijst inventariseert 90 mentale gezondheidssymptomen die onderverdeeld kunnen worden in zes subschalen (fobische symptomen, angst, depressie, insufficiënte, wantrouwen en vijandigheid). De totaalscore van de SCL90 is een maat voor mentale gezondheid. Deze vragenlijst is bij diverse incidenten ingezet, zoals bijvoorbeeld bij het onderzoek naar aanleiding van de ontploffing van de vuurwerkfabriek in Enschede. De SCL90 is te lang voor een screening. We hebben de 2 vragen gekozen die het meest correleren met de totaalscore op SCL90. Samen hebben deze 2 vragen daarmee in eindscore een correlatie van .90 (Bron; P vd Velden, op basis van analyse data Enschede onderzoek). Zie hiervoor ook hoofdstuk 4.

C2. In hoeverre bent u bezorgd over uw gezondheid door deze situatie?

Deze vraag is afkomstig uit de vragenlijst die regelmatig rondom Schiphol is afgenomen, en in de periodieke landelijke enquête Verstoringen is gesteld (oa van Poll e.a. 2011). Hij geeft op een eenvoudige manier weer in hoeverre mensen bezorgd zijn over een bepaalde situatie, in dit geval het betreffende incident.

D. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

Vraag D1 en D2

Deze vragen zijn onderdeel van de basisvragenset Huishoudsamenstelling van de Nationale Monitor Volksgezondheid (GGD). Deze twee vragen worden meegenomen, omdat er aanwijzingen zijn dat het hebben van kinderen een risicofactor is voor het ontwikkelen van (psychologische) gezondheidsproblemen (Dirkzwager et al. 2006). Bij deze algemene basisvragenset hoort nog een derde vraag betreffende burgerlijke staat die niet in de vragenlijst wordt meegenomen. Deze vraag zou later wel afgenomen kunnen worden voor een wetenschappelijk doel.

Vraag D3. Heeft u het afgelopen jaar moeite gehad om rond te komen?

Een laag inkomen is gerelateerd aan het ontwikkelen van (psychologische) gezondheidsproblemen. Of dit te maken heeft met (moeite met) rondkomen is niet bekend. Omdat uit ervaring blijkt dat een vraag naar het netto inkomen slecht wordt ingevuld, is deze vraag niet meegenomen in de vragenlijst. Om deze reden is alleen de vraag meegenomen over het wel of geen moeite hebben met rondkomen.

E. AFSLUITING EN F. PERSOONLIJKE GEGEVENS

Hier wordt gevraagd of er eventueel nog een keer contact mag worden opgenomen (bij Moerdijk is bijvoorbeeld enkele maanden na het incident nagebeld of de klachten nog bestonden, Franssen e.a. 2011).

E1. Behoeftte aan ondersteuning & zorgverlening

Deze vraag alleen meenemen indien een gemeente hier behoefte aan heeft. Het geeft een indicatie van de hulp- en zorgbehoefte van getroffenenen. Twee van deze opties betreffen direct de gezondheid. Het is belangrijk bij deze vraag aan te geven aan welke behoeften wel of niet direct voldaan kan worden en waar ze eventueel naar verwezen kunnen worden. Dit voorkomt het scheppen van valse verwachtingen over het tegemoetkomen aan de behoeften. Idealiter zal deze vragenlijst door medewerkers van een Informatie- en Advies Centrum (IAC) worden afgenomen, dit is namelijk een plek waar getroffenenen met een concrete hulpvraag terecht kunnen. Mocht deze vraag gesteld worden dan moet er in ieder geval duidelijk worden aangegeven van wie getroffenenen concrete hulp kunnen verwachten.

Informatie over de huisarts is belangrijk om monitoring van gezondheid met gegevens van bestaande registraties van huisartsen mogelijk te maken. Toegang tot deze informatie geeft inzicht in chronische problematiek en maakt het mogelijk gezondheidseffecten van een incident/ramp te monitoren. Daarnaast kunnen de betrokken huisartsen op de hoogte worden gesteld van de uitkomsten van de screening (op groepsniveau).

AANVULLENDE MODULES , alleen indien van toepassing

- G. Schuilen
- H. Hulpverleners

4 Beschikbare referentiecijfers

In deze paragraaf worden referentiecijfers gegeven voor de vragen waarvoor dit mogelijk is.

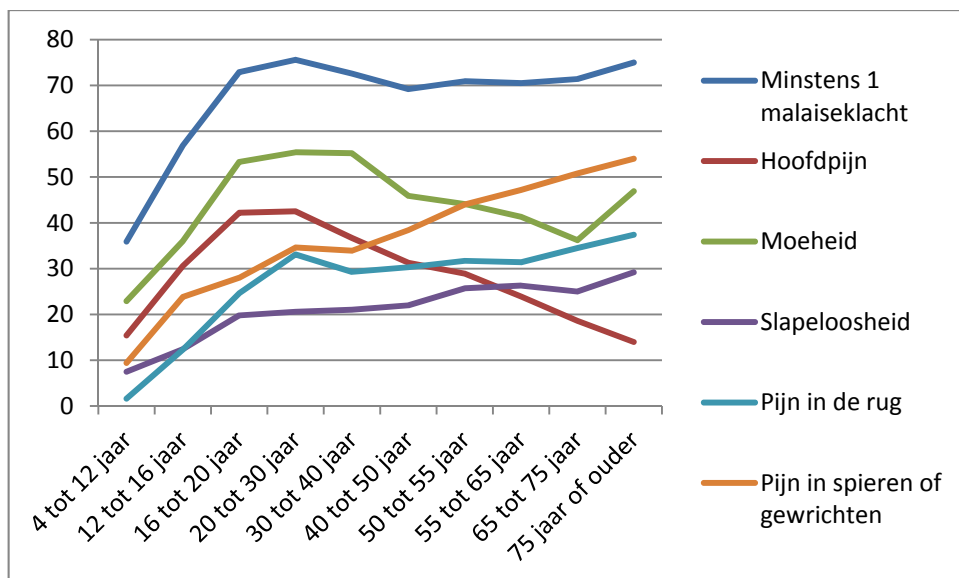
Vraag B2. Klachten in de eerste uren

Deze lijst klachten is omwille van de screening samengevoegd uit een aantal bestaande klachtenlijsten zoals de VOEG (Dirken 1967, Visser 1983) en de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) (Terluin 1998), aangevuld met oor-, oog- en huidklachten. Als gevolg daarvan zijn geen eenduidige prevalentiecijfers van de algemene Nederlandse bevolking beschikbaar. Tabel 1 geeft de beschikbare cijfers weer. Bij vergelijkingen met referentiecijfers moeten ook altijd de kenmerken van de onderzoekspopulatie in ogenschouw worden genomen. Het aanwezig zijn van klachten is bijvoorbeeld sterk afhankelijk van de leeftijd en geslacht (zie Figuur 1 en Figuur 2).

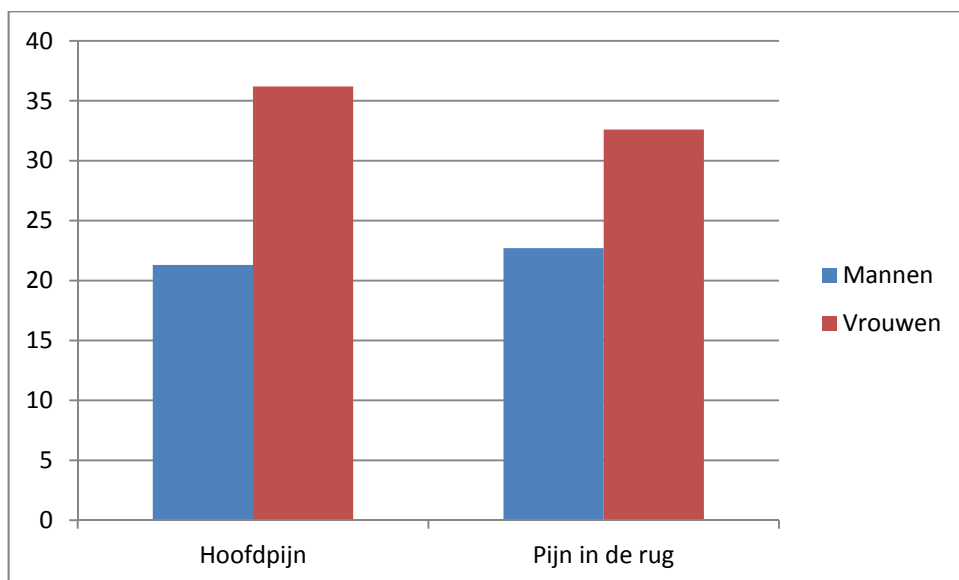
Tabel 1. Prevalentie van klachten onder de Nederlandse bevolking (bron: Visser e.a. 1999, Terluin, 1998, Gezondheidsmonitor, 2012)

	VOEG (18 jaar en ouder)	4KDL 1998 (15 jaar en ouder)	Gezondheidsmonitor 2012⁵ (volwassenen)
Ademhalingsklachten (vb hoesten, kortademig)	-	13%	
Huidklachten (vb jeuk, rode huid)	-	-	-
Oorklachten (vb oorpijn, oorsuizen)	-	-	-
Oogklachten (vb prikkelen, tranen)	-	-	-
Duizeligheid	10%	15%	-
Maagdarmklachten (vb misselijk, diarree)	9%	14%	-
Hoofdpijn	26%	33%	29 %
Pijn op de borst/hartkloppingen	7%	9%, 7%	-
Nek-/schouder	-	27 %	-
Rugpijn	34 %	35 %	28 %

⁵ Zie voor (een update van) deze cijfers <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/incidenteel/maatwerk/2013-gezondheidsmonitor2012-mw.htm>



Figuur 1. Prevalentie van malaiseklachten in leeftijdscategorieën, de laatste 14 dagen (Bron; Statline-CBS 2013)



Figuur 2. Prevalentie van hoofdpijn en rugpijn (alle leeftijden) opgesplitst naar mannen en vrouwen, de laatste 14 dagen (Gezondheidsmonitor, 2012. Bron; Statline-CBS)

Bij eerdere incidenten in Nederland is ook gevraagd naar gezondheidsklachten. 2-3 weken na de vuurwerkramp in Enschede bleek, afhankelijk van de klacht, het percentage respondenten met de klacht een factor 2 a 3 hoger te liggen dan de referentiecijfers uit de algemene bevolking (van Kamp e.a. 2006). Na de brand in Moerdijk rapporteerden van de 70 respondenten (inwoners) 8 personen duizeligheid, 25 luchtwegproblemen en 8 huidproblemen (Franssen e.a., 2012).

Omdat deze cijfers onder andere afhankelijk zijn van type incident, tijdstip van navragen en ook van kenmerken van de onderzoekspopulatie, vormen ze geen directe referentiecijfers (ook omdat de groepering of definitie van klachten soms anders is).

Vraag B6 Ervaren gezondheid

Omrekenen/afkappunt:

De score op de algemene gezondheidsvraag van de RAND 36 werd verdeeld in een hoge en lage score (gedichotomiseerd). Hierbij werd de Nederlandse (seks-specifieke) gemiddelde waarde minus 1 standaarddeviatie als afkapwaarde gebruikt. Dit resulteerde in < 50 versus 50 en hoger met een theoretisch referentie percentage van 15,9 procent.

Referentiecijfers:

Deze vraag wordt standaard gesteld in de Gezondheidsmonitor. In 2012 scoorde hierop ruim driekwart van de respondenten goed of zeer goed (zie tabel 1). Er zijn geen cijfers beschikbaar van deze vraag na een incident, dus zij vormen slechts een indicatie over wat je normaal gesproken kan verwachten. Van de slachtoffers in Enschede rapporteerde 17 procent een slecht ervaren gezondheid, iets hoger dan in de referentiepopulatie (van Kamp et al. 2006).

Tabel 1. Ervaren gezondheid, personen van 19 jaar of ouder, 2012 (bron: Gezondheidsmonitor 2012)

	Goed of zeer goed		
	%	ondergrens	bovengrens
Totaal	76,5	76,3	76,7
Mannen	78,7	78,4	79,0
Vrouwen	74,3	74,0	74,6
19 tot 30 jaar	88,0	87,5	88,5
30 tot 40 jaar	86,0	85,5	86,5
40 tot 50 jaar	80,6	80,1	81,1
50 tot 55 jaar	75,3	74,5	76,0
55 tot 65 jaar	71,0	70,5	71,6
65 tot 75 jaar	67,7	67,2	68,2
75 tot 85 jaar	53,3	52,6	54,0
85 jaar of ouder	41,9	40,5	43,4
19 tot 65 jaar	80,7	80,4	80,9
65 jaar of ouder	60,6	60,2	61,0

Bron: Gezondheidsmonitor 2012, GGD'en, CBS en RIVM

Vraag C1 Hoe voelde u zich de afgelopen week

Op basis van analyse op meting 1, 2 en 3 van Enschede onderzoek (van Kamp et al, 2001; Grievink et al. 2004, van der Velden et al, 2002) zijn twee items gekozen met een zeer hoge correlatie met de totaalscore op de SCL-90-R (zie tabel). Het gaat dan om de items "gespannen voelen" en "in de put zitten". In Tabel 2 staan de som-scores opgenomen van deze twee items (range 2-10) van

getroffen bewoners 2-3 weken na de vuurwerkramp Enschede, en een vergelijkingsgroep (Tilburg). Dit is gebaseerd op een -voor dit rapport uitgevoerde - heranalyse van de ruwe data van het onderzoek na de vuurwerkramp in Enschede.

Tabel 2. SCL scores onder autochtone getroffen bewoners van de ramp in Enschede

		klacht (somscore 'in de put' en 'gespannen')									Tot al N	R ^{scl} tota al
		2	3	4	5	6	7	8	9	10		
mann en	- getroffen bewoners 2-3 weken na ramp	36.6 %	20.8 %	15.8 %	8.4 %	5.3 %	5.1 %	2.1 %	2.3 %	3.6 %	47 5	.84
	- bewoners controle (Tilburg)	59.4 %	22.3 %	8.1 %	3.2 %	2.9 %	1.3 %	1.9 %	1.0 %	0.0 %	31 0	.87
vrouw en	- getroffen bewoners 2-3 weken na ramp	18.1 %	21.4 %	16.8 %	13.4 %	9.0 %	6.2 %	5.1 %	4.2 %	5.7 %	54 6	.86
	- bewoners controle (Tilburg)	50.1 %	23.9 %	11.8 %	4.6 %	3.8 %	2.7 %	1.1 %	1.3 %	.8% %	37 3	.85

De totaalscore van de SCL-90-R verwijst naar symptomen duidend op een minder goede mentale gezondheid. De SCL-90-R scores als die van de 2 items uit de SCL-90-R zijn gevoelig voor veranderingen en geschikt voor het meten van de resultaten van interventies en daarom uitermate geschikt als screenings instrument.

Vraag C2 Bezorgdheid als gevolg van de situatie

Omrekenen/afkappunten:

Bezorgd: een score van 5, 6, of 7 op deze schaal.

Ernstig bezorgd: een score van 8, 9 of 10 op deze schaal.

Referentiecijfers:

Uit de inventarisatie verstoringen (van Poll ea. 2011) is bekend hoeveel procent van de respondenten aangeeft bezorgd te zijn over bepaalde zaken in hun omgeving (zie Tabel 3). De vraag is voor zover wij weten niet gesteld naar aanleiding van incidenten, dus deze percentages zijn niet te gebruiken als referentiecijfers na een incident. Wel geven ze een indicatie van de 'normaal' te verwachten (ernstige) bezorgdheid.

Tabel 3. Percentage (ernstige) bezorgdheid over de eigen veiligheid door de jaren heen (Bron van Poll e.a. 2011).

Jaar: Wonen:	Bezorgd ¹			Ernstig bezorgd		
	1998	2003	2008	1998	2003	2008
In een drukke straat	24	27	16	31	34	23
In een polder onder zee- of rivierniveau	15	13	12	7	6	14
In een landbouw- of bollenteeltgebied	8	7	11	3	5	7
Onder de aanvliegroute van een groot vliegveld	22	23	9	23	24	24
Langs een spoorlijn	18	8	8	8	15	20
In de buurt van een groot vliegveld	21	24	8	18	19	24
Langs een route voor gevaarlijke stoffen	36	26	7	32	33	30
Bij een hoogspanningsleiding	22	18	10	11	15	21
Op of in de buurt van verontreinigde grond	-	-	5	-	-	36
In de buurt van een risicovol bedrijf	-	38	6	-	23	31
In de buurt van een antenne voor mobiele telefonie GSM/UMTS-mast	-	10	13	-	10	19

¹ Het percentage bezorgdheid is het aandeel mensen dat op een schaal van 0 tot en met 10 een score van 5, 6 of 7 hebben. Dus anders dan bij 'hinder' is bij 'bezorgdheid' het aandeel 'ernstig bezorgden' niet opgenomen in het percentage.

Vraag D3 Moeite met rondkomen

Uit de Gezondheidsmonitor blijkt dat mensen die moeite hebben met rondkomen een slechtere ervaren gezondheid hebben en een hoger risico op psychische klachten dan mensen die geen moeite hebben met rondkomen (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012). Enkele getallen zijn weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4 Samenhang 'Moeite met rondkomen' en risico op psychische klachten en ervaren gezondheid (bron: Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012)

	Grote moeite om rond te komen	Helemaal geen moeite om rond te komen
Risico op angststoornis of depressie		
Hoog risico	27 %	2 %
Matig risico	49 %	26 %
Ervaren gezondheid		
Gaat wel/slecht/zeer slecht	52 %	16%

5 Referenties

- Aaronson NK, Muller M, Cohen PDA et al. Translation, validation and norming of the Dutch Language Version of the SF-36 health survey in community and chronic disease populations. *Clin Epidemiol* 1998;51:1055-68.
- Arrindell WA, Ettema JHM. Symptom Checklist (SCL-90): Handleiding. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.
- Berg B van den, van der Velden PG, Stellato R., Grievink L. Selective attrition and bias in a longitudinal health survey among survivors of a disaster *BMC Medical Research Methodology* 2007, 7:8 doi:10.1186/1471-2288-7-8
- Berg B van den, Yzermans CJ, Stellato RK, Brunekreef B, Lebet E, Grievink L. Risk factors for unexplained symptoms after a disaster: a five-year longitudinal study in general practice. *Psychosomatics*. 2009 Jan-Feb;50(1):69-77.
- Bongers S, Janssen NA, Reiss B, Grievink L, Lebet E, Kromhout H. Challenges of exposure assessment for health studies in the aftermath of chemical incidents and disasters. *J Expo Sci Environ Epidemiol*. 2008, 18; 341-359.
- CBS Statline (2013) <http://statline.cbs.nl>. Geraadpleegd 6 november 2013.
- Dekel S, Bonnano GA. Changes in trauma memory and patterns of posttraumatic stress. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy* 2013, 5, 26-24.
- Dirken J.M. (1967). *Arbeid en Stress; het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties*. Groningen: HD Tjeenk Willink.
- Dirkzwager A.J.E., Grievink L., Velden P.G. van der, Yzermans C.J. Risk Factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. Prospective study. *Brit J of Psychiatry* (2006), 189, 144-149. Doi:10.1192/bjp.bp.105.017855
- Donker G.A., Yzermans C.J., Spreeuwenberg P., van der Zee J. Symptom attribution after a plane crash: comparison between self-reported symptoms and GP records. *Br J Gen Pract* 2002; 917-22.
- Dirkzwager A.J.E., Kerssens J.J., Yzermans C.J. Health problems in children and adolescents before and after a man-made disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;94-103.
- Franssen E., Geelen L., Scholtes M., Augustijn H, Haan B. de, Kenens C. (2011). Rapportage actieve registratie meldingen van bezorgdheid en gezondheidsklachten na de brand bij Chemie-Pack te Moerdijk. GGD West Brabant/GGD Zuid Holland Zuid.
- Gezondheidsmonitor 2012. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/incidenteel/maatwerk/2013-gezondheidsmonitor2012-mw.htm> - Geraadpleegd op 9 juli 2013

Grievink L, de Vries M, Yzermans CJ, van der Velden PG, van den Berg B, Smilde-van den Doel DA (2007). Gezondheidsonderzoek na rampen. Vragenlijsten voor algemene en psychosociale gezondheid. RIVM Rapport 630940006

Grievink L, van der Velden PG, Christiaanse B, van den Berg B, Stellato RK, Roskam AJ, Drogendijk AN, Kamst RA, Dorresteyn AM (2004). Gezondheid getroffen en vier jaarna de vuurwerkcramp Enschede. RIVM rapport 630930005/IVP rapport99 2004 2

Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (2000). Memory for acute stress disorder symptoms: a two-year prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 602-607.

Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J., & Schnyder, U. (2006). Inconsistency in reporting potentially traumatic events. *British Journal of Psychiatry*, 188, 278-283.

Van Kamp I en van der Velden PG (ed.) (2001). Vuurwerkcramp Enschede. Lichamelijke en geestelijke gezondheid en ervaringen met de ramp. Rapportage van het gezondheidsonderzoek. RIVM rapport 630690002/IVP rapport 99 2001 2

van Kamp I, van der Velden PG, Stellato RK, Roorda J, van Loon J, Kleber RJ, Gersons BB, Lebrecht E (2006). Physical and mental health shortly after a disaster: first results from the Enschede firework disaster study. *Eur J Public Health*. 2006 Jun;16(3):253-9.

Korteweg HA, van Bokhoven I, Yzermans CJ, Grievink L. Rapid Health and Needs assessments after disasters: a systematic review. *BMC Public Health*. 2010 Jun 1;10:295. doi: 10.1186/1471-2458-10-295.

Norris, F.H., Tracy, M. & Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine*, 68, 2190-2198.

Van Poll HFPM, Breugelmans ORP, Devilee JLA (2011). Hinder, bezorgdheid en woontevredenheid in Nederland. Inventarisatie Verstoringen 2008. RIVM Rapport 630741001.

Protocol Bijlmer (2000). Medisch onderzoek Vliegcramp Bijlmer. Protocol 1 Epidemiologisch onderzoek bewoners.

Protocol Bijlmer (2000). Medisch onderzoek Vliegcramp Bijlmer. Protocol 1 Epidemiologisch onderzoek hulpverleners KLM Arbo Services.

RIVM. Rapid Registry, RIVM, Centrum Gezondheid en Milieu, versie 1, 26 jan. 2010 (intern document)

Terluin B. *De Psycholoog* 1998; 33: 18-24 De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de Huisartspraktijk. Psychodiagnostisch gereedschap

H. Tielen, A. van de Laar, A. van Dijk (2012). Schietincident 9 april 2011 Alphen aan de Rijn. Onderzoek naar de gevolgen voor de gezondheid van de getroffen en betrokkenen. GGD Hollands Midden, publicatienummer 12004.

Velden PG van der en Kleber RJ (2000). Handboek voor opvang na rampen en calamiteiten. IVP, Zaltbommel

Velden, P.G. van der, van Loon, P., Yzermans, J, & Kleber, R (2006). Psychosociale zorg in de eerste weken na een ramp [Psycho-social care during the first weeks after a disaster]. *De Psycholoog*, 41, 658-663.

Velden, P.G. van der, Wong, A., Boshuizen, H.C., & Grievink L. (2013). Persistent mental health disturbances during the 10 years after a disaster: Four-wave longitudinal comparative study. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 67, 110-118.

Visser, A.Ph. (1983). De betekenis van de VOEG: enkele gegevens over de begripsvaliditeit. *Gezondheid en samenleving* 4: 177-188.

Yzermans J., Claassen T. Ree, J van der. Handreiking GOR. J. RIVM rapport 200000003/2013

BIJLAGE A. VERKENNENDE FASE

Het rapport 'Gezondheidsonderzoek na rampen. Vragenlijsten voor algemene en psychosociale gezondheid' uit 2008 geeft een overzicht van geschikte, beschikbare vragenlijsten voor gezondheidsonderzoek na rampen. Sindsdien zijn in ieder geval nog twee vragenlijsten verschenen die speciaal ontwikkeld zijn voor gebruik voor gezondheidsonderzoek na rampen: de 'rapid registry' vragenlijst en de 'symptoms and perceptions' vragenlijst van Nivel.

Om de vraag te beantwoorden op welke manier er eventueel een update moest komen van het overzicht, is een aantal verkennende gesprekken gevoerd. In deze bijlage is kort weergegeven wat de vraagstellingen waren en welke punten naar voren zijn gekomen uit de gesprekken. Zoals in de inleiding van dit rapport is aangegeven, zijn de aanbevelingen verder besproken met een begeleidingscommissie en is deze screeningsvragenlijst het eerste product dat op grond hiervan is opgeleverd.

Vraagstellingen verkennende fase

Voor de gesprekken met ervaringsdeskundigen en experts zijn we uitgegaan van de volgende vragen:

1. Hoe zijn vragenlijsten tot stand gekomen bij eerdere incidenten en rampen? Op welke manier is het overzichtsrapport met vragenlijsten hierbij gebruikt?
2. Zijn de vragen in het overzicht nog voldoende actueel? Is een update nodig?
3. Is de 'rapid registry' in de huidige vorm bruikbaar bij incidenten of rampen? Wat zijn evt. aanpassingen?
4. In welke vorm moet een overzicht van vragen in de toekomst beschikbaar zijn en voor wie?

Verkennende gesprekken

Er is met drie GGD medewerkers gesproken die betrokken waren bij recente praktijksituaties waarbij sprake is geweest van een gezondheidsonderzoek:

- PCB verontreiniging in Helmond (Ingrid Links); uiteindelijk individuele gesprekken gevoerd met een beperkt aantal personen;
- Brand Moerdijk (Loes Geelen): Rapid Registry ingezet (resultaten in Franssen e.a. 2011)
- Schietincident Alphen (Hanneke Tielen): Vragenlijstsonderzoek uitgevoerd (Resultaten in Tielen e.a. 2012).

Tevens is gesproken met twee experts:

- Psychische gezondheid – Peter van der Velden (Intervict)
- Lichamelijke Gezondheid – Joris Yzermans (NIVEL)

Behoeften uit de praktijk

De GGD'en hebben behoefte aan ondersteuning bij grote incidenten; dat er zaken op de plank liggen die snel kunnen worden ingezet. Heel waardevol is daarbij ondersteuning door experts, als die behoefte bestaat bij de GGD. Het bilateraal kunnen overleggen of het aansluiten bij een lokaal projectteam door RIVM, NIVEL of IVP werd zeer gewaardeerd. Ook het beschikbaar zijn van een

soort 'modeldraaiboek'⁶ of lijst met punten waaraan je zou moeten denken, werd genoemd.

Specifiek werden de volgende zaken genoemd:

- ✓ Standaardmodules voor vragenlijsten, waaruit men op basis van lokale behoefte kan kiezen. Ook is aangegeven dat vragen over eventuele blootstelling nu ontbreken in het overzicht.
- ✓ Bijbehorende referentiecijfers of in elk geval een indicatie wat verwacht kan worden, verwijzingen naar eerdere onderzoeken waarbij de betreffende vragen zijn afgenomen.
- ✓ Afkappunten: hoe erg is het? Hoe bereken je scores? Verwerk deze in een syntax.
- ✓ Een checklist: waar moet je aan denken als je vragenlijstonderzoek gaat doen (neem ook financiële vragen mee, regel eigenaarschap van de gegevens etc).
- ✓ Teksten die gebruikt kunnen worden om de doelstellingen van de vragenlijst ook direct te kunnen communiceren (bijvoorbeeld bij de rapid registry; het is een screeningsinstrument, u krijgt geen individuele terugkoppeling etc. Kortom begrijpelijke teksten wat je wel en niet kan met de informatie; verwachtingen duidelijk maken bij de beoogde deelnemers en bestuurders).
- ✓ Het zou prettig werken als na een advies vanuit de Expertgroep over gezondheidsonderzoek, er direct een contactpersoon/expert beschikbaar is om mee te overleggen.

Deze wensen zijn goed te plaatsen in de resultaten van een inventarisatie van GGD Nederland (in april 2012) bij epidemiologen, in het kader van het GOR proces binnen het GROF. Daaruit kwamen de volgende behoeften naar voren voor landelijke ondersteuning:

- ✓ Advies over bruikbare meetinstrumenten, vragenlijsten, onderzoeksontwerpen
- ✓ Draaiboek(en), halffabricaten
- ✓ Landelijke ondersteuning in uitvoering
- ✓ Rol voor RIVM/cGM in ontwikkeling landelijk kader, bijscholing, ontwikkelen OTO voor GOR.

Visie vanuit de experts

Experts worden regelmatig gevraagd om vanuit hun inhoudelijke expertise mee te denken bij het uitvoeren van een gezondheidsonderzoek door een GGD. Gezien die ervaringen vinden zij het van belang dat een GGD zich voorbereidt op incidenten en dingen 'op de plank' heeft liggen. Het gaat hierbij volgens hen alleen om de essentiële zaken, vooral voor de acute fase. Voor onderzoek dat niet binnen enkele dagen hoeft te starten, kan afhankelijk van de lokale situatie een afweging gemaakt worden. Hierbij is van belang: Wat speelt er? Wat is er nodig?

De belangrijkste zaken die genoemd werden door de experts:

- ✓ Klaar hebben liggen voor acuut onderzoek: aantal generieke lijsten die altijd terugkomen in vragenlijstonderzoek na een incident. Denk hierbij aan lichamelijke en psychische klachten, ervaren gezondheid, rouwverwerking, expositie, ...

⁶ Inmiddels is de GOR handreiking beschikbaar (RIVM, 2013)

- ✓ Kies per onderwerp 2 á 3 inhoudelijk goed onderbouwde lijsten. Hierover moet consensus zijn.
- ✓ Door gebruik van dezelfde lijsten in onderzoek bouw je kennis op over deze instrumenten, die je weer kunt gebruiken in volgende onderzoeken.
- ✓ Kijk ook naar de manier van afnemen. Heb bijvoorbeeld een snelle telefonische of internetenquête klaarliggen.
- ✓ Rapid registry: voldoet nu niet aan het doel. Moet korter en sneller.
- ✓ Evalueer na elk cGM advies en onderzoek, en leer ervan.
- ✓ Bied een GGD na een cGM-advies inhoudelijke begeleiding van een team van experts bij uitvoering en interpretatie van onderzoek. Deze begeleiding kan meteen een doorstart maken naar de middellange termijn indien nodig.

Aanbevelingen verkennende fase in een notendop

Prioriteit voor de voorbereiding op vragenlijsten ligt bij de acute fase na een incident. Een aantal vragenlijsten zou dan op de plank moeten liggen, inclusief de syntax, begeleidende teksten en eventueel een tool om deze af te nemen (internet, telefoon). Dit zou moeten worden ingebed in een structuur van inhoudelijke begeleiding vanaf het begin (bij advies van de Expertgroep) en evaluatie. Zaken die dan niet goed blijken te werken, kunnen worden aangepast.

BIJLAGE B. BELANGRIJKSTE VERSCHILLEN MET DE RAPID REGISTRY

A1. Algemeen

- Vragen over blootstelling en vragen over confounders voor van de relatie tussen blootstelling en gezondheidseffecten zijn minder specifiek opgenomen. De Rapid Registry was op dit punt uitgebreid. De screening zal echter naar het oordeel van de begeleidingscommissie niet dienen om een diepgaande analyse naar oorzaak en gevolg te doen. Daardoor is een deel van de informatie overbodig. Het uitgangspunt is om mensen zo min mogelijk te belasten. Gegevens die minder gevoelig zijn voor recall bias, zijn grotendeels buiten de screeningsvragenlijst gehouden.
- Er zijn minder psychosociale vragen opgenomen: In een screening op korte termijn na een incident is het voor dit doel niet nuttig uitgebreider in te gaan op psychosociale aspecten: het beeld is kort na een incident niet representatief voor hoe het later met mensen gaat (Norris et al., 2009). In een eventueel onderzoek op langere termijn is het wel wenselijk uitgebreid stress- en gezondheidsklachten te onderzoeken.

A2. Specifiek

- De onderstaande nummering is de nummering van de Rapid Registry. Door aanpassing naar de screeningsvragenlijst is de nummering niet meer 1 op 1 te vergelijken.

Vraag B2. Welke klachten heeft u in de eerste uren gehad?

Deze vraag is minder specifiek gemaakt, en teruggebracht tot categorieën klachten.

Vraag B4/B5. Adres tijdens het incident en naam van dichtbijgelegen gebouw etc.

Deze vragen zijn geschrapt, omdat ze te specifiek worden geacht. De indicatie of iemand is blootgesteld aan schadelijke stoffen, wordt voornamelijk gehaald uit het feit of iemand zelf aangeeft rook/nevel/geur te hebben waargenomen, of acute klachten heeft gehad.

Vraag B6 (Wat heeft u buiten gedaan?)

Deze vraag was bedoeld om eventuele verhoogde blootstelling aan schadelijke stoffen aan te geven, omdat mensen die bijvoorbeeld rennen, versneld ademen en mogelijk een hogere blootstelling kunnen hebben. De begeleidingscommissie achtte de vraag te specifiek voor het doel van de screeningsvragenlijst. Vragen A2 van de nieuwe screeningsvragenlijst (was iemand binnen of buiten) en A5 (in aanraking geweest met rook etc) van de nieuwe screeningsvragenlijst worden beschouwd als voldoende aanwijzing voor eventuele blootstelling(verschillen).

Om dezelfde reden is ook vraag B11 (verrichten van opruimingswerkzaamheden) weggelaten.

E. Module invloed Leefstijl op Gezondheid en Blootstelling

Er is besloten deze niet mee te nemen, omdat bij de screening geen uitgebreide analyse wordt gedaan op de relatie tussen blootstelling en effect. Deze vraag kan wel worden opgenomen in een vragenlijst na enkele maanden, als wordt besloten om een vervolgonderzoek te doen. Deze vraag is niet erg gevoelig voor recall bias en hoeft niet persé in de eerste 2 weken gesteld te worden.

Vraag F5 over werk en F6 over de ziektekostenverzekering

Verwijderd. De begeleidingscommissie vindt één vraag over eventueel moeite met rondkomen in de screeningsvragenlijst voldoende.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl