

Rapid needs assessment bij rampen en crises

Snel inzicht in behoeften en problemen van getroffen en



NIVEL

Kennis voor betere zorg



**Nationaal
Psychotrauma
Centrum**



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

Rapid needs assessment bij rampen en crises

Snel inzicht in behoeften en problemen van getroffen

Michel Dückers (Nivel / ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum / Rijksuniversiteit Groningen)

Mark Bosmans (Nivel)

Christos Baliatsas (Nivel)

Tiffany Domsdorf (RIVM / Veiligheids- en gezondheidsregio Gelderland-Midden)

Martine Vlieg-Mulder (RIVM / GGD Zaanstreek-Waterland)

Femke de Zwart (RIVM)

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© Nivel, 2021

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Woord vooraf

Een belangrijk uitgangspunt bij het verlenen van nazorg bij rampen en crises is dat diensten aansluiten bij behoeften en problemen van getroffen. Maar wat is een goede manier om daar inzicht in te krijgen in de hectiek van de gebeurtenis – een hectiek waar “echt” gezondheidsonderzoek niet altijd mogelijk is? Deze leidraad beoogt bij te dragen aan een meer eenduidige werkwijze en gedachtegang om behoeften en problemen van getroffen vanuit GGD'en zo snel mogelijk in kaart te brengen ter bevordering van de publieke gezondheid en veiligheid. Aangezien mogelijkheden en werkwijzen voortdurend in beweging zijn, gaat het om een levend document.

De auteurs willen graag de volgende personen bedanken voor hun inbreng en medewerking bij de totstandkoming van dit instrument: Annelike Dusseldorp, Frans Greven, Peter van den Hazel, Jorien Holsappel-Brons, Laurens Hondema, Wera van Hoof, Joris IJzermans, Irene van Kamp, Chantal Kenens, Femke Koedijk, Marleen Kraaij-Dirkzwager, Loes Lanting, Annemiek van Overveld en Peter van der Velden. Daarnaast is dank verschuldigd aan de deelnemers van de scenario-oefeningen bij GGD Groningen, GGD Utrecht, GGD Zaanstreek-Waterland en tijdens de netwerkdag PSH-GOR.

Michel Dückers
Projectleider

April 2021

Inhoud

Woord vooraf	3
Over deze leidraad	5
Onderdeel A. Relevante vragen om te stellen	9
Onderdeel B. Informatie uit bestaande bronnen	12
Onderdeel C. Nieuw te verzamelen informatie	15
Samenvattend overzicht	19
Verantwoording	20
Referenties	22
Bijlage 1 Overzichtstabel risicofactoren	23
Bijlage 2 Relevante instrumenten voor screeningslijsten	24
Bijlage 3 Lijst met afkortingen	26

Over deze leidraad

Inleidend

Rampen en crises kunnen de gezondheid en veiligheid van mensen ernstig schaden. Er is het nodige bekend over de behoeften en problemen van getroffenen. Het blijft niettemin een uitdaging voor overheden en verantwoordelijke dienstverleners om daar zicht op te krijgen en kennis over behoeften en problemen mee te nemen in de beeld- en oordeelsvorming die de basis vormt voor de besluitvorming bij crises. De huidige leidraad is het resultaat van een project om kennis uit literatuur en de Nederlandse crisispraktijk te vertalen naar een praktisch hulpmiddel voor GGD'en om "rapid needs assessments" te plannen en uit te voeren.

Wat is een rapid needs assessment?

Onder een rapid needs assessment (RNA) wordt verstaan: *alle activiteiten die er – ongeacht het moment – op gericht zijn om binnen uiterlijk een tot twee weken een beeld te kunnen schetsen van de behoeften en problemen van getroffenen.*

Een RNA draait vooral om de vraag: wie zijn getroffen en waar hebben zij *nu* en *de komende tijd* – bijvoorbeeld volgende week, maand, (half) jaar – behoefte aan, en welke problemen dienen te worden aangepakt? Een RNA is breder dan gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR). Bij GOR ligt het accent op een betrouwbare weergave van gezondheidsproblemen, risico's en beïnvloedende factoren, op zorggebruik, en op knelpunten in de toegang tot zorg. RNA beperkt zich niet alleen tot fysieke en mentale gezondheid maar haalt problemen en behoeften op uit de vijf categorieën van psychosociale hulpverlening (PSH):

- *basishulp* (veiligheid, voeding, onderdak, medicatie, vervoer)
- *informatie* (over het lot van dierbaren, de gebeurtenis zelf, nieuwe ontwikkelingen)
- *emotionele en sociale steun* (een luisterend oor, erkenning, begrip)
- *praktische ondersteuning* (bijvoorbeeld huishoudelijk, financieel of juridisch)
- *zorg bij gezondheidsklachten* (van preventie, signaleren tot diagnose en behandeling)

Eventuele zorg- en ondersteuningsbehoeften worden in kaart gebracht. Bij RNA weegt de snelheid en haalbaarheid waarmee een beeld wordt geschetst zwaarder dan de wetenschappelijke kwaliteit van metingen. Een RNA bestrijkt een korte periode, schetst een indicatief beeld, en kan aanleiding bieden tot GOR. Een overeenkomst tussen een RNA en GOR is dat de activiteiten hetzelfde doel dienen: bijdragen aan beeld-, oordeelvorming en besluitvorming rondom behoeften en problemen en daarmee aan realisatie van optimale ondersteuning en zorg.

Waarom een rapid needs assessment uitvoeren?

De *multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises* (Impact, 2014) schrijft voor dat bij de dienstverlening aan getroffenen moet worden aangesloten bij hun behoeften en problemen. De PSH-richtlijn beveelt bovendien aan om verwachtingen over aanwezige behoeften – al dan niet gebaseerd op kennis van eerdere gebeurtenissen of literatuur – te verifiëren en er niet zomaar van uit te gaan dat mensen wel of niet met bepaalde behoeften en problemen zitten. Hiervoor is een RNA (of GOR) nodig. Het uitvoeren van een RNA waarbij contact wordt

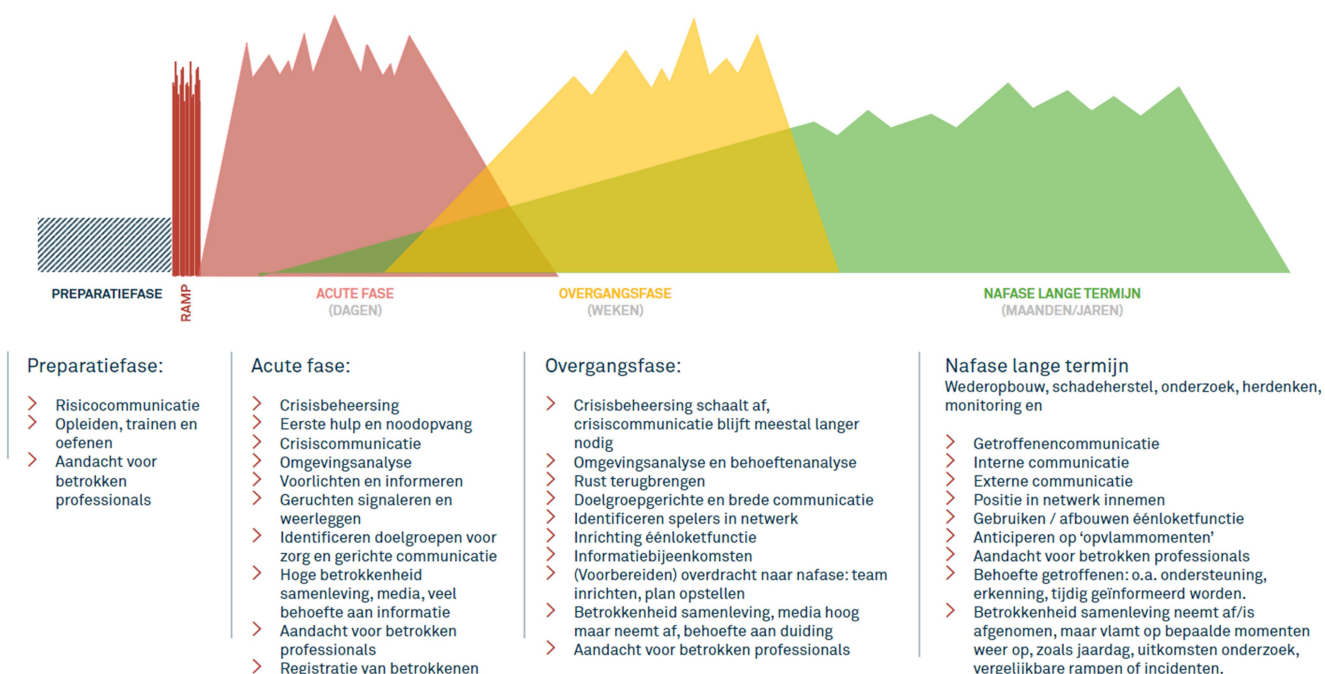
gelegd met getroffen en is bovendien een uiting van betrokkenheid en sociale erkenning vanuit overheden en publieke diensten.

Wanneer kan een rapid needs assessment het beste uitgevoerd worden?

Een RNA kan in principe op diverse momenten na een ramp of crisis uitgevoerd worden. Iedere crisis kenmerkt zich door een aantal fasen. In figuur 1 wordt een onderscheid gemaakt in periode voorafgaand aan de ramp (preparatiefase), waarna de route van de korte termijn naar de lange termijn wordt uitgedrukt in dagen (acute fase), maanden (overgangsfase) en maanden/jaren (nafase). Iedere fase kent aandachtspunten voor bestuur en beleid.

Deze indeling in fasen is vermoedelijk vooral relevant wanneer het om zogenaamde ‘flitsrampen’ gaat. Bij langdurige crises, waarbij er niet één plotselinge zeer ernstige gebeurtenis plaatsvindt, is deze indeling minder goed te maken en dus ook minder relevant. Dit neemt niet weg dat het ook bij langdurige crisissituaties belangrijk is om een goed beeld te hebben van de problemen en behoeften van getroffen en. Ook bij dit type gebeurtenis kan het belangrijk zijn om snel een beeld te vormen. Het blijft vooral relevant om met het zorg- en ondersteuningsaanbod aan te kunnen sluiten op actuele problemen. Problemen en behoeften van getroffen en kunnen ook bij langdurige crises van acute aard zijn.

Zowel bij flitsrampen als bij langdurige rampen en crises kan het van belang zijn om op meerdere momenten een RNA uit te voeren. Problemen en behoeften kunnen na verloop van tijd veranderen. Bovendien kunnen zij zich ook pas op een later moment aandienen. Zeker een langdurige crisis kan een cumulatief effect hebben en zorgt juist het voortslepende karakter ervan voor problemen en behoeften.



Figuur 1: Fasen van crisisbeheersing

Bron: IFV/ARQ: e-module Communiceren in de Nafase (<https://www.ifv.nl/kennisplein/nazorg-en-nafase/publicaties/e-module-communicatie-in-de-nafase>)

Voor wie is de leidraad bedoeld?

Funcities leidraad

De leidraad wil GGD'en ondersteunen bij het nadenken over mogelijke behoeften van getroffen en betrokkenen van een crisis, ramp of (milieu-)incident. De leidraad voorziet daartoe in vragen die hierbij van belang kunnen zijn, en voorbeelden van (bestaande) informatiebronnen waarvan GGD'en gebruik kunnen maken om die vragen voor specifieke groepen getroffen zoveel mogelijk te beantwoorden. Antwoorden op de in deze leidraad genoemde vragen zijn cruciaal bij het opstellen van een nazorgplan.

Tevens is de leidraad een middel om tijdens de preparatiefase binnen (en buiten) de GGD in gesprek te gaan over nazorg en de wijze waarop verschillende GGD-processen en andere organisaties een bijdrage kunnen leveren aan het creëren van inzicht in behoeften en problemen van getroffen.

Doelgroep

Deze leidraad is bedoeld voor medewerkers binnen GGD'en die werkzaam zijn binnen het proces psychosociale hulpverlening (PSH) of gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR). Gezamenlijk zullen zij verantwoordelijk zijn voor informatieverzameling en advisering van het bestuur over maatregelen ter bevordering van de publieke gezondheid en veiligheid. Afhankelijk van het type crisis kunnen ook de processen medische milieukunde (MMK) of infectieziektebestrijding (IZB) worden betrokken.

Algemene tips voor het uitvoeren van rapid needs assessments

Hieronder wordt, op basis van de internationale wetenschappelijke literatuur (zie verantwoording), een overzicht gegeven van algemene tips bij het uitvoeren en voorbereiden van rapid needs assessments.

Tabel 1: Aanbevelingen m.b.t. RNA op basis van internationale literatuur

Includeer alle vijf categorieën van zorg en ondersteuning uit de multidisciplinaire richtlijn PSH
Combineer verschillende methoden van dataverzameling om een zo representatief mogelijk beeld te krijgen van de getroffen populatie
Investeer in de ontwikkeling van vragenlijsten en strategieën voor dataverzameling en -analyse in de preparatiefase
Investeer in een database van achtergrondinformatie zoals kenmerken van de bevolking in de preparatiefase
Voer (zeker bij langdurige crises) herhaaldelijk metingen uit
Includeer vragen om de geboden hulp en ondersteuning te evalueren

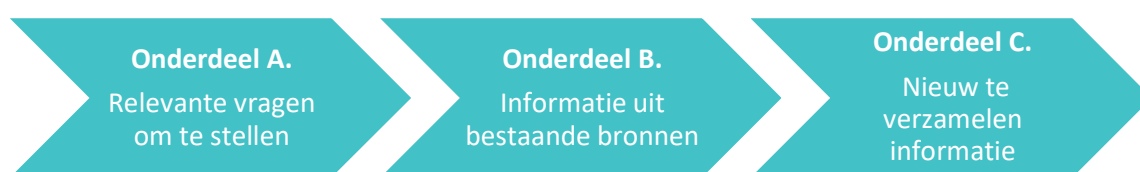
Leeswijzer

De leidraad bestaat uit drie onderdelen om richting te geven aan activiteiten vanuit GGD'en. Onderdeel A is gericht op de relevante vragen die de GGD zichzelf zou moeten stellen om zicht te krijgen op de mogelijke behoeften. Onderdeel B gaat in op de mogelijkheden van bestaande informatiebronnen om een indruk te krijgen van de risicofactoren, beschermende factoren en

veerkracht in de getroffen populatie. Onderdeel C beschrijft methoden, middelen en bronnen voor nieuw te verzamelen informatie over daadwerkelijke behoeften van de getroffen en.

In de volgende hoofdstukken worden voor alle onderdelen voorbeelden uitgewerkt, voorzien van praktische tips en aandachtspunten. **Let op: de voorbeelden zijn een startpunt en zijn niet bedoeld als uitputtend overzicht.** Betrokkenen vanuit GGD'en kunnen zelf bepalen wat meer en minder van toepassing is. Ook kunnen ze zelf vragen, informatiebronnen, werkwijzen en instrumenten toevoegen.

In de acute fase zal er niet altijd ruimte zijn om onderdeel B op te pakken. Het is verstandig om onderdeel B al tijdens de preparatiefase uit te voeren, als manier om vooraf bekend te raken met de sociale kaart/wijkprofiel en relevante gezondheidsdeterminanten van een specifiek(e) gemeente/gebied/wijk.



Voorbeeldcasus: monstertruck ongeval Haaksbergen

Bij een mislukte stunt tijdens een monstertruck demonstratie in Haaksbergen op 28 september 2014 vielen 3 doden en 28 gewonden onder de omstanders. Sommigen liepen hierbij blijvend letsel op. Op verzoek van de gemeente Haaksbergen deed GGD Twente onderzoek om de psychosociale gevolgen te monitoren om de behoefte aan PSH op de korte en middellange termijn te signaleren.

De GGD stelde samen met Stichting Maatschappelijke Dienstverlening en Slachtofferhulp Nederland en in overleg met de gemeente Haaksbergen een vragenlijst op. Met het oog op de tijdsdruk en het feit dat veel vragen ook situatie-afhankelijk zijn, is ervoor gekozen om zelf een korte vragenlijst op te stellen en geen bestaande vragenlijst te gebruiken. Op drie verschillende momenten (1, 2, en 3,5 maand na het ongeluk) zijn metingen onder getroffenen gedaan d.m.v. telefonische interviews. De metingen richtten zich op welbevinden, en behoefte aan hulp en ondersteuning. Na iedere meting werd teruggekoppeld naar de gemeente. Cruciaal voor het snel kunnen uitvoeren van deze metingen waren de korte lijnen met de gemeente. Hierdoor waren de contactgegevens van getroffenen snel beschikbaar, en werd ook snel gereageerd op de in de peilingen gesignaleerde behoeften en problemen.

Resultaten lieten zien dat vier maanden na het ongeluk het weer beter lijkt te gaan met de getroffenen en betrokkenen. Ook bleek bij de laatste belronde dat de meeste mensen de juiste hulp hadden ontvangen.

Lessen: De keuze voor telefonische interviews had zowel een positieve als een negatieve kant. Positieve kant was dat het door de getroffenen erg gewaardeerd werd, dat behoefte aan aanvullende hulpverlening kon worden gesignaleerd en betrokken instanties meteen geïnformeerd, en getroffenen meteen informatie en advies kregen. Bovendien was de respons heel hoog (82%). De keerzijde hiervan was dat de kosten hoog uitvielen, ook doordat gesprekken langer duurden dan van tevoren ingeschat.

https://www.ggdtwente.nl/images/PROFESSIONALS/twentse_gemeenten/EindrapportageHaaksbergen.pdf

Onderdeel A. Relevante vragen om te stellen

Om een duidelijk beeld te krijgen van de problemen en behoeften van getroffen en is het van belang om aan te sluiten bij de vijf categorieën zorg en ondersteuning uit de multidisciplinaire richtlijn PSH:

- *basishulp* (veiligheid, voeding, onderdak, medicatie, vervoer)
- *informatie* (over het lot van dierbaren, de gebeurtenis zelf, nieuwe ontwikkelingen)
- *emotionele en sociale steun* (een luisterend oor, erkenning, begrip)
- *praktische ondersteuning* (bijvoorbeeld huishoudelijk, financieel of juridisch)
- *zorg bij gezondheidsklachten* (van preventie, signaleren tot diagnose en behandeling)

In onderstaande lijst staat steeds in de rechterkolom vermeld welke vragen in welke fase (vooral) belangrijk zijn: acute fase (A), overgangsfase (O) of nafase (N). In de acute fase is het vooral van belang zicht te krijgen op antwoorden op vragen m.b.t. de gebeurtenis, getroffen en basishulp.

Het feit dat de vragen in de lijst staan wil niet zeggen dat de GGD in alle gevallen de verantwoordelijke partij is om een antwoord te geven op deze vraag! In het kader van gedeelde beeldvorming is het wel belangrijk om een antwoord op de vraag te hebben. Zeker in de acute fase zal veel informatie geleverd worden door andere partners in de regio. En in sommige gevallen zijn de vragen voor de volledigheid meegenomen, maar zijn het **aandachtspunten** die door de GGD aan het lokaal bestuur meegeven kunnen worden in het advies over het nazorgplan, als zijnde belangrijke issues voor het welzijn en de gezondheid van de getroffen. **Een belangrijk aandachtspunt voor de GGD is de evaluatie van de geboden hulp en ondersteuning: sluit deze aan bij behoeften en problemen?**

NB: relevante vragen waar met name een actieve rol voor de GGD is weggelegd zijn in de tabel gemarkeerd (**Rol GGD→**)

Tabel 2: Relevante vragen

	Voorbeelden	Meest relevant in fase:
Algemene vragen		
Gebeurtenis	• Wat is er gebeurd? (omschrijving) • Is er sprake van doden, gewonden of ernstige dreiging? • Hoe toegankelijk is het gebied voor hulp- en zorgverleners • Is de veiligheid van getroffen en hulpverleners op dit moment in het geding/zijn er directe risico's die moeten worden aangepakt? • Is er sprake van blootstelling aan mogelijk schadelijke stoffen (zo ja, aan welke stoffen?) • Is er schade/uitval/verstoring van belangrijke infrastructuur (denk aan bestuur, openbare orde, hulpdiensten, vervoer, communicatie, stroom, water, stroom, internet, riolering, aangezien dergelijke zaken de adviezen over nazorg mogelijk beïnvloeden)?	• A • A • A • A • A • A
Getroffen	• Zijn er groepen bij met specifieke risico's of kwetsbaarheden/kunnen er nazorgdoelgroepen worden onderscheiden? (zie onderdeel B en bijlage 1)	• A/O

	• Is de aard van blootstelling/besmetting/schade/verlies van getroffen personen bekend? • Is bekend wie de getroffen personen zijn/zijn ze in beeld? Wie zijn de indirect getroffen personen? (de kringen om de getroffen personen heen). Zie document 'Doelgroepen bepalen' uit de toolkit PSH • Zijn contactgegevens van getroffen personen bekend? • Welke (burger)hulpverleners zijn betrokken?	• A/O • A/O • A/O • A/O
Specifieke vragen		
Basishulp <i>(aandachtspunten voor gemeente en GHOR)</i>	• Is evacuatie van getroffen personen noodzakelijk? • Zijn bezittingen en woningen van getroffen personen voldoende beveiligd tegen inbraak/vernietiging? • Hoeveel behoefte is er aan acute medische zorg? • Hebben getroffen personen toegang tot (mobiele) communicatiemiddelen/ kunnen mensen hun telefoon opladen of contact opnemen met naasten? • Moet er onderdak/een slaapplek worden geregeld voor getroffen personen? • Moet er medicatie worden geregeld voor getroffen personen? • Moet er eten of drinken worden geregeld voor getroffen personen? • Welke lokale zorg- en dienstverleners kunnen basishulp bieden? • Kunnen lokale zorg- en dienstverleners de vraag naar basishulp aan?	• A • A • A • A • A • A • A • A • A
Rol GGD→ Rol GGD→	• <u>Wat is tot nu toe ondernomen aan respons en nazorg?</u> • <u>Hebben getroffen personen contact gehad met een nazorg-/opvangteam?</u>	• A/O • A/O
Informatie <i>(aandachtspunten voor de advisering aan de gemeente)</i>	• Zijn getroffen personen geïnformeerd over waar zij met vragen en zorgen terecht kunnen (fysieke of virtuele éénloketfunctie)? • Zijn getroffen personen geïnformeerd over: ○ vermiste, gewonde of overleden dierbaren; ○ handelingsperspectieven (wat kan men zelf wel/beter niet doen); ○ verantwoordelijkheden van diverse betrokken partijen; wie doet wat en wanneer; ○ <u>mogelijke gezondheidsrisico's en normale (fysieke en psychische) reacties;</u> ○ maatregelen vanuit overheden en diensten; ○ belangrijke ontwikkelingen m.b.t. het incident en de nasleep? • Is de informatie voor alle getroffen personen toegankelijk/begrijpelijk? • Sluit het informatieaanbod aan bij de informatiebehoefte van de getroffen personen? • Hoe gaan (sociale) media om met de gebeurtenis? • <u>Zijn lokale huisartsen en wijkteams geïnformeerd over mogelijke gevolgen en handelingsperspectieven?</u> • Welke zorg- en dienstverleners zijn betrokken bij het bieden van informatie aan getroffen personen? (zijn deze geïnformeerd over mogelijke gezondheidsrisico's en fysieke en psychische reacties?) • Kunnen lokale zorg- en dienstverleners de vraag naar informatie aan?	• A/O/N • A/O/N • A/O/N • A/O/N • A/O/N • A/O/N • A/O/N • A/O/N
Rol GGD→		
Emotionele en sociale steun <i>(aandachtspunten voor de advisering aan de gemeente)</i>	• Welke behoefte aan emotionele en sociale steun hebben getroffen personen? • Is er een fysieke of online omgeving waar getroffen personen elkaar kunnen treffen (lotgenotencontact)? • Hebben getroffen personen een sociaal netwerk waarop zij kunnen terugvallen?	• O/N • O/N • O/N

	• Welke zorg- en dienstverleners kunnen emotionele en sociale steun bieden? • Kunnen lokale zorg- en dienstverleners de vraag naar emotionele en sociale steun aan?	• O/N • O/N
Praktische ondersteuning (aandachtspunten voor de advisering aan de gemeente)	• Is er sprake van materiële schade? • Welke behoefte aan praktische hulp hebben getroffen? • Welke (lokale) organisaties kunnen praktische hulp bieden (bijvoorbeeld vervangende woonruimte, juridisch advies)? • Kunnen lokale zorg- en dienstverleners de vraag naar praktische hulp aan?	• O/N • O/N • O/N • O/N
Zorg bij gezondheidsklachten (vermoedelijk na enkele weken, maanden tot jaren)	• Zijn er getroffen met behoeften en problemen op het vlak van ○ lichaamsfuncties (fysieke gezondheid); ○ mentaal welbevinden (mentale gezondheid); ○ zingeving; ○ kwaliteit van leven; ○ dagelijks functioneren; ○ meedoen?* • Zijn er (financiële) belemmeringen in de toegang tot zorg voor getroffen? • Is er onder getroffen sprake van een toename in zorggebruik? • Welke lokale zorg- en dienstverleners kunnen zorg bij gezondheidsklachten bieden? • Kunnen lokale zorg- en dienstverleners de vraag naar zorg bij gezondheidsklachten aan?	• O/N • O/N • O/N • O/N
Evaluatie Rol GGD→	• <u>Sluit de geboden (na)zorg aan bij behoeften van getroffen/hoe evalueren getroffen de geboden (na)zorg?</u>	• O/N

* Naar aanleiding van de gebeurtenis, maar het kan ook om bestaande behoeften en problemen gaan. De zes gezondheidsdimensies zijn overgenomen uit het model van positieve gezondheid (Huber et al., 2013).

Voorbeeldcasus: beving Zeerijp

Op 8 januari 2018 vond een aardbeving plaats met een kracht van 3,4 op de schaal van Richter, met als epicentrum het Groningse Zeerijp. Dit was de zwaarste aardbeving in Groningen sinds 2012. Er vielen geen doden en gewonden, maar er was wel sprake van veel materiële schade (ongeveer 3.000 meldingen). De beving vond plaats in een gebied dat blootstaat aan regelmatige - zij het meestal lichtere - schokken.

Na de beving werden de leden van het panel van het meerjarige onderzoek 'Gronings Perspectief' (ruim 4.500 leden) benaderd met het verzoek een korte vragenlijst in te vullen. Deze richtte zich op de beleving van de beving, de directe gevolgen voor ervaren veiligheid en risicopercepties, onderlinge verbondenheid van bewoners en emoties, de impact op gezondheid en de behoeften van de bewoners.

Resultaten lieten zien dat beving van Zeerijp veel bewoners diep heeft geraakt. Er was sprake van een scherpe daling van de ervaren veiligheid, een toename van machteloosheid en woede en een scherpe daling in het vertrouwen, met name in de rijksoverheid en andere verantwoordelijke instanties. Burgers gaven aan erkenning te willen en daadkrachtige actie waarin hun belangen leidend zijn.

Lessen: Omdat er al een panel was, en de betrokken onderzoekers reeds bekend waren met de doelgroep en de gevolgen van eerdere lichtere bevingen, was men in staat binnen 48 uur na de beving de vragenlijst uit te zetten. Hierdoor waren snel resultaten beschikbaar.

https://www.groningsperspectief.nl/wp-content/uploads/2018/06/Zeerijprapport_definitief.pdf

Onderdeel B. Informatie uit bestaande bronnen

Om (een deel van) de vragen uit onderdeel A te beantwoorden kan de coördinator/procesleider PSH terecht bij de procesleider GOR. Informatie zal zeker niet altijd meteen – laat staan in de acute fase – beschikbaar zijn op het niveau van individuele getroffen. Echter, op groepsniveau of geografisch niveau (straat, buurt, wijk, gemeente) zijn er wel bronnen beschikbaar met informatie over gezondheidskenmerken (zelf-gepercipieerde gezondheid, huisartsbezoek incl. klachten en diagnoses) en risico- en beschermende factoren (sociaaleconomische status, leeftijdsopbouw, leefstijl, kwetsbare groepen e.d.; of in andere woorden het “wijkprofiel”). Dit kan vervolgens mee gewogen worden in de oordeelsvorming over wat nodig zal zijn aan psychosociale hulpverlening en nazorg. Zie bijlage 1 voor een overzichtstabel met risicofactoren op individueel-, gemeenschaps-, en samenlevingsniveau.

Zeker bij een ramp, crisis of blootstelling aan schadelijke stoffen in een afgebakend bewoond gebied kan onderdeel B van waarde zijn in de beeldvorming rondom de diverse doelgroepen van nazorg. Hieronder zijn voorbeelden opgenomen van mogelijk relevante bestaande bronnen met informatie over publieke gezondheid en veiligheid.

Tabel 3: Bestaande informatiebronnen

Categorie	Voorbeeld	Soort informatie
Periodiek vragenlijst- en cohortonderzoek	• Veiligheidsmonitor • Gemeentelijke monitor sociaal domein • GGD Gezondheidsmonitor onder verschillende leeftijdsgroepen • Lokale cohortstudies zoals: het Leidsche Rijn Gezondheidsproject (LRGP), een grootschalig cohortonderzoek naar de gezondheid van bewoners van de wijk, of Lifelines, een multigenerationele cohortstudie naar gezond oud worden in Noord-Nederland	• Tweejaarlijks bevolkingsonderzoek naar veiligheid, leefbaarheid en slachtofferschap op verschillende geografische niveaus • Lokale informatie over sociaal domein; uitkeringen, zorg, hulp huishouden en zelfstandig wonende ouderen • Lokale informatie over gezondheid, leefstijl en sociale situatie van de bevolking • Afhankelijk van individuele cohortstudie
Registraties	• Gemeentelijke registraties (bijvoorbeeld van gebruik WMO en Jeugdzorg) • Nivel Zorgregistraties eerste lijn • Vektis overzicht van gedeclareerde zorg	• Gebruik gemeentelijke voorzieningen zoals WMO en Jeugdzorg • Gegevens van huisartsen in Nederland: zorggebruik, klachten, diagnoses, behandelplan • Gedeclareerde zorgkosten naar soort op gemeente en postcode niveau, opgesplitst naar geslacht

	• Lokale gezondheidsprofielen, zoals: Julius Huisartsen Netwerk dat gegevens verzamelt van huisartsen in en rondom Utrecht • GGD registraties zoals JGZ, OGGZ, veilig thuis	en leeftijd • Afhankelijk van specifiek gezondheidsprofiel • Gegevens over achtergrondkenmerken gezinnen, gezondheid (fysiek en mentaal) kinderen en kwetsbare groepen
Lokale (gezondheids-) profielen	• www.waarstaatjegemeente.nl • statline.rivm.nl en Statline CBS in de buurt, www.cbsinuwbuurt.nl • Regionale risicoprofielen https://www.risicokaart.nl/professionele-gebruiker/regionaal-risicoprofiel • Wijkcijfers van RIVM of GGD op basis van Small area statistics (SMAP) (het modelmatig berekenen van cijfers op wijkniveau voor verschillende gezondheidsthema's) https://www.rivm.nl/media/smap/	• Laat voor alle Nederlandse gemeenten zien waar ze staan op allerlei thema's (o.a. gezondheid, gebruik GGZ, sociale omgeving); gemeten op regioniveau, maar op wijkniveau kan onder meer sociaaleconomische status worden vergeleken) • Diverse cijfers op gemeente-, wijk- en buurtniveau op het gebied van gezondheid, zorggebruik, inkomen, uitkeringen, bevolkingsdichtheid, herkomst etc. • Een inventarisatie en analyse van aanwezige risicovolle situaties en kwetsbare objecten in één van de 25 veiligheidsregio's in Nederland, inclusief relevante risico's uit aangrenzende gebieden • Gezondheidsindicatoren op wijk- en buurtniveau (informatie m.b.t. volksgezondheid, leefstijl, participatie en fysieke omgeving)
Overig	• De VZinfo-website https://www.volksgezondheidenzorg.info/	• Metadatabase met een overzicht van wie welke gegevens verzamelt over volksgezondheid en zorg in Nederland, met welk doel, wie dit financiert en waar de gegevens voor gebruikt worden. Het gaat daarbij om in Nederland beschikbare bronnen zoals zorgregistraties, patiëntenregistraties, enquêtes, monitors, langlopende (cohort) onderzoeken en andere onderzoeken waarvan de data

	• Databuffet (GGD GHOR Nederland) https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/regionale-gezondheidsinformatie-rgi/dossiers/220-databuffet • Netwerkoverzicht lokale zorg- en dienstverleners inclusief contactgegevens	beschikbaar zijn voor hergebruik • Dataverzameling lokaal beschikbare gegevens op het gebied van geografie; bevolking; gezondheid, ziekte en sterfte; jeugd; sociaal domein; zorg & veiligheid; omgevingswet • Overzicht van mogelijke partijen die verschillende vormen van zorg en ondersteuning kunnen bieden en eventueel hun capaciteit
--	---	--

Voorbeeldcasus: brand Chemie-Pack Moerdijk

Op woensdag 5 januari 2011 ontstond een brand bij het bedrijf Chemie-Pack in Moerdijk. Dit veroorzaakte een grote rookpluim rondom het bedrijf en inwoners werd geadviseerd binnen te blijven. In de dagen na de brand kwamen er 545 meldingen met gezondheidsklachten binnen en was er veel onrust onder inwoners. Ook werden er Kamervragen gesteld over de veiligheidssituatie van risicovolle bedrijven. In opdracht van de Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid en de Veiligheidsregio Midden en West-Brabant hebben de GGD'en West-Brabant en Zuid-Holland Zuid de gezondheidsklachten en bezorgdheid van betrokkenen bij de brand actief gevolgd.

Er werd een digitale vragenlijst open gezet voor inwoners, werkenden en hulpverleners. In eerste instantie moesten er twee onderzoeken lopen in de twee betreffende GGD regio's, gelukkig kon dit worden teruggedraaid en is er één onderzoek met één vragenlijst uitgezet. De vragenlijst moest snel worden opgestart en is met goede samenwerking met het RIVM tot stand gekomen. Naast vragen over klachten werd gevraagd naar de zorgbehoefte. Er werd een telefoonregistratie opgezet en bovendien werd een belronde gehouden onder huisartsen in het gebied. Beide waren opgezet om inzicht te krijgen in klachten en zorgen.

De telefoonregistratie en de huisartsenbelronde leverden veel informatie op over welke instelling (zoals kinderopvang en school) welke informatie nodig had. Hierdoor werden QenA's aangepast en ook het telefoonteam kon beter worden geïnstrueerd.

Lessen: Verschillende methoden (telefoonregistratie, belrondes en vraagregistratie op bewonersavonden) kunnen naast elkaar worden gebruikt en leveren voor crisiscommunicatie en PSH waardevolle informatie op. Tip: zorg steeds voor een goed proces of overleg waarin de resultaten terugkomen in QenA's en de informatievoorziening door call-center medewerkers. Bij een incident met veel werknemers adviseert de GGD om met een actiecentrum bedrijfsgezondheidszorg te werken, dit was een duidelijk aanspreekpunt en informatiecentrum.

<https://www.ifv.nl/kennisplein/incidenten-en-evaluaties/publicaties/ggd-rapport-over-zorgen-en-gezondheidsklachten-na-brand-chemie-pack>

NB: hoewel dit onderzoek langer heeft geduurd dan twee weken, is het in principe wel mogelijk dit binnen twee weken te doen.

Onderdeel C. Nieuw te verzamelen informatie

In een deel van de informatiebehoefte is niet te voorzien met bestaande informatiebronnen. In dat geval kan de GGD – in samenwerking met partners – nieuwe informatie verzamelen in het getroffen gebied en onder getroffenen daarbuiten. Daarvoor kan gebruik worden gemaakt van de bronnen en methoden genoemd in onderstaande tabel. In bijlage 2 is een schema te vinden met voor Nederland beschikbare instrumenten (die gevalideerd zijn in Nederland en waarvoor Nederlandse referentiecijfers beschikbaar zijn) die een deel van de in onderdeel A genoemde vragen kunnen beantwoorden.

Tabel 4: Bronnen van nieuw te verzamelen informatie

	Soort informatie en kanttekeningen	Relevant in fase:
'Real time' data over meldingen (indien men is aangesloten: Landelijk Crisismanagement Systeem (LCMS) - een afgeschermd website om een actueel en gedeeld beeld te onderhouden ter ondersteuning van het netcentrisch werken)	Inschatten aard en omvang incident als onderdeel van de omgevingsanalyse/duiding van het incident: binnen LCMS wordt alle informatie rondom risico's, incidenten, rampen en crises gedeeld om tot een actueel gedeeld beeld te komen. Denk aan aantal getroffenen.	A
De collega's van MMK	In het geval van een incident met een chemische stof kunnen zij een bijdrage leveren aan het voorzien in de informatiebehoefte rondom mogelijke gezondheidsrisico's. Op basis van informatie over de (mate van) verspreiding van de betreffende stof kunnen zij, eventueel i.s.m. met de GAGS, een risicobeoordeling uitvoeren met betrekking tot de acute en lange termijn gezondheidsrisico's van groepen blootgestelden. Zij ondersteunen de gemeente in de communicatie hierover richting inwoners (bijvoorbeeld ook door deel te nemen aan bewonersbijeenkomsten).	A
De collega's van IZB	In het geval van een infectieziekte-casus kunnen zij een bijdrage leveren aan het voorzien in de informatiebehoefte rondom mogelijke gezondheidsrisico's. Op basis van informatie over de (mate van) verspreiding van de infectieziekte, kunnen zij een risicobeoordeling uitvoeren met betrekking tot de acute en lange termijn gezondheidsrisico's van groepen blootgestelden. Zij ondersteunen de gemeente en huisartsen in de communicatie hierover richting inwoners	

Beeld- en audiomateriaal (publieke camera's, meldkamer, oproep beelden te delen)	Inschatten aard en omvang incident als onderdeel van de omgevingsanalyse/duiding van het incident: aantal slachtoffers, schade aan infrastructuur en woningen, etc. Alleen bruikbaar als duidelijk beeld- en audiomateriaal beschikbaar en toegankelijk is.	A/O
Partners bevragen (een deel van de openstaande vragen kan door ketenpartners (bijvoorbeeld SHN, Rode Kruis, wijkteams) worden beantwoord, of is reeds bekend bij ketenpartners. Ketenpartners kunnen ook ingezet worden voor het benaderen van getroffen t.b.v. gesprekken, interviews of vragen- en screeningslijsten)	Divers: vooral informatie gericht op soort behoeften die zij zien onder getroffenen, en inschatting van aantallen getroffenen. Ook informatie over de capaciteit van partners in relatie tot de vraag naar PSH.	A/O/N
Gesprekken/(groeps)interviews (mensen gericht vragen naar behoeften en problemen op basis van vragen uit onderdeel A, bij mensen thuis of bijvoorbeeld op een opvanglocatie of via een fysieke éénloketfunctie)	Snel op te halen informatie (dit kan telefonisch, online of via fysieke bijeenkomsten/één-op-één contact): wat zijn op dat moment problemen en behoeften?	A/O/N
Call-center data	Met welke vragen, behoeften en problemen nemen burgers contact op met het call-center van de GGD?	A/O/N
(Social) media-analyse (analyse van online platforms zoals Twitter en Facebook, maar ook traditionele media zoals kranten en nieuwsuitzendingen)	Indruk van de reacties van getroffenen en de mate van maatschappelijke onrust. Ook kan het signalen geven van on vervulde behoeften. In sommige regio's kan de GHOR een rol spelen in het uitvoeren van deze social media-analyse.	A/O/N
Informatie ophalen bij lokale professionals (huisarts, wijkteams, wijkverpleegkundige, wijkagent, etc.)	Informatie over (toename van) zorggebruik, behoeften en problemen.	A/O/N
(Online) vragenlijsten (bij mensen thuis of via een opvanglocatie of fysieke/virtuele éénloketfunctie)	Divers: van gedetailleerde informatie op individueel niveau over risicofactoren, problemen en behoeften tot zorggebruik en oordeel over ontvangen zorg. Bij voorkeur wordt er gebruik gemaakt van bestaande vragenlijsten en screeningsinstrumenten die al zijn gevalideerd in de Nederlandse context, en waarvoor referentiecijfers uit de Nederlandse bevolking beschikbaar zijn. Voorbeelden hiervan zijn: - Screeningslijst gevaarlijke stoffen (Dusseldorp et al., 2014) - Problem and Help Inventarisation List (Nederlandstalig) (Van der Velden & Kleber, 1999) - Nederlandse vertaling van Trauma	O/N

	Screening Questionnaire (Olf, 2005) die is toegepast na London Bombings, orkaan Katrina en Poldercrash)¹ Zie Bijlage 2 voor een schema met relevante instrumenten. NB: indien beschikbaar kan gebruik gemaakt worden van bestaande inwonerpanels zodat snel een meting uitgevoerd kan worden onder getroffenen, zoals gebeurd is na de aardbeving bij Zeerijp en tijdens de coronapandemie (zie kaders).	
Surveillance netwerk (bijvoorbeeld het surveillance-netwerk en de Peilstations van het Nivel, afhankelijk van schaal en aard risico kunnen gezondheidsklachten op weekbasis worden gemonitord)	Trends in zorggebruik en specifieke klachten in het getroffen gebied volgen.	O/N

Randvoorwaarden voor de uitvoering van rapid needs assessments

De uitvoering van een rapid needs assessments zal in de praktijk afhankelijk zijn van randvoorwaarden die onderling kunnen samenhangen:

Randvoorwaarde	Toelichting
Beschikbare tijd en mogelijkheid om mensen te benaderen (afhankelijk van crisisfase, hoeveelheid/benaaderbaarheid getroffenen, volledigheid registratie)	- In de acute fase, wanneer informatie soms binnen minuten of uren nodig is, is het ophalen van nieuwe informatie middels RNA eigenlijk niet haalbaar of slechts op een zeer verkennende manier (denk aan een snelle uitvraag onder een kleine steekproef). In die situaties is er vooral ruimte voor minimale vragen zoals (1) “hoe gaat het met u/uw gezin/andere bewoners?” (2) “Wat hebt u/heeft uw gezin/hebben andere bewoners op dit moment nodig?” - Los van de acute fase zijn er allerlei situaties denkbaar waarin het niet mogelijk is om rechtstreeks contact op te nemen met een specifieke doelgroep. In die situaties moet vooral worden vertrouwd op informatie verzameld en gedeeld door ketenpartners, over enkele gevallen of op groepsniveau. - Soms kan het nodig zijn, gezien de beperkte beschikbare tijd en grote aantallen getroffenen, om een steekproef te bevragen. Hierbij is belangrijk dat de steekproef een goede afspiegeling is van de totale getroffen groep. Een (internationaal) voorbeeld van een steekproef van huishoudens gestratificeerd naar geografische sub gebieden binnen het getroffen gebied is de Amerikaanse CASPER methode (https://www.cdc.gov/nceh/hsb/disaster/casper/resources.htm). Deze methode is alleen van toepassing bij een plaatsgebonden ramp of incident. Een steekproef - gestratificeerd naar bijvoorbeeld leeftijd en geslacht, getrokken uit alle geregistreerde slachtoffers - is echter ook mogelijk bij niet-plaatsgebonden rampen en incidenten.

¹ Voor Nederlandse referentiegegevens voor de TSQ zie Knipscheer et al. (2020). Voor een volledig overzicht van in Nederland beschikbare instrumenten voor GOR zie Grievink et al. (2007)

Kwaliteit van registratie (afhankelijk van administratie verschillende partners en delen ervan)	• Getroffenen kunnen zich zelf melden – bijvoorbeeld op een opvanglocatie, een algemene website, noodnummer of éénloketfunctie – voor vragen en informatie, maar ook voor het zoeken van hulp (al dan niet na een oproep vanuit crisisautoriteiten; later meer). Een deel van de getroffenen zal bovendien in de eerste dagen en weken in beeld komen bij verschillende instanties en partijen (zie voor een overzicht de IFV Mindmap Slachtofferregistratie: https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20181122-IFV-Mindmap-slachtofferregistratie.pdf). • Op basis van een combinatie van overzichten/lijsten kunnen mensen vervolgens worden benaderd voor een RNA (of GOR), of kan men in ieder geval toestemming vragen aan getroffen om dit op een later moment te doen. Daarnaast kan men een NL-alert laten uitgaan naar de mobiele telefoons binnen het betrokken gebied waarmee mensen zich kunnen registreren en deze kan gekoppeld worden aan een link naar een korte screeningslijst.
Aard en locatie van het incident. (flitsramp of trage crisis, lokaal beperkt of bredere geografische spreiding)	• Bij een flitsramp kunnen getroffenen en omstanders snel op eigen vervoer de locatie verlaten en direct naar huis, werk of elders gaan. Als men geen contact heeft gehad met autoriteiten of hulpdiensten kan een oproep worden gedaan om hen te laten melden. • Bij een sterk plaatsgebonden gebeurtenis is het mogelijk om mensen via huis-aan-huis bezoek of per brief te benaderen. Bij een regionale of landelijke gebeurtenis kan een informatienummer, app of website worden geactiveerd waar mensen hun contactgegevens kunnen achterlaten.
Mate van preparatie (vooraf investeren in relaties, werkwijzen, routines en benutbare gegevensbronnen)	• Het is verstandig om in de preparatiefase relaties aan te gaan en te onderhouden met collega's binnen de GGD en andere partijen die bij een crisis kunnen voorzien in informatie. Ook is het nuttig om crisisscenario's te oefenen en om voorwerk uit te voeren voor met name onderdeel B van deze leidraad (los van rampen en crises is onderdeel B potentiële waarde voor het bevorderen van de publieke gezondheid). • Bij het uitvoeren van een RNA met vragenlijsten is het belangrijk dat deze al zoveel mogelijk klaar liggen en dat modules voor verschillende typen rampen en incidenten aan elkaar kunnen worden gekoppeld. De screeningsvragenlijst gevaarlijke stoffen en andere voorbeelden (zie bijlage 2) kunnen als input worden gebruikt om eventueel zelf een vragenlijst samen te stellen die aansluit bij het type incident en de fase waarin het incident zit (zoals bijvoorbeeld na het schietincident in Alphen aan den Rijn; Tielen et al., 2012).

Samenvattend overzicht

Hieronder zijn per fase de typen vragen en potentieel relevante informatiebronnen weergegeven. In de overgangsfase en de nafase is er meer tijd (en urgentie) om ook de andere rubrieken met vragen langs te lopen, bestaande informatiebronnen (onderdeel B) verder te benutten en over meer aspecten nieuwe informatie (onderdeel C) te verzamelen. Van belang is wel dat de activiteiten binnen één tot twee weken worden afgerond omdat anders geen sprake meer is van een RNA zoals omschreven in dit document.

Tabel 5: Samenvattend overzicht

Fase	Type vraag (onderdeel A)	Informatiebron (onderdelen B en C)
Acute fase	• Gebeurtenis • Getroffenen • Basishulp • Informatie	• Bestaande informatiebronnen (B) • 'Real time' data meldingen (C) • Partners en specialistische collega's (C) • Partners en lokale professionals (C) • Gesprekken/(groeps)interviews (C) • Beeld- en audiomateriaal (C) • (Sociale) mediaberichten (C) • Burgerhulp/burgerparticipatie (C)
Overgangsfase	• Informatie • Emotionele en sociale steun • Praktische hulp • Zorg bij gezondheidsklachten • Evaluatie	• Bestaande informatiebronnen (B) • Partners en lokale professionals (C) • Gesprekken/(groeps)interviews (C) • (Online) vragenlijsten (C) • Beeld- en audiomateriaal (C) • (Sociale) mediaberichten (C) • Burgerhulp/burgerparticipatie (C) • Surveillance netwerk (C)
Nafase	• Informatie • Emotionele en sociale steun • Praktische hulp • Zorg bij gezondheidsklachten • Evaluatie	• Bestaande informatiebronnen (B) • Partners en lokale professionals (C) • Gesprekken/(groeps)interviews (C) • (Online) vragenlijsten (C) • Beeld- en audiomateriaal (C) • (Sociale) mediaberichten (C) • Burgerhulp/burgerparticipatie (C) • Surveillance netwerk (C)

Verantwoording

Hoe is deze handreiking tot stand gekomen?

Om tot deze leidraad te komen is een verkenning uitgevoerd van beschikbare RNA methoden en instrumenten in binnen- en buitenland. Er is een literatuuronderzoek verricht om lessen te trekken uit de internationale kennisbasis (Bosmans et al., *under review*). Dit heeft belangrijke inzichten verschaft in de aanpak van en prioriteiten bij RNA in andere landen, zoals het feit dat deze vooral verricht worden met behulp van vragenlijsten en registraties, en dat zij zich vooral richten op (fysieke en mentale) gezondheid en basishulp. De literatuur leverde echter vooralsnog weinig concrete aanknopingspunten op voor de Nederlandse context: er wordt in de regel gebruik gemaakt van ad-hoc samengestelde vragenlijsten, en vrijwel niet met gevalideerde instrumenten. Hier zijn dan ook geen in Nederland gevalideerde versies van. Wel leverde de review een aantal algemene tips op voor het voorbereiden en uitvoeren van een RNA (zie tabel 1). Daarnaast is de genoemde CASPER-methode - waarbij een steekproef van huishoudens wordt getrokken gestratificeerd naar geografische sub gebieden binnen het getroffen gebied – een methode die ook in Nederland bij een gebied gebonden ramp mogelijk van nut kan zijn. Specifiek voor de Nederlandse context is de screeningsvragenlijst gevaarlijke stoffen (Dusseldorp et al., 2014) beschikbaar die enkele jaren geleden is opgesteld met zo veel mogelijk vragen uit gevalideerde vragenlijsten en referentiedata. Deze is in overleg met het veld in Nederland ontwikkeld voor incidenten met schadelijke stoffen. Periodiek zullen aan deze leidraad nieuwe (inter)nationale inzichten worden toegevoegd, indien van toepassing.

Daarnaast is gebruik gemaakt van kennis en ervaringen van deskundigen binnen het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), GGD'en, ARQ Kenniscentrum Impact en andere experts om de ervaringen met RNA in Nederland in kaart te brengen. Met medewerkers van GGD'en met verschillende aandachtsgebieden – crisiscoördinatie, psychosociale hulp, gezondheidsonderzoek bij rampen, medische milieukunde, epidemiologie – zijn aanvullend meerdere scenario-oefeningen uitgevoerd om te bevorderen dat de inhoud van deze leidraad aansluit bij de GGD-praktijk.

Veldtest leidraad RNA

Tijdens de COVID-19 pandemie is deze leidraad in 2020 gebruikt om op landelijk niveau een snelle inventarisatie uit te voeren (zie onderstaand kader). Hoewel dit dus niet de toepassing op lokaal of regionaal niveau betreft, vormde dit een eerste veldtest van de leidraad. Vanwege de beperkte ruimte om vragen toe te voegen aan bestaande metingen, is voor de RNA's tijdens de coronacrisis gebruik gemaakt van een enkele vraag: "Heeft u behoefte aan zorg of andere ondersteuning in verband met het coronavirus? (Zo ja, welke?)". Deze vraag was breed genoeg om alle mogelijke behoeften binnen de vijf beschreven domeinen te vangen zonder te sturen op inhoud. De leidraad en de vijf categorieën van zorg en ondersteuning uit de multidisciplinaire richtlijn PSH zijn gebruikt om de open antwoorden te categoriseren. Tussen 16 maart en 17 mei zijn, met een interval van twee weken, steeds metingen uitgevoerd binnen het Nivel Consumentenpanel welke werden ingevuld door ruim 2500 respondenten. In oktober volgde nog een enkele meting in het Nivel Consumentenpanel. Al was de behoefte aan zorg en ondersteuning stabiel, na verloop van tijd kwam een inhoudelijke verschuiving in behoeften naar voren. Een meting door de Corona Gedragsunit van het RIVM in samenwerking met GGD'en, uitgevoerd tussen 17 en 21 juni onder ruim 16.000 mensen, leverde een vergelijkbaar beeld op.

Voorbeeldcasus: COVID-19 pandemie

Eind 2019 begon de coronacrisis met een uitbraak in China. In Nederland verspreidde het virus zich vanaf maart 2020 snel. Verpleeg- en IC-afdelingen liepen landelijk vol met coronapatiënten. Op 9 maart werden de eerste landelijke maatregelen genomen, die al snel worden opgeschaald, met op 23 maart de eerste 'intelligente lockdown'. De directe en indirecte gevolgen van de pandemie raken de hele bevolking.

Om te weten in welke mate er onder de algehele bevolking behoefte is aan zorg of ondersteuning, zijn door het Nivel en RIVM op meerdere momenten (tijdens de eerste en tweede golf en daartussen) peilingen uitgevoerd in het Nivel Consumentenpanel en binnen het gedragswetenschappelijk onderzoek COVID-19 uitgevoerd door de Corona Gedragsunit van het RIVM en GGD GHOR Nederland in samenwerking met de regionale GGD'en.

Uit de metingen bleek dat een overgrote meerderheid van de Nederlandse bevolking geen behoefte had aan zorg en ondersteuning. De behoefte aan zorg en ondersteuning schommelde tussen de 2 en 4 procent van de ondervraagden. Ondanks dat de metingen zowel tijdens de eerste en tweede golf als daartussen plaatvonden was de omvang van deze groep dus relatief stabiel. Wel was er sprake van een verschuiving van de soort ondersteuningsbehoefte onder deze kleine minderheid. De behoefte aan informatie nam af, en de behoefte aan praktische hulp, psychologische hulp en niet-acute medische zorg namen toe.

Lessen: Omdat er gebruik gemaakt werd van een bestaand panel, was het mogelijk snel een RNA uit te voeren in een steekproef uit de bevolking. Hierdoor was er snel inzicht in de mate en aard van behoeften aan zorg en ondersteuning op populatieniveau.

<https://www.nivel.nl/nl/monitor-behoefte-aan-zorg-en-ondersteuning-onder-burgers>

Wat is de relatie met andere richtlijnen en handreikingen?

Bij de ontwikkeling van de leidraad RNA is voortgebouwd op de inhoud van de kerndocumenten voor PSH en GOR in Nederland: *Multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises* (Impact, 2014), de toolkit PSH, de *Handreiking gezondheidsonderzoek na rampen* (IJzermans et al., 2014) en de screeningsvragenlijst na incidenten met schadelijke stoffen (Dusseldorp et al., 2014).

De leidraad RNA is bedoeld om meer handvatten te bieden aan GGD'en over hoe informatie verzameld kan worden om inzicht te krijgen in behoeften en problemen van getroffenen, zoals de multidisciplinaire richtlijn PSH voorschrijft. De toolkit PSH (<https://www.impact-kenniscentrum.nl/nl/toolkits/ggd-toolkit-psh>) ondersteunt vervolgens – op basis van deze verzamelde informatie – in het adviseren over, plannen en uitvoeren van de ondersteuning en zorg.

Daarnaast vormt de leidraad RNA een aanvulling op de handreiking gezondheidsonderzoek die zich sterk richt op toepassing van onderzoeksmethoden- en technieken (met vragenlijsten, screeningslijsten, registraties en soms lichaamsmateriaal) die niet passen binnen het tijdsvenster van de RNA en waar andere wetenschappelijke en medisch-ethische (toetsings)eisen voor (kunnen) gelden.

Referenties

- Analistennetwerk Nationale Veiligheid (2016). *Nationaal Veiligheidsprofiel 2016: Een all hazard overzicht van potentiële rampen en dreigingen die onze samenleving kunnen ontwrichten*. Bilthoven: RIVM.
- Bosmans M.W.G., Baliatsas, C., IJzermans, C.J., & Dückers, M. L. A. *Rapid health needs assessments and their usefulness for disaster decision making - An overview of methods, strengths and weaknesses and implementation factors: a systematic review* (under review).
- Bosmans, M., Snijders, B., Elberse, J., Zwart, F. de, Dückers, M. (2020). *Feitenblad. Behoeftte aan zorg en ondersteuning tijdens uitbraak coronavirus (COVID-19-pandemie). Resultaten uit gedragswetenschappelijk onderzoek COVID-19*. Utrecht: Nivel.
- Bosmans, M., Zwart, F. de, Brabers, A., Jong, J. de, Hof, S. van den, Vries, M. de, Dückers, M. (2020). *Feitenblad. Behoeftte aan zorg en ondersteuning tijdens uitbraak coronavirus (COVID-19-pandemie). Behoefttepeiling 6, wk 42 (15/10 - 22/10 2020)*. Utrecht: Nivel.
- Dückers, M.L.A., & Jacobs, J. (2018). Psychosociale ondersteuning en zorg na een terreuraanslag. *A&I Praktijkgerichte nascholing over perioperatieve geneeskunde*, 10(4), 17-23.
- Dückers, M.L.A. & Thormar, S.B. (2014). Post-disaster psychosocial support and quality improvement: a conceptual framework for understanding and improving of psychosocial support programs. *Nursing & Health Sciences*, 17, 159-165.
- Dückers, M.L.A., IJzermans, C.J., Jong, W., & Boin, A. (2017). Psychosocial crisis management: The unexplored intersection of crisis leadership and psychosocial support. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 8(2), 94-112.
- Dückers, M., Hoof, W. van, Jacobs, J., & Holsappel, J. (2017). Het belang van een veerkrachtige gemeenschap: gezondheidsbevordering bij flitsrampen en 'creeping crises'. *Impact Magazine*, 4, 12-15.
- Dusseldorp, A., van Overveld, A.J.P., van Kamp, I., van der Velden, P.G., van den Brink, C.L., & IJzermans, C.J. (2014). *Screeningsvragenlijst na incidenten met schadelijke stoffen*. Bilthoven: RIVM.
- Grievink, L., de Vries, M., IJzermans, J., van der Velden, P.G., van den Berg, B., & Smilde-van den Poel, D.A. (2007). *Gezondheidsonderzoek na rampen. Vragenlijsten voor algemene en psychosociale gezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Holsappel, J., van Hoof, W., Jacobs, J., & Dückers, M. (2017). Psychosociale impact van de aardbevingen in Groningen. Een analyse van beschikbare onderzoeken. *Diemen: Impact*.
- Huber, M. (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 91(3), 133-134.
- IFV/ARQ (2020). *E-module Communiceren in de Nafase* (<https://www.ifv.nl/kennisplein/nazorg-en-nafase/publicaties/e-module-communicatie-in-de-nafase>).
- Impact (2014). *Multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises*. Diemen: Impact.
- Korteweg, H.A., van Bokhoven, I., IJzermans, C.J., & Grievink, L. (2010). Rapid health and needs assessments after disasters: A systematic review. *BMC Public Health*, 10(1), 295.
- Tielen, H., van de Laar, A., & van Dijk, A. (2012). *Schietincident 9 april 2011 Alphen aan den Rijn. Onderzoek naar de gevolgen voor de gezondheid van de getroffen en betrokkenen*. Leiden: GGD Hollands Midden.
- Velden, P.G. van der, & Kleber, R.J. (1999). *Problem & Help Inventarisation List*. Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma.
- IJzermans, J., Claassen, T., & van der Ree, J. (2014) *Handreiking gezondheidsonderzoek na rampen. Onderzoek naar psychische en fysieke gezondheid en naar zorg- en ondersteuningsbehoeften na incidenten, crises, ongevallen en rampen*. RIVM: Bilthoven.

Bijlage 1 Overzichtstabel risicofactoren

Risicofactoren op individueel niveau	Risicofactoren op gemeenschapsniveau	Risicofactoren op het niveau van de samenleving
• Geslacht en leeftijd (vrouwen met/en kinderen hoger risico) • Omgeving met weinig sociale steun en lage sociaaleconomische status • Mate en nabijheid van blootstelling (feitelijk en gepercipieerd) • Eerdere blootstelling aan schokkende gebeurtenissen • Bestaande (psychische) problemen • Gevoel in de steek te zijn gelaten • Verlies vertrouwen in de overheid • Onvoldoende randvoorwaarden om leven op te pakken (provisorische omstandigheden, geen werk of onderwijs) • Verlies van 'bronnen' (alles wat van waarde is voor mensen: relaties, bezit, huis en haard, positie), sociale steun en andere stressbronnen • Onvoldoende toegang tot professionele hulpverleners. • Negatieve perceptie/attribution van de aanpassingen in de omgeving • Langdurige onzekerheid o.a. over financiën en onzekerheid over de toekomst zorgt voor gevoelens van angst, bezorgdheid, en hulpeloosheid	• Vatbaarheid voor impact en onvermogen om met gevolgen van gebeurtenis (en risicofactoren individu) om te gaan • Ingrijpende veranderingen in de leefomgeving – mogelijke effecten: - <i>identiteitsgevoel en verbondenheidsgevoel met de omgeving raakt verstoord, wat kan leiden tot verandering in relaties en gevoelens van onzekerheid, angst en boosheid</i> - <i>bezorgdheid en angst ten opzichten van zichzelf en de gemeenschap</i> - <i>gemeenschapstrots, gemeenschapswaarden en sociale cohesie worden aangetast</i> • De kwetsbaarheid van de gemeenschap uit zich in de beschikbaarheid en verdeling van: - <i>probleemoplossend vermogen</i> (kritische reflectie en probleemoplossingsvaardigheid, flexibiliteit en creativiteit; collectieve zelfredzaamheid/actie, politieke partnerschappen) - <i>sociaal kapitaal</i> (informele banden: sociale steun en sociale inbedding; formele banden: organisatorische samenwerking, burgerparticipatie, leiderschap en rollen; gemeenschapszin en verbondenheid aan plaats); <i>informatie en communicatie</i> (media, informatiebronnen, vaardigheden, infrastructuur) - <i>economische bronnen</i>	• Vatbaarheid voor impact, en onvermogen om met gevolgen van gebeurtenis (en risicofactoren gemeenschap) om te gaan • De kwetsbaarheid van de samenleving uit zich in: - <i>de kwaliteit van bestuur</i> - <i>financiële reserves</i> - <i>toegang tot drinkwater, voeding, gezondheidszorg</i> - <i>mate van gelijkheid</i> - <i>onderwijs</i> - <i>milieubeheer en omgevingsplanning</i> • Deze kwetsbaarheid hangt samen met culturele kenmerken (mate van collectivisme, korte termijnfocus en ongelijke machtsafstand)

Bronnen: Dückers et al. (2017) en Holsappel et al. (2017).

Bijlage 2 Relevante instrumenten voor screeningslijsten

Screeningslijsten	Soort informatie die met de instrumenten verzameld wordt	Nuttig bij vragen uit onderdeel A:
Screeningsvragenlijst gevaarlijke stoffen lijsten voor stralings- en infectieziekten (In geval van infectieziekten: neem contact op met IZB voor relevante items uit Osiris. In geval van stralingsincident vroeg vraag toe: "Heeft u Jodium profylaxe gebruikt?")	• Basisgegevens van getroffen en (leeftijd, geslacht, gezinssituatie, etc.) • Gezondheid, fysieke klachten • Ontvangen medische hulp en ondersteuning • Mentaal welbevinden • Behoeft e aan (medische) zorg, hulplening, ondersteuning	• Is bekend wie de getroffen en zijn/zijn ze in beeld? • Is de aard van blootstelling/besmetting/schade/verlies van getroffen en bekend? • Zijn er groepen bij met specifieke risico's of kwetsbaarheden/kunnen er nazorgdoelgroepen worden onderscheiden? • Hoeveel behoefte is er aan acute medische zorg? • Zijn er getroffen en met behoeften en problemen op het vlak van ○ lichaamsfuncties (fysieke gezondheid) ○ mentaal welbevinden (mentale gezondheid) • Hebben getroffen en contact gehad met een nazorg-/opvangteam
Problem and Help Inventarisation List (Nederlandstalig)	• Problemen en (behoefte aan) professionele hulp op diverse vlakken van lichamelijke problemen tot juridische problemen.	• Zijn er groepen bij met specifieke risico's of kwetsbaarheden/kunnen er nazorgdoelgroepen worden onderscheiden? (zie onderdeel B) • Welke behoefte aan emotionele en sociale steun hebben getroffen en? • Hebben getroffen en een sociaal netwerk waarop zij kunnen terugvallen? • Welke behoefte aan praktische hulp hebben getroffen en? • Zijn er getroffen en met behoeften en problemen op het vlak van ○ lichaamsfuncties (fysieke gezondheid) ○ zingeving ○ dagelijks functioneren • Hebben getroffen en zorg/hulp ontvangen voor deze behoeften en problemen? • Zijn er (financiële) belemmeringen in de toegang tot zorg voor getroffen en?
Trauma Screening Questionnaire (TSQ) (Nederlandstalig)	• Symptomen van PTSS (herbeleving en arousal)	• Zijn er getroffen en met behoeften en problemen op het vlak van mentaal welbevinden?
Euroqol-5D	• Kwaliteit van leven	• Zijn er getroffen en met behoeften en

	d.m.v. vijf gezondheidsniveaus (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie)	problemen op het vlak van kwaliteit van leven?
QPC vragenlijst getroffen	• Ervaringen met psychosociale hulpverlening	• Hoe evalueren getroffen de geboden (na)zorg?

NB: het meest recente overzicht van in Nederland beschikbare instrumenten voor gezondheidsonderzoek is te vinden in: Grievink et al. (2007).

Vindplaatsen instrumenten en achtergrondinformatie

- Screeningslijst gevaarlijke stoffen, voor meer informatie zie: <https://www.rivm.nl/publicaties/screeningsvragenlijst-na-incidenten-met-schadelijke-stoffen>
- Problem & Help Inventarisation List, voor meer informatie zie: <https://fondsslachtofferhulp.nl/wp-content/uploads/2018/09/CentERdata-FSH-VICTIMS-project-2018-rapport-eindversie.pdf>
- Trauma Screening Questionnaire, voor meer informatie zie: <https://www.ntvp.nl/trauma-screening-questionnaire-m-olff-2005/>
- Euroqol-5D, voor meer informatie zie: <https://euroqol.org/>
- QPC vragenlijst getroffen, voor meer informatie zie: <https://qpctoolkit.nl>

Bijlage 3 Lijst met afkortingen

CASPER	–	Community assessment for public health emergency response
GAGS	–	Geneeskundig adviseur gevaarlijke stoffen
GGD	–	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GHOR	–	Geneeskundige hulporganisatie in de regio
GOR	–	Gezondheidsonderzoek bij rampen
IZB	–	Infectieziekenbestrijding
LCMS	–	Landelijk crisismanagement systeem
MMK	–	Medische milieukunde
PSH	–	Psychosociale hulpverlening
RIVM	–	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RNA	–	Rapid needs assessment
SHN	–	Slachtofferhulp Nederland