



GGD Amsterdam



QPC

Quality of Psychosocial Care

EINDRAPPORT

Colofon

Opdrachtgever

ZonMw – programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid, subsidieronde
Academisering van Crisisbeheersing in de Publieke Gezondheid

Auteurs

dr. Jorien Holsappel / Impact en GGD Amsterdam
dr. Thijs Fassaert / GGD Amsterdam
dr. Tina Dorn / GGD Amsterdam
dr. Hans te Brake / Impact (projectleiding)

ISBN 978-90-78273-19-6 / NUR 740

© Impact/GGD Amsterdam, juli 2013

Impact is het landelijk kennis en adviescentrum psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen. Impact heeft tot doel het bevorderen van kwalitatief hoogwaardige en adequaat georganiseerde psychosociale zorg na rampen en schokkende gebeurtenissen. Impact is partner in Arq, psychotrauma expert groep en wordt gesubsidieerd door de ministeries van Defensie, V&J en VWS. Deze subsidie en verantwoording verloopt via het RIVM wat maakt dat Impact intensief samenwerkt met het RIVM.

GGD Amsterdam is de grootste Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Nederland en werkt ten behoeve van de volksgezondheid in het werkgebied Amsterdam, Aalsmeer, Amstelveen, Diemen, Ouder-Amstel en Uithoorn. Tot de taken van de GGD horen onder meer geneeskundige en psychosociale hulpverlening na rampen of grootschalige calamiteiten.

Impact

Nienoord 5
1112 XE Diemen
T 020 6601 901

www.impact.arq.org
info@impact.arq.org

GGD Amsterdam

Afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering
Nieuwe Achtergracht 100
1000 CE Amsterdam
T 020 555 5495

www.ggd.amsterdam.nl
edg@ggd.amsterdam.nl

Voorwoord

Dit onderzoek is ontstaan vanuit de wens de kwaliteit van psychosociale hulpverlening meetbaar te maken. Daarbij hebben wij dankbaar gebruik gemaakt van de kennis van velen.

De bijdrage van Expert- en klankbordgroep is onmisbaar geweest. De deelnemers (zowel getroffen en als professionals, zie hoofdstuk 2 en bijlage 1) en de voorzitter van de klankbordgroep, Prof. Dr. Niek Klazinga, zijn wij daarvoor zeer erkentelijk.

Bij de praktische ondersteuning en voorbereiding op de diverse bijeenkomsten rond dit project zijn Karin Jansen en Françoise Rondaij-Koch (secretariaat GGD Amsterdam) van belang geweest. Marja van Bon-Martens (GGD Hart voor Brabant) willen we bedanken voor haar hulp bij de opzet en het uitvoeren van de concept mapping bijeenkomsten (zie hoofdstuk 3). Ook danken wij Edvin Kolasinac (Impact) voor de tijdelijke vervanging van Jorien en Stephan Cremer voor zijn begeleiding op de afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering (GGD Amsterdam).

Door de medewerking van Wilco Tuinebreijer en John Bombeeck van de afdeling Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg (GGD Amsterdam) is het mogelijk geweest de QPC vragenlijst uitgebreid te testen (zie hoofdstuk 5). De betrokkenen van de treinbotsing in Amsterdam die hebben meegewerkt aan deze test willen we ook hartelijk bedanken. Tenslotte onze dank aan ZonMw voor de financiering van dit project.

We hopen met de in dit rapport beschreven resultaten een flinke stap voorwaarts te hebben gemaakt in het evalueren en borgen van de kwaliteit van psychosociale zorgverlening in Nederland.

Hans te Brake, projectleider (Impact)

Jorien Holsappel (Impact / GGD Amsterdam)

Tina Dorn (GGD Amsterdam)

Thijs Fassaert (GGD Amsterdam)

Inhoudsopgave

1. Quality of Psychosocial Care: doel, achtergrond en vraagstelling	3
1.1 Doel van het QPC project	3
1.2 Achtergrond: Waarom kwaliteit van psychosociale hulpverlening meten?	3
1.2.1 Kwaliteitsevaluatie als eis	3
1.2.2 Kennisontwikkeling	4
1.3 Opzet en vraagstelling: Hoe kunnen we de kwaliteit van psychosociale hulpverlening meten?	4
1.3.1. Wat zijn kenmerken van kwalitatief hoogwaardige psychosociale hulpverlening?	4
1.3.2. Hoe kunnen we kwaliteit van psychosociale hulpverlening meetbaar maken?	5
1.4 Uitvoering en financiering	6
2. Stakeholders: Draagvlak en expertise	7
2.1 Belanghebbende partijen: wie?	7
2.2 Klankbordgroep: draagvlak en advies	8
2.3 Expertgroep: concept mapping	8
2.4 Overzicht	9
3. Te meten aspecten: constructie van de concept map	10
3.1 Focus van de brainstorm	10
3.2 Concept Mapping met de expert groep	10
3.3 Literatuursearch	11
3.4 Resultaat: acht principes van goede psychosociale hulpverlening bij schokkende gebeurtenissen	12
3.5 Vergelijking waardering professionals en getroffen	13
3.6 Langs de assen van de concept map: structuur- en procesfactoren	14
4. Operationaliseren: van Concept Map tot vragenlijst	16
4.1 Ervaringen met het betrekken van getroffen in de evaluatie van PSH	16
4.2 Het meten van tevredenheid en/of ervaringen	16
4.3 Vertaling van de uitspraken naar items voor de vragenlijst	17
4.4 Aanpassingen aan de conceptversie van de vragenlijst	18
5. Test en aanpassing van het instrument	20
5.1 Opzet en doel testen van de Vragenlijst	20
5.2 Werving respondenten	20
5.3 Test van de vragenlijst onder de getroffen van de treinbotsing in Amsterdam	21
5.3.1 Respons	21
5.3.2 Betrokkenheid treinbotsing	22
5.3.3 Hulpverleners	22
5.3.4 Psychometrische eigenschappen	24
5.3.5 Analyse achtergrondkenmerken	26
5.3.6 Reacties op de vragenlijst	28
5.3.7 Resultaten voor rapportage	30
5.4 Knelpunten en aanpassingen in de vragenlijst naar aanleiding van de test	33
5.5 Resultaat: totaalpakket QPC Vragenlijst Getroffenen	37

6.	Conclusies en aanbevelingen	38
6.1	Conclusies.....	38
6.2	Aanbevelingen voor de implementatie.....	40
Bijlage 1.	Samenstelling klankbordgroep en expertgroep	43
Bijlage 2.	Literatuursearch.....	44
Bijlage 3.	Literatuuroverzicht.....	47
Bijlage 4.	Uitspraken per (sub)cluster	51
Bijlage 5.	Aanpassingen naar aanleiding van commentaar experts en cognitieve test.....	54
Bijlage 6.	Rapportage n.a.v. onderzoek treinbotsing.....	57

1. Quality of Psychosocial Care: doel, achtergrond en vraagstelling

1.1 Doel van het QPC project

Betrokkenheid bij een ramp, ernstig ongeluk of andere ingrijpende gebeurtenis kan leiden tot psychosociale problemen bij getroffenen. Richtlijnen en andere kennisproducten zijn reeds ontwikkeld ter bevordering van de effectieve opvang van en nazorg voor getroffenen. Dat past binnen de wens om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren en professionele diensten te bieden.

Echter, om gericht te kunnen verbeteren en bijsturen is inzicht nodig in de kwaliteit van het eigen aanbod. Een eerste probleem is dat er geen consensus bestaat over wat de kwaliteit van psychosociale hulpverlening precies inhoudt. Een tweede probleem is het ontbreken van een eenduidig meetinstrument voor de kwaliteit van deze hulpverlening. Het project *Quality of Psychosocial Care* (QPC) richt zich op beide problemen. In het kader van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid en in samenwerking met verschillende ketenpartners hebben GGD Amsterdam en Stichting Impact gezamenlijk het initiatief genomen tot de ontwikkeling van een meetinstrument dat de kwaliteit van psychosociale hulpverlening na rampen meet.

De doelstelling van het project is tweeledig:

1. Het ontwikkelen van een 'conceptuele kaart' van de kwaliteit van psychosociale hulpverlening (ter beantwoording van de vraag "uit welke elementen bestaat hoogwaardige psychosociale hulpverlening?");
2. Het op grond van (1) ontwikkelen van een instrument dat door GGD'en gebruikt kan worden om de kwaliteit te meten vanuit het perspectief van de getroffene.

1.2 Achtergrond: Waarom kwaliteit van psychosociale hulpverlening meten?

Het meetbaar maken van de kwaliteit van geboden psychosociale hulpverlening is op twee manieren van belang. Allereerst stelt het in staat om te voldoen aan de wettelijke verplichting tot kwaliteitsevaluatie. Daarnaast biedt het ook een kans om bij te dragen aan de kennisontwikkeling op het gebied van psychosociale hulpverlening.

1.2.1 Kwaliteitsevaluatie als eis

Bij schokkende gebeurtenissen zijn GHOR en GGD verantwoordelijk voor de geneeskundige hulpverlening en de publieke gezondheid; de GHOR als coördinator van de zorgverlening binnen de witte keten (opgeschaalde zorg) en de GGD als uitvoerende dienst. Daarbij hebben GHOR/GGD te maken met eisen uit verschillende wetten.¹ Op verschillende manieren komt in die wetten de noodzaak tot kwaliteitsevaluatie naar voren. Zo schrijft de Wet Veiligheidsregio's een kwaliteitssysteem voor (Art. 23). In dat kader zijn systemen ontwikkeld zoals Aristoteles, het systeem voor prestatiemeting en –verantwoording in de Veiligheidsregio's.² Ten aanzien van de psychosociale hulpverlening zijn hierin echter geen indicatoren opgenomen, terwijl psychosociale hulpverlening (PSH) in de Wet Publieke Gezondheid en de Wet Veiligheidsregio's expliciet als één van de kernprocessen genoemd wordt. De Kwaliteitswet Zorginstellingen, die ook betrekking heeft op de coördinatietaken van de GHOR en de zorgtaken van de GGD, eist echter wel 'systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg' (Art. 4). Daartoe moeten op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg verzameld en geregistreerd worden, aan de hand waarvan getoetst kan worden of de manier van werken leidt tot passende, verantwoorde zorg. Op basis van de uitkomst van de toetsing dienen bovendien noodzakelijke aanpassingen doorgevoerd te worden om het gewenste niveau van kwaliteit te bereiken en/of te handhaven. Totnogtoe waren er echter geen instrumenten beschikbaar om de evaluatie van psychosociale hulpverlening systematisch te borgen. Het QPC project voorziet in deze leemte.

¹ Zie 'Wetten en regelgeving', <http://www.nifv.nl/web/show/id=90419>.

² Zie Berenschot, NVBR en GHOR Nederland: *Eindrapportage Aristoteles. Prestatiemeting en –verantwoording in de Veiligheidsregio's*.

1.2.2 Kennisontwikkeling

Internationaal zijn ten aanzien van psychosociale hulpverlening diverse richtlijnen opgesteld.³ In Nederland is in 2007 de Multidisciplinaire Richtlijn Vroegtijdige Interventies ontwikkeld, waarvan binnenkort een herziening verschijnt. Kanttekening die vrijwel altijd gemaakt wordt bij standaarden als deze, is dat het vanwege het grillige, chaotische, gevarieerde en onvoorspelbare karakter van schokkende gebeurtenissen bijzonder complex, zometeen onmogelijk is om *evidence-based* aanwijzingen te geven over het handelen. Expertise en ervaringen spelen daarom een belangrijke rol bij de kennisontwikkeling ten aanzien van PSH bij schokkende gebeurtenissen. Door systematisch de resultaten van de geleverde PSH te evalueren kan de kennis die wordt opgedaan, vastgehouden en gedeeld worden, om zo steeds meer te komen tot goed voorbereide, gerichte en efficiënte ondersteuning. Ook hierin wil het QPC project voorzien.

1.3 Opzet en vraagstelling: Hoe kunnen we de kwaliteit van psychosociale hulpverlening meten?

Bovenstaande vraag valt in twee hoofdvragen uiteen: 1) wat zijn kenmerken van kwalitatief hoogwaardige psychosociale hulpverlening? en 2) Hoe kunnen we deze meetbaar maken? In fase 1 van het onderzoek is vraag 1 beantwoord, met als resultaat een conceptuele kaart van de kwaliteit van psychosociale hulpverlening; en in fase 2 is vraag twee uitgewerkt tot een vragenlijst die voorgelegd kan worden aan getroffen en van een schokkende gebeurtenis. Hieronder worden beide vragen toegelicht en uitgesplitst naar deelvragen die in dit project beantwoord zijn. De rapportage volgt de opbouw van deze vragen.

1.3.1. Wat zijn kenmerken van kwalitatief hoogwaardige psychosociale hulpverlening?

Vaststellend dat er weinig eenduidigheid en evidence is ten aanzien van kwaliteit van psychosociale hulpverlening, hoe kunnen we dan toch een goed uitgangspunt formuleren voor de ontwikkeling van een kwaliteitsmeetinstrument? Campbell et al (2008) noemen drie elementen die het kader bepalen voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren: 1) stakeholderperspectief; 2) te meten aspecten van de zorg; en 3) beschikbare informatie/evidence.⁴ Deze aspecten dienen verkend en beschreven te worden met betrekking tot psychosociale hulpverlening bij schokkende gebeurtenissen, om een kader te scheppen voor het beantwoorden van de eerste hoofdvraag: wat zijn kenmerken van kwalitatief hoogwaardige psychosociale hulpverlening? Hieronder wordt uitgewerkt welke vragen daartoe in dit project beantwoord dienen te worden.

1) Stakeholderperspectieven

Bij het opstellen van de kwaliteitscriteria en het ontwikkelen van een meetinstrument is het belangrijk dat zowel hulpverleners als beleidsmakers en getroffen en van een schokkende gebeurtenis goed betrokken worden. Het veld van psychosociale hulpverlening wordt gekenmerkt door diversiteit: perspectieven uit publieke gezondheid, publieke veiligheid en openbaar bestuur komen er bij elkaar. Voor een goede borging en implementatie van het instrument is het van belang dat al deze perspectieven betrokken worden en dat er consensus gevormd wordt over de te bevragen kenmerken. De eerste vraag die daarom in dit rapport beantwoord zal worden, is:

- a) *Hoe kunnen we alle belanghebbende partijen (hulpverleners, beleidsmakers, getroffen en van een schokkende gebeurtenis) goed meenemen in het proces?* (Hoofdstuk 2)

³ Bijv. *NATO-guidelines on Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents* (NATO Joint Medical Committee, 2008), de *Psychosocial First Aid Field Operations Guide* van the National Child Traumatic Stress Network (2006), *The TENTS Guidelines for Psychosocial Care following Disasters and Major Incidents* van The European Network for Traumatic Stress (2008).

⁴ Campbell S M, Braspenning J, Hutchinson A and Marshall M: 'Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care' *BMJ* 2003;326:816

2) *Te meten aspecten van de hulpverlening*

In het kwaliteitsdenken wordt onderscheid gemaakt tussen structuur-, proces- en uitkomstaspecten.⁵ Bij psychosociale hulpverlening hebben 'structuuraspecten' betrekking op organisatie en voorbereiding, zoals training van de medewerkers en beschikbaarheid van de middelen. Procesaspecten hebben bijvoorbeeld betrekking op het verloop van de interactie en op de aansluiting van de hulpverlening bij de behoeften. Bij uitkomstaspecten moet bijvoorbeeld gedacht worden aan effecten op functioneren en kwaliteit van leven van de getroffenen. De verschillende aspecten vragen om verschillende meetmethodes. De vraag die eerst beantwoord dient te worden, is:

- b) *Welke kenmerken van kwaliteit worden geformuleerd door de belanghebbende partijen? Zijn dit structuur-, proces- of uitkomstfactoren en wat betekent dat voor het meetbaar maken ervan?*

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op deze vraag, in de vorm van een beschrijving van de resultaten van de *concept mapping* methode, waarbij met een groep van experts op systematische wijze kenmerken in kaart zijn gebracht.

3) *Beschikbare informatie/evidence*

Bronnen van informatie voor de onderbouwing van kwaliteitscriteria zijn bijvoorbeeld richtlijnen en systematisch verkregen consensus onder experts (waar mogelijk in combinatie met evidence) (Campbell et al 2003: 360, 361). Aangezien in dit project consensus zeer belangrijk is (zie ook vraag a), is gekozen voor het toepassen van de concept mapping methode. Daarnaast is een literatuuronderzoek uitgevoerd, om de volgende vraag te kunnen beantwoorden:

- c) *hoe verhoudt de consensus tussen geraadpleegde getroffenen, hulpverleners en beleidmakers over kwaliteit van psychosociale hulpverlening zich tot de opvattingen van goede psychosociale hulpverlening die internationaal het meest gangbaar zijn?*

De resultaten van het literatuuronderzoek zijn ingebracht bij het conceptmappen en worden dan ook kort besproken in hoofdstuk 3.

1.3.2. Hoe kunnen we kwaliteit van psychosociale hulpverlening meetbaar maken?

Ook hier kunnen we weer de drie stappen volgen:

1) *Stakeholdersperspectieven*

Kwaliteitsonderzoek richt zich gewoonlijk op: 1) de zorg zoals aangeboden (aanbiedersperspectief); 2) de zorg zoals ontvangen (patiënt- of in dit geval getroffenenperspectief) of 3) de capaciteiten van een bepaalde groep aanbieders om zorg te bieden (Donabedian 2005). Uitgangspunt voor het QPC-project is van het begin geweest dat het te ontwikkelen instrument het getroffenenperspectief in beeld brengt. Intern wordt wel geëvalueerd – zij het niet systematisch – maar getroffenen hebben hier geen stem in, terwijl zij het best kunnen beoordelen of de hulp die ze ontvingen, passend was. Een vraag die daarom eerst kort behandeld wordt in hoofdstuk 4, is:

- d) *Op welke manieren is het getroffenenperspectief onderzocht en welke aanbevelingen volgen daaruit ten aanzien van het bevragen van getroffenen?*

⁵ Salzer, Mark S.; Nixon, Carol T.; Schut, L. James A.; Karver, Marc S.; Bickman, Leonard: 'Validating quality indicators: Quality as relationship between structure, process, and outcome' *Evaluation Review* Vol 21(3), Jun 1997, 292-309; Donabedian A: 'Evaluating the Quality of Medical Care' *The Milbank Quarterly* Vol. 83, No. 4 (2005) 691-729

2) *Te meten aspecten van de hulpverlening*

Voor de verschillende doelgroepen zijn verschillende instrumenten nodig. Met het doel om het getroffeneperspectief in kaart te brengen, moeten de genoemde kenmerken zodanig geformuleerd worden, dat ze voor getroffenenen goed herkenbaar en interpreteerbaar zijn. In de rest van hoofdstuk 4 word daarom ingegaan op de vraag:

- e) *Hoe kunnen we de genoemde kenmerken van kwaliteit operationaliseren in de vorm van een meetinstrument dat getroffenenen kunnen invullen?*

3) *Beschikbare informatie/evidence*

Onderdeel van de ontwikkeling van het meetinstrument is een test die moet uitwijzen of de vragen begrijpelijk zijn en of de resultaten in staat zijn om de gewenste inzichten te bieden. Centrale vraag voor de bruikbaarheid van het instrument als bron van informatie is dus:

- f) *Is het ontwikkelde meetinstrument goed toepasbaar en levert het de juiste informatie op?*

Deze vraag wordt in hoofdstuk 5 behandeld door middel van de psychometrische analyse van de resultaten van een test met de vragenlijst onder getroffenenen van de treinbotsing op 21 april 2012 in Amsterdam.

In hoofdstuk 6 worden ten slotte de conclusies samengevat en worden aanbevelingen gedaan voor verdere toepassing en implementatie van het meetinstrument.

1.4 Uitvoering en financiering

De ontwikkeling van het instrument werd gefinancierd door ZonMw. Het project startte januari 2012 en is voltooid in juli 2013. Het project is uitgevoerd door Impact, het landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen - Partner in Arq psychotrauma expert groep, samen met de GGD Amsterdam. Bij het onderzoek zijn daarnaast direct betrokken: GGD Flevoland, GGD Hart voor Brabant, GGD Kennemerland, GGD West-Brabant, GGD Zaanstreek-Waterland en het Nederlandse Rode Kruis. Daarnaast zijn de volgende partijen vertegenwoordigd in een wetenschappelijke klankbordgroep: GGD Nederland, GGD Hart voor Brabant, Het Centrum Gezondheid en Milieu (cGM) bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het Veiligheidsberaad, de Inspectie Gezondheidszorg, Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma, Slachtofferhulp Nederland, Center for Disease Control (Atlanta USA), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), GHOR Nederland, Brandweer Nederland en Landelijk Programma Versterking Professionele Weerbaarheid Politie. Deze klankbordgroep wordt voorgezeten door Prof.dr. Niek Klazinga, Hoogleraar Sociale Geneeskunde AMC; Coördinator Health Care Quality Indicators Project bij de Organisation for Economic co-operation and development (OECD) en lid van de Adviesraad van de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF).

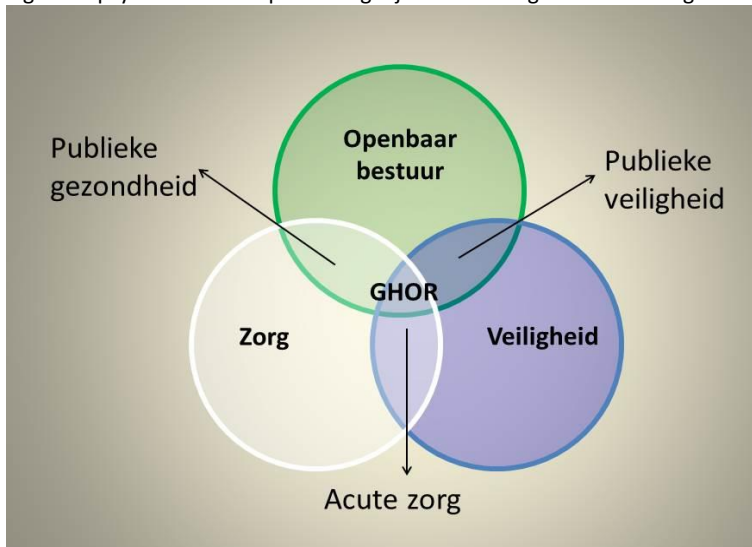
2. Stakeholders: Draagvlak en expertise

Wat zijn de belanghebbende partijen en hoe kunnen we deze goed meenemen in het proces?

2.1 Belanghebbende partijen: wie?

De organisatie van psychosociale hulpverlening kenmerkt zich door complexiteit en diversiteit, doordat daarin de velden van zorg, openbaar bestuur en veiligheid bij elkaar komen en overlappen. Figuur 1 maakt dit inzichtelijk. Waar zorg en openbaar bestuur bij elkaar komen, spreken we van publieke gezondheid, een veld waar GGD'en een belangrijke rol spelen. Het coördineren en bieden van psychosociale hulpverlening bij schokkende gebeurtenissen is één van de kernprocessen waarvoor de GGD verantwoordelijk is. Daarbij is nauwe samenwerking met GHOR en diverse ketenpartners. Deze ketenpartners bevinden zich vooral in het 'acute zorg' veld, op de overlap tussen zorg en veiligheid. Gedacht moet worden aan huisarts, ziekenhuizen, trauma centra, het rode Kruis, Slachtofferhulp, GGZ, psychologen, psychiaters en geestelijke verzorging bij ongevallen en rampen. GHOR is zelf daarnaast één van de partners in de veiligheidsregio, waarin ook brandweer en bevolkingszorg (gemeentelijke processen) vertegenwoordigd zijn en een nauwe verbinding met de Politie bestaat middels een convenant. Daarmee komt ook het veld van de fysieke veiligheid in beeld. Het bieden van psychosociale hulpverlening is voor deze partijen geen eerste verantwoordelijkheid, maar ook zij krijgen te maken met vragen en emoties van getroffenen en hebben zo wel een rol in de eerste opvang en doorverwijzing. Gemeenten dienen bijvoorbeeld te zorgen voor de opvang en registratie van slachtoffers, de verwanteninformatie en zijn coördinator in het nazorg traject.

Figuur 1: psychosociale hulpverlening bij schokkende gebeurtenissen gesitueerd



Bron: Visie Publieke Gezondheid en Veiligheid Verbonden (GGD/GHOR, 2013)

Naast de professionele deskundigen op het gebied van PSH, zijn er ook 'ervaringsdeskundigen': getroffenen van eerdere rampen of schokkende gebeurtenissen, die van binnenuit weten wat belangrijk is voor passende hulpverlening. Omdat de beide hoofdproducten van dit project (de conceptuele kaart van hoogwaardige psychosociale hulpverlening en de uiteindelijke vragenlijst) een stevig draagvlak moesten hebben onder sleutelfiguren (getroffenen, professionele hulpverleners, beleidsmakers en wetenschappers) is veel tijd en aandacht besteed aan de samenstelling van een klankbordgroep en een expertgroep waarin de verschillende velden en getroffenen vertegenwoordigd zijn.

2.2 Klankbordgroep: draagvlak en advies

De klankbordgroep had in de eerste plaats een adviserende rol. Haar functie omvatte:

- (i) het inbrengen van expertise op methodologisch en inhoudelijk vlak
- (ii) het bewaken van de voortgang van het project
- (iii) het verkrijgen van draagvlak voor het resultaat van het project, en
- (iv) het adviseren over implementatie.

De klankbordgroep werd voorgezeten door prof. dr. Niek Klazinga (Sociale Geneeskunde AMC; OECD). Behalve de uitvoerende organisaties (Impact en de GGD Amsterdam), waren in eerste instantie de volgende organisaties vertegenwoordigd: GGD Hart voor Brabant, GGD Nederland, Slachtofferhulp Nederland, GHOR/GGD Nederland, cGM RIVM, Center for Global Health, Veiligheidsberaad, Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma, Nederlands Instituut van Psychologen, en het Rode Kruis. Naar aanleiding van de eerste vergadering is de groep uitgebreid met vertegenwoordigers van Brandweer Nederland en het Landelijk Programma Professionele Weerbaarheid Politie. Daarnaast is contact gezocht met vertegenwoordigers vanuit diverse huisartsenverbanden, OTO/LNAV en NvVP. Vanuit deze verbanden bleek het helaas niet mogelijk om vertegenwoordiging te organiseren.

De klankbordgroep is gedurende de onderzoeksperiode drie keer bijeengekomen: in maart 2012 zijn focus, uitgangspunten en opzet van het onderzoek besproken en goedgekeurd; in juni 2012 zijn de resultaten van fase 1 (concept map, zie 2.3) bediscussieerd en vastgesteld en in maart 2013 kwamen de resultaten van de test met de vragenlijst (zie hoofdstuk 5) aan de orde. Tussendoor zijn leden van de klankbordgroep betrokken bij conceptversies van de vragenlijst en is meegedacht over implementatie. De eindrapportage is in samenspraak met de klankbordgroep opgesteld.

2.3 Expertgroep: *concept mapping*

Omdat het betrekken van de diverse betrokken partijen en het creëren van draagvlak cruciaal is voor het slagen van het project, is gewerkt volgens de *Concept mapping* methode. Deze is in 1989 ontwikkeld door William Trochim als een gestandaardiseerde methode om rond een complex onderwerp een conceptueel kader te ontwikkelen dat gebruikt kan worden voor evaluatie of planning. De methode combineert een inductief groepsproces met verschillende multivariate deductieve statistische analyses, en eindigt met een interpretatie van de resultaten door de deelnemers zelf. De methode verloopt volgens zes opeenvolgende stappen, namelijk: (i) voorbereiding, (ii) uitspraken genereren, (iii) uitspraken structureren, (iv) analyse, (v) interpretatie en (vi) toepassing (zie tabel 1).

Tabel 1: stappen concept mapping

Stap	Actie(s)
Vorbereiding	Formuleren brainstorm focus Samenstellen expertgroep (deelnemers): professionals (hulpverleners, onderzoekers) en getroffen.
Uitspraken Genereren	Brainstorm waarbij deelnemers uitspraken doen over de focus van de brainstorm, zonder discussie.
Uitspraken Structureren	Elke uitspraak wordt genummerd en genoteerd op een kaartje. Elke deelnemer krijgt een set kaartjes van alle uitspraken, sorteert deze naar eigen inzicht in thematische categorieën en noteert per categorie de nummers van de uitspraken. Vervolgens verdelen de deelnemers de kaartjes in vijf gelijke stapels van belang. Deze verdeling wordt ook genoteerd. De scores van alle afzonderlijke deelnemers worden ingevoerd.
Analyse	Met behulp van het statistische programma Ariadne, dat speciaal voor concept mapping is ontwikkeld, worden alle uitspraken op basis van de door de deelnemers toegekende scores grafisch en in clusters weergegeven in een tweedimensionale grafiek (de 'map').

Interpretatie van clusters	In een tweede bijeenkomst met de expert groep wordt consensus bereikt tussen de deelnemers ten aanzien van de interpretatie van clusters. De clusters worden gelabeld. Het resultaat van deze laatste stap is in feite het conceptueel kader.
Toepassing	Deze laatste stap vormt de opmaat voor de volgende ontwikkelfase, namelijk het ontwikkelen van een meetinstrument. De uitkomst van het <i>concept mapping</i> is echter ook op zichzelf een belangrijke uitkomst van dit project, omdat het duidelijkheid schept voor uitvoerende partijen en zo een basis biedt voor verdere kennisontwikkeling op het gebied van psychosociale hulpverlening.

Om dit proces te doorlopen is een expertgroep samengesteld die bestond uit PSH professionals van diverse GGD'en en GHOR, onderzoekers op het gebied van psychosociale hulpverlening en veiligheid, en hulpverleners uit het acute zorg veld (huisarts, Rode Kruis, Slachtofferhulp, psycholoog, geestelijke verzorging). Ziekenhuizen, psychiaters en trauma centra waren niet vertegenwoordigd omdat hun expertise zich vooral concentreert in de fase die volgt op de eerste zes weken na een schokkende gebeurtenis, die buiten onze focus valt (zie ook hoofdstuk 3.1). Daarbij was het streven dat tenminste een derde van de groep bestond uit getroffen en van eerdere incidenten. Deelnemers waren twee mensen die de Tsunami hadden overleefd, een nabestaande van de Tripoli vliegtuigcrash, drie overlevenden van de Turkish Airlines Crash, een ooggetuige van het schietincident in Alphen aan den Rijn en een nabestaande van de aanslag op Koninginnedag 2009 in Apeldoorn en twee treinconducteurs die in hun werk regelmatig waren geconfronteerd met een aanrijding/zelfmoord.

2.4 Overzicht

Om de belanghebbende partijen direct vanaf het begin goed te betrekken en ook hun expertise te gebruiken voor de ontwikkeling van een conceptueel kader, is gekozen voor het instellen van een klankbordgroep en het toepassen van de *concept mapping* methode. Tabel 2 laat zien hoe de in 2.1 onderscheiden velden vertegenwoordigd waren in de respectievelijke groepen.

Een overzicht van de leden van klankbordgroep en expertgroep is te vinden in bijlage 1.

Tabel 2: overzicht participanten klankbordgroep en expertgroep per categorie

	Klankbordgroep	Expertgroep
Publieke Gezondheid	7 beleidsmakers	7 professionals
Publieke Veiligheid	1 onderzoeker, 3 beleidsmakers	2 onderzoekers
Acute Zorg	4 beleidsmakers	6 professionals
Getroffenen	-	10 getroffen en

3. Te meten aspecten: constructie van de concept map

Welke kenmerken van kwaliteit worden geformuleerd door de belanghebbende partijen? Zijn dit structuur-, proces- of uitkomstfactoren en wat betekent dat voor het meetbaar maken ervan? Hoe verhouden deze kenmerken zich tot de thema's waarvoor internationaal de meeste aandacht is?

3.1 Focus van de brainstorm

Om te komen tot een lijst van kenmerken van kwalitatief hoogwaardige psychosociale hulpverlening is gewerkt volgens de *concept mapping* methode die in 2.3 beschreven is. In overleg met de klankbordgroep is als focus voor de brainstorm vastgesteld dat het gaat om *psychosociale hulpverlening door getrainde medewerkers aan verschillende categorieën getroffen en gedurende de eerste zes weken na een schokkende gebeurtenis*. Bij 'getrainde medewerkers' kan worden gedacht aan zowel personeel van hulpdiensten en (geestelijke) gezondheidszorg als reddingswerkers, sociale diensten, voorlichters, getrainde vrijwilligers (bijv. van Slachtofferhulp). Dit is toegevoegd om onderscheid te maken met hulp vanuit de eigen sociale omgeving van getroffen en gedurende de eerste zes weken is gekozen omdat deze in de meeste richtlijnen en wetenschappelijke literatuur gehanteerd wordt als de periode waarin gewoonlijk nog sprake is van 'normale reacties' en 'psychische eerste hulp'.

3.2 Concept Mapping met de expert groep

Tijdens de eerste bijeenkomst van de expertgroep, op 30 maart 2012, is de concept map opgesteld. In een brainstormsessie werden uitspraken verzameld van alle aanwezigen over de kwaliteit van psychosociale hulpverlening, in dit geval de hulp die geboden wordt in de eerste zes weken na de schokkende gebeurtenis. De deelnemers werd gevraagd om de volgende zin af te maken: "Kwalitatief hoogwaardige psychosociale hulpverlening kenmerkt zich volgens mij door...". Eerst werd een ronde gedaan waarbij iedereen de mogelijkheid had twee uitspraken in te brengen. Daarna kon ieder inbrengen wat hij of zij nog miste in de lijst. Dit resulteerde na een uur in een lijst van 79 uitspraken. In totaal hebben 16 professionals en 9 getroffen hiervoor input geleverd. Deelnemers die niet aanwezig konden zijn, hebben via een telefonisch interview voorafgaand aan de bijeenkomst bijgedragen. Hun uitspraken zijn door de onderzoekers ingebracht.

Aansluitend aan de brainstormsessie gingen de deelnemers ieder voor zich aan de slag met de uitspraken door ze te beoordelen op belang en ze in te delen in categorieën. Deelnemers die niet aanwezig konden zijn, hebben dit later via de post en mail gedaan. Twee deelnemers (getroffen en gedurende de eerste zes weken) waren niet in staat om tijdig een bijdrage aan te leveren, zodat de concept map uiteindelijk berekend is op de input van 16 professionals en 7 getroffen en gedurende de eerste zes weken.

Met behulp van het computerprogramma Ariadne is een conceptuele kaart samengesteld waarin alle uitspraken in clusters worden weer gegeven in een tweedimensionale grafiek⁶. Op basis van inhoudelijke argumenten is vervolgens door de onderzoekers gekozen voor een initiële oplossing met 10 clusters. Tijdens een tweede bijeenkomst van de expertgroep, op 29 juni 2012, is deze conceptuele kaart besproken en zijn benamingen voor de gevonden clusters gezocht. Tijdens de klankbordbijeenkomst in juni is de initiële oplossing besproken en op basis van inhoudelijke argumenten teruggebracht naar een oplossing met 8 clusters (zie figuur 2). In het kader hiervan zijn de kenmerken uit de clusters 9 en 10 ondergebracht bij de andere clusters (voor een overzicht van uitspraken per cluster zie bijlage 4). Mede op grond van enkele bijeenkomsten met voornamelijk GGD medewerkers zijn nog enkele minimale veranderingen in de benamingen gemaakt die voor meer aansluiting en begrip zorgden. Dit leidde tot de volgende clustertitels:

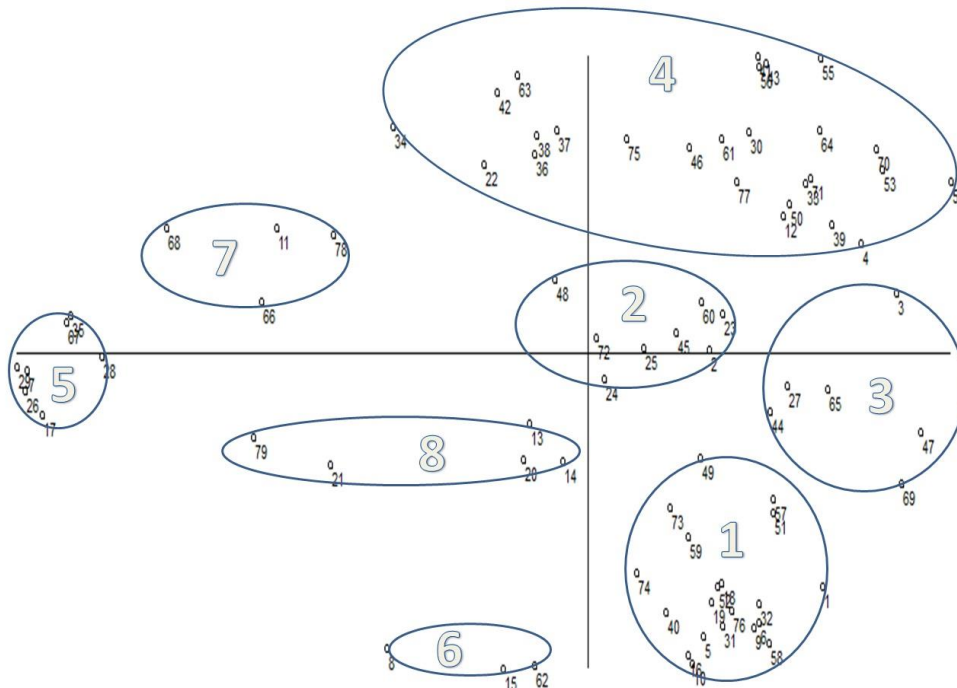
⁶ Ariadne combineert twee statistische technieken: Principale Componenten Analyse en clusteranalyse. Voor inzicht in de totstandkoming van de berekeningen, zie Trochim, William M.K. An Introduction to Concept Mapping for Planning and Evaluation. In: In W. Trochim (Ed.) A Special Issue of Evaluation and Program Planning, 12 (1989) 1-16.

Kwalitatief hoogwaardige psychosociale hulpverlening kenmerkt zich door...

1. Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffene
2. Bevorderen van sociale steun
3. Zorg op maat: oog hebben voor diversiteit
4. Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties
5. Tijdig verstrekken van incidentgebonden informatie
6. Informatieverstrekking over normale reacties
7. Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffenen
8. Monitoren getroffenen en initiëren van eventuele nazorg

De cijfers voor de thema's komen overeen met de cijfers in figuur 2.

Figuur 2: clustering van de uitspraken, weergegeven in een concept map



3.3 Literatuuronderzoek

Er is een literatuursearch uitgevoerd (zie bijlage 2), waarbij op basis van de hiervoor beschreven brainstormfocus artikelen zijn geselecteerd die betrekking hebben op PSH, voornamelijk kort na de schokkende gebeurtenis, geleverd door professionele hulpverleners. Dit leidde tot een lijst van 49 publicaties. Deze zijn voorafgaand aan de brainstorm gescand op de belangrijkste aandachtsgebieden in relatie tot optimale PSH. Thema's die daarbij naar voren kwamen, zijn:

- Veiligheid
- Reductie van stress
- Behoeften beoordelen
- Informatie in kaart brengen over de situatie, toestand van de getroffene, risico's
- Praktische hulp
- Verbinden met steun uit natuurlijke sociale context, families bij elkaar houden / herenigen
- Informatie over emotionele reacties
- Methodes en moment van verwijzing
- Doelgroepgericht werken
- Omgaan met media
- Begeleiden rouw en verlies

- Leiderschap en samenwerking div. hulpverleningsinstanties
- Hulpverlener: training, voorbereiding, professionaliteit, competenties, attitude, respectvol, culturele sensitiviteit
- Zelfzorg hulpverleners

Tijdens de brainstormsessie voor de concept map is door twee onderzoekers bijgehouden of deze thema's ook uit de inbreng van de deelnemers naar voren kwamen. Dit bleek zo te zijn; de thema's behoeften dan ook niet alsnog actief te worden toegevoegd tijdens de sessies met de expertgroep.

3.4 Resultaat: acht principes van goede psychosociale hulpverlening bij schokkende gebeurtenissen

Bovenstaande thema's kunnen beschouwd worden als de kernprincipes van optimale PSH. Elk cluster omvat een aantal uitspraken die een nadere uitwerking vormen van het thema. De exacte uitspraken per cluster vindt u in bijlage 4. Hieronder wordt per principe een korte beschrijving gegeven die gebaseerd is op de onderliggende uitspraken en een beeld geeft van de aspecten waarnaar gevraagd kan worden om deze thema's te meten.

1. Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffenene

De hulpverlener biedt een luisterend oor, toont betrokkenheid, erkent emoties en straalt rust en kalmte uit. Hij/zij signaleert problemen tijdig en heeft oog voor directe praktische behoeften en fysieke ongemakken. De benadering van getroffenenen is niet opdringerig, en de grenzen van de getroffenene worden gerespecteerd. De hulpverlener heeft vertrouwen in de veerkracht van de getroffenene en spreekt diens zelfredzaamheid aan. De hulpverlener sluit daarom zoveel mogelijk aan bij de natuurlijke processen in de eigen omgeving van de getroffenene. Hij streeft naar een spoedige terugkeer voor de getroffenene naar de dagelijkse gang van zaken.

2. Bevorderen van sociale steun

Sociale steun voor getroffenenen, zowel vanuit bestaande netwerken (familie, vrienden) als door nieuwe netwerken (contact met lotgenoten of anderszins betrokkenenen), dient zo goed mogelijk ondersteund en gefaciliteerd te worden. Dit kan door (fysieke) mogelijkheden te creëren om lotgenoten te ontmoeten, zoals het organiseren van een herdenking, of het ondersteunen en het opzetten van zelforganisaties. De ervaringen van mensen die eerder een vergelijkbare ramp hebben meegemaakt kunnen getroffenenen helpen om perspectief te hervinden. Bij dit alles moet de privacy van de getroffenenen gewaarborgd zijn; (contact)gegevens kunnen niet zomaar voor iedereen beschikbaar komen.

3. Zorg op maat: oog hebben voor diversiteit

Hulpverleners houden rekening met diversiteit onder getroffenenen, bijvoorbeeld verschillen in geslacht, leeftijd, afkomst/cultuur en religie. Ook heeft men oog voor onderscheid in de mate van betrokkenheid bij een incident. Omstanders beleven een incident immers anders dan direct betrokkenenen, maar kunnen evengoed begeleiding nodig hebben. Alle betrokkenenen dienen op het juiste moment benaderd en, waar nodig, door de tijd heen gevolgd te worden.

4. Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties

Psychosociale hulpverlening wordt vaak door meerdere organisaties verleend. De verschillende vormen van hulp moeten goed op elkaar aansluiten, zodat getroffenenen niet tussen wal en schip vallen. Adequate afstemming, onderling overleg en centrale aansturing zijn nodig om te voorkomen dat getroffenenen onnodig vaak doorverwezen worden. Daarom maken hulpverleners gebruik van een centraal 'loket' voor vragen van getroffenenen, en van kennis en expertise die is beschreven in handreikingen en richtlijnen. Getroffenenen worden geregistreerd, besluitvorming en bevindingen worden vastgelegd en de geboden zorg wordt geëvalueerd. Tenslotte moet de zorg voor getroffenenen ook goed overgedragen worden aan reguliere zorgverleners, zoals huisartsen en religieuze leiders.

5. Tijdig verstrekken van incidentgebonden informatie

Getroffenen dienen zo snel als mogelijk voorzien te worden van correcte informatie over de situatie, zoals oorzaken en gevolgen van het incident. Deze informatie dient eenduidig, helder en eerlijk te zijn. De toegankelijkheid van informatie, ook na kantooruren, is gewaarborgd. Voor nabestaanden kan een reconstructie van het incident belangrijk zijn, om te weten of hun dierbare geleden heeft en wat er is gedaan om dit leed te verzachten.

6. Informatieverstrekking over normale reacties

Getroffenen moeten geïnformeerd worden over de (emotionele) reacties die zij na het incident kunnen ervaren. Vaak zijn dit 'normale reacties op een abnormale gebeurtenis' en het is geruststellend om hierover uitleg en advies te krijgen.

7. Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffenen

Er dient een centraal aanspreekpunt te worden ingericht, bijvoorbeeld in de vorm van een (fysiek) loket, voor vragen van getroffenen die betrekking hebben op zaken die door de ramp op hen afkomen, zoals juridische kwesties of (opdringerige) journalisten en ongewenste media-aandacht. Getroffenen kunnen hier geïnformeerd worden over de effecten van zichtbaarheid in de media, om de keuze te kunnen maken of ze hun verhaal openbaar maken in de traditionele media of via sociale netwerksites.

8. Monitoren getroffenen en initiëren van eventuele nazorg

Wanneer nodig, kunnen getroffenen al tijdens de eerste zes weken na de schokkende gebeurtenis actief benaderd worden voor eventuele aanvullende (na)zorg. Individuele hulpverleningsgesprekken worden in dergelijke situaties tijdig gestart. De sociale omgeving van de getroffenen wordt goed toegerust met informatie over de behoeften van getroffenen, ook met betrekking tot de mogelijke nazorg na zes weken.

3.5 Vergelijking waardering professionals en getroffenen

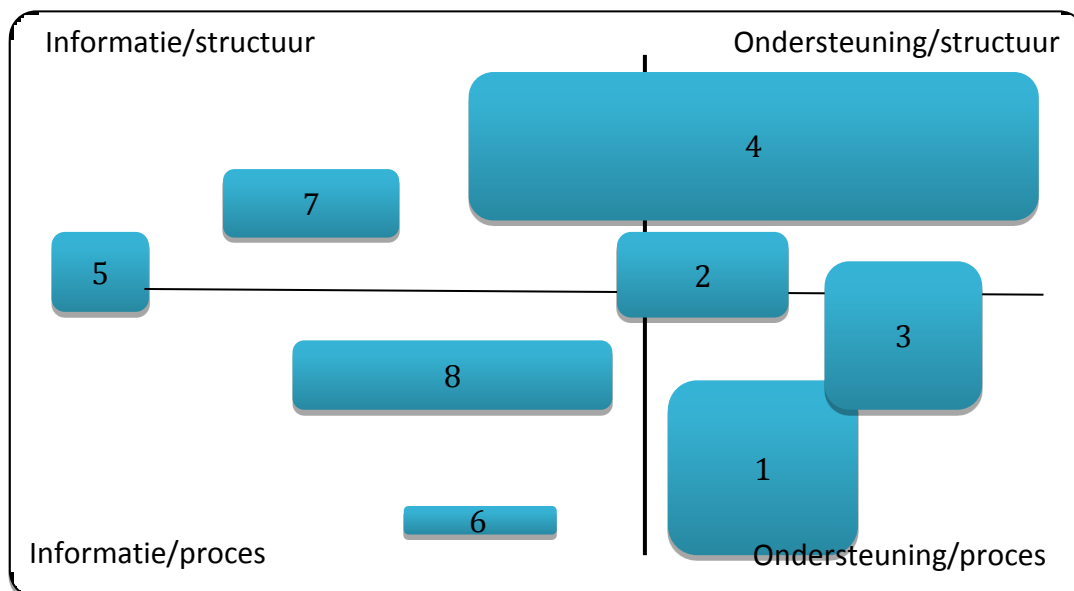
Zoals gezegd omvatte de expertgroep zowel professionals als getroffenen. In de klankbordgroep riep dit de vraag op of dit geen vertekend beeld zou geven en of het perspectief van de professionals niet relatief veel invloed zouden hebben terwijl het te ontwerpen meetinstrument zich richt op getroffenen. Hierop kunnen we in de eerste plaats antwoorden dat de *concept mapping* methode niet alleen een zeer goede methode is om beide perspectieven gelijkwaardig aan bod te laten komen (iedereen krijgt evenveel mogelijkheid om inbreng te leveren), maar ook om beide perspectieven bij elkaar te brengen en de overeenkomsten te tonen. Vervolgens is de concept map niet alleen de basis voor het meetinstrument: het is ook bedoeld als conceptualisering door en voor 'het veld'.

Niettemin is nader onderzocht of er grote verschillen te zien zijn in de manier waarop de professionals en de getroffenen de onderscheiden uitspraken waarderen. Daarbij bleek dat bij 47 van de 79 uitspraken het verschil in (gemiddelde) waardering kleiner was dan 0,5 (bij een schaal van 1-5). Bij 21 uitspraken lag dat verschil tussen de 0,5 en 1. De betreffende uitspraken zijn verdeeld over de clusters, het is dus niet te verwachten dat er voor een heel cluster sprake is van grote afwijking. Dit geldt ook voor 11 uitspraken waarbij het verschil in gemiddelde waardering grote was dan 1. Wel is te zien dat getroffenen uitspraken over lotgenotencontact structureel hoger waarderen. Dit is des te opvallender aangezien ook in de literatuur weinig aandacht is voor lotgenotencontact (zie 3.3). Er ligt wel veel nadruk op het belang van de bestaande sociale omgeving, maar de nieuwe verbanden die door de gebeurtenis ontstaan, blijven onderbelicht. In de vragenlijst zal expliciet aandacht worden besteed aan lotgenotencontact. Hulpverleners waarderen uitspraken over zelfredzaamheid en veerkracht sterker dan getroffenen. Naar veerkracht en zelfredzaamheid wordt ook gevraagd, waarbij geprobeerd is om deze begrippen te 'vertalen' naar het perspectief van getroffenen.

3.6 Langs de assen van de concept map: structuur- en procesfactoren

De kaart waarop de principes gepositioneerd zijn (figuur 2), wordt door een x-as en een y-as in kwadranten verdeeld. Door de x-as en de y-as te benoemen, kunnen deze kwadranten nader gedefinieerd worden. Door de onderzoekers is gezocht naar een passende benaming voor uiteinden van de assen. Kijkend naar de x-as, wordt duidelijk dat de acties die beschreven worden in de clusters die links liggen, vooral gericht zijn op informatievoorziening. Hoe verder naar rechts, hoe meer het accent ligt op zorg en ondersteuning in materiële en psychische zin. De x-as kan daarom beschreven worden met de termen 'informatie' en 'ondersteuning'. Bij de y-as zijn ook twee thema's te zien: bovenaan ligt de nadruk meer op de organisatie en structurele kenmerken. Verder naar onderen gaat het over individuele benadering en over (intermenselijke) processen. De y-as is daarom benoemd met de termen 'structuur' en 'proces'. De assen laten zien door welke thema's het kwadrant zich laat definiëren. De vier kwadranten die door de assenverdeling ontstaan, kunnen benoemd worden als combinaties: informatie/structuur en informatie/proces, ondersteuning/structuur en ondersteuning/proces (zie figuur 3).

Figuur 3. Kwadranten in de conceptmap



We zien vooral structuur- en procesfactoren genoemd worden. Dit zijn goed meetbare factoren, in tegenstelling tot uitkomstfactoren, die veelal niet rechtstreeks voortkomen uit de behandeling of de hulpverlening, maar beïnvloed worden door meer factoren (Donabedian 2005). In de psychosociale hulpverlening is dat nog sterker het geval dan in de geneeskunde. Zo zijn voor de mate van veerkracht bijvoorbeeld self-efficacy, vertrouwen in overheid en informatie, sociale context en religie van invloed. Andersom hangt het al dan niet ontwikkelen van een Post Traumatische Stress Stoornis ook samen met allerlei factoren, zoals de mate van blootstelling aan het trauma, leeftijd, religie, (gebrek aan) sociale steun, stress in het dagelijks leven, eerdere traumatisering, geslacht, leeftijd, sociaal economische status, het behoren tot een minderheid, waarbij nog onderscheid gemaakt kan worden naar psychologische processen die gerelateerd zijn aan het trauma en vooraf aanwezige psychologische kenmerken van de getroffene.⁷

⁷ Zie bijvoorbeeld de studies van Brewin C R, Andrews B, Valentine J D: 'Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults' *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 68(5), (2000) 748-766; Ozer, E J, Best, S R, Lipsey, T L, Weiss, D, S: 'Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis' *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Vol 5(1), (2008) 3-36; Harris J I, Erbes C R, Engdahl B E, Olson R H A, Winkowski A M M, Champion K, Mataas S: 'Religious Distress and Coping With Stressful Life Events: A Longitudinal Study' *Journal of Clinical Psychology* Vol. 68(12), (2012) 1276-1286

Aangezien we in het te ontwikkelen instrument uitgaan van het perspectief van de getroffen en, moeten we ons vooral richten op de procesfactoren, omdat ze hiermee rechtstreeks te maken hebben. Ten aanzien van structuurfactoren kan alleen gevraagd worden naar consequenties die voor de getroffen en zichtbaar zijn, zoals de toegankelijkheid van informatie en een vloeiende overgang tussen verschillende zorgaanbieders. De focus op proces ligt ook voor de hand omdat op dit punt de meeste invloed uit te oefenen is als het gaat om verbeteren en bijsturen (zie ook Campbell et al.). Desalniettemin is het goed om rekening te houden met de verschillende bovengenoemde persoonlijke kenmerken die van invloed zijn op de uitkomst, omdat deze ook van invloed kunnen zijn op de perceptie van het proces en op de mate waarin mensen behoefte hebben aan informatie en/of ondersteuning. In het uiteindelijke meetinstrument moeten daarom ook achtergrondkenmerken van de respondenten uitgevraagd worden, om te kunnen zien of er een relatie bestaat tussen de persoonlijke omstandigheden en de beleving van het proces.

4. Operationaliseren: van Concept Map tot vragenlijst

Op welke manieren is het getroffeneperspectief onderzocht en welke aanbevelingen volgen daaruit ten aanzien van het bevragen van getroffen?

Hoe kunnen we de genoemde kenmerken van kwaliteit operationaliseren in de vorm van een meetinstrument dat getroffen kunnen invullen?

4.1 Ervaringen met het betrekken van getroffen in de evaluatie van PSH

Bij de analyse van de literatuur (zie bijlage 2 *literatuursearch* en 3 *literatuuroverzicht*) is ook gezocht naar voorbeelden van evaluatie van psychosociale hulpverlening waarbij getroffen bevestigd werden. Het valt op dat daar voornamelijk weinig ervaring mee is. Onderzoek naar passende zorg aan getroffen komt neer op een inventarisatie van door hulpverleners gesignaleerde behoeften (Legerski et al. 2012). Vormen van directe benadering zijn sporadisch toegepast. Telefonische interviews met getroffen en/of vragenlijsten werden gebruikt als methode door Essock et al. (2006) Jackson et al. (2006) en Covell et al. (2006) voor de evaluatie van verschillende vormen van psychosociale ondersteuning in het kader van Project Liberty (opgezet naar aanleiding van 11 september). In deze artikelen wordt geconcludeerd dat een vragenlijst het meest kosteneffectieve instrument is, en dat de respons mogelijk verhoogd wordt door de vragenlijst zowel op papier als online aan te bieden. Vragenlijstonderzoek kan eventueel aangevuld worden met interviews wanneer meer gedetailleerde informatie nodig is. In alle gevallen is men positief over de bruikbaarheid van de feedback van getroffen.

Norris et al (2009) onderzochten de kwaliteit van *Crisis Counseling Programs* die opgezet waren naar aanleiding van de *hurricanes* Katrina, Wilma en Rita. De vragen aan getroffen hebben de vorm "Hoe goed?", waarbij de respondent een cijfer van 1-10 invult. De uitkomsten bevatten dus al een oordeel van de respondenten, wat een indruk geeft van de tevredenheid, maar niet van de werkelijke ervaring. Ook het eerder aangehaalde onderzoek van Jackson et al. gaat in op tevredenheid (respondenten vullen bij verschillende kenmerken in of ze het *poor, fair, good of excellent* vonden). Essock et al. vragen daarentegen naar de frequentie waarmee hulpverleners een bepaalde handeling uitvoerden (niet, soms, regelmatig, vaak). Dit toetst wel goed de toepassing van technieken door hulpverleners, maar laat nog niet zien of getroffen zich op deze manier ook goed behandeld voelen. Het is dus van belang een weloverwogen keuze te maken tussen het meten van tevredenheid of het in kaart brengen van ervaringen. De volgende paragraaf gaat daar nader op in.

4.2 Het meten van tevredenheid en/of ervaringen

In de literatuur wordt gewezen op het feit dat klantervaringen in de zorg in toenemende mate klanttevredenheid als concept verdringen, omdat ervaringen duidelijker richting kunnen geven aan verbetering.⁸ Sommige vragenlijsten vragen naast ervaringen ook naar voorkeuren of verwachtingen en evalueren op basis van de verschillen daartussen.⁹ Een invloedrijk voorbeeld van deze methode is de CQ-index.¹⁰ In Nederland is deze inmiddels uitgegroeid tot een standaard op het gebied van het meten van klantervaringen. De overwegingen achter de CQ-indexen sluiten goed aan bij wat het QPC meetinstrument ook beoogt: het meten van klantervaringen ten aanzien van een set kwaliteitsaspecten, in plaats van het meten van tevredenheid met die aspecten.

⁸ Wensing M, Elwyn G: 'Improving the quality of health care; Methods for incorporating patients' views in health care'. *British Medical Journal*, Volume 326, 7394 (2003) 877-879; Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M: Measuring quality through performance. Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective. *BMJ*, Volume 335, 7628 (2007) 1021-1022

⁹ Een voorloper is Parasuraman A, Zeithaml V A, Berry L L: Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment based on Psychometric and Diagnostic Criteria. *Journal of Retailing* Vol 70 (3) (1994) 201-230

¹⁰ Delnoij, D., Hendriks, M. De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 2008, 86(8), 440-446

Voor de ontwikkeling van een CQ-index is een protocol vastgelegd waarin een bepaald traject wordt voorgeschreven.¹¹ Het door ons gevolgde traject tot zover wijkt op een aantal punten af van die voorgeschreven route. Bovendien gaat het format voor een CQI vragenlijst uit van een behandelsetting die hier niet van toepassing is, waardoor een aantal categorieën vragen moeilijk vorm te geven zouden zijn. Daarom is besloten om niet alsnog een CQ-ontwikkeltraject in te zetten, maar ons bij de constructie van de vragenlijst op punten te laten leiden op de CQ-systematiek. Deze punten betreffen bijvoorbeeld de selectie van kwaliteitsaspecten en het omzetten daarvan in items en het cognitief testen van de conceptvragenlijst (zie 4.3 en 4.4).

Een andere keuze die gemaakt is op basis van de CQ-systematiek is om per item te vragen naar frequentie (nooit, soms, vaak, altijd; of als dat niet van toepassing is: ja/nee) en naar belang (niet belangrijk, beetje belangrijk, belangrijk, zeer belangrijk) (De Boer et al. 2010). De CQ-systematiek gaat hierbij uit van aparte vragenlijsten waarin naar belang gevraagd wordt. Aangezien de belangscores binnen patiëntgroepen weinig blijken te variëren, worden ze niet meer standaard in elke vragenlijst uitgevraagd, maar vindt er een regelmatig herhaald apart (deel)onderzoek naar belang plaats. Ervaringscores kunnen vervolgens per specifiek geval tegen deze belangscores worden afgezet. Hierin wijken we (vooreerst) af van deze systematiek door wel elke keer zowel naar belang als naar ervaring te vragen, omdat de verwachting is dat de behoeften van getroffen en kunnen variëren al naar gelang aard en omvang van schokkende gebeurtenissen. Op dit moment zijn er in elk geval geen toereikende data beschikbaar die ons in staat stellen om vaste belangscores te hanteren. Wel is dit bij de doorontwikkeling een aandachtspunt; blijkt nu dat de belangscores op den duur ondanks verschil in omstandigheden stabiel zijn, dan kan overwogen worden om de vraag naar belang op den duur weg te laten.

Bij de CQ-Index worden de belang- en ervaringscores volgens een vaste formule gecombineerd tot 'verbeterscores', die in staat stellen om prioritering aan te brengen ten aanzien van de punten die mogelijk bijgesteld dienen te worden. Deze verbeterscores zullen ook een belangrijke uitkomst zijn van het QPC meetinstrument, omdat het een concrete basis biedt voor de signalering van problemen.

4.3 Vertaling van de uitspraken naar items voor de vragenlijst

Met het gereedkomen van de concept map is fase 1 van het onderzoek afgesloten. Doel van de tweede fase is om vanuit de concept map te komen tot een meetinstrument. De vorige paragraaf liet zien waarom daarbij is gekozen voor de vorm van een vragenlijst die voorgelegd kan worden aan getroffen en. Omdat de opgestelde kwaliteitskenmerken betrekking hebben op de psychosociale hulpverlening in de eerste zes weken, moet het een vragenlijst zijn die 6-9 weken na een incident kan worden afgenomen. De volgende paragrafen beschrijven de eerste stappen van het ontwikkeltraject.

Op basis van de uitspraken voor de concept map (zie hoofdstuk 3 en bijlage 4) is een vragenlijst samengesteld, waarmee de vastgestelde clusters gemeten kunnen worden. Bij het samenstellen van de item-pool voor de eerste versie van de QPC is gewerkt volgens de systematiek die ook bij het ontwikkelen van de CQ-index wordt gehanteerd. Hierbij is rekening gehouden met de volgende criteria:

- de hoogte van de relatieve belangscore. Hoe hoger het belang, des te groter de noodzaak dit aspect op te nemen;
- voldoende aspecten per cluster. Ten behoeve van instrumentoptimalisatie worden uit clusters met relatief weinig aspecten verhoudingsgewijs meer items geselecteerd dan uit clusters met veel kwaliteitsaspecten;
- de afstand tussen twee aspecten binnen een cluster. Hoe kleiner de afstand, des te groter de noodzaak om van deze twee aspecten er één – de meest belangrijke of de meest duidelijke – te kiezen;
- de spreiding van de aspecten over een cluster. Er dient gestreefd te worden naar maximale spreiding over een cluster.

¹¹ Zie <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/cqi-richtlijnen/handboek-eisen-en-werkwijzen-cqi-metingen.html>

Om de laatste twee van deze punten uit te voeren voor de grote clusters (1 en 4), is elk van deze clusters opnieuw geploteerd in een concept map, om vervolgens te kijken bij hoeveel subclusters een logische thematische samenhang bestond. Cluster 4 werd zo opgedeeld in 4 subclusters, bij cluster 1 bleven er 2 subclusters over.

Vervolgens is gekeken welke uitspraken zich goed laten meten in een vragenlijst die aan getroffen personen voorgelegd wordt, en welke uitspraken daarnaast op een andere manier geëvalueerd moeten worden, bijvoorbeeld door middel van een checklist of procesanalyse. Daarbij bleven 54 uitspraken over die in de vragenlijst gemeten dienen te worden (zie bijlage 3). Binnen de vastgestelde subclusters zijn gelijkende uitspraken gecombineerd, zodat 30 thema's naar voren kwamen die vertaald konden worden in items voor de vragenlijst.

In aansluiting bij de CQ-systematiek wordt per item gevraagd naar (1) concrete ervaringen en (2) het belang dat de persoon hecht aan dit kwaliteitsaspect. Door zowel te vragen naar wat er is gebeurd als naar het belang dat men hecht aan verscheidene aspecten van psychosociale hulpverlening, kan worden achterhaald wat getroffen personen aan hulpverlening hebben ontvangen en in hoeverre dit passend is geweest.

Behalve de items op grond van de concept map, is een gedeelte aan de vragenlijst toegevoegd met 'controle vragen'; vragen naar achtergrondaspecten van de respondent, die mogelijk invloed hebben op de manier waarop deze de vragenlijst heeft ingevuld. Daarbij is zowel aandacht voor aspecten die invloed kunnen hebben op het begrip van de vragenlijst (opleiding, taal), als aspecten die de beleving van de psychosociale hulpverlening beïnvloeden kunnen hebben, zoals eerdere traumatische ervaringen, klachten of eerdere ervaringen met psychosociale hulpverlening (zie ook 3.4).

Dit leidde tot versie 1 van de vragenlijst, die beoordeeld is in de groep van onderzoekers. Aanpassingen leidden tot versie 2, die is beoordeeld door professionals uit de klankbordgroep en de expertgroep. Dit resulteerde in een aangepaste versie 3, die cognitief getest is met getroffen personen. Met de aanpassingen die hierna gemaakt zijn, is versie 4 de pilot-versie die uitgezet kan worden onder grote groepen getroffen personen. Het vervolg van dit hoofdstuk beschrijft het traject tussen versie 2 en versie 4.

4.4 Aanpassingen aan de conceptversie van de vragenlijst

De conceptversie van de vragenlijst is eerst verstuurd naar 18 professionals uit de expertgroep en uit de klankbordgroep. Daarbij legden we hen de volgende vragen voor:

- Is de opbouw van de vragenlijst goed?
- Zijn de vragen voldoende in staat om de geformuleerde clusters van de conceptmap te meten?
- Denkend vanuit uw eigen achtergrond: is de vragenlijst op deze manier in staat om toepasbare resultaten te genereren?
- Zijn de vragen helder geformuleerd?
- Onderscheiden de vragen zich voldoende van elkaar?
- We hanteren nu een 5-puntsschaal om een enigszins analoge schaal te suggereren. Het gevaar daarbij is echter dat de gegevens minder bruikbaar worden doordat mensen vaak het midden kiezen. Er valt daarom ook iets te zeggen voor een 4-puntsschaal, die mensen dwingt om te kiezen. Wat zou uw advies zijn en waarom?

We ontvingen reacties van in totaal 11 professionals. Deze input was zeer bruikbaar en heeft geleid tot veel verbeteringen.

Vervolgens is een cognitieve test uitgevoerd door de aangepaste vragenlijst voor te leggen aan 8 getroffen personen en 1 stagiair. Zij hebben *face to face* of telefonisch gereageerd. Daarbij namen we de vragenlijst vraag voor vraag door, met aandacht voor de begrijpelijkheid en de relevantie van de vragen en de toelichting en de mate waarin de vraag vanuit de eigen achtergrond te beantwoorden was. Dit leidde opnieuw tot veel aanpassingen. Voor een overzicht daarvan verwijzen we naar bijlage 5. De testversie van de vragenlijst (versie 4.0) omvatte daarmee uiteindelijk de volgende vragen:

Deel A: Screenervragen:

1. Op welke manier was u bij het incident betrokken?
2. Hebt u tijdens [het incident] en/of in de eerste zes weken erna contact gehad met hulpverleners vanwege deze gebeurtenis? (keuze uit aantal hulpverleners)

Deel B en C: Belang- en ervaringsvragen:

3. De hulpverleners namen de tijd om naar mij te luisteren.
4. De hulpverleners hadden begrip voor mijn emoties.
5. De hulpverleners stapten uit zichzelf op mij af (ik hoefde niet om hulp te vragen).
6. De hulpverleners straalden rust en kalmte uit.
7. Ik voelde me serieus genomen door de hulpverleners.
8. Ik werd op een geruststellende plek opgevangen.
9. De hulpverleners stimuleerden mij om gebruik te maken van mijn eigen mogelijkheden.
10. Mij is verteld welke reacties ik kon verwachten in deze omstandigheden.
11. Er werd mij niets opgedrongen.
12. Ik kreeg concreet advies hoe ik het beste met mijn reacties op [het incident] om kon gaan.
13. De hulpverleners bereidden mij voor op contact met journalisten.
14. De hulpverleners spraken met mij over de gevolgen die uitingen via sociale media (zoals facebook of twitter) kunnen hebben.
15. De hulpverleners steunden mij op het moment dat ik het nodig had.
16. De hulpverleners hadden ook contact met mijn familie of vrienden die mij steunden.
17. De hulpverleners hielden rekening met mijn persoonlijke achtergrond (bijvoorbeeld cultuur, religie, leeftijd, geslacht etc.).
18. Verschillende hulpverleners waren op de hoogte van mijn situatie; ik hoefde niet elke keer opnieuw mijn verhaal te vertellen.
19. Mijn privacy werd gewaarborgd door de hulpverleners.
20. De hulpverleners hielden in de gaten of het mij te veel werd.
21. De hulpverlening droeg eraan bij dat ik weer op eigen kracht verder kon.
22. Ik ben op de hoogte van mogelijke hulp na de eerste zes weken na [het incident].
23. Ik kreeg de ruimte om mijn mening te geven over de hulpverlening.
24. Er was aandacht voor mijn eerste behoeften (bijvoorbeeld opvang, eten, drinken, kleding, contact met mijn familie).
25. Ik kreeg op tijd duidelijkheid over wat er precies gebeurd was.
26. Het was mij duidelijk waar ik met problemen en vragen terecht kon.
27. Er werden mij mogelijkheden geboden om lotgenoten te ontmoeten.
28. Er werden mij mogelijkheden geboden om de mensen te ontmoeten die tijdens de gebeurtenis eerste hulp hebben verleend.
29. Het was mij duidelijk waar ik terecht kon met vragen over praktische en juridische zaken die ik vanwege [het incident] moest regelen.
30. Ik voelde mij serieus genomen door overheidsinstanties.

Deel D: Vraag naar algemeen oordeel:

31. Welk waardering (1-10) geeft u de hulpverlening als geheel? (1 = slecht, 10 = uitstekend). Wilt u uw cijfer hieronder kort toelichten? (eventueel met een voorbeeld).

Deel E: Uitgevraagde achtergrondkenmerken:

Leeftijd, geslacht, opleiding, eigen geboorteland, geboorteland vader, geboorteland moeder, gezondheid, geestelijke gezondheid voor het incident, geestelijke gezondheid op dit moment, huisarts op de hoogte, eerdere traumatisering, hulp bij invullen vragenlijst.

5. Test en aanpassing van het instrument

Is het ontwikkelde meetinstrument goed toepasbaar en levert het de juiste informatie op?

5.1 Opzet en doel testen van de Vragenlijst

Nadat het meetinstrument op kleine schaal cognitief is getest (zie hoofdstuk 4), volgt een test waarbij de vragenlijst uitgezet wordt onder een groep getroffen. De data die zo worden verzameld vormen de basis voor een analyse van psychometrische kenmerken (betrouwbaarheid en validiteit) van de vragenlijst. Kenmerken die worden gerapporteerd zijn o.a. de interne consistentie en betrouwbaarheid. Scores op ervaring en belang van kwaliteitsaspecten worden afgezet tegen achtergrondkenmerken van respondenten (leeftijd, geslacht) en zorg gerelateerde aspecten zoals perceptie van de (geestelijke) gezondheid en eerdere traumatisering. Alle gegevens worden anoniem verwerkt. Daarnaast wordt door middel van een aantal open vragen feedback gevraagd op de inhoud van de vragenlijst. Punten van aandacht zijn formulering van de vragen, vorm en volledigheid van het instrument en de belasting voor de getroffene. Daarvoor zijn aan de testversie van de vragenlijst de volgende vragen toegevoegd als 'Deel F':

1. Ik vond het invullen van de vragenlijst gemakkelijk (helemaal mee eens / mee eens / mee oneens / helemaal mee oneens)
2. Welke vragen zijn moeilijk? Waarom?
3. Hoe veel tijd hebt u aan het invullen van de vragenlijst besteed?
4. Het invullen van de vragenlijst heeft mij te veel tijd gekost (helemaal mee eens / mee eens / mee oneens / helemaal mee oneens)
5. Deze vragenlijst is volgens mij belangrijk voor het verbeteren van de hulpverlening (helemaal mee eens / mee eens / mee oneens / helemaal mee oneens)
6. Het is de bedoeling dat deze vragenlijst in het vervolg ongeveer 6 weken na een incident wordt verstuurd. Is dit volgens u een goed moment om deze vragenlijst af te nemen? (Ja, want:... / Nee, want:...)
7. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

5.2 Werving respondenten

Omdat de vragenlijst betrekking heeft op de eerste 6 weken na een schokkende gebeurtenis, is besloten dat voor de test respondenten gevonden moeten worden voor wie de schokkende gebeurtenis niet langer dan 2 jaar geleden is. Anders is de kans dat men zich alles nog correct herinnert te klein om bruikbare gegevens op te leveren.

Er is gericht geprobeerd om de vragenlijst uit te zetten onder betrokkenen bij:

- Het schietincident in Alphen a/d Rijn (9 april 2011)
- Treinbotsing Westerpark (Amsterdam) (21 april 2012)
- Asbestincident Kanaleneiland, Utrecht (juli 2012)
- De trambotsing in Den Haag (11 september 2012)
- De rellen in Haren (21 september 2012)
- De asbestbrand in Boazum (Fr.) (11 oktober 2012)
- Zedenzaak Amsterdam (2010-2013)

Alleen in het geval van de treinbotsing in Amsterdam was er de mogelijkheid om, via het cluster Maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg (MGGZ) van de GGD Amsterdam, de vragenlijst af te nemen onder de betrokkenen.

Naast het gericht benaderen van de instanties die bij bovengenoemde incidenten betrokken waren, is de vraag om mee te denken over mogelijke andere groepen respondenten neergelegd bij Slachtofferhulp Nederland, de leden van de expertgroep, de GROEP coördinatoren en de PSH coördinatoren van alle GGD'en. In eerste instantie werd hierop weinig gereageerd; een maand later is een reminder verzonden waar wel op is gereageerd (maar helaas in de meeste gevallen met de boodschap dat ze ons niet verder konden helpen). Dezelfde oproep is bovendien geplaatst op GGD Kennisnet in de Categorie Opgeschaalde Zorg. Het bericht is ongeveer 90 keer bekeken, maar er is niet op gereageerd.

Over het algemeen toonde men zich wel positief over het idee om te evalueren/feedback te krijgen. Overwegingen om niet mee te doen, waren dan ook grotendeels van praktische aard, waarbij de problemen veelal te maken hadden met de testsetting, zoals het niet beschikken over adressen of een problematische timing. In enkele andere gevallen had twijfel te maken met de algemeenheid van de vragenlijst. Zoals de lijst nu is, is het niet mogelijk om specifiek voor één organisatie te meten. Voor de definitieve versie zoeken we naar mogelijkheden om hieraan tegemoet te komen.

Bij de incidenten waarvoor we specifiek hebben geworven, was vooral sprake van praktische of strategische barrières, zoals het niet op één plaats beschikbaar zijn van adresgegevens van getroffen en, interferentie met andere onderzoeken of onderzoeksmoeieheid van de populatie, of politieke gevoeligheid. In de betreffende periode van twee jaar zijn verder weinig incidenten geweest met grotere groepen getroffen en. We hebben steeds ook de mogelijkheid open gelaten om het instrument onder kleine groepen uit te zetten. Hierop hebben we diverse positieve reacties gekregen, maar geen uiteindelijk resultaat. We hebben er niet voor gekozen de limiet van twee jaar te verbreden; het levert wellicht wel gegevens op, maar er zijn grote vraagtekens te plaatsen bij de kwaliteit van die gegevens. Ze zouden conclusies niet sterk kunnen ondersteunen, omdat het altijd de kanttekening met zich meebrengt van een mogelijk sterke geheugenvertekening. Getroffen en van de treinbotsing gaven aan dat ze een half jaar al te lang vonden om zich dingen goed te herinneren. Daarnaast waren er ook respondenten die aangaven geen aandacht meer te willen voor het incident omdat ze verder waren gegaan met hun leven en er niet meer aan herinnerd wilden worden. Dat geldt mogelijk in sterkere mate bij incidenten die nog langer geleden zijn.

Dat het vinden van respondenten erg moeilijk bleek, wil niet zeggen dat er geen behoefte is aan het QPC meetinstrument. De reacties waren overwegend positief. Wel laat het zien dat de toepassing sterk afhankelijk is van een goede slachtofferregistratie en tijdige inzet. Bij de implementatie moet hier goed op gewezen worden, zodat men tijdig iets kan ondernemen om ook aan de randvoorwaarden te voldoen. Een consequentie is ook dat we uiteindelijk niet in staat zijn geweest de werking van de lijst in verschillende situaties te vergelijken. Daarom is het plan om het instrument ook na implementatie te blijven evalueren.

5.3 Test van de vragenlijst onder de getroffen en van de treinbotsing in Amsterdam

Mensen die door de GHOR geregistreerd waren als betrokkene bij de treinbotsing van 21 april 2012 in Amsterdam, kregen een papieren vragenlijst met begeleidende brief en antwoordenvolop thuisgestuurd. De vragenlijsten zijn verstuurd in de eerste week van november 2012. Eind november is een reminder verstuurd. In januari is gestart met de analyse. De respondenten ontvingen de vragenlijst ongeveer een half jaar na het incident. Het is de bedoeling dat de vragenlijst in het vervolg rond de twee maanden na het incident ingevuld wordt. Dat het in dit geval langer geleden is, kan invloed hebben op de antwoorden (men herinnert zich dingen minder goed, is inmiddels meer gaan relativiseren, of het is inmiddels duidelijk in hoeverre problemen en klachten aanhouden).

5.3.1 Respons

Voor de test is de vragenlijst op 31 oktober 2012 verstuurd aan 307 getroffen en van de treinbotsing in Amsterdam op 21 april 2012. Het gebruikte adressenoverzicht is een samenvoeging van verschillende registraties die in de nasleep van het ongeluk zijn uitgevoerd. Waarschijnlijk zijn met name mensen die minder zelfredzaam waren geregistreerd, bijvoorbeeld omdat ze gewond waren. Daarmee is het mogelijk niet representatief voor de hele groep getroffen en, maar wel een goede

afspiegeling van de mensen die daadwerkelijk met hulpverlening in aanraking zijn geweest. Volgens de Onderzoeksraad voor Veiligheid raakten bij de treinbotsing in Amsterdam tenminste 190 van de circa 425 inzittenden gewond, van wie ruim 20 ernstig. Eén van de ernstig gewonden is uiteindelijk overleden. In totaal zijn 117 getroffen op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis gezien, waarvan 18 personen zijn opgenomen.¹²

In 6 gevallen bleken de adresgegevens niet te kloppen. In totaal zijn 142 vragenlijsten geretourneerd, waarvan 17 na een schriftelijke reminder (respons: 142 van 301=47%). Vervolgens zijn 10 respondenten van de analyse uitgesloten omdat ze de vragen van deel B en deel C niet of nauwelijks hadden ingevuld. In drie gevallen was de reden hiervoor dat de persoon geen of nauwelijks contact met hulpverleners had gehad. In één geval ging het om een kind van 8 jaar oud, dat de vragen niet zo goed begreep. In twee gevallen was de vragenlijst door de ouder van een getroffene ingevuld ('mijn zoon heeft geen behoefte om de vragenlijst in te vullen'; 'vragen zijn niet van toepassing'). Eén respondent gaf als reden 'weinig letsel en geen psychische problemen te hebben', en een andere had 'geen behoefte om eraan terug te denken'.

Het uitsluiten van 10 respondenten resulteerde uiteindelijk in een analysebestand met 132 personen. De ingevoerde data zijn vervolgens opgeschoond waarbij invoerfouten zijn gecorrigeerd. Ook zijn er ten behoeve van de analyses nieuwe variabelen aangemaakt op basis van de beschikbare invoer.

5.3.2 Betrokkenheid treinbotsing

Bij de eerste vraag wordt geïnventariseerd op welke manier de respondent betrokken was bij het incident. Meerdere antwoorden kunnen worden ingevuld.

Tabel 3. Resultaten van vraag 1: "Op welke manier was u betrokken bij dit incident" (N =132)

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage
Ik zat er middenin	116	87,9
Ik ben gewond geraakt	86	65,2
Ik heb eerste hulp verleend	10	7,6
Een dierbare heeft het meegemaakt	5	3,8

Vergelijking met het totaal (190 gewonden op 425 passagiers) laat zien dat er een overrepresentatie is van gewonden in deze steekproef. Voor deze mensen was het incident wellicht ook het meest ingrijpend. De overige opties (van een afstand gezien, dierbare verloren) waren in dit geval niet van toepassing. Uiteraard zat in dit incident iedereen die geregistreerd was 'er middenin'. De 16 mensen die deze optie niet hebben aangekruist, hebben wel ingevuld dat ze gewond zijn geraakt. Bij een casus als deze, waarbij van tevoren ook al duidelijk is dat iedereen direct betrokken is en er geen mensen zijn overleden, zouden de daardoor overbodige opties van tevoren weggehaald moeten kunnen worden.

5.3.3 Hulpverleners

Tabellen 4 en 5 geven inzicht in de manier waarop vraag 2 "Hebt u contact gehad met hulpverleners?" is beantwoord. Er zijn in totaal 60 verschillende combinaties van hulpverleners aangegeven.

¹² Het rapport is verkrijgbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/12/11/rapport-treinbotsing-amsterdam-op-21-april-2012.html>

Tabel 4. Aantal hulpverleners per respondent (N= 132)

Aantal hulpverleners	Aantal	Percentage
0	13	9,8
1	24	18,2
2	19	14,4
3	29	22
4	23	17,4
5	12	9,1
6	10	7,6
7	2	1,5
Totaal	132	100

Tabel 5. Type hulpverlener waarmee contact is geweest (N=132)

Type hulpverlener	Aantal	Percentage
EHBO of ambulancezorg	67	50,8
(Spoedeisende hulp in) het ziekenhuis	60	45,5
Politie en/of brandweer	70	53
Bedrijfhulpverleners	11	8,3
Mijn huisarts	68	51,5
De GGD	36	27,3
Het Rode Kruis	4	3
Slachtofferhulp	47	35,6
Een familierechercheur	1	0,8
Een geestelijke	2	1,5
Een psycholoog/psychiater	8	6,1
Maatschappelijk Werk	1	0,8

Van de 86 mensen die gewond zijn geraakt, hebben 53 contact gehad met EHBO of Ambulancezorg. 45 daarvan zijn ook op de SEH terechtgekomen. 22 Respondenten zijn op een andere manier op de SEH of in het ziekenhuis gekomen. Slechts 7 respondenten geven aan alleen met psychosociale hulpverlening van doen te hebben gehad, 51 mensen hebben alleen medische hulp en/of hulp van brandweer en politie ontvangen.

Bij de optie 'anders, namelijk:...' is door 24 mensen iets ingevuld. Tabel 6 geeft hiervan een overzicht. Alle respondenten die bij deze optie iets hebben ingevuld, hebben ook met meerdere andere hulpverleners te maken gehad. Van de in tabel 6 genoemde hulpverleners komt er geen in aanmerking in de oorspronkelijke vraag te worden opgenomen; het zijn geen mogelijke ketenpartners en niet getraind op PSH.

Tabel 6. Antwoorden bij vraag 2, optie "anders, namelijk..."

Type hulpverlener	Aantal	Percentage
NS	6	4,5
Fysiotherapeut	6	4,5
Specialist	4	3
Alternatieve genezer	2	1,5
Jurist	2	1,5
Sociale omgeving	1	0,8
Bedrijfsarts	1	0,8
Rechercheur KLPD	2	1,5

Exploratief is nog gekeken of het aantal hulpverleners samenhang met de scores op de belangvragen en de ervaringsvragen, zie tabel 5. Daarbij lijken belang en ervaring hoger te worden gescoord naarmate het aantal hulpverleners groter is. Bij de belangscore is de samenhang groter dan bij de ervaringscore ($r = .203$ vs $.093$), maar beide zijn niet significant. Bij een groter aantal hulpverleners is ook het verschil tussen belang en ervaring groter. Uit de vergelijking tussen het aantal hulpverleners en het uiteindelijke rapportcijfer komt een negatief verband; dus hoe groter het aantal hulpverleners, hoe lager het rapportcijfer ($r = -.017$). Echter, ook dit verband is niet significant.

Tabel 7. Totaalscore belang en totaalscore ervaring in relatie tot het aantal hulpverleners

Aantal hulpverleners	Belang			Ervaring		
	<i>N</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>SD</i>
1	17	2,92	0,46	16	2,33	0,38
2	18	3,01	0,45	18	2,58	0,45
3	27	2,99	0,45	26	2,63	0,48
4	20	2,83	0,46	15	2,45	0,31
5	12	3,27	0,39	12	2,86	0,43
6	9	3,17	0,48	8	2,25	0,70
7	2	3,55	0,23	2	2,70	0,38

5.3.4 Psychometrische eigenschappen

De belang- en ervaringsvragen zijn in de vragenlijst opgedeeld in onderdelen B (“de door u ontvangen hulpverlening”; vragen 3 t/m 23) en onderdeel C (“praktische zaken, informatievoorziening en lotgenotencontact”; vragen 24 t/m 30). Onderdeel B is alleen beantwoord door respondenten die met hulpverlening in contact zijn gekomen (N=119), terwijl onderdeel C door iedereen is beantwoord (N=132).

De resultaten van dit onderdeel zijn eerst op itemniveau bekeken (scheefheid, non-respons, uitkomsten vragen). Daarna is nog bekeken in hoeverre de clusters, zoals deze uit de concept map naar voren zijn gekomen (zie hoofdstuk 3) voldoende in de resultaten terug te vinden zijn. Dat is gedaan door de dimensionaliteit te bekijken en schaalanalyses uit te voeren.

Scheefheid

Met het criterium dat de antwoorden op een item te scheef verdeeld zijn als 90% van de antwoorden in categorie 1 of 4 valt, is geen van de belangvragen te scheef verdeeld. Wel is voor vraag 7 geen enkele keer 1 of 2 ingevuld. Bij de ervaringsvragen heeft 91,5% van de respondenten een 1 ingevuld bij vraag 14 (De hulpverleners spraken met mij over de gevolgen die uitingen via sociale media kunnen hebben). Dit is bij de belangvragen tevens de laagst gewaardeerde vraag. De relevantie van deze vraag is dus twijfelachtig, in elk geval voor deze casus.

Non-respons

Voor de belangvragen is de non-respons bij vraag 9 (‘De hulpverleners stimuleerden mij om gebruik te maken van mijn eigen mogelijkheden’) en 21 (De hulpverlening droeg eraan bij dat ik weer op eigen kracht verder kon) >10%. Bij de ervaringsvragen ligt het aantal hoger: daar zijn de vragen 8, 9, 13, 14, 18, 19, 20 en 21 door < 90% van de respondenten ingevuld. Vraag 9 en 21 – beide uit cluster 1 – zijn dus in beide gevallen te weinig beantwoord. Deze vragen hebben betrekking op de aandacht voor veerkracht/zelfredzaamheid. Deze begrippen zijn wel belangrijk; een aandachtspunt is dus hoe deze begrijpelijker verwoord kunnen worden. Vooralsnog zijn deze items wel meegenomen in de vervolganalyses.

Bij de overige vragen is alleen een hoge non-respons op voor de ervaringsvraag. Het lijkt er op dat in deze gevallen de verklaring niet zozeer ligt in het niet begrijpen van de vraag zelf. Uit de opmerkingen die respondenten er zelf hier of in deel F bij schrijven, komt naar voren dat men bij deze vragen moeite had met het toepassen van de ervaringschaal (nooit-soms) of dat men behoefte had aan een ‘niet-van-toepassing’-optie.

De problemen met de ervaringschaal kunnen als volgt worden samengevat:

- Bij de vraag hoe vaak iets is gebeurd, denkt men soms aan de frequentie waarmee men een dergelijk incident heeft meegemaakt (wat maar één keer is), terwijl men moet denken aan de regelmaat waarmee iets voorkwam in contacten met de hulpverleners.
- Wanneer er weinig contacten zijn geweest met hulpverleners, is het lastig om vier frequenties te onderscheiden. Bij één of twee contacten is het dan al gauw óf ‘vaak’ (als het wel gebeurde) óf ‘nooit’ (als het niet voorkwam). Met de beschikking over een

vierpuntsschaal, hebben mensen echter het gevoel dat ze er geen recht aan doen als ze maar twee antwoorden gebruiken.

- Bij de vragen in deel C, waar het gaat over informatievoorziening en praktische zaken, geven enkele respondenten geven aan dat ze voor deze vragen een antwoordschaal van slecht naar zeer goed of eenvoudig een ja/nee vraag logischer zouden vinden.
- Mensen zoeken een niet van toepassing optie, vooral aan de ervaringskant. In principe zou de combinatie 1 op belang en 1 op ervaring aangeven dat iets niet van toepassing was; als men namelijk iets wel belangrijk vond en het is niet gebeurd, is de nooit-optie op de ervaringsvraag terecht. Dit is echter onvoldoende duidelijk.

Er is onderzocht of problematische non-respons, gedefinieerd als 3 of meer missende waarden op het totaal van belang- c.q. ervaringsvragen, samen hangt met opleidingsniveau, leeftijd of etniciteit. De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in tabel 8. Hieruit blijkt dat er geen significante samenhang is tussen achtergrondkenmerken en problematische non-respons, dus het is niet zo dat de vragen voor bepaalde groepen moeilijker te beantwoorden zijn.

Tabel 8. Relatie problematische non-respons (>10% missing) en achtergrondkenmerken

Kenmerk		N	>10% missing belangvragen	p-waarde*	>10% missing ervaringvragen	p-waarde*
			Ja (%)		Ja (%)	
Opleiding	Laag	37	27.0	0.60	35.1	0.81
	Midden	35	17.1		28.6	
	Hoog	57	22.8		29.8	
Etniciteit	Autochtoon	112	23.2	0.45	30.4	1.00
	Allochtoon	17	11.8		29.4	
Leeftijd	Tot 65	108	20.4	0.44	28.7	0.46
	65+	23	30.4		39.1	

*Chi-square toets

Dimensionaliteit

Met behulp van principale componenten analyse voor categorale data (CATPCA¹³) is onderzocht of de schalen uit de Concept Map als clusters herkenbaar te onderscheiden zijn. De resultaten van CATPCA en de schaalindeling volgens de Concept Map bleken niet overeen te komen. Eén van de verklaringen voor verschillen is dat de kenmerken uit de Concept Map betrekking hebben op psychosociale nazorg in het algemeen, terwijl de resultaten van de factoranalyse betrekking hebben op een specifiek incident (de treinbotsing). Bovendien bleek het aantal respondenten eigenlijk te klein om alle 8 schalen als dimensies in de factoranalyse te onderscheiden. Daarom is besloten de resultaten van de CATPCA niet te gebruiken, en de clusters van de concept map leidend te laten zijn. Verschillende indelingen (volgens Concept Map en CATPCA) zou namelijk tot verwarring kunnen leiden. Wel wordt in het verdere verslag nagegaan of de items als geheel en per kenmerk betrouwbare schalen vormen.

Betrouwbaarheid subschalen (thematische clusters QPC)

Uitgangspunt voor de analyse is dat een Cronbach's alpha van tenminste 0.70 indicatief is voor een betrouwbare schaal en dat een waarde vanaf 0.90 in combinatie met inter-item correlaties groter dan 0.60 mogelijk wijst op redundantie (overbodigheid van items). Binnen het geheel van de vragenlijst zijn geen items die onderling zo sterk correleren dat ze hetzelfde lijken te meten ($r > 0.6$). Het is niet zinvol om de betrouwbaarheid van de items 3 t/m als één schaal te onderzoeken; het is een gegeven dat de betrouwbaarheid van een schaal verhoogd kan worden door er meer items in op te nemen. Ca. 30 items is in dat verband een vrij groot aantal. Wel is de betrouwbaarheid van subschalen uit de QPC (indeling op basis van de Concept Map) bekeken en beoordeeld (zie tabel 9).

¹³ Er is gebruik gemaakt van CATPCA, en niet van een 'klassieke' PCA, vanwege het ordinale meetniveau van de items (4-puntschaal).

Insteek was om te bekijken of er items zijn die onderdeel uitmaken van een subschaal en die onvoldoende betrouwbaar zijn om onderdeel uit te blijven maken van die schaal.

Tabel 9. Schaalanalyse van de clusters binnen de QPC

Cluster	items	Alpha (belang)*	Alpha (ervaring)*
1. Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffenene	3 t/m 9, 11, 20, 21, 24	0.91	0,87
2. Bevorderen van sociale steun	16, 19 en 27	0.64	0,64
3. Zorg op maat: oog hebben voor diversiteit	15 en 17	0.57	0,60
4. Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties	18, 23, 26, 30	0.79	0,75
5. Tijdig verstrekken van incidentgebonden informatie	25 en 28	0.59	0,50
6. Informatieverstrekking over normale reacties	10,12	0.79	0,70
7. Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffenenen	13, 14 en 29	0.82	0,61
8. Monitoren getroffenenen en initiëren van eventuele nazorg	22	-	-

* berekend met CATPCA

Schalen 1, 4 & 6 hebben een voldoende tot goede betrouwbaarheid. Deze lijkt bovendien niet verder op te vijzelen door items te verwijderen. De schalen 2, 3 en 7 hebben een betrouwbaarheid tussen de 0.6 en 0.7, wat aangemerkt moet worden als geringe betrouwbaarheid, die echter samen zou kunnen hangen met de specifieke streekproef. De betrouwbaarheid kan niet verbeterd worden door een item te verwijderen; in cluster 3 zijn maar 2 items en bij cluster 2 en 7 geven inter-item correlaties geen goede handvatten voor verbetering. Deze schalen passen we wel toe, maar met de aantekening dat de betrouwbaarheid beperkt is.

Schaal 5 heeft een onvoldoende betrouwbaarheid, maar een item verwijderen is geen optie, aangezien het cluster slechts twee items omvat. De keuze welk item behouden moet worden valt niet te maken op basis van deze analyse. Voorgaande opmerking geldt uiteraard ook voor cluster 8, waarover überhaupt geen betrouwbaarheid kan worden berekend.

De voorlopige conclusie luidt daarom dat:

- Totalscores kunnen worden berekend voor subschalen 1, 4 en 6;
- Totalscores kunnen worden berekend voor 2, 3 en 7, met de geringe betrouwbaarheid als kanttekening.
- De items van schalen 5 en 'schaal' 8 (één item) apart moeten worden opgenomen in verdere analyses.

De algemene conclusie dat er op dit moment onvoldoende houvast is om de QPC op basis van de betrouwbaarheidsanalyse in te korten door items te verwijderen uit het instrument.

5.3.5 Analyse achtergrondkenmerken

Bekeken is of verschillen tussen respondenten in de totale belang- en ervaringscore, samenhangen met achtergrondkenmerken (tabel 10). Voor de totale belangscore werd alleen voor opleidingsniveau en gezondheidsverschil (voor en na de gebeurtenis) significant effect gevonden. Laag opgeleiden geven gemiddeld een (marginaal) hogere score op de belangvragen dan midden- of hoogopgeleiden. Opvallend is dat de data een significant lagere belangscore laten zien bij de mensen met wie het slechter gaat.

Geen van de kenmerken toonde significante verschillen in de totale ervaringscore; bij gelijke behandeling van alle groepen ligt dit ook niet in de lijn der verwachting.

Tabel 10. Totalscore belang en ervaring in relatie tot achtergrondkenmerken

Kenmerk		belang					ervaring				
		N	Mean	Min	Max	p	N	Mean	Min	Max	p
Geslacht	Man	32	2,96	2,15	3,89	0,469	30	2,43	1	3,57	0,125
	Vrouw	71	3,04	1,89	4		65	2,59	1,61	3,75	
Opleiding	LO, MAVO, LBO	28	3,24	1,89	4	0,007	24	2,54	1	3,57	0,454
	HAVO, VWO, MBO	29	2,96	2,15	3,92		27	2,45	1,43	3,36	
	HBO, WO	45	2,90	1,89	3,86		43	2,60	1,61	3,75	
Autochtoon	Allochtoon	15	3,03	2,07	3,92	0,848	14	2,40	1,76	2,93	0,221
	Autochtoon	88	3,00	1,89	4		81	2,57	1	3,75	
Ingrijpende gebeurtenis	Nee	56	3,00	2,15	4	0,817	53	2,54	1,43	3,52	0,901
	Ja	48	3,02	1,89	3,92		43	2,55	1	3,75	
Verschil gezondheid voor/na	On-veranderd/verbeterd	43	3,17	2,07	4	0,003	42	2,56	1	3,57	0,707
	Verslechterd	62	2,90	1,89	3,89		55	2,525	1,61	3,75	

Uit tabel 10 blijkt ook dat hoogopgeleiden relatief sterk zijn vertegenwoordigd (43,6%, tegen 28% in beide andere categorieën). Het percentage allochtonen is bijzonder klein. Mogelijk zijn allochtonen minder goed geregistreerd dan wel minder geneigd/capabel om de vragenlijst in te vullen. In 5.4.2 bleek echter al dat de vragenlijsten die door allochtonen zijn ingevuld, niet minder volledig zijn ingevuld. Van de respondenten evalueert 59% de eigen geestelijke gezondheid als slechter dan vóór het treinongeluk. We kunnen niet aannemen dat dit in alle gevallen ook door het treinongeluk is veroorzaakt.

De gemiddelde leeftijd van respondenten is 47,7 jaar. Er is een lichte, maar significante negatieve samenhang tussen leeftijd en belangvragen: hoe jonger, hoe meer belang men aan de kenmerken hecht ($r=-0,19$, $p=0,05$).

Ook uit een regressieanalyse, met correctie van de andere kenmerken, komt naar voren dat leeftijd, opleiding en verschil in gezondheid significant van invloed zijn op de belangscore. Deze effecten zijn vooral aanwezig in de groep getroffen en gewond is geraakt; bij de groep niet-gewonden zijn de effecten niet significant. Geen effecten worden gevonden op de ervaringscore.

Verschillen op achtergrondkenmerken per cluster

Onderzocht is ook of de achtergrondkenmerken van invloed zijn op de beoordeling per cluster. Voor de clusters die aangemerkt zijn als voldoende of gering betrouwbaar, is dit berekend.

De eerder gevonden verschillen voor de belangvragen gerelateerd aan opleidingsniveau blijken dan alleen significant te zijn voor de clusters 2, 4 en 6. Gezondheidsverschillen hebben invloed op de perceptie van het belang van cluster 1, 2, 4 en 6. Dat zou kunnen betekenen dat lager opgeleiden en mensen van wie de gezondheid niet is verslechterd, vooral meer behoefte hebben aan lotgenotencontact en steun vanuit de sociale omgeving, transparante organisatie, en informatie en advies over emoties.

Tabel 11. Belang per cluster in relatie tot achtergrondkenmerken (berekend v. de clusters met voldoende betrouwbaarheid)

		Cluster 1#		Cluster 2#		Cluster 3#		Cluster 4#		Cluster 6#		Cluster 7#	
		N	gem	N	gem	N	gem	N	gem	N	gem	N	gem
geslacht	man	33	3,19	32	2,61	33	2,73	33	3,02	31	3,00	32	2,38
	vrouw	74	3,28	76	2,70	73	2,84	77	3,14	74	3,06	74	2,49
Opleiding	LO, MAVO, LBO	29	3,40	29	2,91*	30	2,98	31	3,40**	28	3,39**	30	2,67
	HAVO, VWO, MBO	30	3,22	31	2,70	29	2,71	31	2,98	30	2,98	30	2,41
	HBO, WO	47	3,18	47	2,52	46	2,74	47	2,97	46	2,85	45	2,35
Autochtoon	allochtoon	15	3,15	15	2,80	15	2,93	15	3,21	15	3,00	15	2,54
	autochtoon	92	3,26	93	2,64	91	2,79	94	3,07	90	3,04	90	2,43
ingrijpende gebeurtenis	Nee	47	2,89	51	2,75	49	2,82	51	3,11	48	2,96	49	2,46
	Ja	53	2,83	58	2,60	58	2,79	59	3,08	58	3,10	57	2,44
gezondheid verschil	onveranderd of verbeterd	43	3,36*	43	2,85*	44	2,92	46	3,28**	43	3,19	44	2,64*
	verslechterd	66	3,19	67	2,55	64	2,72	66	2,97	64	2,95	64	2,30

*significant bij $p < 0,05$

** significant bij $p < 0,01$

#Clustertitels

- 1) Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffenene
- 2) Bevorderen van sociale steun
- 3) Zorg op maat: oog hebben voor diversiteit
- 4) Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties
- 6) Informatieverstrekking over normale reacties
- 7) Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffenenen

Voor de clusters 2 en 7 bestaat een significant verband tussen leeftijd en belang; hoe jonger de respondent, hoe meer belang hij of zij hecht aan de kenmerken in de betreffende clusters (lotgenotencontact en advies over omgaan met de media).

Bij de vergelijkingen per cluster komen er bovendien enkele significante verschillen uit op de ervaringsvragen. Zo lijkt leeftijd van belang voor de ervaring van cluster 2 en geslacht voor cluster 3 (vrouwen scoren hoger). Gezondheidsverschil lijkt van invloed voor cluster 7 (verslechterde gezondheid - lagere score op ervaring).

Gezien de geringe betrouwbaarheid van de helft van deze schalen, is het de vraag in hoeverre deze verschillen verder geduid mogen worden. Wel laat deze poging zien, dat met de berekening per cluster ook het belang van thema's aan achtergrondkenmerken gerelateerd kunnen worden, wat informatie op zou kunnen leveren voor bijvoorbeeld doelgroep oriëntatie.

5.3.6 Reacties op de vragenlijst

In het laatste deel van de vragenlijst werd de respondent gevraagd zijn of haar mening te geven over de QPC vragenlijst zelf. Uit Tabel 12 blijkt dat getroffenenen de vragenlijst overwegend gemakkelijk in te vullen vonden.

Tabel 12. Ik vond het invullen van de vragenlijst gemakkelijk (vraag 45)

	Aantal	Percentage
Helemaal mee eens	32	24,2
Mee eens	64	48,5
Mee oneens	25	18,9
Helemaal mee oneens	1	0,8
Totaal	122	92,4

Van de mensen die deze vraag hebben ingevuld, heeft 11,3% (26 respondenten) moeite gehad met het invullen van de lijst. Dit had te maken met het ontbreken van de niet-van-toepassingsoptie, met de antwoordschaal voor de ervaringsvragen, maar ook met moeite om zich dingen te herinneren, of er liever niet aan herinnerd willen worden.

Gemiddeld kostte het invullen van de vragenlijst een klein kwartier (13,7 minuten). Slechts 7% van de mensen die deze vraag invulden, vindt dat ze te lang bezig zijn geweest met het invullen (tabel 13). Daarvan vinden enkele mensen dat dit soort dingen altijd te veel tijd kosten omdat ze niet leuk zijn. Ondanks dat enkele respondenten dus aangeven dat ze niet graag vragenlijsten invullen, hebben ze dat toch gedaan, terwijl ze er niet toe verplicht waren. Mogelijk is dit omdat ze wel achter het doel van de vragenlijst staan. Ook op de vraag of de vragenlijst belangrijk is voor het verbeteren van de hulpverlening, antwoordt 93% positief (tabel 14). Van de 9 mensen die vonden dat ze er te veel tijd aan kwijt waren, zijn er 6 wel positief over het belang van de vragenlijst.

Tabel 13. Het invullen van de vragenlijst heeft mij te veel tijd gekost (vraag 48)

	Aantal	Percentage
Helemaal mee eens	2	1,5
Mee eens	7	5,3
Mee oneens	73	55,3
Helemaal mee oneens	47	35,6
Total	129	97,7

Tabel 14. Deze vragenlijst is volgens mij belangrijk voor het verbeteren van de hulpverlening (vr. 49)

	Aantal	Percentage
Helemaal mee eens	44	33,3
Mee eens	73	55,3
Mee oneens	9	6,8
Helemaal mee oneens	0	0
Total	126	95,5

Op de vraag of het een goed idee is om de vragenlijst in het vervolg 6 weken na een incident te versturen, antwoordden 98 respondenten (75%) bevestigend; 33 (25%) mensen zijn het hier niet mee eens. De meest genoemde argumenten vóór het versturen na zes weken zijn:

- Je herinnert je dan nog goed hoe het gegaan is
- Je mening is mogelijk minder 'besmet' door de media
- Dan heb je de eerste schrik verwerkt, de scherpte van de eerste emotie is er af.
- Je betrokkenheid is op dat moment nog hoger en de bereidheid om de vragenlijst in te vullen is dan groter.
- De koppeling met de impact van het incident is nog beter te leggen. Na langere tijd komen er veel andere dingen bij die van invloed zijn op je gezondheid en perceptie.
- Als je lang wacht is het net verwerkt en wordt de kwestie opnieuw opgerakeld. Men wil af kunnen sluiten.
- Aandacht is op dat moment belangrijk, het geeft het gevoel dat je serieus genomen wordt.

De mensen afname na 6 weken te vroeg vinden, geven aan dat ze liever meer afstand hebben en meer tijd nodig hebben voor de verwerking en de afwikkeling. Een vragenlijst lijkt op dat moment nog te weinig urgent. Problemen gaan soms ook pas later spelen. Enkele respondenten tekenen bij hun antwoord aan dat het juiste moment ook samenhangt met de omvang van de gevolgen en de mate waarin iemand bijvoorbeeld gewond is geraakt.

Gevraagd naar zaken die nog gemist werden in de vragenlijst, worden behalve de eerder beschreven kritiekpunten met betrekking tot de ervaringschaal of het ontbreken van onderscheid per hulpverlener, ook zaken genoemd die voorbijgaan aan de bedoeling en mogelijkheden van de

vragenlijst, zoals advies, aandacht voor klachten, voor schadevergoedingen, voor frustraties, aandacht voor ‘follow up’ en lotgenotencontact. Ook worden bij deze vraag tips gegeven voor verbetering van de hulpverlening, terwijl het gaat om tips voor de vragenlijst. Een kind van 8 dat geprobeerd heeft de vragenlijst in te vullen, geeft aan dat het te moeilijk is en dat de lijst niet geschikt is voor kinderen.

5.3.7 Resultaten voor rapportage

Tot zover is vooral gekeken naar analyses die betrekking hebben op de constructie van de vragenlijst. Dit is van belang om iets te kunnen zeggen over de betrouwbaarheid van de resultaten die uiteindelijk teruggelinkt zullen worden: de daadwerkelijke feedback in termen van belangcores, ervaringscores, rapportcijfer en verbetercores. Bijlage 6 bevat de rapportage zoals deze is opgesteld en aangeboden aan GGD, Slachtofferhulp en NS. Hieronder worden de belangrijkste gegevens ook kort gepresenteerd en kritisch besproken.

Scores op de belang- en ervaringsvragen

In tabel 15 zijn de gemiddelde scores van alle belang en ervaringsvragen opgenomen. De gemiddelden zijn zonder uitzondering hoger bij de belangvragen. De hoge belangcores lijken te bevestigen dat de bevroegde punten door getroffen en inderdaad als goede kenmerken van hoogwaardige PSH worden geacht. De standaarddeviatie is in vrijwel alle gevallen hoger bij de ervaringsvragen, wat verklaard kan worden doordat mensen de situatie op verschillende manieren beleefd hebben en ook met verschillende hulpverleners contact hebben gehad.

Tabel 15. Gemiddelde scores op elk van de belang en ervaringsvragen.

Deel B (N=119)	Belangvragen			Ervaringsvragen		
	N	Gem	SD	N	Gem	SD
3 De hulpverleners namen de tijd om naar mij te luisteren.	118	3,44	0,61	107	3,19	0,74
4 De hulpverleners hadden begrip voor mijn emoties.	112	3,37	0,63	107	3,21	0,75
5 De hulpverleners stapten uit zichzelf op mij af (ik hoefde niet om hulp te vragen).	112	3,30	0,70	107	2,88	0,88
6 De hulpverleners straalden rust en kalmte uit.	114	3,46	0,65	108	3,24	0,76
7 Ik voelde me serieus genomen door de hulpverleners.	114	3,58	0,50	109	3,41	0,67
8 Ik werd op een geruststellende plek opgevangen.	108	3,13	0,74	104	2,64	0,97
9 De hulpverleners stimuleerden mij om gebruik te maken van mijn eigen mogelijkheden.	103	2,82	0,76	102	2,56	0,94
10 Mij is verteld welke reacties ik kon verwachten in deze omstandigheden.	107	3,01	0,83	108	2,28	0,96
11 Er werd mij niets opgedrongen.	111	3,26	0,76	107	2,58	1,22
12 Ik kreeg concreet advies hoe ik het beste met mijn reacties op [het incident] om kon gaan.	110	3,09	0,77	109	2,24	0,97
13 De hulpverleners bereidden mij voor op contact met journalisten.	107	2,07	1,02	104	1,17	0,53
14 De hulpverleners spraken met mij over de gevolgen die uitingen via sociale media (zoals facebook of twitter) kunnen hebben.	107	1,98	0,92	106	1,11	0,40
15 De hulpverleners steunden mij op het moment dat ik het nodig had.	110	3,33	0,62	110	2,90	0,89
16 De hulpverleners hadden ook contact met mijn familie of vrienden die mij steunden.	108	2,34	0,98	109	1,48	0,83
17 De hulpverleners hielden rekening met mijn persoonlijke achtergrond (bijvoorbeeld cultuur, religie, leeftijd, geslacht etc.).	111	2,25	0,99	100	1,99	1,02

18 Verschillende hulpverleners waren op de hoogte van mijn situatie; ik hoefde niet elke keer opnieuw mijn verhaal te vertellen.	110	2,80	0,85		106	2,16	0,89
19 Mijn privacy werd gewaarborgd door de hulpverleners.	109	3,02	0,89		104	3,01	0,98
20 De hulpverleners hielden in de gaten of het mij te veel werd.	111	3,05	0,71		106	2,50	0,98
21 De hulpverlening droeg eraan bij dat ik weer op eigen kracht verder kon.	104	3,06	0,77		102	2,62	0,99
22 Ik ben op de hoogte van mogelijke hulp na de eerste zes weken na [het incident].	115	3,29	0,67		110	2,94	0,97
23 Ik kreeg de ruimte om mijn mening te geven over de hulpverlening.	110	2,85	0,82		107	2,59	1,00
	Belangvragen				Ervaringsvragen		
Deel C (N=132)	N	Gem	SD		N	Gem	SD
24 Er was aandacht voor mijn eerste behoeften (bijvoorbeeld opvang, eten, drinken, kleding, contact met mijn familie).	129	3,18	0,79		127	2,38	1,05
25 Ik kreeg op tijd duidelijkheid over wat er precies gebeurd was.	128	3,45	0,61		123	2,49	1,03
26 Het was mij duidelijk waar ik met problemen en vragen terecht kon.	130	3,35	0,55		123	2,68	1,03
27 Er werden mij mogelijkheden geboden om lotgenoten te ontmoeten.	129	2,57	1,04		124	2,50	1,12
28 Er werden mij mogelijkheden geboden om de mensen te ontmoeten die tijdens de gebeurtenis eerste hulp hebben verleend.	125	2,42	1,08		121	1,86	1,04
29 Het was mij duidelijk waar ik terecht kon met vragen over praktische en juridische zaken die ik vanwege [het incident] moest regelen.	128	3,26	0,80		126	2,67	1,10
30 Ik voelde mij serieus genomen door overheidsinstanties.	126	3,41	0,61		121	2,98	0,92

Rapportcijfer en toelichting (vraag 31)

Bij vraag 31 is door 102 respondenten (77,3 %) een rapportcijfer ingevuld bij wijze van algemene beoordeling van de hulpverlening. Gemiddeld geven zij een 8,1. Het laagst toegekende cijfer is een 5, het hoogste een 10. De cijfers zijn als volgt verdeeld:

Tabel 16. Oordeel over de hulpverlening: cijfer tussen 1-10

cijfer	n	%
10	10	9,8
9	21	20,6
8	47	46,1
7	19	18,6
6	3	2,9
5	2	2
Total	102	100

Als respondenten een toelichting geven, komt deze in de meeste gevallen overeen met het cijfer. In enkele gevallen gaat een positief cijfer gepaard met negatief commentaar, een beschrijving van hoe verschrikkelijk het allemaal was, of adviezen om bepaalde punten te verbeteren. Dit laat zien dat respondenten kritisch zijn, maar in hun eindoordeel uiteindelijk blijkbaar wel relativeren. Enkele respondenten doen dat ook expliciet door de chaotische omstandigheden te noemen als verklaring dat niet alles goed ging.

Ook blijkt hier soms een behoefte om uit te splitsen naar soorten hulpverleners; bijv. meerdere cijfers aangekruist, of uitsplitsing naar soorten hulp. Ook bij vraag 50, waar men nog algemene verbeterpunten voor de vragenlijst kan opschrijven, komt men op dit punt nog terug: men geeft aan dat vraag 31 te algemeen is, dat mening over verschillende hulpverleners verschilt of dat meningen over verschillende hulpverleners moeilijk zijn samen te voegen. Iemand geeft ook de tip om ervaringen met verschillende hulpverleners uit te vragen als open vraag.

De relatie tussen het rapportcijfer en de scores op de belang- en ervaringsvragen is nog verder geanalyseerd door te kijken naar de onderlinge samenhang. Er is inderdaad een statistisch significante positieve correlatie tussen de totaalscore op de ervaringsvragen enerzijds en het algemene oordeel over de hulpverlening anderzijds ($r=0.33$, $p<0,001$). Tegelijkertijd is duidelijk dat deze correlatie op zichzelf niet erg hoog is, wat doet vermoeden dat het algemene oordeel over de hulpverlening ook door andere factoren dan de ervaring met gemeten kenmerken wordt bepaald. In dit verband zijn de verbeterscores die op basis van de belang- en ervaringscores kunnen worden berekend interessante uitkomstmaten.

Verbeterscores

Belangrijk onderdeel van de rapportage zijn de verbeterscores. Deze brengen sorteren de verschillende aspecten naar verbeterprioriteit. Per vraag wordt daarvoor gekeken naar het gemiddelde op de 4-puntschaal van de belangsscores (1 = niet belangrijk, 2 = eigenlijk wel belangrijk, 3 = belangrijk, 4 = heel erg belangrijk). Dit gemiddelde wordt vermenigvuldigd met het aandeel negatieve ervaringen op de bijbehorende ervaringsvraag/vragen. Dit is het percentage respondenten dat nooit/soms (score 1 of 2) als antwoord geeft. De uitkomst hiervan wordt gedeeld door 100. De uiteindelijke verbeterscores variëren van 0 tot 4; waarbij een hogere score een teken is voor ruimte voor verbetering.

In tabel 17 zijn de verbeterscores weergegeven voor elk cluster; dit is een gemiddelde van de verbeterscores over de onderliggende items. Te zien is dat de verbeterscore varieert tussen 0,99 (cluster 8) en 1,83 (cluster 6). Over het geheel genomen is de gemiddelde verbeterscore 1,33. Daarbij komt cluster 8 (monitoren getroffenen en initiëren van nazorg) en cluster 1 (bejegening die aansluit bij behoeften) als beste naar voren, en zou de meeste verbetering mogelijk zijn binnen clusters 5 (tijdig verstrekken van incidentgebonden informatie) en cluster 6 (informatieverstrekking over normale reacties).

Tabel 17. Verbeterscores per cluster, PSH na treinbotsing Amsterdam

	Cluster QPC	verbeterscore
1	Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffene	1,03
2	Bevorderen van sociale steun	1,40
3	Zorg op maat: oog hebben voor diversiteit	1,26
4	Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties	1,42
5	Tijdig verstrekken van incidentgebonden informatie	1,82
6	Informatieverstrekking over normale reacties	1,83
7	Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffenen	1,74
8	Monitoren getroffenen en initiëren van eventuele nazorg	0,99
	Totale QPC lijst	1,33

In Tabel 18 zijn de 5 items met de hoogste verbeterscore opgenomen. Dit wil zeggen dat dit de aspecten zijn met de hoogste prioriteit voor kwaliteitsverbetering. De items zijn afkomstig uit verschillende clusters (resp. 7, 2, 6, 4, 7) en hebben vooral betrekking op acties die van belang zijn enige tijd na het incident.

Tabel 18. Top 5 items met de hoogste verbeterscore, PSH na treinbotsing Amsterdam

nr	item	verbeterscore
13	De hulpverleners bereidden mij voor op contact met journalisten.	2,01
16	De hulpverleners hadden ook contact met mijn familie of vrienden die mij steunden.	2,00
12	Ik kreeg concreet advies hoe ik het beste met mijn reacties op [het incident] om kon gaan.	1,98
18	Verschillende hulpverleners waren op de hoogte van mijn situatie; ik hoefde niet elke keer opnieuw mijn verhaal te vertellen.	1,98
14	De hulpverleners spraken met mij over de gevolgen die uitingen via sociale media (zoals facebook of twitter) kunnen hebben.	1,93

In Tabel 19 zijn de 5 items met de laagste verbeterscore opgenomen. Dit wil zeggen dat dit de aspecten zijn waar de hulpverlening het beste op heeft gescoord volgens deze groep respondenten. De kenmerken hebben vooral te maken met de bejegening door de hulpverlener. Men voelde zich blijkbaar goed gezien en begrepen door de hulpverleners, iets dat veel waard is.

Tabel 19. Top 5 items met de laagste verbeterscore, PSH na treinbotsing Amsterdam

nr	item	verbeterscore
7	Ik voelde me serieus genomen door de hulpverleners.	0,30
4	De hulpverleners hadden begrip voor mijn emoties.	0,47
6	De hulpverleners straalden rust en kalmte uit.	0,48
3	De hulpverleners namen de tijd om naar mij te luisteren.	0,55
19	Mijn privacy werd gewaarborgd door de hulpverleners.	0,84

Voor de volledige tabel van alle verbeterscores verwijzen we naar de rapportage in bijlage 6. De keuze voor een top 5 is in feite willekeurig. In situaties waarin de QPC Vragenlijst toegepast zal worden, zullen de verbeterscores in een groep van betrokken hulpverleners besproken moeten worden om conclusies aan de prioritering te verbinden. De ordening op verbeterscore ligt in dit geval dicht bij de ordening op ervaringscore. Dat betekent dat er geen al te grote discrepanties bestaan tussen het waargenomen belang en de ervaring.

5.4 Knelpunten en aanpassingen in de vragenlijst naar aanleiding van de test

Uit de analyse van de test met versie 4.0 van de vragenlijst, onder getroffenen van de treinbotsing in Amsterdam, kwam naar voren dat er nog enkele knelpunten zijn die te maken hebben met de begrijpelijkheid van de vragenlijst. Deze knelpunten worden hieronder beschreven, samen met de aanpassingen die hierop – grotendeels in samenspraak met de klankbordgroep – zijn gemaakt door de onderzoekers. Waar gesproken wordt van ‘de gebruiker’ gaat het om de instantie die de QPC vragenlijst afneemt. De nummers en omschrijvingen van de vragen verwijzen naar de nummering zoals aangehouden in de testversie (4.0) van de vragenlijst (zie hoofdstuk 6 en tabel x).

1. **Knelpunt:** bij vraag 1 (op welke wijze was u betrokken) is een aantal opties niet van toepassing omdat de groep respondenten die benaderd is, allen inzittenden waren (geen ‘omstanders’ en ‘nabestaanden’).
Aanpassing: vraag 1 kan door de gebruiker per incident waarbij de QPC Vragenlijst wordt uitgezet aangepast worden door overbodige antwoordopties van tevoren weg te halen. Dit wordt ook in de handleiding bij de vragenlijst opgenomen.
2. **Knelpunt:** Bij vraag 2 (met welke hulpverleners hebt u contact gehad) komen veel verschillende combinaties (>60) van hulpverleners naar voren. Het is daardoor niet mogelijk om meer te zeggen over specifieke partijen. Dit was voorzien en is in lijn met de doelstelling van de vragenlijst – in kaart brengen van de ervaringen met *het geheel aan geleverde zorg*, los van de specifieke

organisatie(s) die deze zorg aanbiedt. Niettemin is uit diverse gesprekken duidelijk geworden dat er een zekere behoefte is om toch meer gerichte informatie te verkrijgen. Bovendien zijn niet alle opties altijd van toepassing.

Aanpassing: Ook bij vraag 2 wordt het voor de gebruiker mogelijk om verschillende opties weg te halen. Wel zal een minimumset gehanteerd moeten worden van spoedeisende hulp, huisarts, GGD en Slachtofferhulp. Daarnaast kunnen naar keuze extra vragen worden toegevoegd die meer specifieke informatie geven, bijvoorbeeld met welke hulpverleners het meeste contact was, welke hulpverlener het hoogst gewaardeerd wordt of in welke vorm (schriftelijk/telefonisch/face to face) het contact heeft plaatsgevonden. Aanpassing van deze vraag dient te gebeuren in overleg met de QPC-Stuurgroep die zal worden ingesteld.

3. **Knelpunt:** Bij vraag 9 (“de hulpverleners stimuleerden mij om gebruikt te maken van mijn eigen mogelijkheden”) en vraag 21 (“de hulpverlening droeg eraan bij dat ik weer op eigen kracht verder kon”) is door 13% van de respondenten niets ingevuld (belangscore noch ervaringscore). Dit wijst op slecht begrip van deze vragen, wat bevestigd wordt in de open vragen. Daar wijzen verschillende respondenten met name vraag 9 aan als moeilijke vraag. Deze twee vragen hangen samen met de volgende kenmerken in cluster 1:

Vraag 9:

- Aanspreken van de veerkracht
- Vertrouwen hebben in de zelfredzaamheid

Vraag 21:

- Goede aansluiting op tempo van getroffenen bij herstel van gevoel van controle en veiligheid
- Oog voor snel begeleid herstel van natuurlijke processen in eigen omgeving (bv leerkracht snel voor de klas)
- Zo snel mogelijk terug naar de normale gang van zaken

Deze kenmerken zijn door de deelnemers van het concept mappen hoog gewaardeerd (>3), waardoor wij het schrappen van deze ‘moeilijke’ vragen geen optie vinden.

Aanpassing:

Herformulering vraag 9:

De hulpverleners hielden rekening met wat ik zelf kon doen om de draad op te pakken.

Herformulering vraag 21:

De hulpverlening zorgde ervoor dat ik overzicht kreeg en me veilig voelde.

4. **Knelpunt:** Bij een aantal vragen (8, 13, 14, 18, 19 en 20) is de belangvraag wel ingevuld, maar de ervaringsvraag niet. Hier is dus niet de formulering van de vraag het probleem, maar men heeft moeite om de ervaringschaal toe te passen. In enkele gevallen werd dit ook expliciet door de respondenten aangegeven.

Aanpassingen: Het probleem met het toepassen van de schaal komt vooral voor bij vragen die betrekking hebben op zaken die in elk geval één keer voorgekomen moeten zijn in het proces, maar niet in alle contacten noodzakelijk plaatsvinden. Deze vragen zouden dus ook, of beter, met ‘ja’ of ‘nee’ beantwoord kunnen worden. Voor de ervaringscores en verbeterscores vormt dit geen belemmering omdat deze ook met een ja/nee schaal berekend kunnen worden. Daarom is de vragenlijst opnieuw doorgelopen en zijn de vragen ingedeeld in twee categorieën: vragen die betrekking hebben op kenmerken waaraan in alle contacten voldaan dient te worden (bijv. luisteren, serieus nemen) en vragen naar kenmerken die minstens één keer voor dienen te komen (bijvoorbeeld informatie over te verwachten reacties). Dit leidt tot de volgende indeling:

Nooit/soms/vaak/altijd	Ja/nee
3. De hulpverleners namen de tijd om naar mij te luisteren.	8. Ik werd op een geruststellende plek opgevangen.
4. De hulpverleners hadden begrip voor mijn emoties.	10. Mij is verteld welke reacties ik kon verwachten in deze omstandigheden.
5. De hulpverleners stapten uit zichzelf op mij af (ik hoefde niet om hulp te vragen).	12. Ik kreeg concreet advies hoe ik het beste met mijn reacties op [het incident] om kon gaan.
6. De hulpverleners straalden rust en kalmte uit.	13. De hulpverleners bereidden mij voor op contact met journalisten
7. Ik voelde me serieus genomen door de hulpverleners.	16. De hulpverleners hadden ook contact met mijn familie of vrienden die mij steunden.
9. De hulpverleners hielden rekening met wat ik zelf kon doen om de draad op te pakken.	22. Ik ben op de hoogte van mogelijke hulp na de eerste zes weken na [het incident].
11. Er werd mij niets opgedrongen.	23. Ik kreeg de ruimte om mijn mening te geven over de hulpverlening.
15. De hulpverleners steunden mij op het moment dat ik het nodig had.	24. Er was aandacht voor mijn eerste behoeften (bijvoorbeeld opvang, eten, drinken, kleding, contact met mijn familie).
17. De hulpverleners hielden rekening met mijn persoonlijke achtergrond (bijvoorbeeld cultuur, religie, leeftijd, geslacht etc.).	25. Ik kreeg op tijd duidelijkheid over wat er precies gebeurd was.
18. Verschillende hulpverleners waren op de hoogte van mijn situatie; ik hoefde niet elke keer opnieuw mijn verhaal te vertellen.	26. Het was mij duidelijk waar ik met problemen en vragen terecht kon.
19. Mijn privacy werd gewaarborgd door de hulpverleners.	27. Er werden mij mogelijkheden geboden om lotgenoten te ontmoeten.
20. De hulpverleners hielden in de gaten of het mij te veel werd.	28. Er werden mij mogelijkheden geboden om de mensen te ontmoeten die tijdens de gebeurtenis eerste hulp hebben verleend.
21. De hulpverlening zorgde ervoor dat ik overzicht kreeg en me veilig voelde.	29. Het was mij duidelijk waar ik terecht kon met vragen over praktische en juridische zaken die ik vanwege [het incident] moest regelen.
	30. Ik voelde mij serieus genomen door overheidsinstanties.

Op basis van deze indeling wordt de volgorde van de vragen aangepast, zodat alle vragen met dezelfde schaal bij elkaar staan.

5. **Knelpunt:** Respondenten blijken een 'niet-van-toepassings-optie' te missen. Dit geven ze expliciet aan bij de open vragen of ze schrijven 'nvt' bij de betreffende vragen. In principe kan worden aangegeven dat een vraag niet van toepassing is door bij zowel belang als ervaring een score 1 in te vullen, maar dit is onvoldoende duidelijk.

Aanpassing: Het toevoegen van een 'nvt'-optie is problematisch in verband met het berekenen van de verbeterscores. Bovendien hangt dit probleem samen met het probleem dat bij knelpunt 4 beschreven is. De aanpassing die bij 4 is voorgesteld, lost daarom mogelijk ook dit punt deels op. Aanvullend is de instructie verduidelijkt, waarbij benadrukt wordt dat bij de belangvraag gevraagd wordt naar het belang voor de respondent in zijn specifieke situatie, door boven de schaal te zetten 'hoe belangrijk was dit voor u in uw situatie?'. Dit maakt duidelijker dat het aan de specifieke situatie refereert.

6. **Knelpunt:** Vraag 14 (gevolgen die uitingen via sociale media kunnen hebben) heeft een hoge non-respons op de ervaringsvraag (12%) en wordt bij de belangvraag erg laag gewaardeerd (1,98 gemiddeld). Deze vraag lijkt dan ook weinig relevant gevonden te worden. Ook in de concept map was de uitspraak waarop dit item gebaseerd is ("Aandacht voor effecten van sociale media") relatief laag gewaardeerd (2,39 op 5).

Aanpassing: In samenspraak met de klankbordgroep is besloten deze vraag te verwijderen.

7. **Knelpunt:** Bij vraag 41 rees de vraag: wat willen we hier precies mee meten? De oorspronkelijke overweging om deze vraag op te nemen, was dat we een manier zochten om na te gaan of de aansluiting op de reguliere zorg goed is. In dat geval staat de vraag echter verkeerd; hij zou dan niet in deel E (achtergrondkenmerken respondenten) horen, maar als stelling in deel B of C. De vraag is vervolgens of daarmee nog inzichten naar boven zouden komen, anders dan wat we al weten uit vraag 2 (waar mensen invullen of hun huisarts één van de hulpverleners was die ze in het kader van het incident gezien hebben)? Om dat na te gaan hebben we vraag 41 gecombineerd met vraag 2 (optie huisarts aangekruist of niet?) en vraag 1 (optie gewond aangekruist of niet?). De kruistabel met vraag 2 (contact gehad met mijn huisarts), levert geen opvallende dingen op. Wel zijn er mensen die bij vraag 2 aangeven geen contact te hebben gehad met hun huisarts, en bij vraag 41 te kennen geven dat ze hun huisarts hebben ingelicht, maar dat kan in dit geval komen door het verschil tussen de eerste zes weken en later: de huisarts kan na die eerste zes weken op de hoogte zijn gebracht. Ook is er een persoon die wel naar de huisarts is geweest maar niet weet of de huisarts op de hoogte is. Mogelijk is die persoon voor iets anders bij de huisarts is geweest.

De kruistabel met vraag 1 – Ik ben gewond geraakt – laat zien dat waar hulpverleners of anderen de huisarts informeerden, dat ging om mensen met lichamelijk letsel. Het is dus aannemelijk dat in dit geval gedacht wordt aan de SEH of specialisten. Het laat ook zien dat 18 mensen die niet gewond waren wel hun huisarts hebben ingelicht; mogelijk is hier sprake van psychosociale gevolgen. De combinatie niet gewond/wel huisarts kan echter ook achterhaald worden door vraag 2 (welke hulpverleners) met vraag 1 te combineren.

Tabel 1: kruistabel vraag 2 en vraag 41

		V2 Contact gehad met: mijn huisarts		
		Nee	Ja	Total
V41. Is uw huisarts op de hoogte van uw betrokkenheid bij de schokkende gebeurtenis?	Nee	25	0	25
	Ja, zelf op de hoogte gebracht	23	63	86
	Ja, door hulpverlener op de hoogte gebracht	2	2	4
	Ja, door iemand anders op de hoogte gebracht	3	2	5
	Weet niet	8	1	9
Total		61	68	129

Tabel 2: kruistabel vraag 1 en 41

		V1 Betrokkenheid treinbotsing: ik ben gewond geraakt (lichamelijk letsel)		
		Nee	Ja	Total
V41. Is uw huisarts op de hoogte van uw betrokkenheid bij de schokkende gebeurtenis?	Nee	19	6	25
	Ja, zelf op de hoogte gebracht	18	68	86
	Ja, door hulpverlener op de hoogte gebracht	0	4	4
	Ja, door iemand anders op de hoogte gebracht	1	4	5
	Weet niet	6	3	9
Totaal		44	85	129

De conclusie is dat deze vraag geen nuttige informatie toevoegt en niet in staat is om aan het doel, inzicht in de aansluiting bij de reguliere zorg, te beantwoorden.

Aanpassing: Vraag 41 wordt geschrapt. Voor het meten van de aansluiting bij de reguliere zorg is de vragenlijst voor getroffen en wellicht niet het geschikte middel.

5.5 Resultaat: totaalpakket QPC Vragenlijst Getroffenen

Met bovenstaande aanpassingen is de laatste versie van de vragenlijst ontwikkeld, die aangeboden wordt voor gebruik. Om te zorgen dat de betreffende organisatie afname, analyse en rapportage zo veel mogelijk zelf kan realiseren, wordt een totaalpakket aangeboden dat de volgende onderdelen omvat:

- De QPC Vragenlijst Getroffenen
- Een instructie voor afname, analyse, rapportage en toepassing van de resultaten
- Een invoertool
- Een codebook en syntax voor de analyses die nodig zijn voor de basisrapportage
- Een format voor de basisrapportage
- Afstemming met en ondersteuning door een te vormen Stuurgroep QPC (betrokken onderzoekers van Impact/GGD Amsterdam)

Dit totaalpakket is gratis beschikbaar via <http://www.qpctoolkit.nl>

6. Conclusies en aanbevelingen

In dit afsluitende hoofdstuk reflecteren we op de bevindingen en resultaten van het project. Vervolgens beseffen we dat de afronding van het onderzoek slechts een mijlpaal is en geen eindpunt. Daarom doen we aanbevelingen voor verdere toepassing, implementatie en doorontwikkeling.

6.1 Conclusies

In de conclusies reflecteren we op de antwoorden die in deze rapportage gegeven worden op de vragen die in de inleiding gesteld zijn aan de hand van het geschetste kader van 1) Stakeholderperspectief; 2) te meten aspecten; en 3) informatie en evidence. Zo vatten we het antwoord samen op de tweeledige hoofdvraag: wat is kwaliteit van psychosociale hulpverlening en hoe kunnen we deze meten?

1. Stakeholderperspectieven

Psychosociale hulpverlening krijgt vorm in een complex en dynamisch veld waar veel verschillende partijen in betrokken zijn. Om deze diversiteit aan perspectieven goed te betrekken in het onderzoek, zijn een stuurgroep en een expertgroep gevormd en is gekozen voor een centrale rol van de inbreng van experts in de vorm van *concept mapping*, een gestandaardiseerde consensusmethode om rond een complex onderwerp een conceptueel kader te ontwikkelen dat gebruikt kan worden voor evaluatie of planning. Uniek is dat hierin ook het perspectief van getroffen en goed vertegenwoordigd is. De uiteindelijke concept map is een gezamenlijk product, waarbij veel overeenkomsten bleken, maar ook accentverschillen, zoals bijvoorbeeld het grotere belang dat door getroffen en aan lotgenotencontact gehecht wordt.

Alle partijen toonden grote betrokkenheid en bereidheid om op een aantal momenten gedurende het hele proces kritisch mee te denken. De bijeenkomsten leverden boeiende gesprekken en uitwisseling van gezichtspunten op en stimuleerden verdere netwerkvorming. Ook voor de verdere implementatie zal dit netwerk van grote waarde zijn.

De insteek was om een instrument te ontwikkelen dat zich vooral richtte op het inzichtelijk maken van het perspectief van getroffen en op optimale psychosociale hulpverlening. Een dergelijk instrument bestaat in het geheel nog niet en ook internationaal staat onderzoek waarbij getroffen en betrokken worden bij de evaluatie nog in de kinderschoenen. Voor de methode kon echter wel gebruik gemaakt worden van technieken die ontwikkeld zijn in de zorg om patiënttevredenheid of patiëntervaringen te meten. Vooral de CQ-index heeft als voorbeeld gediend. Vanwege de specifieke setting hebben we daarbij echter wel een eigen traject gevolgd en op punten afwijkende keuzes gemaakt.

Zowel door de getroffen en die betrokken waren bij de ontwikkeling van de vragenlijst als door de betrokkenen bij de treinbotsing die deelnamen aan de test van het instrument, is zeer positief gereageerd op de vragenlijst. Meer dan 90% van de respondenten had het gevoel op deze manier te kunnen bijdragen aan de verbetering van de hulpverlening. Ook vond men het invullen over het algemeen niet vervelend of tijdrovend. Wel is belangrijk dat de timing goed is en dat getroffen en niet overvraagd worden. Een aantal respondenten gaven aan dat de vragenlijst te vroeg zou zijn geweest als deze al na 7 weken binnen was gekomen. Anderen hadden dit juist wel een goed moment gevonden, omdat alles dan nog vers in het geheugen ligt.

Eerder onderzoek onder getroffen en leert dat een combinatie van methoden (bijv. telefonisch, via de post en online) de respons vergroot. Van de vragenlijst komt ook een online versie beschikbaar. Daarnaast beveelt de instructie bij de vragenlijst aan om, afhankelijk van de informatiebehoefte, het onderzoek aan te vullen met focusgroepen of telefonische interviews. Wat in de literatuur ook naar voren komt en door ons ook geconstateerd is bij het zoeken naar respondenten, is dat het belangrijk is dat er meer oog komt voor onderzoek als dit onder getroffen en. Dit leidt ertoe dat de randvoorwaarden vooraf beter zijn ingevuld en bijvoorbeeld de beschikbaarheid van adressen, timing en interferentie met ander onderzoek geen barrières meer hoeven te vormen.

2. Te meten aspecten

Om een overzicht te krijgen van te meten aspecten is gebruik gemaakt van de *concept mapping* methode. Dit resulteerde in een lijst van 79 uitspraken, die middels statistische analyse verdeeld zijn over de volgende acht thema's of principes van optimale psychosociale hulpverlening:

1. Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffenene
2. Bevorderen van sociale steun
3. Zorg op maat: oog hebben voor diversiteit
4. Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties
5. Tijdig verstrekken van incidentgebonden informatie
6. Informatieverstrekking over normale reacties
7. Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffenenen
8. Monitoren getroffenenen en initiëren van eventuele nazorg

De genoemde kenmerkenn hebben vooral betrekking op structuur en proces. Voor een aantal structuurkenmerken is bepaald dat deze op andere wijze meetbaar gemaakt moeten worden, omdat getroffenenen hier geen zicht op hebben. De focus ligt in de vragenlijst vooral bij het proces, omdat daarin ook het meest concreet bijsturing mogelijk is. Enkele aspecten die bij de achtergrondkenmerken uitgevraagd worden, zoals gezondheid en waargenomen geestelijke gezondheid, zouden kunnen worden gezien als uitkomstfactoren, maar ze worden bij de analyse niet gebruikt om een oordeel te geven over de hulpverlening, maar alleen om een mogelijk afwijkende perceptie van (het belang van) de hulpverlening te verklaren.

De onderzoekers hebben de kenmerken geoperationaliseerd in items voor een vragenlijst, die vervolgens uitgebreid voorgelegd en getest zijn. Bij het herformuleren en schrappen van items is de initiële verdeling over de thema's iets scheefgetrokken. Toch blijken, in elk geval op grond van deze test, de thema's als schaal grotendeels betrouwbaar te zijn. De vragenlijst meet daarmee inderdaad goed bovenstaande kwaliteitsaspecten.

3. Informatie en evidence

Wanneer het moeilijk is om wetenschappelijk bewijs te verkrijgen middels gecontroleerde experimenten, kunnen systematisch bijeen gebrachte ervaringen en inzichten van experts ook in belangrijke mate als evidence gelden. Ook daarom is gekozen voor de *concept mapping* methode. Dat de QPC concept map uiteindelijk veelal thema's omvat die ook in de literatuur naar voren komen als belangrijke aandachtsgebieden, bevestigt nog eens dat de methode betrouwbaar is. De meerwaarde van het concept mappen ten opzichte van enkel een literatuurstudie ligt vooral in de betrokkenheid van de verschillende partijen, wat een goede basis legt voor toepassing en implementatie. Daarnaast brengt de gebruikte methodiek prioritering en focus aan in de veelheid van aspecten die wellicht uit de literatuur naar voren zijn te halen. Met de acht thema's die nu voor dit onderzoek leidend zijn geworden, hebben we zo daadwerkelijk die thema's die hier en nu belangrijk worden gevonden, zowel door professionals als door getroffenenen. Daarmee is de vragenlijst een instrument geworden dat de vragen stelt waar professionals en beleidmakers antwoord op willen hebben en waar getroffenenen hun mening over willen geven.

Wel dient te worden opgemerkt dat de thema's die ten grondslag liggen aan het huidige instrument in (het relatief rampenvrije) Nederland ontwikkeld zijn en de Nederlandse ervaringen met rampen en incidenten weerspiegelen. Dit verklaart dat er relatief weinig aandacht is voor humanitaire aspecten en veiligheid, kenmerken waarop naar verwachting in landen die bekend zijn met oorlog(sdreiging), grote natuurrampen en omvangrijke vluchtelingenstromen een groter accent zou liggen. Vertaling van deze resultaten naar een andere (culturele) context vraagt dan ook om een (gedeeltelijke) herziening van de uitgangspunten. Hetzelfde geldt voor het vertalen van het huidige instrument naar een organisatie-context; waar de QPC-vragenlijst is gericht op de brede groep getroffenenen na een incident kunnen de uitgangspunten ook gebruikt worden in het vaststellen van de kwaliteit van geleverde psychosociale zorg binnen organisaties. Vooral binnen de geüniformeerde

diensten kan dit van belang zijn. De thema's dienen dan aan te sluiten bij de behoeften binnen deze diensten.

Mogelijk zijn de genoemde thema's ook tijdgebonden; tussentijdse gebeurtenissen of wetenschappelijke ontwikkelingen zouden ervoor kunnen zorgen dat herhaling van het proces over 5 jaar andere accenten zou opleveren. Onze inschatting is wel dat een herhaling van het concept mappen op dit moment maar met andere personen, tot weinig afwijking in de thema's zou leiden. Bij presentaties van de thema's is steeds gebleken dat er veel herkenning was en dat men niet direct kenmerken miste. Een kleine test waarbij we een groep professionals dezelfde vraag voorlegden die is voorgelegd bij het brainstormen, leverde alleen antwoorden op die direct correspondeerden met de reeds geformuleerde thema's.

Middels het uitzetten van de vragenlijst kan gemonitord worden of de onderliggende thema's in de loop van de tijd actueel blijven, door te kijken naar het belang dat respondenten hechten aan de kenmerken die in de vragenlijst zijn geoperationaliseerd. Op termijn kan aanpassing van de vragenlijst nodig zijn. Ook op andere punten blijft doorontwikkeling noodzakelijk. Weliswaar suggereert de test onder betrokkenen bij de treinbotsing goede consistentie en betrouwbaarheid en zijn er relaties met achtergrondkenmerken die mogelijk interessant zijn, maar één enkele test is een te smalle basis voor harde conclusies. Wel waren er aanwijzingen van knelpunten met betrekking tot het begrip van de vragenlijst die geleid hebben tot enkele aanpassingen van de vragenlijst. Het initiële ontwikkeltraject is daarmee afgerond en heeft geleid tot een bruikbaar pakket voor evaluatie van de PSH middels de afname van de vragenlijst. In de volgende fase is aandacht nodig voor doorontwikkeling en implementatie.

6.2 Aanbevelingen voor de implementatie

Nu de QPC Vragenlijst getroffen is beschikbaar is, zou het idealiter structureel toegepast worden. Doel van de implementatie is dan ook dat het instrument op verschillende niveaus geïntegreerd raakt in de processen na een crisis zodat na een crisis 'automatisch' overwogen wordt om de vragenlijst in te zetten. Daarvoor moeten degenen die met het instrument moeten werken goed toegerust zijn. Centraal punt is dat we willen zorgen dat door de juiste mensen de verantwoordelijkheid voor het evalueren gevoeld wordt en dat zij goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de vragenlijst. De drempel om ermee te werken moet bovendien zo laag mogelijk zijn; dus ook van te voren duidelijkheid over allerlei praktische aspecten, duidelijke taakomschrijvingen en -verdelingen, ondersteuning etc. Daarbij moet goed rekening gehouden worden met verschil in structuren en capaciteit tussen bijv. diverse GGD-en.

Doelgroepen

Dit betekent dat een aantal doelgroepen gericht bereikt moeten worden om er voor te zorgen dat ze in voorkomende gevallen 'automatisch' denken aan de mogelijkheid de vragenlijst te gebruiken.

- Directeuren Publieke Gezondheid (DPG): Directeuren Publieke Gezondheid (DPG): in principe is het de DPG die het betreffende bestuur (burgemeester of voorzitter veiligheidsregio) adviseert over het wel of niet inzetten van het instrument. Het is daarom van groot belang in de komende fase de directeuren PG actiever te betrekken. Hiervoor zijn contacten gelegd met de programmaraad repressie en nazorg, om het te agenderen in het DPG overleg van september 2013. Er wordt gekeken of het mogelijk is hen een formeel besluit te laten nemen over het opnemen van de QPC in de vaste processen na een incident.
- GRO- en PSH-coördinatoren: Met hen is in de loop van het project al op verschillende manieren contact geweest (presentaties, vraag om mee te denken over respondenten) waardoor ze kunnen weten dat er een instrument in ontwikkeling is. Het is belangrijk dat de mogelijkheid van het uitzetten van de QPC goed in hun 'systeem' komt, zodat er ook bij kleinschaligere inzetten aan gedacht wordt en zij ook hun DPG kunnen adviseren ten aanzien van het inzetten van het instrument.

- Uitvoerenden (waarschijnlijk epidemiologen van verschillende GGD'en): de vragenlijst wordt aangeboden met een compleet pakket om de afname, analyse en rapportage binnen de eigen organisatie te kunnen uitvoeren. Echter, als op het moment zelf de hele handleiding nog nieuw is, kan de praktische uitvoering een barrière gaan worden. Middels een informatiemiddag kunnen zij vertrouwd gemaakt worden met het invoeren, analyseren en rapporteren van de resultaten van de vragenlijst.

Andere doelgroepen die op de hoogte moeten zijn:

- Veiligheidsberaad
- Onderzoeksraad voor Veiligheid
- Ketenpartners, zoals Rode Kruis, Slachtofferhulp, Maatschappelijk Werk etc.

Deze organisaties zijn ook gedurende het project betrokken geweest. Een persbericht naar de vakbladen zorgt verder voor meer bekendheid.

Borging

Voor de borging wordt een Stuurgroep QPC ingesteld. Deze Stuurgroep bestaat in principe uit de onderzoekers van Impact en GGD Amsterdam die aan dit project gewerkt hebben. De Stuurgroep heeft tot taak om:

- De eerste tijd crisissituaties te monitoren om de QPC bij de betrokken instanties onder de aandacht te brengen;
- Te adviseren en te ondersteunen bij het afnemen van de vragenlijst en bij het analyseren van de data;
- Een centrale database met QPC-data in te stellen en te beheren;
- waar nodig de vragenlijst aan te passen op basis van de data.

Wanneer men het QPC pakket downloadt om er mee aan de slag te gaan, staat in de handleiding het nadrukkelijke verzoek om contact op te nemen met de Stuurgroep voor afstemming en advies.

Aandachtspunten

Er zijn enkele aspecten die de implementatie compliceren en daarmee een aandachtspunt vormen:

- In enkele gevallen wordt na een incident ook tot gezondheidsonderzoek besloten. Wanneer dit het geval is, dient goede afstemming gezocht te worden. Wellicht is zelfs een combinatie mogelijk. In elk geval dient voorkomen te worden dat de diversiteit aan onderzoeken de respondenten te veel belasten of in verwarring brengen.
- Een kwestie die bij de ontwikkeling bleef terugkeren is het feit dat de vragenlijst nu een 'gemiddelde' van de hulpverlening meet zoals die geleverd wordt door diverse instanties (zie vraag 2 in de vragenlijst). Dit levert twee mogelijke bezwaren op:
 - a. Bij vraag 2 kunnen nu niet alleen psychosociale hulpverleners aangekruist worden, maar ook politie, brandweer, ambulance, SEH. Deze partijen zijn opgenomen als antwoordopties omdat zij een belangrijke rol spelen in de prille fase na een incident. Hun handelen kan van grote invloed zijn op hoe de hulpverlening als geheel wordt beleefd. Strikt genomen is PSH voor deze instanties echter geen hoofdtaak. Het is daarom de vraag in hoeverre zij wel in het rijtje thuishoren als je PSH wilt meten.
 - b. Doordat meerdere instanties tegelijk kunnen worden aangekruist worden geen concrete verbeteracties gevonden *per instantie*.

De analyse van de data van het treinongeluk bijvoorbeeld laat zien dat mensen met een grote diversiteit aan hulpverleners te maken krijgen. Het is zeer de vraag of zij zelf in staat zijn achteraf uit te splitsen naar soort hulpverlener. Bovendien zou het uitvragen per hulpverlener een enorme vragenlijst opleveren (wanneer men alle vragen voor elke hulpverlener in zou vullen). Het uitgangspunt van het project is geweest een beeld te krijgen van het gehele PSH-proces (met alle ketenpartners). Daarvoor blijkt deze lijst ook geschikt. Om tegemoet te komen aan de wens om alleen voor bepaalde partners te toetsen, stellen we voor om in voorkomende gevallen de mogelijkheid te bieden vraag 2 te 'verkleinen', en mensen te vragen om aan specifieke hulpverleners te denken bij het beantwoorden van de

vraag. In de handleiding is deze overweging nu expliciet opgenomen. In overleg met de stuurgroep kan dan een keuze worden gemaakt.

- Er is momenteel nog geen eenduidige, breed gebruikte en structurele vorm voor de evaluatie van (PSH-)inzet na schokkende gebeurtenissen. Dus is er eigenlijk ook niets om de QPC goed in te bedden. Om een compleet en beter uitgekristalliseerd beeld te krijgen is het van belang om ook het aanbodperspectief structureler in kaart te brengen. De QPC Vragenlijst Getroffenen heeft vooral betrekking op procesfactoren en enkele uitkomstfactoren. Voor een sterke validering van de procesmaten en volledig(er) beeld dient dit te worden aangevuld met structuurfactoren en een aantal procesfactoren die voor getroffen mensen minder zichtbaar zijn. De Vragenlijst Getroffenen stelt in staat om verbeterpunten te signaleren; met een aanvulling vanuit aanbiederperspectief is het ook mogelijk om de achterliggende knelpunten en aangrijpingspunten voor oplossingen in kaart te brengen. Vooreerst dient daarom ook intern altijd goed geëvalueerd te worden en dienen de resultaten van de QPC Vragenlijst met een vertegenwoordiging van de betrokken hulpverleners doorgenomen te worden om de resultaten te plaatsen en te duiden. Op termijn zou het goed zijn om ook een instrument te ontwikkelen dat het aanbodperspectief goed in kaart brengt en dat aansluit bij de resultaten van de QPC Vragenlijst Getroffenen.

Afsluitend is het evident dat de huidige vragenlijst nu gebruikt moet gaan worden in diverse crises en incidenten. Dat is de beste manier om zijn bruikbaarheid te toetsen. Voor de Stuurgroep is het van belang deze ervaringen te kunnen verzamelen, zodat ze deze kan gebruiken om de vragenlijst aan te passen.

Het uiteindelijke doel is natuurlijk om niet alleen te meten, maar ook daadwerkelijk verbeteringen in gang te zetten.

“Simply measuring something will not automatically improve it. Indicators must be used within coherent systems based approaches to quality improvement. The interpretation and usage of such data is more of a political or resource issue than a methodological or conceptual one.”

(Campbell et al. 2003)

Al bij het testen hebben we gemerkt dat er veel factoren meespelen in de situatie na een incident, die de beslissing om de QPC af te nemen of om daadwerkelijk verbeteringen in te zetten, kunnen beïnvloeden. We kunnen deze niet allemaal voorzien of inschatten, en we weten dat het tijd en inspanning vergt om een volwaardige factor in het spel te worden. Het enthousiasme dat we tijdens dit project hebben ontmoet, geeft echter goede moed.

Bijlage 1. Samenstelling klankbordgroep en expertgroep

1. Samenstelling Klankbordgroep

Voorzitter: Prof. Dr. Niek Klazinga

Deelnemers

- Ymko Attema (NVBR)
- Drs. Ellen Boer (Inspectie van de Gezondheidszorg)
- Dr. Marja van Bon (GGD Hart voor Brabant)
- Jeroen Bot (Rode Kruis)
- Dr. Sjaak de Gouw (GGD Nederland)
- Rozemarijn Hartkamp MSc (Veiligheidsberaad)
- Prof. dr. Ad de Jongh (NtVP, Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma)
- Dr. Sonja Leferink (Slachtofferhulp Nederland)
- Barbara Lopes Cardozo, MD, MPH (Centers for Disease Control and Prevention, Center for Global Health USA)
- Drs. Pieter Molenaar (Nederlands Instituut van Psychologen)
- Drs. Joyce Nellissen (GHOR Nederland)
- Drs. Cisca Stom (RIVM/cGM)
- Marian Strating, (Landelijke Programma Versterking Professionele Weerbaarheid Politie)
- Prof. dr. Arnoud Verhoeff (GGD Amsterdam, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid)
- Prof. dr. Eric Vermetten (Arq Psychotrauma Expert Groep)

2. Samenstelling Expertgroep

- Jeroen Bot (Rode Kruis)
- Yvette Broeren (GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant)
- Simone Bongers (Getroffene)
- Sanne Bosch (Getroffene)
- Kiki van de Capello (GHOR)
- Annelieke Drogendijk (ARQ psychotrauma experts)
- Yvonne Fase (NS/Getroffene)
- Henny de Haan (Getroffene)
- Henk Heijloo (Getroffene)
- Harry Hendriks (GGD Flevoland)
- Hilda Huizinga (Getroffene)
- Joris IJzermans (NIVEL)
- Robert de Knecht (Getroffene)
- Bas Koolen (GGD Rotterdam)
- Maryam Massarrat (Getroffene)
- Karen Matlung (IPSHOR, in tweede bijeenkomst erbij gekomen)
- Claire Morssink (GGD Kennemerland)
- Ghislaine van Nooijen Kooij (GGD Zaanstreek Waterland)
- David Rebergen (NIP)
- Loni Ris (Medisch Maatschappelijk Werk UMCG)
- Rob Sardemann (Slachtofferhulp)
- Gisela von Schierstaedt (Getroffene)
- Agatha Schilder (huisarts)
- Domien Theuvenet (GVOR, directeur Avant Sanare)
- Jannie van der Tuin (Getroffene)
- Paul van Weert (GGD Amsterdam)

Bijlage 2. Literatuursearch

Om zicht te krijgen op de literatuur over kwaliteit van psychosociale hulpverlening na schokkende gebeurtenissen, is een systematische literatuursearch opgezet. Daartoe volgden we de volgende stappen:

1. Selectie van zoektermen
2. Genereren van zoekresultaten in MedLine en Psychinfo
3. Vaststellen van beoordelingscriteria
4. Beoordelen abstracts op relevantie door 3-4 onderzoekers per abstract
5. Opvragen van de complete artikel- of boekteksten bij de geïncludeerde abstracts
6. Beoordelen van de complete publicaties op relevantie

Hieronder volgt per stap een toelichting.

1 Selectie van zoektermen

Bij de QPC gaat het om drie aspecten:

1. *kwaliteit*
2. *psychosociale zorg*
3. *rampen en schokkende gebeurtenissen*

Voor elk van deze aspecten is een blok met zoektermen gemaakt die variëren op het thema. Hierbij is grotendeels gebruik gemaakt van de *Mesh-terms* in MedLine. Zo ontstonden de volgende blokken met zoektermen:

Blok A: rampen	Blok B: psychosociale zorg	Blok C: kwaliteit
<i>Disasters</i>	<i>Mental health services</i>	<i>Outcome and process assessment</i>
<i>Explosions</i>	<i>Psychosocial care</i>	<i>Patient satisfaction</i>
<i>Fires</i>	<i>Psychosocial intervention</i>	<i>Quality (titel)</i>
<i>Water movements</i>	<i>Psychosocial need</i>	<i>Quality of health care</i>
<i>Accidents, aviation</i>	<i>Health services research + bovenst.</i>	<i>Quality indicators, health care</i>
<i>Accidents, railroads</i>	<i>rescue workers</i>	<i>Quality assurance, health care</i>
<i>terrorism</i>	<i>emergency services</i>	<i>Quality improvement</i>
	<i>social services</i>	<i>Program evaluation</i>
	<i>volunteers</i>	<i>Guideline</i>
		<i>Lessons learnt (titel)</i>

2 Genereren van zoekresultaten in MedLine en Psychinfo

In MedLine is eerst een search uitgevoerd met alledrie de blokken met zoektermen. Daarbij is bovendien een grens gelegd bij publicaties na 2001. Ook is de focus ingesteld op Westerse landen, omdat resultaten daarmee het best vergelijkbaar zijn met de Nederlandse situatie. Dit leverde 388 verschillende abstracts op.

Omdat we rekening hielden met de mogelijkheid dat de toevoeging van het blok over kwaliteit de resultaten zou beperken, is vervolgens opnieuw in MedLine een search uitgevoerd met alleen de blokken A en B. Daarbij werden de publicaties die al uit de eerste search naar voren waren gekomen, eruit gefilterd. Dit resulteerde in een lijst van nog eens 312 abstracts.

In Psychinfo is tenslotte opnieuw een search uitgevoerd met alledrie de blokken en de beperkingen van 2001 en Westerse landen. Daar kwamen 197 abstracts uit. Zonder het derde blok was het

resultaat te breed (1324 abstracts), waardoor we hierbij niet, zoals bij MedLine, onderscheid hebben gemaakt tussen resultaten met en zonder blok C.

Samengevat:

Database	Zoektermen	Resultaten	Aanduiding set
MedLine	Blok A + Blok B + Blok C	388	MK
MedLine	Blok A + Blok B – (Blok A + Blok B + Blok C)	312	ZK
Psychinfo	Blok A + Blok B + Blok C	197	PS
Totaal		897	

3 Vaststellen van beoordelingscriteria

Om de abstracts te beoordelen op relevantie, stelden we de volgende criteria vast:

Criterium 1: psychosociale hulpverlening: Het artikel heeft (voornamelijk) betrekking op psh

Criterium 2: 3 maanden: Het artikel heeft (voornamelijk) betrekking op psychosociale hulpverlening kort na de schokkende gebeurtenis (tot 3 maanden erna).

Criterium 3: oplossing: In een artikel over psychosociale behoeften, klachten of problemen worden niet alleen die problemen in kaart gebracht, maar ook de oplossingsstrategieën.

Criterium 4: training: Het artikel heeft betrekking op zorg door professionals (getrainde medewerkers)

Deze criteria zijn gebaseerd op de afbakening die we maakten van de periode en het soort hulpverlening waarop QPC betrekking moet hebben. Een aanzet voor die afbakening was al gegeven in het onderzoeksvoorstel en de uiteindelijke criteria zijn besproken en vastgesteld in de klankbordgroep.

4 Beoordelen abstracts op relevantie door 3-4 onderzoekers per abstract

	MK	ZK	PS
Eerste ronde	Beoordeeld door 3 onderzoekers	Beoordeeld door 2 onderzoekers	Beoordeeld tenminste 2 onderzoekers.
Tweede ronde	Twijfelgevallen met minimaal 1 + zijn door een 4 ^e onderzoeker beoordeeld	Twijfelgevallen zijn beoordeeld door een 3 ^e onderzoeker	Twijfelgevallen met minimaal 1 + zijn beoordeeld door een 3 ^e of 4 ^e onderzoeker.

	MK (388)			ZK (312)			PS (197)		
	+	-	?	+	-	?	+	-	?
Eerste ronde	2	303	83	7	117	188	24	77	96
Tweede ronde	27	56		24	164		14	82	
Totaal	29			31			38		

Uit de serie MK zijn er 4 geselecteerde abstracts dubbel met de geselecteerde abstracts uit de serie PS. In de serie ZK komt 1 dubbele voor met PS. Zes abstracts blijken betrekking te hebben op een boek dat ook in andere abstracts centraal staat (reviews). Dit betekent dat uiteindelijk 87 publicaties op basis van hun abstracts opgevraagd werden.

5 Opvragen van de complete artikel- of boekteksten bij de geïncludeerde abstracts

Niet alles was direct toegankelijk en 8 boeken en 16 artikelen moesten worden opgevraagd via IBL. Daar ging enige tijd overheen. In het literatuuroverzicht dat in maart aan de klankbordgroep is verstuurd, zijn deze publicaties eerst opgenomen, nog in afwachting van de beoordeling. Inmiddels is die beoordeling gebeurd en zijn een aantal publicaties alsnog afgevallen. Uit het nieuwe literatuuroverzicht zijn ze dan ook verwijderd.

6 Beoordelen van de complete publicaties op relevantie

De publicaties zijn door één of twee onderzoekers beoordeeld volgens de bij stap 3 vastgestelde criteria. In slechts twee gevallen was er niet direct consensus; daarbij heeft een derde onderzoeker de publicaties ook beoordeeld. In totaal vielen 42 teksten alsnog af en bleef er een lijst van 45 bruikbare publicaties over. De gehele lijst is in bijlage 2 terug te vinden. Naar aanleiding van adviezen van de klankbordgroep, zijn bovendien nog de Impact-richtlijnen (geüniformeerden en vroegtijdige interventies) toegevoegd.

7 Herhaling van de literatuursearch

In april 2013 in de search zoals boven beschreven exact herhaald om te kijken of er nog nieuwe bronnen bijgekomen zijn in de tussentijd. Dit leverde in totaal 50 nieuwe artikelen op. De abstracts hiervan zijn door drie onderzoekers beoordeeld, wat uiteindelijk resulteerde in de toevoeging van 4 relevante publicaties aan de lijst.

8 Toepassingen

Het literatuuroverzicht is allereerst gebruikt om een overzicht te krijgen van aandachtsgebieden en deze waar nodig in te brengen bij het concept mappen. Het is niet de bedoeling dat de resultaten van het literatuuronderzoek met betrekking tot psychosociale hulpverlening de concept map als basis voor het meetinstrument vervangen of dat de concept map vanuit de literatuur wordt aangevuld. Concept map en literatuuronderzoek staan dus in zekere zin naast elkaar. De belangrijkste manieren waarop ze verder gecombineerd kunnen worden:

- Het literatuuronderzoek wordt gebruikt voor (kritische) reflectie op de concept map;
- Indicatoren die geformuleerd worden op basis van de concept map kunnen op basis van literatuuronderzoek wellicht aangescherpt worden.
- Vergelijking van de concept map met de internationale literatuur kan mogelijk helder maken wat karakteristiek is voor de Nederlandse situatie.

Bijlage 3. Literatuuroverzicht

- Andrew, S A, Kendra J M: An adaptive governance approach to disaster-related behavioural health services. *Disasters* 36(3): 514-532, 2012.
- Barbanel, L [Ed]; Sternberg, R J [Ed]. *Psychological interventions in times of crisis*. New York, Springer Publishing Co 2006.
- Bisson, J I; Tavakoly, B; Witteveen, A B; Ajdukovic, D; Jehel, L; Johansen, V J; Nordanger, D; Garcia, F O; Punamaki, R-L; Schnyder, U; Sezgin, A U; Wittmann, L; Olf, M: TENTS guidelines: Development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *British Journal of Psychiatry*. 196(1): 69-74, 2010 Jan.
- Brown E J: Mental health trauma response to the events of September 11th: challenges and lessons learned. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*. 12(2):77-82, 2002.
- Couch S R; Coles C J: Community stress, psychosocial hazards, and EPA decision-making in communities impacted by chronic technological disasters. *American Journal of Public Health*. 101 Suppl 1:S140-8, 2011 Dec.
- Covell N H; Donahue S A ; Ulaszek W R; Dunakin L; Essock S; Felton C J: Effectiveness of Two Methods of Obtaining Feedback on Mental Health Services Provided to Anonymous Recipients. *Psychiatric Services* 57(9) 1324-1327, 2006 Sept.
- Dash, S: Post-disaster psychosocial support: A framework from lessons learnt through programmes in South-Asia. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. 2009(1): 1-18, 2009.
- Essock S M; Covell N H; Shear K M; Donahue S A; Felton C J; Use of clients' self-reports to monitor Project Liberty clinicians' fidelity to a cognitive-behavioral intervention. *Psychiatric Services*. 57(9):1320-3, 2006 Sep.
- Everly G S Jr; Langlieb A: The evolving nature of disaster mental health services. *International Journal of Emergency Mental Health*. 5(3):113-9, 2003.
- Everly G S Jr; Flynn B W: Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *International Journal of Emergency Mental Health*. 8(2):93-100, 2006.
- Foa, E B; Cahill, S P; Boscarino, J A; Hobfoll, S E; Lahad, M; McNally, R J; Solomon, Z: Social, psychological, and psychiatric interventions following terrorist attacks: Recommendations for practice and research. *Neuropsychopharmacology*. 30(10): 1806-1817, 2005 Oct.
- Gard, B A; Ruzek, J I: Community Mental Health Response to Crisis. *Journal of Clinical Psychology*. 62(8): 1029-1041, 2006 Aug.
- Hamilton, S E: Where are we now? A view from the Red Cross. *Families, Systems, & Health*. 22(1): 58-60, 2004 Sep.
- Henley R; Marshall R; Vetter S: Integrating mental health services into humanitarian relief responses to social emergencies, disasters, and conflicts: a case study. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 38(1):132-41, 2011 Jan.

Hobfoll S E; Watson P; Bell C C; Bryant R A; Brymer M J; Friedman M J; Friedman M; Gersons B P; de Jong J T; Layne C M; Maguen S; Neria Y; Norwood A E; Pynoos R S; Reissman D; Ruzek J I; Shalev A Y; Solomon Z; Steinberg A M; Ursano R J: Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry* 2007(70): 283-315, 2007.

Hoge C W; Orman D T; Robichaux R J ; Crandell E O ; Patterson V J; Engel C C; Ritchie E C; Milliken C S: Operation Solace: overview of the mental health intervention following the September 11, 2001 Pentagon attack. *Military Medicine*. 167(9 Suppl):44-7, 2002 Sep.

Impact/Trimbos. *Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen*. Utrecht: Trimbos; 2007.

Impact. *Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden*. Amsterdam: Impact; 2010.

Jackson C T; Allen G; Essock S M; Felton C J; Donahue S A: Clients' satisfaction with Project Liberty counseling services. *Psychiatric Services*. 57(9):1316-9, 2006 Sep.

Kaplan Z; Iancu I; Bodner E; A review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatric Services*. 52(6):824-7, 2001 Jun.

Kelly C M; Jorm A F; Kitchener B A: Development of mental health first aid guidelines on how a member of the public can support a person affected by a traumatic event: a Delphi study. *BMC Psychiatry* 10, 49. 2010.

Kronenberg, M; Osofsky, H J; Osofsky, J D; Many, M; Hardy, M; Arey, J: First responder culture: Implications for mental health professionals providing services following a natural disaster. *Psychiatric Annals*. 38(2): 114-118, 2008 Feb.

Legerski, J P; Vernberg, E M; Noland, B J: A Qualitative Analysis of Barriers, Challenges, and Successes in Meeting the Needs of Hurricane Katrina Evacuee Families. *Community Mental Health Journal* 48:729–740, 2012

Macy R D; Behar L; Paulson R; Delman J; Schmid L; Smith S F: Community-based, acute posttraumatic stress management: a description and evaluation of a psychosocial-intervention continuum. *Harvard Review of Psychiatry*. 12(4):217-28, 2004 Jul-Aug.

McCabe, O L; Mosley, A M; Gwon, H S; Everly, G S Jr; Lating, J M; Links, J M; Kaminsky, M J: The tower of ivory meets the house of worship: psychological first aid training for the faith community. *International Journal of Emergency Mental Health*. 9(3): 171–180, 2007.

McCabe, O L; Lating, J M; Everly G S Jr; Mosley, A M; Teague, P J; Links, J M; Kaminsky, M J: Psychological first aid training for the faith community: a model curriculum. *International journal of emergency mental health*, 9(3): 181, 2007.

McIntyre J, Nelson Goff, B S: Federal Disaster Mental Health Response and Compliance with Best Practices. *Community Mental Health Journal* 48:723–728, 2012

Melnyk, B M: Translating research evidence on the psychological impact of terrorist attacks into primary care practice: A call to action. *Families, Systems, & Health*. 22(1): 31-34, 2004 Sep.

- Miller L: Psychological interventions for terroristic trauma: prevention, crisis management, and clinical treatment strategies. *International Journal of Emergency Mental Health*. 13(2):95-120, 2011
- Norris, F H; Alegria, M: Mental Health Care for Ethnic Minority Individuals and Communities in the Aftermath of Disasters and Mass Violence. *CNS Spectrums*. 10(2): 132-140: 2005 Feb.
- Norris F H; Hamblen JL; Rosen C S: Service characteristics and counseling outcomes: lessons from a cross-site evaluation of crisis counseling after Hurricanes Katrina, Rita and Wilma. *Administration & Policy in Mental Health*. 36(3):176-85, 2009 May.
- Pandya A; Katz C L; Smith R; Ng A T; Tafoya M; Holmes A; North C S: Services provided by volunteer psychiatrists after 9/11 at the New York City family assistance center: September 12- November 20, 2001. *Journal of Psychiatric Practice*. 16(3):193-9, 2010 May.
- Parker, C L; Barnett, D J; Everly, G S Jr; Links, J M: Expanding Disaster Mental Health Response: A Conceptual Training Framework for Public Health Professionals. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2006
- Purtscher K: Preparing and responding to major accidents and disasters. & Safety *International Journal of Injury Control Promotion*. 12(2):119-21, 2005 Jun.
- Rao K: Psychosocial support in disaster-affected communities, *International Review of Psychiatry*, December 2006; 18(6): 501–505
- Reeves J J: *Perspectives on disaster mental health intervention from the USNS Comfort*. *Military Medicine*. 167(9 Suppl):90-2, 2002 Sep.
- Ritchie, E C; Friedman, M; Watson, P; Ursano, R; Wessely, S; Flynn, B: Mass Violence and Early Mental Health Intervention: A Proposed Application of Best Practice Guidelines to Chemical, Biological, and Radiological Attacks. *Military Medicine*. 169(8): 575-579, 2004 Aug.
- Ritchie, E C; Watson P J; Friedman M J: *Interventions following mass violence and disasters. Strategies for mental health practice*. New York, Guilford Press (2006)
- Roberts, A R: Assessment, crisis intervention, and trauma treatment: The integrative ACT intervention model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2(1): 1-21, 2002 Sep.
- Rooze M; Netten J; de Ruijter A; de Vries M; Helsloot I; de Soir E; Selwood P; Schenk H; Hustinx P; Olinder H: Prioritizing Care During the Acute Phase: The Prominent Role of Basic Psychosocial Life Support. *Prehospital and Disaster Medicine*. 23(4): 49-54, 2008 Jul.
- Rosen C S; Greene C J; Young H E; Norris F H: Tailoring disaster mental health services to diverse needs: an analysis of 36 crisis counseling projects. *Health & Social Work*. 35(3):211-20, 2010 Aug.
- Sederer L I; Lanzara C B; Essock S M; Donahue S A; Stone J L Galea S: Lessons learned from the New York State mental health response to the September 11, 2001, attacks. *Psychiatric Services*. 62(9):1085-9, 2011 Sep.
- Shultz J M; Kelly F; Forbes D; Verdelli H; Leon G R; Rosen A; Neria Y: Triple threat trauma: evidence-based mental health response for the 2011 Japan disaster. *Prehospital & Disaster Medicine*. 26(3):141-5, 2011 Jun.

Te Brake H; Duckers M; De Vries M; Van Duin D; Rooze M; Spreeuwenberg C: Early psychosocial interventions after disasters, terrorism, and other shocking events: guideline development. *Nursing & Health Sciences*. 11(4):336-43, 2009 Dec.

Te Brake H; Duckers M; Klazinga N; Rooze M, Spreeuwenberg C; Swinkels J De Menselijke Maat. Richtlijnen voor het leveren van psychosociale zorg die aansluit op de behoeften van getroffen. *Psycholoog*. Januari 2011: 42-50.

Van der Velden, P; van Loon, P; IJzermans, J; Kleber, R: Psychosociale zorg direct na een ramp. *Psycholoog*. 41(12): 658-663, 2006 Dec.

Van der Velden, P. C; van Loon, P; Kleber, R. J; Uhlenbroek, S; Smit, J. Naar een brede visie op psychosociale interventies na schokkende gebeurtenissen. Suggesties voor een herziening van richtlijnen. *Psycholoog*. 44(11): 568-575, 2009 Nov.

Vernberg, E M; Steinberg, A M; Jacobs, A K; Brymer, M J; Watson, P J; Osofsky, J D; Layne, C M; Pynoos, R S; Ruzek, J I: Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice*. 39(4): 381-388, 2008 Aug.

Vernberg, E M: Intervention approaches following disasters. In: La Greca, A M [Ed]; Silverman, W K [Ed]; Vernberg, E M [Ed]; Roberts, M C [Ed]. *Helping children cope with disasters and terrorism*. Washington, American Psychological Association, 2002.

Watson P J, Ruzek J I Academic/State/Federal collaborations and the improvement of practices in disaster mental health services and evaluation. *Administration & Policy in Mental Health*. 36(3):215-20, 2009 May.

Wessells M G: Do no harm: toward contextually appropriate psychosocial support in international emergencies. *American Psychologist*. 64(8):842-54, 2009 Nov.

Witteveen A B, Bisson J I, Ajdukovic D, Arnberg F K, Bergh Johannesson, K, Bolding H B, Elklit A, Jehel L, Johansen V A, Lis-Turlejska M, Nordanger D A, Orengo-García, F, Polak A R, Punamaki R-L, Schnyder U, Wittmann L, Olff M: Post-disaster psychosocial services across Europe: The TENTS project. *Social Science & Medicine* 75:1708-1714, 2012.

Bijlage 4. Uitspraken per (sub)cluster

In de eerste kolom staat het nummer van de uitspraak. De tweede kolom geeft de gemiddelde waardering weer, de derde kolom toont de standaarddeviatie.

Uitspraken waar een * achter staat, kunnen op een andere manier geëvalueerd worden. Wanneer er ** achter een uitspraak staat, betekent dit dat de uitspraak niet naar een item vertaald is omdat de waardering laag is en/of de uitspraak ambigu is. De overige uitspraken zijn vertaald naar items in de vragenlijst.

Cluster 1	Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffenene
------------------	---

Houding hulpverlener (sensitieve bejegening)/ Erkenning en omgang

16	4.26	1.15	Luisteren
10	4.00	1.22	Erkenning van emoties
31	3.30	2.21	Inlevingsvermogen met behoud van gevoel van afstand en nabijheid
18	2.61	1.72	Slachtoffers niet te snel wegsturen
76	3.83	1.97	Uitstralen van rust en kalmte door de hulpverleners
9	3.78	1.47	Alert zijn op het signaleren van abnormale reacties
32	3.35	1.36	Oog hebben voor signalen die kunnen duiden op een stagnerende verwerking
19	3.17	1.53	Aandacht voor fysieke ongemakken/gevolgen
1	3.83	2.06	Aansluiting bij wensen en behoeften slachtoffers en nabestaanden
6	4.52	.60	Openstaan voor directe praktische behoefte van de getroffenene
59	3.74	1.76	Proactief en persoonlijk benaderen van getroffenene door hulpverleners
58	3.57	1.72	Niets opdringen en respecteren van de eigen grenzen zoals aangegeven door getroffenene
74	3.22	2.78	Opvang in geruiststellende omgeving
57	2.70	1.34	Aandacht besteden aan het motiveren van getroffenene voor het benaderen van hulpverlening
73	2.30	1.17	Aandacht voor/voorkomen van stigmatisering**

Gericht op herstel

5	3.30	2.39	Aanspreken van de veerkracht
52	3.35	1.88	Goede aansluiting op tempo van getroffenene bij herstel van gevoel van controle en veiligheid
51	3.26	1.58	Oog voor snel begeleid herstel van natuurlijke processen in eigen omgeving (bv leerkracht snel voor de klas)
49	3.09	2.25	Zo snel mogelijk terug naar de normale gang van zaken
40	3.26	2.28	Vertrouwen hebben in de zelfredzaamheid

Cluster 2	Bevorderen van sociale steun
------------------	-------------------------------------

Nr.	Gem.	Stdev.	Item
2	3.74	1.67	Mobiliseren van een ondersteunend netwerk voor iedereen die betrokken is
24	3.48	1.55	Lotgenotencontact stimuleren
60	3.35	1.62	Gebruik maken van ervaringsdeskundigen
72	3.26	2.02	Privacy van getroffenene waarborgen
23	3.22	1.47	Oog hebben voor collectieve interventies zoals herdenking*
25	2.87	1.07	Mogelijkheden bieden dat slachtoffers zich kunnen organiseren
48	2.87	2.03	Aanwezigheid fysiek ontmoetingspunt voor getroffenene*
45	2.39	.63	Faciliteren van lotgenotencontact vanuit de overheid*

Cluster 3	Zorg op maat: oog voor diversiteit
------------------	---

Nr.	Gem.	Stdev	Item
3	3.39	1.11	Professionele zorg op maat, door middel van monitoring
65	3.30	1.60	Nadenken over juiste timing waarop getroffen en benaderd worden door hulpverleners
44	3.04	2.39	Geloven in de heilzaamheid van lotgenotencontact
27	2.83	1.10	Aandacht voor omstanders
47	2.83	1.97	Speciale aandacht voor kwetsbare groepen (zoals allochtonen, ouderen)
69	2.57	1.46	Oog hebben voor religieuze beleving
37	1.96	1.17	Eenduidige duiding van alle mensen die bij de ramp betrokken zijn inclusief veroorzaker/dader (uit CL10)**

Cluster 4	Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties
------------------	---

Onderlinge communicatie en afstemming

Nr.	Gem.	Stdev.	Item
30	3.43	1.55	Kennis en expertise gebruiken die eerder is opgedaan*
41	3.39	2.15	Goede afstemming tussen alle betrokken instanties ten tijde van ramp*
71	2.91	1.64	Afstemming tussen professionals en burgerhulp, professional neemt niet uit handen wat burgerhulpverleners goed zelf kunnen*
55	2.78	2.52	Goede aansturing van professionele hulpverleningsorganisaties*
56	2.43	1.03	Heldere verwijzing tussen/binnen gezondheidszorg instanties
4	2.39	1.89	Werken volgens de richtlijnen*
43	2.26	1.06	Regelmatig overleg tussen zorginstanties*
42	2.83	2.49	Goede infrastructuur met 1 loket voor getroffen (uit CL10)
34	2.70	1.95	Organiseren van 24 uur bereikbaarheid van psychosociale ondersteuning (uit CL10)*
22	2.57	1.72	Huisartsen informeren dat iemand slachtoffer is (uit CL10)
63	2.52	1.73	Overzichtelijke doorverwijzing vanuit de overheid naar hulpverleningsinstanties (uit CL10)*

Situatiespecifieke ondersteuning

53	3.52	1.12	Oog voor zowel hulpverleners als getroffen bij bieden van nazorg*
33	2.70	1.60	Aanbod voor alle doelgroepen naast de getroffen
64	2.65	1.44	Erkenning vanuit de overheid voor het leed van alle getroffen, ook niet-gewonden
77	2.65	1.79	Opvang voor de opvangregelen*
46	2.41	1.97	Gezondheidsonderzoek bij rampen met een toxicologische achtergrond*
39	1.96	1.78	Onderscheid tussen rampen**
12	1.78	1.39	Maak onderscheid tussen 'ernstig schokkend' en 'schokkend'**

Registratie, verslaglegging en evaluatie

75	3.48	2.16	Goede registratie van slachtoffers*
38	2.83	1.10	Goede verslaglegging van de bevindingen (uit CL10)*
36	2.57	1.64	Goede verslaglegging van de inzet van de hulpverlening en de besluitvorming (CL10)*
61	2.43	1.46	Peilen van tevredenheid over hulpverlening (verplaatst uit 1.1, kan op basis van nabijheid)

Overdracht van zorg naar normale omgeving

50	2.74	1.67	Zo snel mogelijk terugschalen naar reguliere zorg*
54	2.57	2.25	Oog voor mate van eigen regie op de nazorg van de prof. hulpverleningsorganisaties*
70	2.57	1.81	Samenwerking zoeken met vertegenwoordigers van religieuze instanties*

Cluster 5	Tijdig verstrekken van incidentgebonden informatie		
------------------	---	--	--

Nr.	Gem.	Stdev.	Item
17	3.91	1.47	Snel duidelijkheid geven over de situatie
26	3.39	1.80	Informatie bieden aan betrokkenen over wat er precies is gebeurd naderhand
29	3.04	2.39	Informatie bieden over de oorzaak van de ramp
28	2.61	1.80	Reconstructie voor slachtoffers en nabestaanden van handelingen tijdens noodsituatie
7	4.00	1.20	Zo snel mogelijke verschaffing van de juiste informatie: eenduidig, duidelijk, eerlijk en snel
35	2.65	1.97	Informatie over bereikbaarheid buiten kantooruren voor getroffen en
67	1.87	.72	Inlichtingen verschaffen over de beperkingen die gelden voor letselschadeadvocaten

Cluster 6	Informatieverstrekking over normale reacties		
------------------	---	--	--

62	4.13	.98	Concreet advies over omgaan met angst en emoties
15	3.74	1.67	Gevoel overbrengen dat het normale reacties zijn op abnormale gebeurtenis
8	3.65	1.62	Uitleg geven over de te verwachten reacties

Cluster 7	Voorzien van een aanspreekpunt voor getroffen en rondom juridische vragen en vragen over omgang met (sociale) media		
------------------	--	--	--

78	2.39	1.54	Aandacht voor effecten van sociale media
66	2.35	1.01	Handvatten bieden voor omgang met media
68	2.09	.95	Loket voor juridische vragen
11	3.52	1.47	Voorzien van een aanspreekpunt

Cluster 8	Monitoren getroffen en initiëren van eventuele nazorg		
------------------	--	--	--

20	3.70	1.34	Getroffenen actief benaderen voor eventuele nazorg
14	3.39	1.63	Snelle opstart van de individuele hulpverleningsgesprekken
13	2.09	1.99	Toepassen van 'zelfscan'**
21	3.00	.87	Zicht geven op mogelijke nazorg na zes weken (uit CL9)
79	3.17	1.62	Sociale omgeving toerusten met informatie over behoeften van getroffen (uit CL9)

Bijlage 5. Aanpassingen naar aanleiding van commentaar experts en cognitieve test

Zonder te zeer op details in te gaan, geeft onderstaande een overzicht van de aanpassingen naar aanleiding van zowel het commentaar van de professionals als de reacties van de getroffen.

Opbouw

- De vraag naar een algemeen oordeel stond oorspronkelijk vóór de specifieke vragen. Verschillende overwegingen lagen daaraan ten grondslag, maar we zijn nu tot de conclusie gekomen dat het intuïtiever en logischer is om deze vraag *na* de detailvragen te stellen. Verschillende professionals adviseerden dit en dit advies is overgenomen.
- De vragen over hulp bij het invullen zijn naar achteren verplaatst.
- Ook naar aanleiding van de cognitieve test zijn enkele vragen verplaatst, om de volgorde intuïtief kloppend te maken.

Mate waarin de vragenlijst de clusters van de concept map meet

- De meeste mensen gaven aan de clusters voldoende terug te zien in de vragen. Clusters die minder zichtbaar bleken te zijn, waren cluster 2 (Bevorderen van sociale steun), cluster 6 (Verstrekken van informatie over eigen reacties) en cluster 7 (Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffen)
 - In het geval van cluster 2 (Bevorderen van sociale steun) werd dit mogelijk veroorzaakt doordat in de omschrijving van het cluster verschillende malen over lotgenoten werd gesproken, maar dat woord uit de vragen was weggelaten. Het is nu weer expliciet ingebracht. Daarnaast is naar aanleiding van meerdere opmerkingen een vraag toegevoegd over het ondersteunend netwerk. In eerste instantie was een dergelijke vraag eruit gelaten omdat de vragenlijst betrekking heeft op de *professionele* hulpverlening. In de concept map kwam wel contact tussen hulpverlener en sociale omgeving terug; hierover is dan ook een vraag geformuleerd (“De hulpverleners hadden ook contact met mijn familie of vrienden die mij steunden”). Dat cluster 2 minder zichtbaar was, kan bovendien liggen aan de keuze om enkele kenmerken uit de concept map op een andere manier te meten. Het gaat dan om aspecten die eenvoudig te constateren zijn bij analyse van de processen (bijvoorbeeld is er een herdenking geweest of niet).
9. Dat cluster 6 en 7 minder prominent aanwezig zijn, heeft te maken met de geringe omvang van deze clusters. In de omschrijving van de clusters die we meestuurden, was dat niet meer zichtbaar, maar cluster 6 (Verstrekken van informatie over eigen reacties) omvat 3 uitspraken, waarover 2 vragen zijn gesteld; en cluster 7 (Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffen) omvat 4 uitspraken, waarover 3 vragen zijn gesteld. Ze zijn dus relatief goed afgedekt, maar er zijn minder vragen dan bijvoorbeeld over cluster 1, dat ook veel meer uitspraken omvat.

Toepasbare resultaten

- Men is het erover eens dat de vragenlijst voldoende toepasbare resultaten zal genereren.
- Kanttekeningen waren er nog wel bij de vragen over de mate waarin de hulpverlener rekening hield met cultuur, religie, geslacht en leeftijd. Respondenten werden in het concept gevraagd om voor elk van deze kenmerken aan te kruisen wat voor hun het belang en hun ervaring was. Respondenten wisten echter niet altijd goed wat ze zich erbij moeten voorstellen, of voelden zich er op de ongemakkelijk onder. Ook vanuit de professionals kwam er de nodige kritiek op. Tegelijk waren er ook diverse mensen die het belang van dit soort vragen benadrukken. Een belangrijk probleem bij deze vragen is dat de kenmerken niet voor iedereen als relevant bevonden worden (cultuur of religie bijvoorbeeld). Besloten is daarom om de kenmerken niet meer apart uit te vragen, maar er één vraag van te maken, namelijk

“De hulpverleners hielden rekening met mijn persoonlijke achtergrond (bijv. cultuur, religie, leeftijd, geslacht etc.)”.

- Ook bij de uitgesplitste vraag over de informatievoorziening deden zich dergelijke problemen voor. Het bleek niet altijd duidelijk te zijn aan wat voor informatie men moest denken, en vooral met de aanduidingen ‘kloppend’ en ‘volledig’ kon men niet goed uit de voeten. Ook hier is besloten om het terug te brengen tot één vraag, namelijk “Ik kreeg op tijd duidelijkheid over wat er precies gebeurd was.”
- Er waren nog enkele kritische kanttekeningen bij de controlevragen die niet direct over de hulpverlening of de schokkende gebeurtenis gaan (onderdeel E). De bedoeling van deze vragen is om te kijken of factoren als geslacht, leeftijd, opleiding, culturele achtergrond, gezondheid of eerdere traumatische ervaringen, invloed hebben op de resultaten. Vooral de vragen over geboorteland vader/moeder/respondent riepen reacties op; de antwoordmogelijkheden zouden te beperkt of te willekeurig zijn en dergelijke vragen zou suggereren dat we ervan uitgaan dat geboorteland van invloed is. We gaan daar uiteraard niet bij voorbaat vanuit, maar willen wel onderzoeken of deze factor van invloed is op het oordeel of de manier waarop de lijst wordt ingevuld. De manier om deze aspecten te bevragen, is overgenomen uit andere, gestandaardiseerde vragenlijsten (met name de CQ-index). We besloten ze te laten staan en de reacties vanuit de cognitieve test af te wachten. Dat heeft ertoe geleid dat de vragen wel zijn gebleven, maar de antwoordmogelijkheden zijn weggehaald. Het zijn dus open vragen geworden. Bij de invoer kan dan alsnog een indeling worden gemaakt conform de gestandaardiseerde vragenlijsten.
- Een ander punt waarop veel reactie kwam, waren de vragen in deel E naar de (geestelijke) gezondheid en eerdere behandeling. Na diverse meetmethodes te hebben geraadpleegd, is ervoor gekozen om het zo eenvoudig mogelijk te houden en de vragen te vervangen door:
 1. Hoe is over het algemeen uw gezondheid?
 2. Hoe beoordeelt u uw geestelijke/psychische gezondheid vóór het incident?
 3. Hoe beoordeelt u uw geestelijke/psychische gezondheid op dit moment?En bij elke vraag als antwoordmogelijkheden aan te houden:
 - Zeer goed
 - Goed
 - Gaat wel
 - Slecht
 - Zeer slecht
- Omdat deel E nog vragen oprise rond privacy of de noodzaak van deze gegevens, hebben we bij de instructie nog de volgende formulering opgenomen: “Uiteraard is de beantwoording anoniem en gaan wij zorgvuldig met de gegevens om. We vragen u dan ook om ook deze vragen volledig in te vullen.”

Formulering

- Over het algemeen werd voorgesteld om de vragen eenvoudiger te formuleren. Waar hiervoor een voorzet voor gegeven werd, is deze veelal overgenomen. Bij twijfelgevallen is ervoor gekozen om het eerst te laten staan en te kijken wat de cognitieve test opleverde. Deze test is uitgevoerd met getroffenenen, maar ook met een MBO leerling, en er is expliciet ingegaan op de begrijpelijkheid van de vragen. Ook deze tests leidden tot veel wijzigingen in de formulering.
- De inleidende uitleg is vereenvoudigd en er is een helderder voorbeeld gebruikt.
- Op aangeven van diverse professionals is de verwijzing naar ‘getrainde medewerkers’ verwijderd. Bij de cognitieve tests bleek toen dat nog niet altijd duidelijk was dat de vragen betrekking hebben op *professionele* hulpverleners. Dit wordt daarom op diverse plekken nog eens expliciet vermeld, met een verwijzing naar het rijtje dat in vraag 2 wordt genoemd.
- De term *incident* bleek voor getroffenenen vaak wat vervreemdend, afstandelijk. Ze geven de voorkeur aan *schokkende gebeurtenis*. Een optie die we eerst willen aanhouden is om waar nu *incident* staat, naar het concrete geval te verwijzen, bijv. ‘de treinbotsing’.

Onderscheid tussen de vragen

De vragen lijken zich over het algemeen voldoende van elkaar te onderscheiden.

- De vragen 6 (De hulpverleners gingen professioneel met mij om) en 10 (Ik voelde me serieus genomen door de hulpverleners) vatte men dermate sterk op als gelijk, dat besloten is om vraag 6 weg te laten. Ook werd opgemerkt dat de vraag “Ik voelde me serieus genomen door de hulpverleners” niet veel meer toevoegt aan alle aspecten van bejegening die in de andere vragen gemeten worden. Vooreerst laten we deze vraag staan, waarbij de kwantitatieve analyse zal moeten uitwijzen of deze vraag inderdaad overbodig is.

Schaal

- De meningen verschilden over welke schaal (vierpunts of vijfpunts) het beste zou zijn. De meeste mensen gaven aan een (soms sterke) voorkeur te hebben voor de vierpuntsschaal. Daarbij werd ook aangevoerd dat het verschil tussen ‘soms’ en ‘regelmatig’ of tussen ‘regelmatig’ en ‘vaak’ niet voor iedereen duidelijk is. Daarom is uiteindelijk gekozen voor een vierpuntsschaal, uiteraard zowel voor belang als voor ervaring. Deze manier van scoren sluit tevens aan bij de scoringswijze van de CQ index.
- Er werd ook opgemerkt dat de volgorde van de kolommen (eerst ervaring, daarna belang) verwarrend is; mensen kunnen gaan denken dat ze in moeten vullen hoe belangrijk ze het vinden dat iets ‘vaak’ gebeurt is bijvoorbeeld. Besloten is daarom om de kolommen om te draaien en eerst het belang te laten invullen en vervolgens de ervaring. Uit de cognitieve test bleek dat dit voor de meeste (helaas niet alle) mensen een logische volgorde is.
- Ook werd opgemerkt dat de schaal in niet alle gevallen relevant of toepasbaar is; dat er soms gewoon sprake is van een ja / nee vraag. Hier hebben we geprobeerd de formulering van de vragen zo aan te passen, dat ze wel te beantwoorden zijn in de gehanteerde schaal.
- Uit de tests met getroffen en kwam naar voren dat niet altijd duidelijk was of men bij de belangvraag moest denken aan algemeen belang of belang in de eigen, specifieke situatie. Om juiste discrepantiescores te krijgen, moet het gaan over dat laatste: het belang in de eigen situatie. De combinatie ‘niet belangrijk/nooit’ zou dan in feite kunnen staan voor ‘niet van toepassing’. In de instructie bij de nieuwe versie is hier expliciet aandacht aan besteed.

Bijlage 6. Rapportage n.a.v. onderzoek treinbotsing

Ervaringen met psychosociale hulpverlening

Rapportage naar aanleiding van de treinbotsing op 21 april 2012 in Amsterdam

Jorien Holsappel, Hans te Brake, Tina Dorn, Thijs Fassaert

De vragenlijst

In de vragenlijst *Ervaringen met hulpverlening na schokkende gebeurtenissen* zijn kenmerken van goede psychosociale hulpverlening na schokkende gebeurtenissen verwerkt.

Deze kenmerken zijn verdeeld over acht thema's:

- 1 Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffen
- 2 Bevorderen van sociale steun
- 3 Zorg op maat: oog hebben voor diversiteit
- 4 Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties
- 5 Tijdig verstrekken van incidentgebonden informatie
- 6 Informatieverstrekking over normale reacties
- 7 Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffenen
- 8 Monitoren getroffenen en initiëren van eventuele nazorg

Getroffenen worden gevraagd om per kenmerk in te vullen a) hoe belangrijk het voor hen was dat dit gebeurde (belangvragen); en b) hoe vaak het daadwerkelijk is gebeurd (ervaringsvragen). Op basis van de antwoorden op de belang- en ervaringsvragen zijn verbeterscores berekend die inzicht geven in de sterke punten en de verbeterpunten van de psychosociale hulpverlening ten tijde van het incident en de eerste zes weken daarna.

Opzet van het onderzoek

Verzending van de vragenlijsten

Mensen die geregistreerd waren als betrokkene bij de treinbotsing van 21 april 2012 in Amsterdam, kregen een papieren vragenlijst met begeleidende brief en antwoordenvolp thuisgestuurd. De vragenlijsten zijn verstuurd in de eerste week van november 2012. Eind november is een reminder verstuurd. In januari is gestart met de analyse. De respondenten ontvingen de vragenlijst ongeveer een half jaar na het incident; maar het is de bedoeling dat de vragenlijst in het vervolg rond de twee maanden na het incident ingevuld wordt. Dat het in dit geval langer geleden is, kan invloed hebben op de antwoorden (men herinnert zich dingen minder goed, is inmiddels meer gaan relativiseren, of het is inmiddels duidelijk in hoeverre problemen en klachten aanhouden).

Respondenten

De vragenlijst is verstuurd aan 307 getroffenen van de treinbotsing in Amsterdam op 21 april 2012. Voor dit doel is gebruik gemaakt van een adressenbestand geleverd door de GGD Amsterdam. Dit bestand is een samenvoeging van verschillende registraties die in de nasleep van het ongeluk zijn uitgevoerd. Waarschijnlijk zijn met name mensen die minder zelfredzaam waren geregistreerd, bijvoorbeeld omdat ze gewond waren. Daarmee is het mogelijk niet representatief voor de hele groep getroffenen, maar wel een goede afspiegeling van de mensen die daadwerkelijk met hulpverlening in aanraking zijn geweest.

Volgens de Onderzoeksraad voor Veiligheid raakten bij de treinbotsing in Amsterdam tenminste 190 van de circa 425 inzittenden gewond, van wie ruim 20 ernstig. Eén van de ernstig gewonden is

uiteindelijk overleden. In totaal zijn 117 getroffen op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis gezien, waarvan 18 personen zijn opgenomen.

Respons

Tabel 1. Cijfers respons

Aantal vragenlijsten verstuurd	307
Retour: adres niet correct	6
Ingevuld retour	142
Responspercentage	47%
Uitgesloten van analyse (niet of nauwelijks ingevuld)	10
Totaal vragenlijsten voor analyse	132

Betrokkenheid treinbotsing

Tabel 2. Resultaten vraag 1: "Op welke manier was u betrokken bij dit incident" (N =132)

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage
Ik zat er middenin	116*	87,9
Ik ben gewond geraakt	86	65,2
Ik heb eerste hulp verleend	10	7,6
Een dierbare heeft het meegemaakt	5	3,8

* De 16 mensen die deze optie niet hebben aangekruist, hebben wel ingevuld dat ze gewond zijn geraakt. Daaruit kunnen we concluderen dat in dit geval feitelijk iedereen zich 'er middenin' bevond.

Contacten met Hulpverleners

Tabellen 3 en 4 laten zien hoe vraag 2 "Hebt u contact gehad met hulpverleners?" is beantwoord. Er zijn in totaal 60 verschillende combinaties van hulpverleners aangegeven.

Tabel 3. Aantal hulpverleners per respondent

Aantal hulpverleners	n	%
0	13	9,8
1	24	18,2
2	19	14,4
3	29	22
4	23	17,4
5	12	9,1
6	10	7,6
7	2	1,5
Total	132	100

Van de 86 mensen die gewond zijn geraakt, hebben 53 contact gehad met EHBO of Ambulancezorg; 45 daarvan zijn ook op de SEH terechtgekomen. 22 Respondenten zijn op een andere manier op de SEH of in het ziekenhuis gekomen. Slechts 7 respondenten geven aan alleen met psychosociale hulpverlening van doen te hebben gehad, 51 mensen hebben alleen medische hulp en/of hulp van brandweer en politie ontvangen.

Tabel 4. Type hulpverlener waarmee contact was

Type hulpverlener	n	%
Politie en/of brandweer	70	53
Mijn huisarts	68	51,5
EHBO of ambulancezorg	67	50,8
(Spoedeisende hulp in) het ziekenhuis	60	45,5
Slachtofferhulp	47	35,6
De GGD	36	27,3
Bedrijfshulpverleners	11	8,3
Een psycholoog/psychiater	8	6,1
Het Rode Kruis	4	3
Een geestelijke	2	1,5
Een familierechercheur	1	0,8
Maatschappelijk Werk	1	0,8

Resultaten

Inleiding

De resultaten geven een beeld hoe het proces als geheel door de getroffen en ervaren is. Uitsplitsing naar verschillende partijen is bij deze vragenlijst geen doel, omdat getroffen en met veel verschillende hulpverleners te maken hebben en ervaringen op elkaar inwerken. De resultaten, hieronder gepresenteerd in de vorm van 'verbeterscores' laten dan ook vooral zien wat in de ogen van de getroffen en goed is gegaan en waar zij knelpunten hebben ervaren. Voor het aanpakken van deze knelpunten is verdere interne evaluatie nodig.

Rapportcijfer en toelichting

Door 102 respondenten (77,3 %) is een rapportcijfer ingevuld bij wijze van algemene beoordeling van de hulpverlening (tabel 5). Gemiddeld geven zij een 8,1. Het laagst toegekende cijfer is een 5, het hoogste een 10. De cijfers zijn als volgt verdeeld:

Tabel 5. Oordeel over de hulpverlening: cijfer tussen 1-10

cijfer	n	%
10	10	9,8
9	21	20,6
8	47	46,1
7	19	18,6
6	3	2,9
5	2	2
Total	102	100

Aan de respondenten wordt vervolgens gevraagd een toelichting bij het cijfer te geven. Deze komt in de meeste gevallen overeen met het cijfer. In enkele gevallen gaat een positief cijfer gepaard met negatief commentaar, een beschrijving van de gebeurtenissen of adviezen om bepaalde punten te verbeteren. Dit laat zien dat respondenten kritisch zijn, maar in hun eindoordeel uiteindelijk blijkbaar wel relativeren. Enkel doen dat ook expliciet door de chaotische omstandigheden te noemen als verklaring dat niet alles goed ging.

Verbeterscores

De respondenten hebben per vraag ingevuld hoe belangrijk deze stelling voor hen is en hoe vaak ze het ervaren hebben. De bijlage laat hiervan de resultaten per thema en per vraag zien. Op basis van de combinatie van de scores op ervaring en de scores op belang zijn verbeterscores berekend. De verbeterscores liggen tussen de 0 en de 4, waarbij geldt: hoe hoger de score, hoe sterker de noodzaak tot verbetering.

Omdat de vragenlijst in dit geval voor het eerst is uitgezet, zijn er nog geen normgegevens beschikbaar om deze uitkomsten aan te relateren. Tabel 7 toont daarom de verbeterscores van alle items, gesorteerd van laag (sterke punten) naar hoog (verbeterpunten). Door de resultaten te combineren met interne procesevaluaties, kan in dit geval zelf worden bepaald welke verbeterpunten prioriteit moeten krijgen.

De eerste items kunnen beschouwd worden als sterke punten van de hulpverlening. De kenmerken hebben vooral te maken met de bejegening door de hulpverlener. Men voelde zich blijkbaar goed gezien en begrepen door de hulpverleners, iets dat veel waard is.

Hoe verder een item naar onderen staat, hoe sterker de noodzaak tot verbetering. Over het algemeen zijn dit punten die te maken hebben met informatievoorziening, overdracht en praktische zaken.

Tabel 7. Verbeterscores: pluspunten boven, verbeterpunten met prioriteit onder (range 0-4, lager is beter)

Nr. Item	Verbeter score	Thema
7. Ik voelde me serieus genomen door de hulpverleners.	0,30	1
4. De hulpverleners hadden begrip voor mijn emoties.	0,47	1
6. De hulpverleners straalden rust en kalmte uit.	0,48	1
3. De hulpverleners namen de tijd om naar mij te luisteren.	0,55	1
19. Mijn privacy werd gewaarborgd door de hulpverleners.	0,84	2
30. Ik voelde mij serieus genomen door overheidsinstanties.	0,90	4
22. Ik ben op de hoogte van mogelijke hulp na de eerste zes weken na [het incident].	0,99	8
5. De hulpverleners stapten uit zichzelf op mij af (ik hoefde niet om hulp te vragen).	1,05	1
15. De hulpverleners steunden mij op het moment dat ik het nodig had.	1,06	3
9. De hulpverleners stimuleerden mij om gebruik te maken van mijn eigen mogelijkheden.	1,24	1
8. Ik werd op een geruststellende plek opgevangen.	1,26	1
29. Het was mij duidelijk waar ik terecht kon met vragen over praktische en juridische zaken die ik vanwege [het incident] moest regelen.	1,29	7
21. De hulpverlening droeg eraan bij dat ik weer op eigen kracht verder kon.	1,32	1
23. Ik kreeg de ruimte om mijn mening te geven over de hulpverlening.	1,33	4
27. Er werden mij mogelijkheden geboden om lotgenoten te ontmoeten.	1,37	2
11. Er werd mij niets opgedrongen.	1,43	1
17. De hulpverleners hielden rekening met mijn persoonlijke achtergrond (bijvoorbeeld cultuur, religie, leeftijd, geslacht etc.).	1,46	3
26. Het was mij duidelijk waar ik met problemen en vragen terecht kon.	1,47	4
20. De hulpverleners hielden in de gaten of het mij te veel werd.	1,50	1
10. Mij is verteld welke reacties ik kon verwachten in deze omstandigheden.	1,67	6
24. Er was aandacht voor mijn eerste behoeften (bijvoorbeeld opvang, eten, drinken, kleding, contact met mijn familie).	1,78	1
25. Ik kreeg op tijd duidelijkheid over wat er precies gebeurd was.	1,80	5
28. Er werden mij mogelijkheden geboden om de mensen te ontmoeten die tijdens de gebeurtenis eerste hulp hebben verleend.	1,84	5
14. De hulpverleners spraken met mij over de gevolgen die uitingen via sociale media (zoals facebook of twitter) kunnen hebben.	1,93	7
18. Verschillende hulpverleners waren op de hoogte van mijn situatie; ik hoefde niet elke keer opnieuw mijn verhaal te vertellen.	1,98	4
12. Ik kreeg concreet advies hoe ik het beste met mijn reacties op [het incident] om kon gaan.	1,98	6
16. De hulpverleners hadden ook contact met mijn familie of vrienden die mij steunden.	2,00	2
13. De hulpverleners bereidden mij voor op contact met journalisten.	2,01	7

In Tabel 8 zijn de gemiddelde verbeterscores weergegeven voor elk van de 8 thema's die met de QPC vragenlijst geëvalueerd worden. Te zien is dat de verbeterscore varieert tussen 0,99 (thema 8) en 1,83 (thema 6). De gemiddelde verbeterscore van het geheel is 1,33. Daarbij komen thema 8 (monitoren getroffen en initiëren van nazorg) en thema 1 (bejegening die aansluit bij behoeften) als beste naar voren, en zou de meeste verbetering mogelijk zijn ten aanzien van thema 5 (tijdig

verstrekken van incident gebonden informatie) en thema 6 (informatieverstrekking over normale reacties).

Tabel 7. Verbeterscore per thema (range 0-4; lager is beter)

Thema QPC		Verbeterscore
1	Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffenene	1,03
2	Bevorderen van sociale steun	1,40
3	Zorg op maat: oog hebben voor diversiteit	1,26
4	Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties	1,42
5	Tijdig verstrekken van incidentgebonden informatie	1,82
6	Informatieverstrekking over normale reacties	1,83
7	Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffenenen	1,74
8	Monitoren getroffenenen en initiëren van eventuele nazorg	0,99
Totale QPC lijst		1,33

Conclusies

- De respons is met bijna 50% relatief goed, wat mogelijk aangeeft dat men het belangrijk vindt om op deze manier een stem te hebben in de evaluatie van de hulpverlening.
- De respondenten zijn over het algemeen tevreden over de hulpverlening die ze hebben ontvangen. Dat blijkt uit de rapportcijfers die ze hebben toegekend. Het meest positief zijn ze over de manier waarop ze bejegend zijn. De houding van de hulpverlener wordt ook het meest belangrijk gevonden.
- De punten waarop de meeste verbetering mogelijk is, hebben veelal te maken met informatievoorziening over praktische zaken, informatie en advies over emoties die veroorzaakt worden door de gebeurtenis en met afstemming en overdracht.
- De resultaten geven de perceptie van getroffenenen weer. De verbeterpunten zijn dus 'signalen' dat op deze punten er op deze punten 'ergens' een probleem is waardoor de hulp niet goed aankomt of overkomt.
- Wat er precies gedaan moet worden om verbetering te bewerkstelligen, hangt af van de verdere (interne) analyse van de gesignaleerde problemen. In dit geval hebben diverse verbeterpunten bijvoorbeeld te maken met informatievoorziening. Om te kijken wat eraan verbeterd zou moeten worden, moeten opnieuw vragen gesteld worden, bijvoorbeeld: was er genoeg informatie beschikbaar? Hoe ging het delen van informatie tussen partijen onderling? Hoe ging de overdracht van informatie op getroffenenen? Werd de betrouwbaarheid van informatie gecontroleerd? etc.

Resultaten Belang en ervaring: de achtergrond van de verbeterscores

(Bijlage)

Ervaringen met de hulpverlening

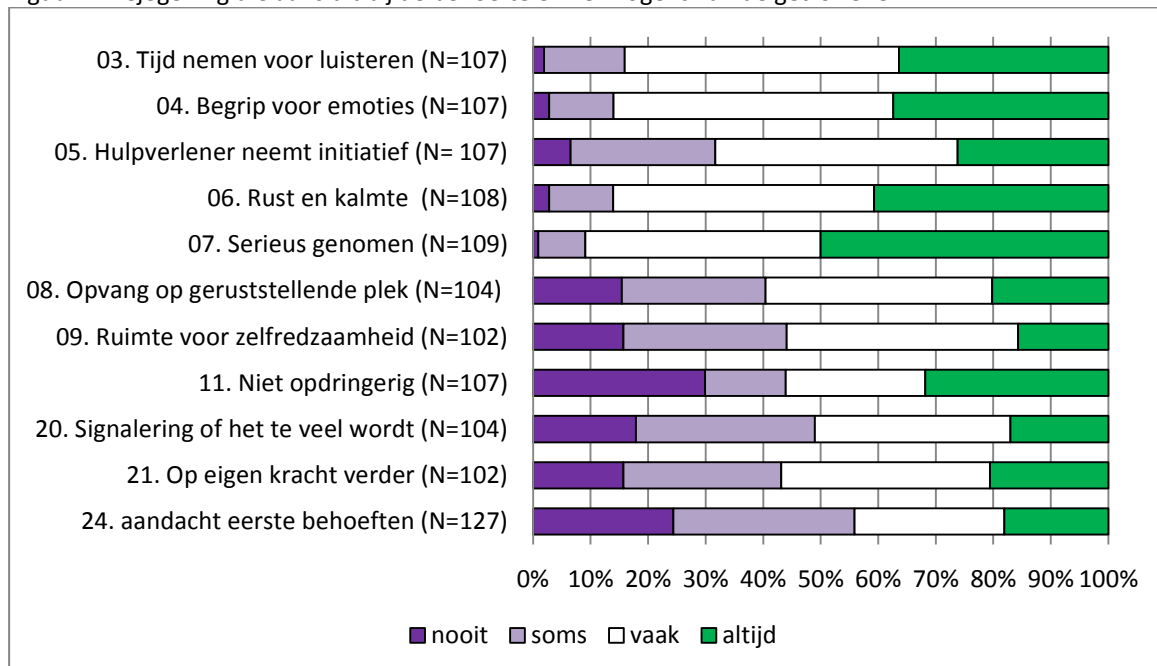
De vragen over de hulpverlening zijn in de vragenlijst opgedeeld in onderdelen B (“de door u ontvangen hulpverlening”; vragen 3 t/m 23) en onderdeel C (“praktische zaken, informatievoorziening en lotgenotencontact”; vragen 24 t/m 30). Onderdeel B is alleen beantwoord door respondenten die met hulpverlening in contact zijn gekomen (N=119), terwijl onderdeel C door iedereen is beantwoord (N=132). De respondenten hebben bij elk kenmerk aangegeven hoe belangrijk ze het vinden (1=niet belangrijk, 4=zeer belangrijk) en hoe vaak het in hun situatie voorkwam. Tabel 6 laat zien hoe belangrijk de respondenten elk thema vinden.

Tabel 6. Thema’s in volgorde belang van hoog naar lager.

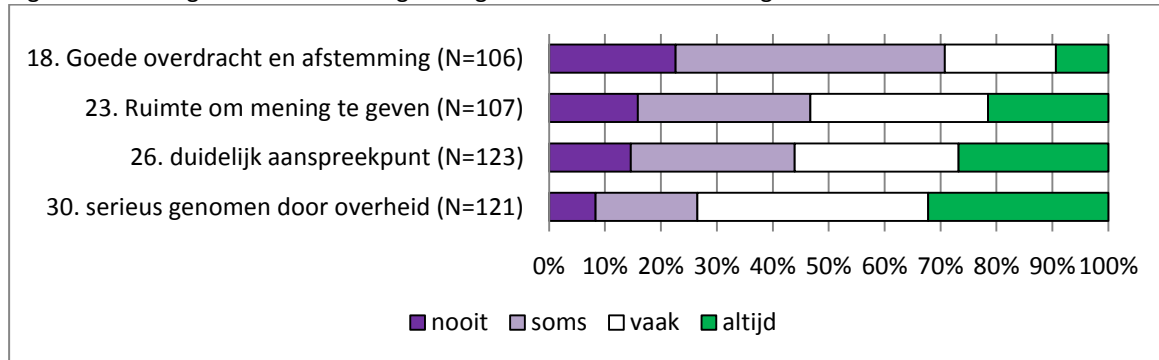
Thema	gemiddeld belang
Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffene	3,26
Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties	3,10
Informatieverstrekking over normale reacties	3,05
Zorg op maat: oog hebben voor diversiteit	2,80
Bevorderen van sociale steun	2,67
Monitoren getroffenen en initiëren van eventuele nazorg	2,49
Voorzien in een aanspreekpunt voor vragen van getroffenen	2,44
Tijdig verstrekken van incidentgebonden informatie	2,16

De staafdiagrammen in figuur 1 t/m 8 laten zien hoe de ervaringen van de respondenten per item en per thema zijn verdeeld. De nummers voor de staven verwijzen naar het nummer van de vraag in de vragenlijst. De thema’s zijn geordend van belangrijk naar minder belangrijk.

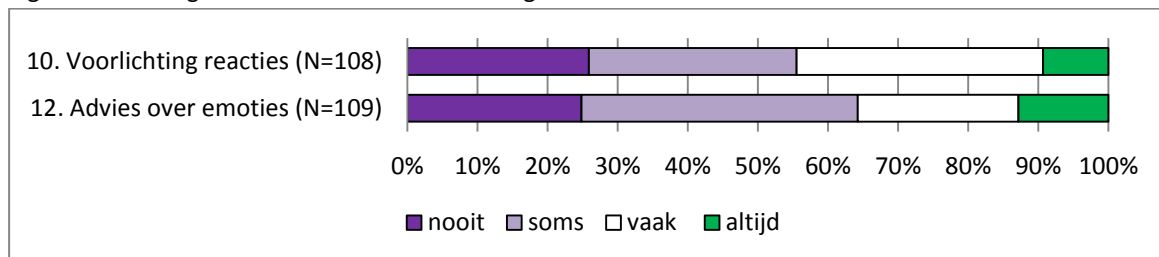
Figuur 1. Bejegening die aansluit bij de behoefte en vermogens van de getroffene



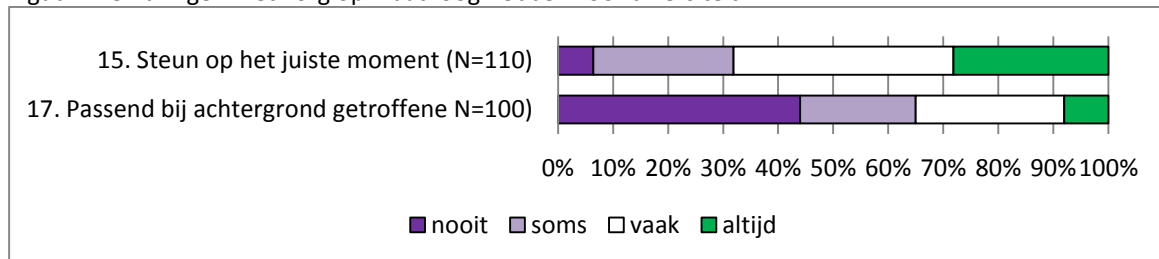
Figuur 2: ervaringen met Samenhang in zorgaanbod van betrokken organisaties



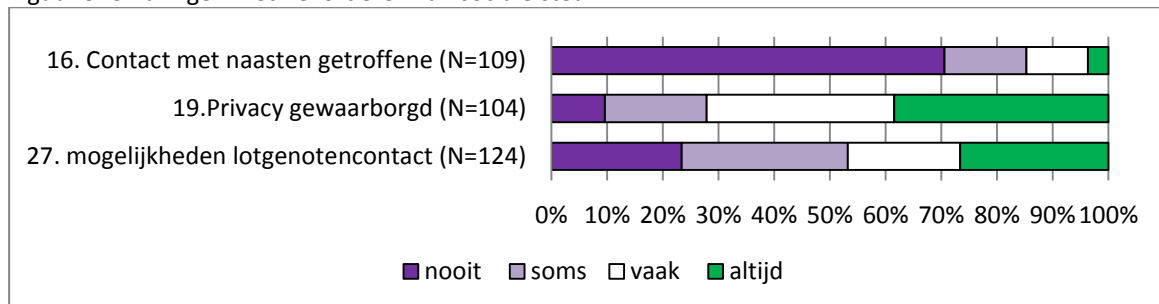
Figuur 3: ervaringen met Informatieverstrekking over normale reacties



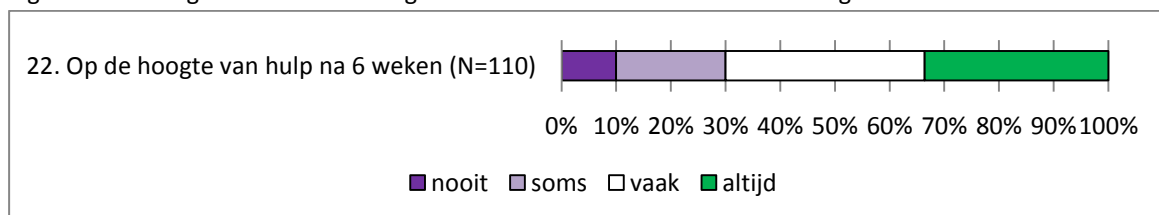
Figuur 4: ervaringen met Zorg op maat: oog hebben voor diversiteit



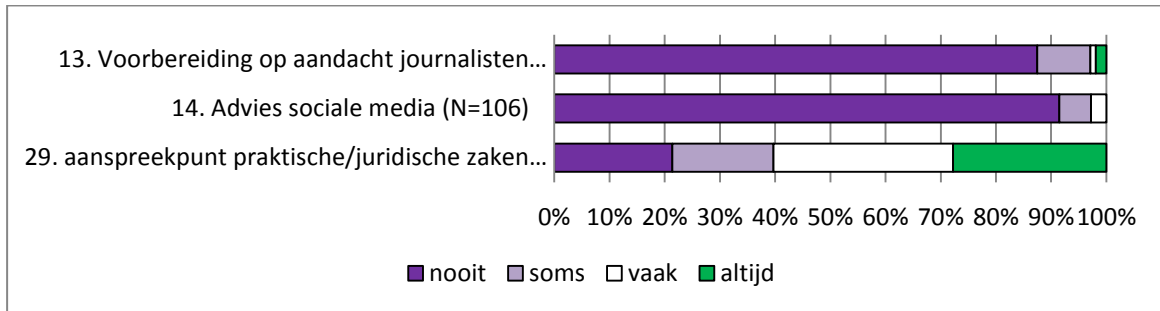
Figuur 5: ervaringen met Bevorderen van sociale steun



Figuur 6: ervaringen met Monitoren getroffenen en intiëren eventuele nazorg



Figuur 7: ervaringen met Aanspreekpunt voor vragen van getroffen



Figuur 8: ervaringen met Tijdig verstrekken incidentgebonden informatie

