

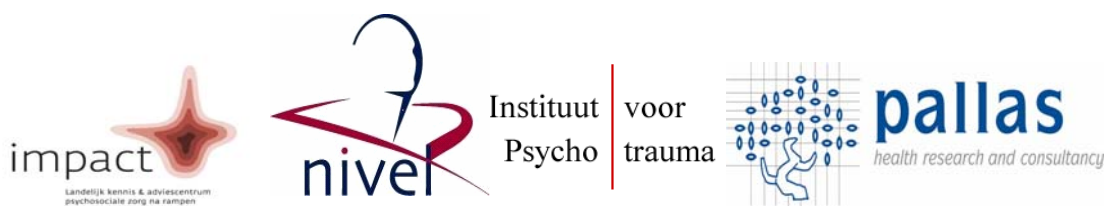
rivm

Rapport 630940006/2007

L. Grievink et al.

Gezondheidsonderzoek na rampen

Vragenlijsten voor algemene en psychosociale gezondheid



RIVM rapport **630940006**/2007

Gezondheidsonderzoek na rampen

Vragenlijsten voor algemene en psychosociale
gezondheid

L Grievink, M de Vries¹, CJ Yzermans², PG van der Velden³,
B van den Berg, DA Smilde-van den Doel⁴

¹ Impact (Landelijk kennis en adviescentrum psychosociale zorg na rampen)

² NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg)

³ Instituut voor Psychotrauma

⁴ Pallas health research en consultancy

Contact:

Linda Grievink

Teamleider Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen (CGOR)

Centrum voor Milieu-Gezondheid Onderzoek (MGO)

Linda.Grievink@RIVM.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht en ten laste van VWS, directie Publieke Gezondheid in het kader van project V/630941, Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen.

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Voorwoord

Gezondheidsonderzoek is één van de drie pijlers van het VWS-nazorgbeleid bij rampen en crises, naast het opzetten van een Informatie en Advies Centrum (IAC) en het bevorderen van integrale psychosociale nazorg. Gezondheidsonderzoek na rampen en calamiteiten kan in de preparatiefase in grote lijnen worden voorbereid. Een goede voorbereiding beperkt onder meer de tijd die nodig is om te bepalen welke vragenlijsten op welke momenten zouden moeten worden ingezet voor het meten van de gezondheidstoestand van de (in)direct getroffen. Deze handreiking 'Gezondheidsonderzoek na rampen; Vragenlijsten voor algemene en psychosociale gezondheid' levert hieraan een bijdrage. Na een ramp kan dan sneller en slagvaardiger gezondheidsonderzoek worden opgezet en uitgevoerd.

De handreiking is bedoeld voor onderzoekers die na een ramp betrokken kunnen zijn bij de opzet en uitvoering van een gezondheidsonderzoek, zoals medewerkers van GGD'en en van onderzoeksinstituten. Centraal staan schriftelijke vragenlijstinstrumenten omdat bij grootschalige onderzoeken schriftelijke vragenlijsten doorgaans de eerste keuze zullen zijn.

De deskundigen die informatie hebben aangeleverd over meetinstrumenten voor bepaalde gezondheidsaspecten willen we graag bedanken: mevrouw dr. M. Olf (Topzorgprogramma Psychotrauma AMC/De Meren) op het gebied van posttraumatische stress bij volwassenen en jeugd, prof.dr. G.A. Kerkhof (Universiteit van Amsterdam) voor slaapproblemen/-kwaliteit en drs. G.J. Meerkerk (Instituut voor Verslavingonderzoek) voor verslavingsproblematiek. Drs. C. Smit (GGD Regio Twente) heeft informatie verstrekt over vragenlijsten die gebruikt werden bij nog niet gepubliceerd gezondheidsonderzoek onder kinderen in Enschede (vuurwerkcramp). We bedanken ook mevrouw.dr. G.M. de Boo (Universiteit van Amsterdam) voor nog niet gepubliceerde informatie over een copingvragenlijst voor kinderen. Drs. R. Boomstra en dr. B. van Wijngaarden van het Trimbos-Instituut (landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg) bedanken we voor hun commentaar op deze handreiking en prof.dr. S.A. Reijneveld (UMC Groningen) voor zijn opmerkingen bij het hoofdstuk over meetinstrumenten voor jeugdigen.

Rapport in het kort

Gezondheidsonderzoek na rampen

Vragenlijsten voor algemene en psychosociale gezondheid

Welke van de meer dan vijftig beschikbare vragenlijsten is geschikt voor gezondheidsonderzoek na rampen? Die vraag moet snel na een ramp beantwoord worden door GGD-en en onderzoeksinstituten. Gezondheidsonderzoek is namelijk één van de pijlers van het nazorgbeleid na rampen van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en kan van tevoren in grote lijnen worden voorbereid.

Ruim twintig vragenlijsten bleken bruikbaar voor het meten van de algemene en psychosociale gezondheidstoestand van volwassenen. Per gezondheidsaspect (post-traumatische-stressstoornis, depressie, angst, etc.) wordt een overzicht gegeven van geschikte vragenlijstinstrumenten, ingedeeld naar het doel van gezondheidsonderzoek (individuele zorg, volksgezondheid, wetenschap) en populatie (algemene bevolking, patiënten). Bij de selectie van de vragenlijsten is gelet op de validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijstinstrumenten en de beschikbaarheid van Nederlandse referentiegegevens. Verder geeft het rapport aan op welk(e) moment(en) na een ramp metingen van de gezondheidstoestand het best zouden kunnen worden uitgevoerd.

Voor kinderen en adolescenten is een eerste inventarisatie gemaakt van 13 vragenlijsten die eerder in gezondheidsonderzoek na rampen in Nederland zijn gebruikt.

Door de diversiteit in rampgerelateerde gezondheidsaspecten en de aard van rampen kan niet zonder meer aangegeven worden welke vragenlijsten op welk moment de voorkeur genieten. Dit zal per doel en populatie specifiek moeten worden vastgesteld. Deze handreiking biedt hiervoor de basis.

Het Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen (CGOR) heeft in samenwerking met Impact (landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg na rampen), Nivel (Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg), IVP (Instituut voor Psychotrauma) en Pallas, (Health research and consultancy), deze handreiking samengesteld.

Trefwoorden: vragenlijstinstrumenten, rampen, gezondheidsonderzoek, gezondheid

Abstract

Health Impact Assessment following a disaster

Questionnaires for use in general and psychosocial health assessments

Of the more than fifty available questionnaires for assessing health issues, which is the most suitable for monitoring the health of victims following a disaster? Municipal Health Service (GGD) departments and research institutes must be able to answer this question quickly in response to a disaster. The Ministry of Health, Welfare and Sport Affairs (VWS) considers health impact assessment to be one of the cornerstones of its follow-up policy for disaster victims. It is also a policy that can be prepared largely in advance.

More than twenty questionnaires were shown to be suitable for measuring the general and psychosocial state of the health of adults. An overview is given of these suitable questionnaires for specific aspects of health (post-traumatic stress disorder, depression, anxiety, among others). Each aspect is further categorized in terms of the objectives of the health impact assessment programme (individual care, public health, scientific) and the population involved (general population, patients). Both the validity and reliability of the questionnaires were taken into account in the selection as well as the availability of Dutch reference data. The report also indicates the best times for taking health status measurements from victims following a disaster.

A preliminary inventory of 13 questionnaires has been made for children and adolescents that have previously been used in health impact assessment programmes following disasters in the Netherlands.

The diversity of disaster-related health aspects and the distinctive nature of each disaster mean that it is not possible to predict with any certainty which questionnaire is preferable above another at any one time. The specific research objective and the population involved will be determining factors. This report can be used as a practical guide in this process.

The Centre for Health Impact Assessment of Disasters (CGOR) has compiled this report in collaboration with Impact, a national information and advice centre for psycho-social care following a disaster, NIVEL, the Netherlands Institute for Health Services Research, IVP, the Institute for Psycho-trauma and Pallas, a health research and consultancy company.

Key words: questionnaires, disasters, assessments, health research, health issues

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Rapport in het kort	5
Abstract	7
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding	12
1.2 Definitie ramp	12
1.3 Doelstelling	13
2 Werkwijze vragenlijstinstrumenten voor volwassenen	15
2.1 Gezondheidsaspecten	15
2.2 Doelen van gezondheidsonderzoek	15
2.3 Vormen van gezondheidsonderzoek	16
2.4 Populaties	17
2.4 Kenmerken	18
2.4.1 Bronnen van informatie	18
2.4.2 Selectie van criteria	18
3 Vragenlijstinstrumenten voor volwassenen	23
3.1 Instrumenten voor het individuele zorgdoel	23
3.2 Instrumenten voor het volksgezondheidsdoel	25
3.2 Instrumenten voor het volksgezondheidsdoel	26
3.3 Instrumenten voor het wetenschappelijke doel	27
3.4 Optimaal afnametijdstip van vragenlijstinstrumenten	29
4 Werkwijze en vragenlijstinstrumenten voor jeugd	31
4.1 Psychosociaal functioneren	32
4.2 Posttraumatische reacties	34
4.3 Enkelvoudige vragen	34
4.4 Schoolprestaties	35
4.5 Psychofarmaca	35
5 Conclusies en aanbevelingen	37
Lijst van afkortingen van vragenlijstinstrumenten	39
Lijst van afkortingen overige termen	40
Referenties	41
Bijlage 1 Geïnterviewde kenmerken voor vragenlijstinstrumenten	47
Bijlage 2 Kenmerken en criteria van vragenlijstinstrumenten voor volwassenen per gezondheidsindicator	49

1 Inleiding

Voor getroffen en betrokken hulpverleners is het meemaken van een ramp een schokkende en soms ingrijpende gebeurtenis die grote invloed kan hebben op hun gezondheid en welbevinden. Getroffenen kunnen worden geconfronteerd met grote machteloosheid, doodsangst en verbijstering. Ze kunnen worden blootgesteld aan mogelijk schadelijke stoffen en/of straling, letsel oplopen, bezittingen en dierbaren verliezen. Na bijna elke ramp komen bij een deel van de getroffen dan ook psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen voor. Deze klachten worden ook wel generieke gezondheidsproblemen genoemd. Uit wetenschappelijk onderzoek in binnen- en buitenland is veel informatie beschikbaar over de generieke gevolgen van rampen voor de gezondheid (Norris et al., 2002; Norris, 2005; Galea et al., 2005). In de eerste periode na een ramp komen acute stressreacties, zoals schrikachtigheid, pijnlijke herinneringen en slaapproblemen veel voor. Acute stressreacties worden in eerste instantie beschouwd als 'normale reacties op abnormale gebeurtenissen'. Een groot deel van de getroffen heeft deze reacties in de eerste weken na een ramp en ze verdwijnen doorgaans in de loop van de eerste vier weken. Bij een minderheid van de getroffen blijven deze reacties bestaan en is er sprake van psychische stoornissen en/ of rampgerelateerde problematiek, zoals angst, depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en verslavingsproblematiek. De gevolgen van rampen beperken zich niet alleen tot psychische problemen. Een deel van de getroffen heeft korte of langere tijd te kampen met lichamelijke klachten, zoals hoofd- en spierpijn, concentratieproblemen of vermoeidheid (Van den Berg et al., 2005; De Vries, 2006; Dirkzwager et al., 2006). Deze klachten zijn vaak medisch onverklaard en hangen samen met functionele beperkingen en toegenomen ziektegedrag, zoals een hogere instroom in de ziektewet en WAO en toename van het bezoek aan huisarts en specialist (Van den Berg et al., 2005; Dorn et al., 2006).

Door de rampgerelateerde problematiek kunnen getroffen na een ramp op de korte of lange termijn behoefte hebben aan specifieke of extra zorg. Zorgverleners en beleidsmakers die betrokken zijn bij de nazorg aan getroffen na een ramp hebben behoefte aan actuele informatie over de gezondheidstoestand van de getroffen om de nazorg zo goed mogelijk daarop af te kunnen stemmen en eventueel bij te sturen (Grievink et al., 2006). Ze wensen op een aantal opeenvolgende momenten na een ramp een goed inzicht in de aard en de omvang van de gerezen en te verwachten gezondheidsproblemen. Het gaat daarbij om vragen als: Met welke problemen kampen de getroffen? Wat is de aard en omvang van deze klachten? Aan wat voor soort nazorg hebben de getroffen behoefte? Een (longitudinaal) gezondheidsonderzoek na een ramp kan voorzien in antwoorden op dit soort vragen.

1.1 Aanleiding

Gezondheidsonderzoek na rampen en calamiteiten kan van tevoren in grote lijnen worden voorbereid. Een goede voorbereiding beperkt onder meer de tijd die nodig is om te bepalen wat gemeten zou moeten worden om een goed inzicht te verkrijgen in de gezondheidstoestand van de getroffen en welke instrumenten daarvoor ingezet kunnen worden. In de afgelopen jaren zijn diverse activiteiten ondernomen om hieraan een bijdrage te leveren. In 2001 is het Centrum voor gezondheidsonderzoek bij rampen (CGOR) van het RIVM gestart met het samenstellen van een overzicht van vragenlijstinstrumenten voor het meten van de algemene en psychosociale gezondheidstoestand van volwassenen. Dit overzicht bevatte voornamelijk instrumenten die tot dan toe bij gezondheidsonderzoek na rampen in Nederland waren ingezet. Per instrument was, voor zover bekend, informatie opgenomen over de kwaliteit van het instrument, aanwezigheid van een handleiding en instructies voor het gebruik van het instrument. In de periode 2002-2003 werd door het CGOR een conceptwerkwijze ontwikkeld waarmee in de voorbereidingsfase van rampen en calamiteiten op een systematische manier meetmethoden geselecteerd zouden kunnen worden. Voor elk orgaansysteem (luchtwegen, huid, etc.) kunnen via deze werkwijze eerst de mogelijke onderzoeksinstrumenten in kaart worden gebracht, waarbij onder andere aandacht werd besteed aan de validiteit en betrouwbaarheid van de instrumenten. Vervolgens werd aan experts gevraagd aan te geven welke methoden de voorkeur hadden bij een gezondheidsonderzoek na rampen of calamiteiten. Voor de selectie van instrumenten die de algemene en psychosociale gezondheidstoestand meten, is deze werkwijze ook gevolgd in dit rapport. De conceptwerkwijze zal onder andere naar aanleiding van het in deze handreiking beschreven project geëvalueerd worden. In 2004 heeft Impact (Landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg na rampen) in samenwerking met het Centrum voor gezondheidsonderzoek bij rampen (CGOR) geïnventariseerd welke psychosociale gezondheidsaspecten (angst, depressie, PTSS, etc.) volgens deskundigen na een ramp gemeten zouden moeten worden. Ook werd in kaart gebracht welke instrumenten voor het meten van deze psychosociale aspecten bij volwassenen geschikt zouden zijn (De Vries et al., 2004). Deze inventarisatie van meetinstrumenten is nu in de voorliggende handreiking geactualiseerd en uitgebreid.

1.2 Definitie ramp

In dit rapport wordt de definitie van een ramp aangehouden zoals beschreven in de Wet Rampen en Zware Ongevallen (1985): 'een gebeurtenis waardoor een ernstige verstoring van de openbare veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van veel personen, het milieu of grote materiële belangen in ernstige mate worden bedreigd of zijn geschaad, en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van

verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken.' Deze definitie wordt ook wel een 'nationale ramp' genoemd. Bij een toekomstige (nationale) ramp, zoals destijds de vuurwerkcramp in Enschede, is er een (grote) kans dat gezondheidsonderzoek wordt uitgevoerd. Ook bij andere calamiteiten of crises, die niet onder de noemer 'nationale ramp' vallen, kan gezondheidsonderzoek zeer wenselijk zijn.

1.3 Doelstelling

De doelstelling van het huidige project is het bieden van een handreiking met een selectie van vragenlijstinstrumenten die na een ramp bij een gezondheidsonderzoek kunnen worden ingezet voor het meten van gezondheidsproblemen in het algemene en psychosociale domein. Het project levert hiermee een bijdrage aan de voorbereiding op rampen en calamiteiten. Dit sluit aan bij één van de taken van CGOR om na rampen een snelle start van gezondheidsonderzoek mogelijk te maken. (Direct) na een ramp kan door betrokkenen bij de opzet en uitvoer van gezondheidsonderzoek op basis van deze handreiking sneller besloten worden welk meetinstrument op welk moment het best ingezet zou kunnen worden bij rampgerelateerd gezondheidsonderzoek.

Het besluit om al dan niet een gezondheidsonderzoek uit te voeren en wie dit uitvoert ligt bij het openbaar bestuur (bevoegd gezag). Een door CGOR ingestelde en ondersteunde onafhankelijke Expertgroep kan adviseren over nut en noodzaak van een gezondheidsonderzoek na een ramp (voor meer informatie over de Expertgroep, zie www.rivm.nl/cgor/mensen/Expertgroep). Ook geeft deze expertgroep in hoofdlijnen advies over de vorm van het gezondheidsonderzoek en de wijze waarop het uitgevoerd zou kunnen worden.

De inventarisatie valt in twee delen uiteen:

1. Voor het meten van gezondheidsproblemen onder volwassenen zijn voor diverse gezondheidsaspecten de vragenlijstinstrumenten in kaart gebracht die in Nederland beschikbaar zijn. Deze instrumenten zijn vervolgens beoordeeld op basis van kwaliteitscriteria en voorzien van de meeste recente literatuur. Vervolgens zijn vragenlijstinstrumenten geselecteerd die, afhankelijk van het hoofddoel van het uit te voeren gezondheidsonderzoek (individuele zorg, volksgezondheid, wetenschap, maatschappelijk-politiek) en de getroffen populatie (algemene bevolking, patiënten) ingezet zouden kunnen worden. Ook wordt aangegeven op welk(e) moment(en) de instrumenten na een ramp bruikbaar zijn.
2. Voor het meten van gezondheidsproblemen bij kinderen en adolescenten na rampen is geïnventariseerd welke vragenlijstinstrumenten eerder in Nederland zijn gebruikt bij gezondheidsonderzoek na rampen (cafébrand in Volendam, vuurwerkcramp in Enschede).

Dit rapport beantwoordt de volgende vragen:

1. Welke vragenlijstinstrumenten zijn in Nederland beschikbaar voor het meten van gezondheidsproblemen onder volwassenen na een ramp en wat is de betrouwbaarheid en validiteit van deze instrumenten?
2. Welke vragenlijstinstrumenten zijn (niet) geschikt voor verschillende doelen van gezondheidsonderzoek en voor verschillende volwassen populaties?
3. Op welk(e) moment(en) na een ramp kan een set vragenlijstinstrumenten het beste worden afgenomen?
4. Welke vragenlijstinstrumenten over algemene en psychosociale gezondheidstoestand zijn eerder in Nederland na rampen ingezet bij gezondheidsonderzoek onder kinderen en adolescenten?

De antwoorden op de vragen 1, 2 en 3 worden in hoofdstuk 3 (volwassenen) beschreven en het antwoord op vraag 4 in hoofdstuk 4 (jeugd). Hoofdstuk 2 beschrijft de werkwijze en de keuzes die gemaakt zijn voor de selectie van vragenlijstinstrumenten voor volwassenen. Hoofdstuk 5 sluit af met enkele aanbevelingen.

2 Werkwijze vragenlijstinstrumenten voor volwassenen

2.1 Gezondheidsaspecten

In deze handreiking zijn voor negen groepen gezondheidsaspecten vragenlijstinstrumenten opgenomen:

1. ervaren gezondheid (inclusief functionele toestand en kwaliteit van leven)
2. lichamelijke klachten
3. vermoeidheid
4. slaapproblemen/-kwaliteit
5. angst
6. depressie
7. posttraumatische stressstoornis (PTSS)
8. hostiliteit (vijandigheid/woede)
9. middelengebruik (alcohol en drugs)

De keuze voor deze aspecten is gebaseerd op veelvoorkomende gezondheidsproblemen na rampen (Norris et al.; 2002, Verger et al., 2005) en de eerdere inventarisatie psychosociaal gezondheidsonderzoek na rampen door Impact en CGOR (De Vries et al., 2004). Bij rampen met zeer veel dodelijke slachtoffers zou in aanvulling op de genoemde gezondheidsaspecten het inventariseren van het vóórkomen van pathologische rouw overwogen kunnen worden (Boelen, 2005). Sociale gezondheid (sociale steun, functioneren en eenzaamheid) wordt beschouwd als een determinant van gezondheid (König-Zahn et al., 1993a) en is daarom in deze handreiking niet als apart aspect opgenomen.

2.2 Doelen van gezondheidsonderzoek

CGOR onderscheidt vier hoofddoelen voor gezondheidsonderzoek, namelijk het individuele zorgdoel, het volksgezondheidsdoel, het wetenschappelijke doel en het maatschappelijk-politieke doel (Grievink et al., 2006).

Individueel zorgdoel

Bij dit doel gaat het om het optimaliseren van de individuele zorg aan en behandeling van individuele getroffen. Het gaat om (vroeg)herkennen van aandoeningen en signalering van gezondheidsrisico's bij individuele getroffen en om rapportage en vervolgacties op individueel niveau (preventieve interventie, behandeling of nazorg).

Volksgezondheidsdoel

Bij dit doel gaat het om het verbeteren van de publieke gezondheid en het optimaliseren van de zorg aan de getroffen en als groep. Hierbij gaat het om het verkrijgen van inzicht in (het beloop van) gezondheidsproblemen binnen de totale groep van getroffen en om zo een goede afstemming mogelijk te maken tussen vraag en aanbod van de nazorg.

Wetenschappelijk doel

Voor dit doel wordt informatie verzameld vanuit een wetenschappelijk kader, dat wil zeggen om aanvullend inzicht te kunnen verschaffen; bijvoorbeeld het ontstaan en het vóórkomen van rampgerelateerde aandoeningen en over mogelijke, nog niet bekende, effecten op de gezondheid door blootstelling aan (milieu)schadelijke factoren tijdens een ramp. Deze informatie is bruikbaar bij toekomstige rampen, zodat getroffen en in de toekomst gerichter geholpen kunnen worden.

Maatschappelijk-politiek doel

Bij dit doel van gezondheidsonderzoek gaat het om het kunnen geven van een reactie op vragen, zorgen en pressie uit de getroffen gemeenschap en/of uit de politiek.

Deze vier doelen van gezondheidsonderzoek na rampen zijn in theorie van elkaar te onderscheiden. In de praktijk blijkt dat gezondheidsonderzoek over het algemeen verscheidene doelen dient. In veel gezondheidsonderzoek zal dan ook een combinatie van doelen worden nagestreefd. In deze handreiking worden vragenlijstinstrumenten beschreven voor de eerste drie bovengenoemde doelen (zie hoofdstuk 3). Voor onderzoek met een maatschappelijk-politiek doel zijn vooraf geen richtlijnen aan te geven. Bovendien zal onderzoek dat met dit doel wordt uitgevoerd, in de meeste gevallen samenvallen met één van de eerste drie genoemde onderzoeksdoelen.

2.3 Vormen van gezondheidsonderzoek

Bij gezondheidsonderzoek na rampen worden vier (hoofd)vormen onderscheiden (bron: www.rivm.nl/cgor):

Onderzoek rechtstreeks bij getroffen en

Deze vorm van onderzoek kan duidelijkheid bieden over eventuele blootstelling aan vrijgekomen schadelijke stoffen en inzicht geven in het vóórkomen van gezondheidsproblemen. Onderdelen van het onderzoek kunnen zijn: vragenlijstinstrumenten, onderzoek naar lichaamsbelasting aan blootstelling, bloed-/urine- of ander laboratoriumonderzoek. De verwerking van gegevens en de rapportage vindt uitsluitend op groepsniveau plaats.

Monitoring op basis van bestaande registraties

Deze vorm van onderzoek kan de gezondheidsproblemen van de getroffen en in de tijd volgen waarbij ook de periode vóór de ramp betrokken kan worden en vergeleken kan worden met een referentiegroep. Er wordt gebruikgemaakt van registraties bij onder andere huisartsen, geestelijke gezondheidszorg, apotheken en Arbodiensten. Deze vorm van onderzoek is daarmee niet belastend voor getroffen en er kan snel teruggekoppeld worden naar de zorg. De verwerking van gegevens en de rapportage vindt primair op groepsniveau plaats.

Georganiseerd individueel medisch en/ of psychosociaal onderzoek

Dit type onderzoek omvat (vroeg)diagnostiek van aandoeningen en het signaleren van gezondheidsrisico's. Op basis hiervan kan worden bepaald welke preventieve interventie, behandeling of nazorg voor de betreffende persoon het meest geschikt is. Primair worden de resultaten op individueel niveau teruggekoppeld.

Evaluatieonderzoek

Met dit onderzoek kan de effectiviteit van een gezondheidsonderzoek en/of de zorg na een ramp bestudeerd worden.

Vragenlijstinstrumenten zoals in deze handreiking opgenomen, zijn bruikbaar binnen drie vormen van gezondheidsonderzoek, namelijk voor het onderzoek rechtstreeks bij getroffen en (ten behoeve van volksgezondheidsdoel, wetenschappelijk doel, politiek-maatschappelijk doel), in het georganiseerd individueel medisch en/of psychosociaal onderzoek (ten behoeve van individueel zorgdoel, wetenschappelijk doel, maatschappelijk-politiek doel) en afhankelijk van de inhoud van het evaluatieonderzoek ook bij deze vorm van gezondheidsonderzoek na rampen.

2.4 Populaties

Bij de inventarisatie van vragenlijstinstrumenten voor populaties volwassenen is de volgende onderverdeling aangehouden:

- a. algemene bevolking (werkenden (waaronder hulpverleners), huisartspopulaties, etc.)
- b. patiëntenpopulatie (GGZ, chronisch zieken, etc.).

Er is geen onderverdeling gemaakt naar allochtone groepen omdat informatie over de validatie van instrumenten voor deze bevolkingsgroepen zeer slecht ontsloten is in de literatuur (zie paragraaf 2.4.1 voor literatuursearch).

2.4 Kenmerken

Voor elk vragenlijstinstrument zijn dertig kenmerken geïnventariseerd (zie Bijlage 1). Deze kenmerken zijn onderverdeeld in: instrumentbeschrijving, algemene kenmerken (onder andere aantal items, populatie waarvoor het instrument is ontwikkeld), psychometrische kenmerken (validiteit en betrouwbaarheid), afname (onder andere afnameduur, wie het instrument kan afnemen), referentiegegevens (inclusief normen), verkrijgbaarheid en literatuur/referenties. Voor deze handreiking zijn uit deze categorieën van kenmerken de meest relevante criteria geselecteerd. Op basis van deze selectie kan een verantwoorde keuze worden gemaakt voor vragenlijstinstrumenten die ingezet kunnen worden bij gezondheidsonderzoek na rampen (zie paragraaf 2.4.2 selectie van criteria). Aan de hand van de geselecteerde criteria worden per gezondheidsaspect de vragenlijstinstrumenten beschreven (zie Bijlage 2).

2.4.1 Bronnen van informatie

Veel vragenlijstinstrumenten en hun kenmerken zijn beschreven in Documentatie van tests en testresearch in Nederland, voorheen bekend als COTAN (Evers et al., 2000). Andere gebruikte bronnen zijn: Measuring Health (Bowling, 2005), Het meten van de gezondheidstoestand, een beschrijving en evaluatie van vragenlijstinstrumenten, *deel 1-3* (König-Zahn, 1993 aenb; Furer et al.; 1993) en Nederlandse handleidingen van de vragenlijstinstrumenten. Daarnaast is informatie ontleend aan wetenschappelijke artikelen over Nederlandse validatiestudies, normen en/of referentiecijfers van de vragenlijstinstrumenten. Hiervoor zijn de databases PUBMED, PSYCHINFO en PICARTA vanaf het jaar 1996 doorzocht op literatuur over Nederlandse validatie- en referentiecijfers van vragenlijstinstrumenten.

2.4.2 Selectie van criteria

In deze handreiking is een aantal criteria geselecteerd dat essentieel is voor een verantwoorde keuze uit beschikbare vragenlijstinstrumenten. Binnen de verschillende categorieën van kenmerken (zie paragraaf 2.4 en Bijlage 1) zijn de volgende criteria geselecteerd:

Instrumentbeschrijving

- Meetpretentie: wat meet de vragenlijst? Met welk doel is de vragenlijst ontwikkeld?

Algemene kenmerken

Populatie: voor welke populatie is de vragenlijst ontwikkeld?

Een aantal vragenlijstinstrumenten is ontwikkeld voor specifieke groepen in de populatie, zoals voor werkkenden. De vragenlijstinstrumenten zijn dan alleen gevalideerd voor deze populaties.

Na validatie in een andere populatie kan een dergelijke lijst ook in die populatie gebruikt worden. In de beschrijving van vragenlijstinstrumenten wordt soms alleen aangegeven dat een lijst voor onderzoek onder volwassenen bestemd is zonder dat de populatie nader wordt gespecificeerd. In deze handreiking is de aanname gemaakt dat hier de algemene volwassen bevolking mee wordt bedoeld. In de toekomst zullen de geselecteerde vragenlijstinstrumenten nader bekeken worden op validiteit voor allochtone populaties.

- Interpretatieniveau: zijn de resultaten van de vragenlijstinstrumenten te interpreteren op individueel niveau en/ of groepsniveau? Als ze interpreteerbaar zijn op individueel niveau, kunnen ze dan ook gebruikt worden voor inventarisatie van symptomen en problemen en van diagnostiek van aandoeningen?
Interpretatieniveau is een criterium dat nauw samenhangt met doelstellingen en type gezondheidsonderzoek. Als de informatie van de vragenlijst interpreteerbaar is op individueel niveau dan kan de vragenlijst het individuele zorgdoel (en/of het wetenschappelijke doel) dienen en daarmee opgenomen worden in individueel onderzoek. Als de informatie van de vragenlijst interpreteerbaar is op groepsniveau dan kan de vragenlijst het publieke zorgdoel en/of het wetenschappelijke doel dienen en daarmee opgenomen worden in onderzoek onder groepen getroffen.
- Aantal items: hoeveel items telt het vragenlijstinstrument?
Dit aantal geeft een indicatie van de duur van het invullen en de belasting voor de deelnemers. De belasting die het invullen van een vragenlijst geeft hangt echter ook af van het aantal antwoordcategorieën en de lengte en complexiteit van de zinnen. Een probleem met belasting die deelnemers kunnen ondervinden, ontstaat vooral als verscheidene vragenlijstinstrumenten tegelijk worden afgenomen. Onderzoekers geven daarom vaak de voorkeur aan lijsten met een zo beperkt mogelijk aantal items.

Psychometrische kenmerken

Validiteit

Validiteit is de mate waarin een test aan zijn doel beantwoordt. Er worden verschillende vormen van validiteit onderscheiden die onder andere betrekking hebben op het doel van het valideringsonderzoek (Evers et al.; 2000). In deze handreiking is bekeken of en hoe binnen Nederlands valideringsonderzoek de begrips- en criteriumvaliditeit is beoordeeld.

- Begripsvaliditeit: is deze bepaald en hoe wordt deze validiteit beoordeeld?
Bij begripsvaliditeit gaat het over wat de test precies meet. Methoden om dit te meten zijn onder meer het berekenen van de mate van correlatie tussen de test en een

gelijksoortige test (convergente validiteit) of het nagaan in hoeverre correlatie afwezig of laag is met variabelen die een heel ander onderwerp meten (discriminante / divergente validiteit). Van een oordeel 'voldoende' of 'goed' kan pas worden gesproken als er meer studies zijn uitgevoerd met een acceptabele begripsvaliditeit (Evers et al., 2000).

- **Criteriumvaliditeit:** is deze bepaald en hoe wordt deze validiteit beoordeeld? Criteriumvaliditeit betreft de mate waarin een instrument samenhangt met een of meer criteriumvariabelen, bijvoorbeeld een 'gouden standaard'. Een variant van criteriumvaliditeit waarbij de mate waarin het instrument toekomstige verschillen in variabelen kan voorspellen wordt gemeten is predictieve validiteit. Bij het gelijktijdig afnemen van het instrument en een andere, 'gouden standaard'-waarneming wordt de concurrente validiteit beoordeeld. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een test voor depressiviteit vergeleken wordt met de klinische diagnose van een psychiater (Bowling, 2005). Onderzoek naar deze variant van validiteit vereist vergelijking met een 'gouden standaard'. Een 'gouden standaard' bestaat niet voor een gezondheidsaspect als 'ervaren gezondheid/kwaliteit van leven'. Als er geen 'gouden standaard' bestaat wordt bij onderzoek naar de validiteit van een nieuw vragenlijstinstrument dan ook een vergelijking gemaakt met een al bestaand vragenlijstinstrument dat betrouwbaar en valide is gebleken.

Betrouwbaarheid

- **Betrouwbaarheid:** is deze onderzocht en hoe is deze beoordeeld? De betrouwbaarheid betreft de nauwkeurigheid van de meting. De mate van betrouwbaarheid kan worden geschat door de sterkte van de correlatie tussen twee metingen (test-hertestbetrouwbaarheid) of door onderzoek naar de interne consistentie (alfa coëfficiënt). Bij zelfrapportage-instrumenten wordt de betrouwbaarheid onderzocht via de maat voor interne consistentie. De betrouwbaarheid wordt hierbij beoordeeld op basis van de mate waarin bepaalde delen van een instrument (individuele items, subscores) onderling overeenstemmen. Voor de gewenste hoogte van de betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn dezelfde waarden als uitgangspunt genomen zoals die gehanteerd zijn in de COTAN (Evers et al., 2000). Voor een instrument ten behoeve van screening op individueel niveau is het oordeel 'goed' bij een betrouwbaarheid van tenminste .80 en 'voldoende' bij tenminste .70. Voor een instrument voor gezondheidsonderzoek op groepsniveau zijn respectievelijk waarden van .70 en .60 gehanteerd.

Bij de beoordeling van zowel de validiteit als de betrouwbaarheid is in eerste instantie uitgegaan van de beoordeling zoals beschreven in de COTAN (Evers et al., 2000). Als een vragenlijstinstrument niet voorkomt in de COTAN of als bekend is dat nieuwere informatie beschikbaar is, dan is bij de beoordeling uitgegaan van de (recentere) literatuur, zowel handleidingen als wetenschappelijke artikelen.

Het psychometrische kenmerk 'gevoeligheid voor verandering' is niet meegenomen omdat het de vraag is of het een zelfstandig concept betreft naast validiteit en betrouwbaarheid. Bovendien is er geen eenduidigheid over hoe dit concept gemeten moet worden (König-Zahn, 1993a).

Afname

Met dit kenmerk wordt onder andere bedoeld op welke wijze de vragenlijst afgenomen kan worden (schriftelijk en/ of mondeling), en hoe lang het duurt om in te vullen. Uit deze categorie zijn geen kenmerken geselecteerd omdat deze niet essentieel zijn voor de keuze of een lijst al dan niet geschikt is voor gebruik bij gezondheidsonderzoek na rampen. Het criterium 'optimaal afnametijdstip na een ramp' is lastig om na te gaan, omdat het niet beschreven is in de literatuur en van veel factoren afhankelijk is. We nemen dit criterium niet op in de Tabellen per gezondheidsaspect (Bijlage 2), maar beschrijven het integraal in paragraaf 3.4.

Referentiegegevens

- Monitor gezondheid: is de vragenlijst opgenomen in de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid?
GGD'en onderzoeken via de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid de gezondheid van volwassenen. Door het gebruik van de gezamenlijk vastgestelde standaardvraagstellingen zijn landelijke en regionale referentiegegevens beschikbaar. Er zijn (concept-)standaardvragen voor verschillende gezondheidsaspecten beschikbaar (website: www.monitorgezondheid.nl)
- Referentiecijfers: zijn er Nederlandse referentiecijfers en/of normen beschikbaar?
Met normen worden representatieve referentiewaarden aangeduid voor verschillende populaties (bijvoorbeeld de algemene bevolking, huisartspatiënten, psychiatrische patiënten, groepen getroffen). De score van het instrument krijgt individuele betekenis door indeling in categorieën (hoog, gemiddeld, laag) op basis van percentielen of een standaarddeviatie beneden of boven het gemiddelde. Als een instrument voldoende genormeerd is, dan is het veelal bruikbaar in individueel onderzoek. Als de score van een instrument geen individuele betekenis heeft (bijvoorbeeld ervaren gezondheid), maar wel in de COTAN beoordeeld is voor normen, dan zijn dit referentiewaarden voor groepsvergelijkend onderzoek (Evers, 2000). Voor de gewenste grootte van de normgroepen zijn dezelfde waarden als uitgangspunt genomen zoals die gehanteerd zijn in de COTAN (Evers et al., 2000). Voor gezondheidsonderzoek ten behoeve van screening op individueel niveau: voldoende $200 \leq N < 300$, goed $N \geq 300$, voor gezondheidsonderzoek op groepsniveau: voldoende $100 \leq N < 200$, goed $N \geq 200$.
Bij een ramp kan een groep mensen worden getroffen die niet representatief is voor de Nederlandse bevolking. In deze gevallen is het raadzaam in het

gezondheidsonderzoek een gematchte controlegroep te betrekken om zodoende een beter inzicht te kunnen krijgen in de gezondheidstoestand van de getroffen.

- Ervaring in Nederland bij rampen: is de vragenlijst eerder gebruikt na rampen/grootschalige calamiteiten in Nederland?

Als dit van toepassing is wordt aangegeven bij welke ramp of grootschalige calamiteit de lijst is gebruikt. De informatie is afkomstig uit bestaande rapporten en artikelen over gezondheidsonderzoek na rampen (Bosman et al., 2004; Drogendijk et al., 2007; Herforth-Blom, 2005; IJzermans et al., 2006; Lettinga et al., 2002; Smidt et al., 2004; Van der Velden en Kleber 1997, 2000ab; Van der Velden et al., 2006; Verschuur et al., 2004).

Literatuur

- Publicaties. Hier worden de belangrijkste publicaties over het instrument genoemd. Eerst de handleidingen en vervolgens wetenschappelijke (validatie)artikelen.

3 Vragenlijstinstrumenten voor volwassenen

Alle vragenlijstinstrumenten die zijn opgenomen in deze handreiking kunnen schriftelijk worden afgenomen en zijn meestal al veelvuldig in algemene gezondheidsonderzoeken in Nederland toegepast. Behalve voor de aspect 'lichamelijke klachten' zijn er geen buitenlandse vragenlijstinstrumenten opgenomen die niet eerder in het Nederlands zijn vertaald. Er is getracht een zo volledig mogelijk overzicht te bieden van relevante vragenlijstinstrumenten per gezondheidsaspect. Het overzicht van gevonden instrumenten per gezondheidsaspect is te vinden in Bijlage 2 (Tabellen B1 tot en met B16). In de volgende paragrafen is per doel van gezondheidsonderzoek en voor twee typen populaties een selectie van vragenlijstinstrumenten gegeven die geschikt is bevonden om in te zetten bij gezondheidsonderzoek na een ramp onder volwassenen. Tabel 1 en 2 zijn een selectie van de Tabellen van Bijlage 2. Verder wordt een aantal overwegingen vermeld die bij de keuze van het meetinstrumentarium mede een rol kunnen spelen (zie kader op pagina 23).

3.1 Instrumenten voor het individuele zorgdoel

In Tabel 1 zijn voor het individuele zorgdoel voor het (vroeg)herkennen van aandoeningen en signalering van gezondheidsrisico's bij individuele getroffen en vragenlijstinstrumenten geselecteerd die voldoende getest zijn voor de volgende criteria: begripsvaliditeit, criteriumvaliditeit, betrouwbaarheid en normen voor Nederlandse populaties. Als één van deze criteria niet als minstens 'voldoende' getest is, dan is een vragenlijstinstrument niet geschikt bevonden om dit zorgdoel te dienen. Opgemerkt dient te worden dat vragenlijstinstrumenten niet geschikt zijn om te gebruiken voor diagnostiek van aandoeningen. Het zijn screeningsinstrumenten die aan kunnen geven of iemand al dan niet een hoog risico heeft op een aandoening op basis waarvan mogelijke vervolgacties kunnen worden ingezet. Op basis van een vragenlijst kan echter nooit een diagnose worden gesteld.

Voor de gezondheidsaspecten ervaren gezondheid/kwaliteit van leven, slaapproblemen/-kwaliteit, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en drugsgebruik voldeden geen van de vragenlijstinstrumenten aan de criteria voor het individuele zorgdoel. Voor de overige gezondheidsaspecten zijn één tot drie instrumenten geschikt bevonden voor dit doel, waarbij het eerste instrument het minste aantal items bevat. Voor de algemene bevolking zijn er bijvoorbeeld in Tabel 1 vier vragenlijstinstrumenten waarin subschalen zijn opgenomen voor het inventariseren van lichamelijke klachten, namelijk de General Health Questionnaire (GHQ), Hopkins Symptom Checklist (HSCL), Symptom Checklist (SCL) en de Vier Dimensionale Klachtenlijst (4DKL). De GHQ-28 heeft een subschaal voor lichamelijke

(of somatische) klachten met 7 items. De HSCL, de SCL en de 4DKL hebben subschalen met respectievelijk 8, 12 en 16 items voor lichamelijke klachten.

In Nederland is alleen na de vliegcrash in de Bijlmermeer gezondheidsonderzoek (MOVb) uitgevoerd, gericht op het optimaliseren van de individuele zorg aan en behandeling van individuele getroffen personen. Van de vragenlijstinstrumenten uit Tabel 1 zijn bij het MOVb de GHQ-12 en SCL-90 gebruikt om de getroffen personen te screenen op psychopathologie. De onderzoeksarts heeft de resultaten besproken met de deelnemers en hen eventueel verwezen naar hun huisarts voor verdere nazorg.

Tabel 1 Vragenlijstinstrumenten bruikbaar voor het individuele zorgdoel voor gezondheidsonderzoek na rampen per gezondheidsaspect en populatie.

Gezondheidsaspect (verwijzing Tabelnummer in Bijlage2 voor meer informatie over het vragenlijstinstrument)	Populaties	
	Algemene bevolking	Patiënten (klinisch)
Ervaren gezondheid: enkelvoudige vragen (Tabel B 1)	-	-
Ervaren gezondheid: psychisch onwelbevinden, niet specifiek (Tabel B 2 en B 4)	GHQ-12/28 HSCL-57 SCL-90	GHQ-12/28 HSCL-57 SCL-90
Ervaren gezondheid: kwaliteit van leven (Tabel B 3a)	-	-
Lichamelijke klachten (Tabel B 5 en B 6)	GHQ28-sub7 HSCL-sub8 SCL-sub12 4DKL-sub16	GHQ28-sub7 HSCL-sub8 SCL-sub12
Vermoeidheid (Tabel B 7)	-	VVV-4 CIS-20
Slaapproblemen/-kwaliteit (Tabel B 8)		
Angst (Tabel B 9 en B 10)	SCL-sub10 ZBV-40	SCL-sub10 ZBV-40
Depressie (Tabel B 11, B 12 en B 13)	SCL-sub16	SCL-sub16
Posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Tabel B 14)	-	-
Hostiliteit (Tabel B 15)	SCL-sub6 BDHI-40	SCL-sub6 BDHI-40
Middelengebruik (drugs) (Tabel B 16)	-	-
Middelengebruik (alcohol) (Tabel B 16)	MALT-24+7	-

Zie voor afkortingen van de vragenlijstinstrumenten pagina 39.

- Vragenlijstinstrumenten zijn alleen opgenomen als deze vertaald zijn in het Nederlands, als de psychometrische kenmerken (begripsvaliditeit, criteriumvaliditeit en betrouwbaarheid) en normen

bepaald zijn in een Nederlandse populatie en als de kenmerken en normen minstens 'voldoende' zijn bevonden in Nederlandse populatie;

- Voor het individuele zorgdoel zijn geen vragenlijstinstrumenten die voldoen aan de criteria opgenomen voor de volgende aspecten: enkelvoudige vragen ervaren gezondheid (Tabel B 1), kwaliteit van leven (Tabel B 1 tot en met B 4), slaapproblemen/-kwaliteit (Tabel B 8), posttraumatische stressstoornis (B 14) en drugsgebruik (Tabel B 16); Tabelnummers verwijzen naar Bijlage 2.
- De vragenlijstinstrumenten staan in volgorde met een oplopend aantal items/vragen;
- Nummer achter de afkorting van een vragenlijst verwijst naar het totaal aantal items van het vragenlijstinstrument en eventueel het aantal items van een subschaal (sub-nr). Voorbeeld: GHQ-28 sub7 bij lichamelijke klachten betekent dat de complete GHQ 28 vragen omvat, waarvan de subschaal lichamelijke klachten uit 7 vragen bestaat.

Enkele overwegingen bij de keuze van meetinstrumenten voor gezondheidsonderzoek na rampen en grootschalige calamiteiten

Overwegingen

Keuze doelen gezondheidsonderzoek en populaties (Tabel 1 en 2)

Als het onderzoek voor verscheidene doelen en populaties bedoeld is zal een instrument dat alle doelen en populaties dient de voorkeur hebben.

Specificiteit van instrument (Tabel 1 en 2)

Is een algemeen oordeel pluis/niet pluis voldoende of is een indicator voor een specifiek gezondheidsprobleem van belang, bijvoorbeeld PTSS of depressie.

Keuze van gezondheidsaspecten (Tabel 1 en 2)

Bij het meten van meerdere specifieke gezondheidsaspecten, bijvoorbeeld angst, depressie en lichamelijke klachten zal een multidimensionaal instrument de voorkeur genieten.

Referentiecijfers regio (Bijlage 2)

Het instrument is eerder bij onderzoek onder de populatie in de getroffen regio gebruikt (bijvoorbeeld door de GGD) waardoor specifieke referentiecijfers van de getroffen populatie beschikbaar zijn.

Referentiecijfers na rampen in Nederland (Bijlage 2)

Het instrument is eerder na rampen/crises in Nederland gebruikt waardoor Nederlandse referentiecijfers na een crisissituatie beschikbaar zijn.

Lengte van het instrument (Tabel 1 en 2)

Bij het verzamelen van veel informatie zal een korter instrument met minder items de voorkeur genieten.

Kosten van gebruik (Bijlage 2)

Voor sommige instrumenten zijn kosten verbonden aan het gebruik en de verwerking per gebruikt exemplaar.

3.2 Instrumenten voor het volksgezondheidsdoel

In Tabel 2 zijn vragenlijstinstrumenten weergegeven die gebruikt kunnen worden voor het verkrijgen van inzicht in (het beloop van) gezondheidsproblemen binnen de totale groep van getroffen (volksgezondheidsdoel). De instrumenten zijn in eerste instantie geselecteerd als ze minimaal 'voldoende' getest zijn voor de volgende criteria: begripsvaliditeit, betrouwbaarheid en de aanwezigheid van referentiegegevens voor de Nederlandse populatie. Daarnaast zijn ook instrumenten opgenomen waarvan onvoldoende referentiegegevens beschikbaar zijn, maar de psychometrische kenmerken voldoende of goed zijn. Deze instrumenten zijn in Tabel 2 gemarkeerd. Na rampen is het aan te raden bij gezondheidsonderzoek ook informatie te verzamelen onder een controlegroep die wat betreft achtergrond gelijk is aan de getroffen groep. Referentiegegevens zijn dan beschikbaar van deze controlegroep. De vetgedrukte vragenlijstinstrumenten in Tabel 2 zijn eerder na rampen gebruikt in Nederland. In de Tabellen van Bijlage 2 is te vinden welke rampen het betrof.

De enkelvoudige vraag naar ervaren gezondheid voldoet niet aan de criteria en is daarom niet opgenomen in de Tabel. Bovendien is het af te raden deze maat geïsoleerd te gebruiken. In combinatie met andere maten kan de enkelvoudige vraag naar de subjectieve inschatting van de gezondheid wel zinvol zijn (König-Zahn et al., 1993a). Voor de andere aspecten zijn zowel voor de algemene bevolking als voor patiëntengroepen vragenlijstinstrumenten die aan de criteria voldoen.

Voor het inzicht in het vóórkomen van lichamelijke klachten zijn verschillende (subschalen van) vragenlijstinstrumenten beschikbaar. Er is echter geen vragenlijst volledig gericht op lichamelijke klachten. Ook is er geen vragenlijst die gevalideerd is voor het meten van 'onverklaarde' klachten. Bekend is dat een combinatie van veel lichamelijke klachten in verscheidene orgaansystemen het waarschijnlijker maakt dat deze klachten onverklaard zijn. De geselecteerde vragenlijstinstrumenten meten slechts een beperkt aantal klachten.

De overwegingen op pagina 22 kunnen helpen een keuze te maken uit de instrumenten uit Tabel 2. Stel het doel van gezondheidsonderzoek wordt alleen vanuit het volksgezondheids-perspectief gekozen voor zowel de algemene bevolking als voor patiënten populaties (*overweging keuze doel gezondheidsonderzoek en populaties*). Stel de volgende keuze is dat een schatting van het algemene (mentale) welbevinden (gezondheidsaspect ervaren gezondheid) van de getroffen voldoet en het niet noodzakelijk is om te screenen op mogelijke specifieke gezondheidsproblemen (*overweging specificiteit instrument*). Daarmee vervalt de overweging van de keuze van specifieke gezondheidsproblemen; de instrumenten zijn voor het gezondheidsaspect ervaren gezondheid: MHI-5, GHQ-12, VOEG-21. Voor de MHI-5 zijn regionale referentiecijfers omdat het in de monitor gezondheid van de GGD is opgenomen; van de GHQ-12 zijn landelijke referentiecijfers beschikbaar (*overweging referentiecijfers regio*). Bovendien is de MHI-5 als onderdeel van de RAND36/SF-36 veelvuldig gebruikt na rampen in Nederland (*overweging referentiecijfers na rampen*

in Nederland). De MHI-5 is het kortste vragenlijstinstrument (*overweging lengte instrument*) en kosteloos in gebruik en verwerking (*overweging kosten van gebruik*). De MHI-5 is dus een geschikt instrument als men voor het volksgezondheidsdoel snel wil schatten wat het psychisch (on)welbevinden van de getroffen is.

3.3 Instrumenten voor het wetenschappelijke doel

Voor het wetenschappelijke doel is het gebruik van een vragenlijstinstrument afhankelijk van de precieze vraagstelling. Als bijvoorbeeld het doel van het onderzoek is om determinanten van gezondheid te identificeren dan zal uiteraard gebruikgemaakt moeten worden van voor dit doel voldoende gevalideerde vragenlijstinstrumenten zoals opgenomen voor het volksgezondheidsdoel (zie paragraaf 3.2 en Tabel 2).

Tabel 2 Vragenlijstinstrumenten voor het volksgezondheidsdoel voor gezondheidsonderzoek na rampen per gezondheidsaspect en populatie.

Gezondheidsaspect (verwijzing Tabelnummer in Bijlage 2 voor meer informatie over het instrument)	Populaties	
	Algemene bevolking	Patiënten (klinisch)
Ervaren gezondheid: enkelvoudige vragen	-	-
Ervaren (lichamelijke en mentale) gezondheid: enkelschalig (Tabel B 2)	MHI-5 GHQ-12 VOEG-21*	MHI-5 GHQ-12
Ervaren (lichamelijke en mentale) gezondheid: meerschalg (Tabel B 4)	GHQ-28 4DKL-50* BSI-53 HSCL-57 SCL-90	GHQ-28 BSI-53 HSCL-57 SCL-90
Ervaren gezondheid: kwaliteit van leven (Tabel B 3a)	CDC-HRQOL-4* WHOQOL-BREF-26* RAND36*/SF-36	WHOQOL-BREF-26* RAND36*/SF-36
Lichamelijke klachten (Tabel B 5)	BSI-sub7 HSCL-sub8 SCL-sub12 VOEG-13* 4DKL-sub16*	BSI-sub7 HSCL-sub8 SCL-sub12
Vermoeidheid (Tabel B 7)	FAS-10* VBBA-sub12 MVI-20*	VVV-4 CIS-20 MVI-20*
Slaapproblemen/-kwaliteit (Tabel B 8)	SCL-sub3 GSKS-10/14*	SCL-sub3
Angst (Tabel B 9 en B 10)	BSI-sub6 SCL-sub10 4DKL-12* ZBV-40	BSI-sub6 SCL-sub10 ZBV-40
Depressie (Tabel B 11 en B 12)	4DKL-6* BSI-6 SCL-sub16 CES-D NHG-versie-20* ZUNG-20*	BSI-6 HADS-14 SCL-sub16 CES-D NHG-versie-20* ZUNG-20* Beck-21
Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	PTSSzs-17* PSS-SR-17* ZIL-22	PTSSzs-17* PSS-SR-17* ZIL-22
Postraumatische reacties (herbeleving, vermijding) (Tabel B 14)	SVL-15*	SVL-15*
Hostiliteit (Tabel B 15)	BSI-sub5 SCL-sub6 ZAV-20 BDHI-40	BSI-sub5 SCL-sub6 BDHI-40
Middelengebruik (drugs, alcohol) (Tabel B 16)	MALT-24	-

* Psychometrische kenmerken (begripsvaliditeit en betrouwbaarheid) voldoende / goed; referentiegegevens onbekend / onvoldoende.

Afkortingen van vragenlijstinstrumenten zijn beschreven op pagina 39.

- Vragenlijstinstrumenten zijn alleen opgenomen die vertaald zijn in het Nederlands, waarvan psychometrische kenmerken (begripsvaliditeit en betrouwbaarheid) bepaald zijn en waarvan de kenmerken voldoende zijn bevonden in Nederlandse populatie.
- Voor het volksgezondheidsdoel zijn geen vragenlijstinstrumenten geschikt bevonden voor de volgende aspect: enkelvoudige vragen ervaren gezondheid (Tabel B 1);
- De vragenlijstinstrumenten staan in volgorde met een oplopend aantal items/vragen;
- Het nummer achter de afkorting van een vragenlijst verwijst naar het totaal aantal items van het vragenlijstinstrument en eventueel het aantal items van een subschaal (sub-nr).
- De vragenlijstinstrumenten zijn vetgedrukt als ze eerder in Nederland zijn gebruikt na rampen. In Bijlage 2 is opgenomen welke ramp dit betrof.

3.4 Optimaal afnametijdstip van vragenlijstinstrumenten

De meeste instrumenten meten over een periode van één tot vier weken voorafgaand aan de afname waarin de ervaren gezondheid c.q. klachten worden bevraagd. Dit geeft een indicatie dat deze instrumenten niet binnen deze periode na een ramp afgenomen kunnen worden. In de praktijk gebeurt dit echter wel. Het opsporen van personen met symptomen van gezondheidsproblemen als PTSS kan per definitie pas vanaf vier weken na een ramp plaatsvinden. Uit een inventarisatie van wensen en verwachtingen over gezondheidsonderzoek werd duidelijk dat een eerste uitgebreide inventarisatie (eerste meting) van de gezondheidstoestand pas drie tot zes maanden na een ramp gewenst is. De getroffen zelf gaven hierbij aan dat zij in de eerste maanden na een ramp bezig waren met verwerking en met praktische zaken en dat zij liever niet belast wilden worden met een uitvoerig vragenlijstonderzoek (Grievink et al., 2006).

Voor screening ten behoeve van het (vroeg)herkennen van aandoeningen en signalering van gezondheidsrisico's bij individuele getroffen (individuele zorgdoel) kunnen de vragenlijstinstrumenten in principe één tot drie maanden na een ramp ingezet worden. Voor screening in de eerste zes weken na een ramp om latente klachten en vroegtijdige symptomen op te sporen bestaat nog onvoldoende evidentie. In deze periode zijn normale en niet-normale reacties nauwelijks van elkaar te scheiden. Daarnaast is acute stressstoornis een ambigue voorspeller voor een latere posttraumatische stressstoornis.

Bij het verbeteren van de publieke gezondheid en het optimaliseren van de zorg aan de getroffen als groep (volksgezondheid-doel), worden vragenlijstinstrumenten over algemene en psychosociale gezondheid vooral ingezet voor het inventariseren van de gezondheidstoestand. Een eerste gezondheidsonderzoek zou drie tot zes maanden na een ramp kunnen worden uitgevoerd. Voor inzicht in de middellange termijngevolgen zou het gezondheidsonderzoek één jaar en vijf jaar na de ramp kunnen worden herhaald. Eventueel zou een gezondheidsonderzoek na tien jaar de gezondheidstoestand op lange termijn

kunnen onderzoeken (Grievink et al., 2006). Afhankelijk van het doel van het onderzoek zouden dezelfde meetmomenten voor een wetenschappelijke doelstelling aangehouden kunnen worden.

4 Werkwijze en vragenlijstinstrumenten voor jeugd

Niet eerder zijn vragenlijstinstrumenten voor gezondheidsonderzoek na rampen onder een populatie van kinderen en/of adolescenten geïnterviewd. In dit hoofdstuk wordt in kaart gebracht welke schriftelijk af te nemen vragenlijstinstrumenten in Nederland na rampen / calamiteiten gebruikt zijn onder getroffen kinderen en adolescenten. Het gaat in Nederland om informatie uit twee gezondheidsonderzoeken. Na de cafébrand in Volendam is onderzoek uitgevoerd onder adolescenten en na de vuurwerkramp in Enschede vooral onder kinderen in de basisschoolleeftijd.

Informatie over vragenlijstinstrumenten die bij deze zijn gebruikt, is verzameld uit bestaande rapporten en artikelen (Dorresteijn et al., 2003; GGD Zaanstreek-Waterland, 2003, 2006; Reijneveld et al., 2003; Smilde-van den Doel et al., 2006). Daarnaast zijn gegevens opgevraagd van onderzoek onder jeugdigen vijf jaar na de vuurwerkramp in Enschede. Op het moment van inventariseren was daarvan namelijk nog geen publicatie verschenen.

Voor het beschrijven van de gevonden vragenlijstinstrumenten is gebruik gemaakt van dezelfde bronnen van informatie als bij de inventarisatie van vragenlijstinstrumenten voor volwassenen (zie paragraaf 2.4.1). Naast de dertig kenmerken (zie paragraaf 2.4.2 en Bijlage 1) is ook geïnterviewd wie de vragenlijst het beste kan invullen (type informant). Bij vragenlijstinstrumenten die problematiek bij jeugdigen meten, kunnen verschillende informanten betrokken zijn. Voor kinderen vanaf ongeveer zeven jaar zijn vragenlijstinstrumenten beschikbaar die de kinderen zelf kunnen invullen. Vaak is er van een dergelijke vragenlijst naast een versie voor het kind of de jongere ook een versie voor ouders/verzorgers en/of de leerkracht beschikbaar.

Er wordt in deze handreiking geen selectie gegeven van instrumenten die de voorkeur hebben bij gezondheidsonderzoek na rampen / calamiteiten onder jeugdigen. Hiervoor zouden eerst alle Nederlandse vragenlijstinstrumenten die als screeningsinstrument na rampen/calamiteiten ingezet zouden kunnen worden geïnterviewd moeten worden. Ook zou nagegaan moeten worden welke aspecten voor de gezondheid van jeugdigen het meest relevant zijn na een ramp / calamiteit. Om pragmatische redenen is de inventarisatie beperkt tot vragenlijstinstrumenten die tot nu toe zijn gebruikt na een ramp/calamiteit. Wanneer een ramp zich voordoet biedt deze handreiking een relevant overzicht van screeningsinstrumenten die ingezet zouden kunnen worden voor gezondheidsonderzoek onder jeugdigen. In

Tabel B 17(a-c) en B 18 (Bijlage 2) wordt een overzicht gegeven van de gevonden vragenlijstinstrumenten en de belangrijkste kenmerken.

4.1 Psychosociaal functioneren

Voor verschillende aspecten van psychosociaal functioneren zijn bij de gezondheidsonderzoeken in Volendam (cafébrand) en Enschede (vuurwerkcramp) diverse vragenlijstinstrumenten gebruikt. Drie instrumenten meten vaardigheden en probleemgedrag bij de jeugdigen, volgens de ouders (CBCL) (Verhulst et al., 1996), leerkracht (TRF) (Verhulst et al., 1997) en de jeugdigen zelf (YSR) (Verhulst et al., 1996). Deze lijsten zijn de bekendste en meest gebruikte instrumenten voor diagnostisch onderzoek en beslaan een breed gebied van psychische problemen en gedrag. De lijsten zijn lang (minimaal 120 items), maar hebben goede psychometrische eigenschappen. De YSR is bij voorkeur te gebruiken in combinatie met de vragenlijst voor ouders (CBCL) en docenten (TRF) of tenminste één van deze vragenlijstinstrumenten.

In Volendam en Enschede zijn nog drie andere instrumenten ingezet voor het meten van algemene psychosociale en emotionele problemen bij verschillende leeftijdsgroepen (LSPPK, SDQ, MHI-5). De LSPPK meet emotionele problemen en gedrags- en ontwikkelingsproblemen bij kleuters (5-6 jaar). De vragen in deze lijst zijn onder andere afkomstig uit de CBCL. De lijst is kort (tien items voor zowel ouder als jeugdarts). Aan de hand van de vragen kan een oordeel pluis / niet pluis worden gegeven. Het is een 'thermometerinstrument', er bestaan geen scores voor specifieke probleemgebieden (Vogels et al., 2003).

De SDQ is een kort internationaal ontworpen en gevalideerd instrument (25 items) voor psychosociale problematiek onder 3-16-jarigen (Widenfelt et al., 2003). De psychometrische eigenschappen zijn goed. De SDQ is bedoeld als screeningsinstrument en sluit aan bij de landelijke jeugdmonitor. Het is beschikbaar in meerdere talen voor een brede leeftijdsgroep en er is zowel een kind- (11-16-jarigen), ouder- als leerkrachtversie (Vogels et al., 2005). Het instrument is vooral geschikt voor het signaleren van psychosociale problematiek als gebruikgemaakt wordt van zowel de ouder- als leerkrachtversie; de sensitiviteit is dan het hoogst (Goodman et al., 2000). In de praktijk wordt echter meestal alleen de SDQ-ouderversie gebruikt. Voor de indicator 'psychosociale gezondheid' van de Monitor Jeugdgezondheid heeft GGD Nederland de SDQ als voorkeursinstrument aanbevolen voor gebruik onder 7-12-jarigen (GGD Nederland, 2006a). Voor 5-7-jarigen wordt de keus gegeven tussen de LSPPK of de SDQ en voor 12-19 jarigen kan gekozen worden voor de SDQ of de KIVPA (Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problemen bij Adolescenten). De KIVPA is in Nederland niet eerder ingezet bij onderzoek na een ramp/calamiteit. Het instrument (31 items) voor 12-18-jarigen heeft vooral toegevoegde waarde voor het detecteren van internaliserende psychosociale problematiek (Reijneveld et al., 2003).

Vierenhalf jaar na de cafébrand in Volendam was bij adolescenten (15-18 jaar) de MHI-5 afgenomen om inzicht te verkrijgen in de algemene psychische gezondheid. Deze lijst (5 items) is echter ontwikkeld voor een volwassenenpopulatie en er zijn geen normen beschikbaar voor jongeren (zie paragraaf 3.2; Tabel B 3 in Bijlage 2).

Voor een aantal van bovenstaande vragenlijstinstrumenten zijn relatief veel Nederlandse referentiegegevens beschikbaar. In Nederland vindt al een aantal jaren epidemiologisch onderzoek plaats dat representatief is voor de jeugd van 4-18 jaar. Hierbij wordt ook onderzoek gedaan naar het psychisch welbevinden van kinderen en adolescenten. Vragenlijstinstrumenten die bij deze onderzoeken zijn ingezet zijn onder andere de CBCL, SDQ en YSR (VWS, 2005) (zie Tabel B 17 en B 18 in Bijlage 2). Door de GGD-JGZ wordt in het Periodiek Gezondheidsonderzoek (PGO) dat in groep 2 en 7 van de basisschool en klas 1 van het voortgezet onderwijs wordt uitgevoerd vaak gebruikgemaakt van de LSPPK (groep 2) en de SDQ (alle groepen). Deze lijsten maken zoals eerder beschreven deel uit van het aspect psychosociale gezondheid binnen de Monitor Jeugdgezondheid. Bij veel GGD-en zullen daarom van deze instrumenten voldoende referentiegegevens voorhanden zijn. Deze gegevens kunnen bovendien inzicht geven in de situatie van de jeugdigen zoals die was voor een ramp. Sinds 2006 werkt het Trimbos Instituut in de zogenaamde 'Peilstations-onderzoeken' voor kinderen vanaf 11 jaar met de SDQ (GGD Nederland, 2006b). De SDQ wordt vanaf najaar 2006 ook gebruikt bij Bureaus Jeugdzorg. Voor de LSPPK zijn referentiegegevens van ruim 24.000 kleuters beschikbaar (GGD Nederland, 2000).

Vijf jaar na de vuurwerkramp in Enschede zijn ook meer specifieke vragenlijstinstrumenten ingezet voor inzicht in de psychische gevolgen van de ramp op (middel)lange termijn. Het vóórkomen van symptomen van angststoornissen is onder de 9-13-jarigen gescreend met de SCARED (Muris et al., 1998). Deze zelfrapportage-vragenlijst (38 items) richt zich op symptomen van de gegeneraliseerde angststoornis, separatieangststoornis, paniekstoornis, sociale fobie en schoolfobie. Zowel in een klinische als niet-klinische populatie kan de lijst als betrouwbaar en valide beschouwd worden. Van de SCARED is naast een versie voor de jongere zelf ook een ouderversie beschikbaar.

Depressie is gemeten met de Korte Depressie Vragenlijst voor Kinderen (KDVK) en kan worden afgenomen bij 9 tot 12-jarigen. Hiervan is ook een versie voor jongere kinderen (6-8 jaar) beschikbaar. Twee informanten kunnen de lijst invullen, namelijk het kind zelf en een ouder. De KDVK is een verkorte versie van de Depressie Vragenlijst voor Kinderen (DVK). De DVK is een betrouwbaar en valide instrument om depressies bij kinderen te diagnosticeren. De KDVK bevat negen items die representatief zijn voor de verschillende aspecten van depressie. De KDVK is snel in te vullen en te scoren. De lijst geeft een eerste indicatie of er bij een kind sprake lijkt van depressieve klachten en/of verdere diagnostiek geboden is (De Wit, 1987).

De CSI (35 items) is een betrouwbaar en valide instrument voor het meten van somatisatiesymptomen bij kinderen en adolescenten (Meesters et al., 2003). Van de CSI zijn versies beschikbaar voor meer dan één informant (jongere zelf en ouder).

Voor het meten van gedrag en sociale interactie zijn de EAS, CSCC en SSQ in het onderzoek in Enschede meegenomen. De EAS (Emotionality Activity Sociability) is een instrument dat ontwikkeld is om drie dimensies van temperament te meten (emotionaliteit, activiteit en sociaal-voelendheid) en kan gebruikt worden voor een brede leeftijdsgroep (20 items). Er is echter weinig onderzoek naar gedaan; Nederlands onderzoek is uitgevoerd onder 4-13-jarigen (Boer, Westenberg en Wicherts, 1994). Voor het meten van algemene copingstijlen werd gebruikgemaakt van de CSCC (De Boo, 2007), een vertaling van de Children's Coping Strategies Checklist (versie R1) van Ayers et al., 1996. Deze lijst (54 items) is in Nederland onderzocht onder kinderen van 8 tot 13 jaar. De psychometrische eigenschappen zijn goed en er zijn beperkt normgegevens beschikbaar (De Boo en Wicherts, 2007). Met de Social Support Questionnaire (SSQ; 6 items) wordt gevraagd welke mensen de jongere tot steun zijn en naar de mate van tevredenheid met de ervaren steun. Van de SSQ is ook een versie beschikbaar voor volwassenen (Sarason et al., 1987).

4.2 Posttraumatische reacties

Bij onderzoek onder jeugdigen in Volendam (cafébrand) en Enschede (vuurwerkcramp) zijn twee vragenlijstinstrumenten gebruikt die screenen op posttraumatische stress reacties, de Children Impact of Event Scale (CRIES-13; www.childandwar.org) en de Schokverwerkingslijst voor kinderen SVLK (Alisic et al., 2006). Zowel de SVLK als de CRIES-13 zijn Nederlandse bewerkingen van de Impact of Event Scale IES (Horowitz et al., 1979). De CRIES-13 werd onder auspiciën van de Children and War Foundation ontwikkeld op basis van de IES. Van de SVLK is recent een herziene versie verschenen. Een positieve score voor bepaalde vragen op de CRIES-13 / SVLK geeft aan of bepaalde verwerkingsreacties veelvuldig aanwezig zijn (herbeleving, vermijding, overgeprikkeldheid). De CRIES-13 en SVLK vragen gevoelens te relateren aan een specifieke schokkende gebeurtenis. Onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de CRIES-13 is nog gaande. Ook de validiteit en betrouwbaarheid van de herziene versie van de SVLK is nog onbekend. De CRIES-13 is de helft korter dan de SVLK (26 items).

4.3 Enkelvoudige vragen

Naast het gebruik van gevalideerde vragenlijstinstrumenten voor psychosociaal functioneren zijn in het gezondheidsonderzoek vierenhalf jaar na de cafébrand in Volendam ook gegevens verzameld over functioneren in opleiding/school (schoolbeleving, ziekteverzuim, spijbelen), ervaren gezondheid, suïcide, gewicht, alcohol- en drugsgebruik, roken, veiligheidsbeleving en criminaliteit (delinquent gedrag) via een jongerenenquête. Voor deze onderwerpen is gebruikgemaakt van de vastgestelde conceptvraagstelling en -aspecten uit de Lokale en Nationale Monitor Jeugdgezondheid (www.monitorgezondheid.nl).

4.4 Schoolprestaties

Voor het in kaart brengen van schoolprestaties tien maanden na de cafébrand in Volendam is de schoolmentoren gevraagd naar hun mening of de schoolprestaties van de jongeren (voortgezet onderwijs) na de cafébrand veranderd waren met behulp van een zelfgeconstrueerde vragenlijst. Na de vuurwerkramp in Enschede zijn van basisschoolleerlingen ook schoolprestaties geanalyseerd. Dit gebeurde echter met behulp van de toetsresultaten uit het CITO-leerlingvolgsysteem.

4.5 Psychofarmaca

Na de cafébrand in Volendam is zowel vijf als twaalf maanden na de brand het gebruik van middelen c.q. psychofarmaca onderzocht (Reijneveld et al., 2005). Middelengebruik kan beschouwd worden als bewijs voor problemen, ook kunnen ze problematiek deels maskeren (bijvoorbeeld bij angst). Via een algemene vragenlijst werd naar het gebruik van alcohol, marihuana, kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen en ecstasy gevraagd.

5 Conclusies en aanbevelingen

In deze handreiking zijn vragenlijstinstrumenten in kaart gebracht die gebruikt kunnen worden voor het meten van gezondheidsproblemen na rampen onder volwassenen en jeugdigen. Van de 57 beschikbare vragenlijstinstrumenten voor volwassenen, zijn er negen vragenlijstinstrumenten geschikt om op te nemen in een gezondheidsonderzoek met als doel om de individuele zorg van getroffenen te optimaliseren; 27 vragenlijstinstrumenten zijn geschikt voor een gezondheidsonderzoek onder de algemene volwassen populatie met als doel de volksgezondheid bij de getroffenen als groep te optimaliseren. Dertien vragenlijstinstrumenten zijn gebruikt voor kinderen en/of adolescenten in gezondheidsonderzoeken na crisis/rampen in Nederland. Door de diversiteit in rampgerelateerde gezondheidsaspecten en de diversiteit in de aard van rampen kan niet zonder meer aangegeven worden welke (set van) vragenlijstinstrumenten de voorkeur geniet. Dit zal doel- en situatiespecifiek moeten worden vastgesteld. Deze handreiking biedt hiervoor de basis. Desgewenst kan CGOR de instanties die betrokken zijn bij de opzet en het uitvoeren van een gezondheidsonderzoek na een ramp nader adviseren. Om in de toekomst beter op rampen voorbereid te kunnen zijn volgen enkele aanbevelingen.

Vragenlijstinstrumenten voor volwassenen:

1. In Nederland bestaat nog geen goed gevalideerde vragenlijst (zelfrapportage) voor het meten van lichamelijk (onverklaarde) klachten. Aangezien deze klachten veel voorkomen in de algemene populatie en ook na rampen, is het aan te bevelen om een geschikt vragenlijstinstrument te ontwikkelen en vervolgens te valideren (bijv. door gebruik te maken van beschikbare internationale vragenlijstinstrumenten).
2. De geselecteerde vragenlijstinstrumenten zouden nader beoordeeld kunnen worden op geschiktheid voor gebruik bij getroffenen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse. Dit is om pragmatische redenen in dit rapport buiten beschouwing gebleven. Zonodig zou een crossculturele validatiestudie uitgevoerd kunnen worden.
3. Meer onderzoek zou moeten worden uitgevoerd naar de mate waarin de subschalen van vragenlijstinstrumenten, bijvoorbeeld SCL-90 angst- en depressieschalen, samenhangen met de desbetreffende stoornissen. Deels ontbreekt het aan deze inzichten.
4. Elke twee jaar zou een update uitgevoerd kunnen worden van de vragenlijstinstrumentaria, waarin wordt nagegaan of nieuwe (gevalideerde) vragenlijstinstrumenten en/of nieuwe publicaties (validatiestudies, referentiewaarden) zijn verschenen van al opgenomen vragenlijstinstrumenten. Ook zouden bij een update naast de huidige gekozen gezondheidsaspecten, andere aspecten meegenomen kunnen worden die vooral op de (middel)lange termijn van belang zijn. Mogelijke voorbeelden: invaliditeit, (dis)functioneren op het werk en zorggebruik.

Vragenlijstinstrumenten voor de jeugd:

In een volgende herziene versie van deze handreiking is het van belang relevante gezondheidsaspecten voor kinderen en adolescenten te bepalen en in kaart te brengen welke vragenlijstinstrumenten daarvoor geschikt zouden zijn. Aan te bevelen is om daarbij verder na te gaan welke vragenlijstinstrumenten veelvuldig gebruikt worden door de GGD-Jeugd(gezondheids)zorg en eventueel in de Lokale en Nationale Monitor Jeugdgezondheid zijn opgenomen.

Lijst van afkortingen van vragenlijstinstrumenten

De nummers verwijzen naar Tabellen in Bijlage 2 waarin nadere kenmerken van de vragenlijstinstrumenten beschreven worden en kernpublicaties zijn opgenomen.

4DKL	Vier Dimensionale KlachtenLijst (Tabel B 4, B 6, B 10, B 12)
BDHI	Buss-Durkee Hostility Inventory (Tabel B 15)
Beck	Beck depressieschaal (Tabel B 11)
BSI	Brief Symptom Inventory (Tabel B 4, B 5, B 9, B 12, B 15)
CBCL	Child Behavior Checklist (Gedragsvragenlijst voor kinderen) (Tabel B 17a,)
CDC-HRQOL	Centre for Disease Control-Health Related Quality of Life (Tabel B 3a)
CIS	Checklist Individuele Spankracht (Tabel B 7)
CRIES-13	Children's Impact of Events Scale (Tabel B 18)
CSI	Children's Somatisation Inventory (Tabel B 17c)
CSCC	Coping Strategies Checklist for Children (Tabel B 17c)
EAS	Emotionality Activity Sociability (Tabel B 17c)
FAS	Fatigue Assessment Scale (Tabel B 7)
GHQ	General Health Questionnaire (Tabel B 2, B 4, B 5, B 8, B 12)
GSKS	Groninger Slaap Kwaliteit Schaal (Tabel B 8)
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (Tabel B 9, B 11)
HSCL	Hopkins Symptom Checklist (Tabel B 4, B 5)
KDVK	Korte Depressie Vragenlijst voor Kinderen (Tabel B 17b)
LSPPK	Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek Kleuters (Tabel B 17a,)
MALT	Munchner Alcoholismus Test (Tabel B 16)
MHI	Mental Health Inventory (Tabel B 2)
MVI	Multidimensionale VermoeidheidsIndex (Tabel B 7)
PTSS-zs	Posttraumatische Stress Syndroom-zelfscoring (Tabel B 14)
PSS-SR	PTSD Symptom Scale-Self Report (Tabel B 14)
RAND	RAND Health Survey (Tabel B 3a)
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (Tabel B 17b)
SCL	Symptom Checklist (Tabel B 4, B 5, B 8, B 9, B 11, B 15)
SDQ	Strenght and Difficulties Questionnaire (Tabel B 17b)
SF	MOS Short Form health survey (Tabel B 3a)
SSQ	Social Support Questionnaire (Tabel B 17c)
SVL(J)K	SchokVerwerkingsLijst voor (Jonge) Kinderen (Tabel B 18)
TRF	Teacher's Report Form (Tabel B 17a,)
VBBA	Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (Tabel B 7)
VOEG	Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid (Tabel B 2)
VVV	Verkorte Vermoeidheidsvragenlijst (Tabel B 7)
YSR	Youth Self Report (Tabel B 17a,)
ZAV	Zelf-Analyse Vragenlijst (Tabel B 15)
ZBV	Zelf Beoordelings Vragenlijst (Tabel B 9)
ZIL	Zelf Inventarisatielijst voor PTSS (Tabel B 14)

Lijst van afkortingen overige termen

CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CGOR	Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen
COTAN	Commissie Testaangelegenheden Nederland van het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders versie IV
GGVE	Gezondheidsmonitoring Getroffenen Vuurwerkcramp Enschede
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GOVE	Gezondheidsonderzoek Vogelpest Epidemie
HBSC	Health Behavior in School-aged Children-studie
IAC	Informatie en Advies Centrum
MOVB	Medisch Onderzoek Vliegcramp Bijlmermeer
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NESDA	Nederlandse Studie naar Depressie en Angst
PTSS	Posttraumatische Stresstoornis

Referenties

Alisic E, Eland J, en Kleber RJ (2006). Schokverwerkingslijst voor kinderen - herziene versie. Zaltbommel/Utrecht: Instituut voor Psychotrauma i.s.m. Klinische Psychologie (UU) en Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (UMC Utrecht).

Ayers TS, Sandler IN, West SG, Roosa MW (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: testing alternative models of coping. *J Pers* 64:923-958.

Barsky AJ, Borus JF (1999). Functional somatic syndromes. *Ann Inter Med* 130: 910-921.

Boelen PA (2005). *Complicated Grief: Assessment, Theory, and Treatment* (proefschrift). Utrecht: Universiteit van Utrecht.

Boer F en Westenberg PM (1994). The factor structure of the Buss and Plomin EAS Temperament Survey (Parental Ratings) in a Dutch sample of elementary school children. *J Personality Assessment* 62: 537-551.

Boo GM de en Wicherts JM (2007). Assessing cognitive and behavioral coping strategies in children. *Cognitive Therapy and Research* (in press).

Bosman A, Mulder YM, De Leeuw JRJ, Meijer A, Du Ry van Beest Holle M, Kamst RA, Van der Velden PG, Conyn-van Spaendonk MAE, Koopmans MPG, Ruijten MWMM (2004). *Vogelpest Epidemie 2003: gevolgen voor de volksgezondheid. Onderzoek naar risicofactoren, gezondheid, welbevinden, zorgbehoefte en preventieve maatregelen ten aanzien van pluimveehouders en personen betrokken bij de bestrijding van AI H7N7 epidemie in Nederland*. Bilthoven/Zaltbommel: RIVM/IVP.

Bowling A (2005). *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. Third Edition. Maidenhead: Open University Press.

Brewin CR et al. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 181: 158-162.

De Vries M, Wolleswinkel-van den Bosch JH, Mulder Y, Grievink L (2004). *Psychosociale aspecten van gezondheidsonderzoek na rampen; een inventarisatie van vragenlijstonderzoek bij volwassenen*. Amsterdam: Impact.

De Vries M (2006). How to prevent turning trauma into a disaster? *World Psychiatry*; 5: 32-33.

De Wit (1987). *Depressievragenlijst voor Kinderen, DVK en KDVK. Handleiding*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Dirkzwager AJ, Grievink L, van der Velden PG, Yzermans CJ (2006). Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. Prospective study. *Br J Psychiatry* 189: 144-9.

Donker GA, Yzermans CJ, Spreeuwenberg P, Van der Zee J (2002). Symptom attribution after a plane crash: comparison between self-reported symptoms and GP records. *Br J Gen Pract*; 52: 917-922.

Dorn T, Yzermans CJ, Kerssens JJ, Spreeuwenberg PM, van der Zee J (2006). Disaster and subsequent healthcare utilization: a longitudinal study among victims, their family members, and control subjects. *Med Care* 44:581-9.

Dorresteyn AM, Van der Velden PG, Kleber RJ, Gersons BPR (2003). *De Vuurwerkramp Enschede. Een vergelijkend onderzoek bij getroffen kinderen en gezinnen. Zaltbommer/Amsterdam: IVP-AMC/De Meren.*

Drogendijk AN, Dirkzwager JE, Grievink L, Van der Velden PG, Marcelissen FGH, Kleber RJ (2007). The correspondence between persistent self-reported post-traumatic problems and general practitioners' reports after a major disaster. *Psychol Med* 37: 193-202.

Evers A, Van Vliet-Mulder JC, Groot CJ (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Assen: van Gorcum.*

Furer JW, König-Zahn C, Tax B (1993). *Het meten van de gezondheidstoestand. 3 Psychische gezondheid; beschrijving en evaluatie van vragenlijstinstrumenten. Assen: van Gorcum.*

Galea S, Nandi A, Vlahov D (2005). The epidemiology of posttraumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev* 27, 78-91.

GGD Nederland (2000). *Landelijke werkgroep signaleringsinstrument psychosociale problematiek Rapportage Referentiebestand LSPPK 1997-1999. Utrecht: GGD Nederland.*

GGD Nederland (2006a). *Brief aan de hoofden JGZ. SDQ-vragenlijst 7-12-jarigen (ouderversie) en ondersteunend materiaal. 28 maart, kenmerk 146-SN-600.012.06.*

GGD Nederland (2006b). *Standaardvraagstelling voor de indicator Psychosociale gezondheid. Lokale en Nationale Monitor Jeugdgezondheid. Utrecht: GGD Nederland (concept 4).*

GGD Zaanstreek-Waterland (2003). *Het psychosociaal welbevinden van jongeren na de cafébrand. Signaleringsonderzoek Middelbare Scholieren Volendam. Zaandam: GGD Zaanstreek-Waterland.*

GGD Zaanstreek-Waterland (2006). *Het psychosociaal welbevinden van jongeren 4½ jaar na de cafébrand. Zaandam: GGD Zaanstreek-Waterland.*

Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 177: 534-539.

-
- Grievink L, van der Velden PG, de Vries M, Mulder YM, Smilde-van den Doel DA (2006). Gezondheidsonderzoek na rampen: een inventarisatie van wensen en verwachtingen. Bilthoven: RIVM (rapportnummer 630940005).
- Herforth-Blom, E.S (maart 2004-juni 2005). Gezondheid getroffen van een legionellabesmetting. Onderzoeksverslag. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Horowitz MJ, Wilner N, en Alvarez W (1979). Impact of Events Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 41: 209-18.
- Hovens JEJM (2005). Vaststellen van de acute en de posttraumatische stress-stoornis. In: Gersons BPR, Olf M. *Behandelingsstrategieën bij post-traumatische stress-stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- IJzermans CJ, Grievink L, Van der Velden PG, Van der Meijden PA en Roorda J (2006). *Gezondheidsmonitoring Getroffenen Vuurwerkkramp Enschede*. Bestuurlijk-, organisatorisch- en onderzoeksverslag. Enschede: GGD Regio Twente.
- Joosten J, Drop MJ (1987). De betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van drie versies van de VOEG. *Gezondheid en Samenleving* 8 (4): 251-265.
- König-Zahn C, Furer JW, Tax B (1993a). Het meten van de gezondheidstoestand. I Algemene gezondheid; beschrijving en evaluatie van vragenlijstinstrumenten. Assen: van Gorcum.
- König-Zahn C, Furer JW, Tax B (1993b). Het meten van de gezondheidstoestand. 2 Lichamelijke en sociale gezondheid; beschrijving en evaluatie van vragenlijstinstrumenten. Assen: van Gorcum.
- Lettinga KD, Verbon A, Nieuwkerk PT (2002). Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder among survivors of an outbreak of Legionnaires disease. *Clinical Infectious Diseases* 35: 11-7.
- Meesters C et al. (2003) The Children's Somatization Inventory: Further Evidence for Its Reliability and Validity in a Pediatric and a Community Sample of Dutch Children and Adolescents. *J of Pediatric Psychology* 28: 413-22.
- Muris et al., 1998. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 29: 327-39.
- Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K (2002). 60,000 Disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature-1981-2001. *Psychiatry* 65: 207-39.
- Norris FH (2005). Range, Magnitude, and Duration of the Effects of Disasters on Mental Health: Review Update 2005. (www.redmh.org). Accessed 15 february 2006.

Olf M en Gersons BPR (2005). Diagnose van posttraumatische stress-stoornissen. In: Gersons BPR en Olf M. Behandelingsstrategieën bij post-traumatische stress-stoornissen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Reijneveld SA, Crone MR, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP (2003). The effect of a severe disaster on the mental health of adolescents: a controlled study. *Lancet* 362: 691-696.

Reijneveld SA, Vogels AGC, Brugman E, Ede J van, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP (2003). Early detection of psychosocial problems in adolescents. *Eur J Public Health* 13: 152-159.

Reijneveld SA, Crone MR, Schuller AA, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP (2005). The changing impact of a severe disaster on the mental health and substance misuse of adolescents: follow-up of a controlled study. *Psychol Med* 35: 367-76.

Robine JM et al. (2003). Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: The Euro-REVES 2 project. *Eur J Public Health* 13 (3 suppl): 6-14.

Sarason et al. (1987). A brief measure of social support. Practical and theoretical implications. *J of Social and Personal Relationships* 4: 497-510.

Smidt N, Slottje P, Witteveen AB, Huizink AC, Twisk JWR, Bijlsma JA, van Mechelen W, Bouter LM, Van der Ploeg HM, Smid T (2004). De Gezondheid van hulpverleners en hangarmedewerkers ruim 8 jaar na de vliegramp Bijlmermeer. Tweede deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegramp Bijlmermeer – Epidemiologie (MOVBE). Amsterdam: EMGO/VU.

Smilde-van den Doel DA, Smit C, Wolleswinkel-van den Bosch JH (2006). School performance and social-emotional behavior of primary school children before and after a disaster. *Pediatrics* 118:e1311-20.

Van den Berg B, Grievink L, Stellato RK, Yzermans CJ, Lebet E (2005). Symptoms and related functioning in a traumatized community. *Arch Intern Med* 165: 2402-2407.

Van den Berg B, Yzermans CJ, van der Velden PG, Stellato RK, Lebet E, Grievink L (2006). Do survivors seek medical care for self-reported symptoms after a disaster? A comparison between self-reports and GP data. Submitted for publication.

Van der Velden PG, Eland J, Kleber RJ (2002). Handboek voor opvang na rampen en calamiteiten. Zaltbommel: Thema.

Van der Velden PG en Kleber RJ (1997). Een traumatische vakantie. Een onderzoek naar slachtoffers van een scheepsramp. *Gedrag en Gezondheid* 25: 176-189.

Van der Velden PG, Kleber RJ (2000a). Nasleep Herculesramp. Personeelszorg voor en huidige gezondheid van betrokken brandweer en ambulancemedewerkers. Zaltbommel: IVP.

Van der Velden PG, Kleber RJ (2000b). Gezondheid en nazorg getroffen en Legionella-epidemie. Een vergelijkende studie. Zaltbommel: IVP.

Van der Velden PG, Grievink L, Kleber RJ, Drogendijk AN, Roskam AJ, Marcelissen FG, Olf M, Meewisse ML, Gersons BP (2006). Post-disaster mental health problems and the utilization of mental health services: a four-year longitudinal comparative study. *Adm Policy Ment Health* 33: 279-88.

Verger P, Aulagnier M, Schwoebel V, Lang T (2005). *Démarches épidémiologiques après une catastrophe*. Paris: La Documentation Française.

Verhulst FC et al. (1996). Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis.

Verhulst FC et al. (1996). Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR). Rotterdam: Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis.

Verhulst FC et al. (1997). Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF). Rotterdam: Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis.

Verschuur MJ, Maric M, Cuijpers ATF, Van Emmerick AAP, Rosendaal FR, Spinhoven Ph (2004). Het effect van het Medisch Onderzoek Vliegkamp Bijlmermeer op de gezondheidsbeleving van bewoners en hulpverleners ruim acht jaar na de vliegkamp Bijlmermeer. Eindrapport van het Medisch Onderzoek Vliegkamp Bijlmermeer – Effectonderzoek (MOVB-EF). Leiden: Universiteit Leiden/LUMC.

Vogels T, Reijneveld SA, Brugman E, Hollander-Gijsman M den, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP (2003). Detecting psychosocial problems among 5-6-year-old children in preventive child health care. The validity of a short questionnaire used in an assessment procedure for detecting psychosocial problems among children. *Eur J Public Health* 13: 353-360.

Vogels AGC, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA (2005). Drie vragenlijstinstrumenten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

VWS (2005). Brancherapport GGZ-MZ / Kinderen en jeugd (periode 2000-2004), via www.brancherapporten.minvws.nl (bezocht 16 november 2006).

Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 354: 936-939.

Widenfelt et al. (2003). Dutch version of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12: 281-9.

Bijlage 1 Geïntervieweerde kenmerken voor vragenlijstinstrumenten

Criteria	Omschrijving
Instrumentbeschrijving	
Naam instrument	Volledige naam en afkorting
Herkomst	Door wie is het instrument ontwikkeld en eventueel vertaald?
Meetpretentie	Wat meet het instrument? Wat is het doel?
Gebruik	Waarvoor is instrument ontwikkeld (onderzoek/klinisch gebruik/etc.)?
Algemene kenmerken	
COTAN	Is het instrument opgenomen in de COTAN (uitgave 2000)?
Subschalen	Bestaat het instrument uit subschalen of dimensies? Welke?
Populatie	Voor welke populatie is het instrument ontwikkeld?
Interpretatieniveau	Op welk niveau (individueel / groep / klinische diagnose) is interpretatie mogelijk?
Aantal items	Hoeveel items (subvragen) zijn er? Hoeveel antwoordcategorieën zijn er per item?
Verkorte versie(s)	Zijn er verkorte versies met minder items beschikbaar? Welke versies?
Andere versies	Heeft een bepaalde onderzoeksgroep zijn eigen versie gemaakt of aangepast?
Vertaalde versies	In welke talen is het instrument vertaald in Nederland?
Psychometrische kenmerken	
Begripsvaliditeit	Is de begripsvaliditeit bepaald (veelal convergente en divergente validiteit genoemd)? Zo ja, hoe is de beoordeling?
Criteriumvaliditeit	Is de criteriumvaliditeit bepaald? En zo ja, hoe is deze beoordeeld?
Betrouwbaarheid	Is de betrouwbaarheid bepaald en zo ja hoe is de beoordeling?
Validiteit vertaalde versies	Zijn de vertaalde versies bij de desbetreffende groepen in Nederland gevalideerd?
Afname	
Optimale afnametijdstip	Op welk moment na de ramp is het afnametijdstip optimaal (acuut: <2 wk, kort: 2 wk- 3 mnd, middellang: 3-12 mnd, lang (> 1 jaar)? Welke factoren bepalen dit tijdstip?
Afname door	Leken / assistenten / psychologen / medici, etc.
Wijze van afname	Kan de vragenlijst naast schriftelijk ook mondeling worden afgenomen?
Afnameduur	Wat is de duur van afname?
(Psychische) belasting deelnemers?	Is het instrument psychisch belastend voor de deelnemers? In welke mate (geringe / hoge mate?)
Referentiegegevens	
Monitor Gezondheid	Standaardisatie door GGD'en en thuiszorginstellingen van instrumenten naar de lichamelijke, psychische en sociale gezondheid van de bevolking. Hierdoor ontstaan er landelijk en regionale referentiecijfers. Zie ook www.monitorgezondheid.nl

Nederlandse referentie	Zij er Nederlandse referentiegegevens uit de algemene bevolking beschikbaar? Zijn er normen voor de algemene populatie beschikbaar en zijn ze voldoende?
Referentie doelgroepen	Zijn er referentiegegevens voor bepaalde doelgroepen, zoals specifieke allochtone groepen?
Internationale referentie	Als geen Nederlandse referentiegegevens beschikbaar, zijn er internationale gegevens beschikbaar?
Rampenonderzoek NL	Is het instrument eerder in gezondheidsonderzoek na rampen in Nederland gebruikt? Zo ja, na welke ramp(en)?
Verkrijgbaarheid	
Bijzonderheden	
Verkrijgbaarheid	Bij welke organisatie is het instrument verkrijgbaar? (contactpersoon, telefoon, e-mail, website)
Kosten	Zijn er kosten verbonden aan gebruik van het instrument? Wat zijn de kosten?
Literatuur	
Kernpublicatie/ handleiding	Wat is de kernpublicatie / handleiding van instrument? Hierin staat vaak ook enkele beoordelingscriteria.
Publicaties	Zijn er vanaf 2000 publicaties verschenen over instrument (bijv. validatie, referentiecijfers voor de Nederlandse bevolking)?

Bijlage 2 Kenmerken en criteria van vragenlijstinstrumenten voor volwassenen per gezondheidsindicator

Tabel B 1: Vragenlijstinstrumenten voor ervaren gezondheid en kwaliteit van leven: enkelvoudige vragen

Instrument*	CBS single item ervaren gezondheid	CBS single item geluk	CBS single item tevredenheid
Meetpretentie	Ervaren gezondheidstoestand	Geluk	Tevredenheid
Populatie	Algemene bevolking	Algemene bevolking	Algemene bevolking
Interpretatieniveau	Groep	Groep	Groep
Aantal items	1 item	1 item	1 item
Begripsvaliditeit	Voldoende	Onvoldoende	Onvoldoende
Criteriumvaliditeit	Nvt	Nvt	nvt
Betrouwbaarheid	Onvoldoende	Onvoldoende	Onvoldoende
Monitor gezondheid	Nee, maar vraag is vergelijkbaar met 1 ^e vraag uit de SF-12 (lijst opgenomen in de Monitor Gezondheid, zie Tabel B 3a).	Nee	Nee
NL referentiegegevens	<ul style="list-style-type: none"> • CBS, POLS-onderzoek (Permanent Onderzoek Leefsituatie) • Tweede Nationale Studie (Nivel/RIVM) 	<ul style="list-style-type: none"> • CBS, POLS-onderzoek (Permanent Onderzoek Leefsituatie) 	<ul style="list-style-type: none"> • CBS, POLS-onderzoek (Permanent Onderzoek Leefsituatie)
Ervaring in NL bij rampen	<ul style="list-style-type: none"> • Jongerenenquête Cafébrand Volendam (4½ na brand) • Vogelpest-epidemie (GOVE, circa 2-8 mnd na uitbraak) 	Nee	Nee
Kosten	Gratis	Gratis	Gratis
Publicaties, NL	Van Sonsbeek JLA (1991). Het eigen oordeel over de gezondheid; methodische effecten bij het gezondheidsoordeel in gezondheidsenquêtes. Maandbericht gezondheid (CBS) 91/9:15-23.	Furer JW, König-Zahn C, Tax B (1995). Het meten van de gezondheidstoestand; Beschrijving en evaluatie van vragenlijstinstrumenten. 3. Psychische gezondheid. Assen: Van Gorcum.	Furer JW, König-Zahn C, Tax B (1995). Het meten van de gezondheidstoestand; Beschrijving en evaluatie van vragenlijstinstrumenten. 3. Psychische gezondheid. Assen: Van Gorcum.

*Voor ieder instrument is een factsheet met meer informatie op te vragen bij het CGOR

Tabel B 2: Vragenlijstinstrumenten voor ervaren gezondheid en kwaliteit van leven: thermometers*

Instrument	Mental Health Inventory (MHI-5)	General Health Questionnaire (GHQ)	Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand (VOEG)
Meetpretentie	Meet de algemene psychische gezondheidstoestand. De vragen zijn identiek aan de subschaal mentale gezondheid van zowel SF-36 als RAND-36	Psychisch onwelbevinden als toestand, detectie van niet-psychotische psychiatrische aandoeningen. De 28-item versie heeft vier subschalen: somatische symptomen, angst en slapeloosheid, sociaal functioneren, depressie.	Aanpassingsmoeilijkheden, stress, algemeen (on)welbevinden
Populatie	Algemene bevolking, patiënten	Patiënten (huisarts, klinisch)	Werkenden (oorspronkelijk)
Interpretatieniveau	Groep	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep
Aantal items	5 items	30 / 20 / 12 items	49 / 24 / 21 / 13 items
Begripsvaliditeit	Onbekend voor Ned. situatie; voldoende voor subschaal Mentale Gezondheid binnen SF-36 / RAND-36	Voldoende	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Nvt	Voldoende	NVT
Betrouwbaarheid	Onbekend voor Ned. situatie; voldoende voor subschaal Mentale Gezondheid binnen SF36 / RAND36	Goed	Voldoende
Monitor gezondheid	Ja	Nee	Nee
NL-referentiegegevens	Sinds 2001 meet CBS de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking met de MHI-5.	Voldoende normen GHQ-12: Tweede Nationale Studie (Nivel/RIVM)	Onvoldoende normen CBS-leefsituatieonderzoeken, gezondheidsonderzoek (23 items)
Ervaring in NL bij rampen	<ul style="list-style-type: none"> • Cafébrand Volendam (4½ jaar na brand). Als onderdeel van RAND-36: • Vuurwerkramp Enschede 1-2-3** (Getroffenen, Controlepopulatie Tilburg, Hulpverleners; GGVE) • Legionella-epidemie (na 8 mnd, 5 jaar) Als onderdeel van SF-36: • Vliegcramp Bijlmermeer (na 8 jaar). • Legionella-epidemie (13-20 maanden na uitbraak) 	GHQ-12: <ul style="list-style-type: none"> • Vliegcramp Bijlmermeer (na 8 jaar) 	VOEG-13: <ul style="list-style-type: none"> • Vuurwerkramp Enschede 1-2-3 (Getroffenen, Controlepopulatie Tilburg, Hulpverleners; GGVE)
Kosten	Gratis	33-46 euro voor 12 tot 30 itemversies per 50 exemplaren vragenlijst. Contact: permissions@nfer-nelson.co.uk en www.nfer-nelson.co.uk	Gratis
Publicaties, NL	Hoeymans N et al. (2004). Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. Health Qual Life Outcomes 2: 23-29.	Koeter MWJ en Ormel J (1991). General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger	Dirken JM (1967). Arbeid en Stress; het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties. Groningen: HD Tjeenk Willink. Visser, A.Ph. (1983). De betekenis van de VOEG: enkele gegevens over de begripsvaliditeit. Gezondheid en samenleving 4: 177-188.

* Thermometers zijn een categorie vragenlijstinstrumenten waar geen eenduidig concept aan ten grondslag ligt; deze vragenlijstinstrumenten geven aan dat er iets aan de hand is, maar niet precies wat.

**Enschede 1=meting na 2-3 weken, 2=na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 3a: Vragenlijstinstrumenten voor ervaren gezondheid en kwaliteit van leven: meerschalgige instrumenten*

Instrument	RAND-36 Health Survey (RAND-36)	MOS 36-item short form health survey (SF-36)	CDC Health Related Quality of Life (CDC-HRQL-4)	World Health Organization Quality of Life Assessment, (WHOQOL-100)	World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)
Meetpretentie	Lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid, ervaring van gezondheid, lichamelijke pijn, ervaren vitaliteit, gezondheidsverandering	Lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid, ervaring van gezondheid, lichamelijke pijn, ervaren vitaliteit, gezondheidsverandering	Ervaren gezondheid, aantal ongezonde dagen door lichamelijke en psychische problemen, aantal dagen beperking dagelijkse activiteiten	Subjectieve kwaliteit van leven (gezondheidstoestand)	Subjectieve kwaliteit van leven (gezondheidstoestand)
Populatie	Algemeen, patiënten	Algemeen, patiënten, ouderen bij lage morbiditeit	Algemeen	Algemeen, patiënten (chronisch)	Algemeen, patiënten (chronisch en GGZ)
Interpretatieniveau	Groep	Groep	Groep	Groep en individueel	Groep
Aantal items	36 items	36/ 20/ 12 items	4 items	100 items	26 items
Begripsvaliditeit	Voldoende	Voldoende (20 items onvoldoende; 12 items wrs voldoende)	Goed	Onvoldoende	Goed
Criteriumvaliditeit	nvt	nvt	Onbekend, nvt	Onvoldoende	Onbekend, nvt
Betrouwbaarheid	Goed	Voldoende	Goed	Voldoende	Goed
Monitor gezondheid	Nee	Ja (SF-12)	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Onvoldoende normen, representativiteit niet te beoordelen	Voldoende, groepsniveau SF-12: CBS-Pols, CBS-Statline SF-36: 2e Nationale Studie (Nivel/RIVM)	Onvoldoende normen, wel referentie stad Utrecht	Normen onvoldoende	Geen referentiegegevens specifiek voor Nederland
Ervaring in NL bij rampen	<ul style="list-style-type: none"> Legionella-epidemie (na 8 maanden, 5 jaar) Vuurwerkcramp Enschede 1-2-3** (GGVE, controlepopulatie Tilburg) 	<ul style="list-style-type: none"> SF-36: Vliegcramp Bijlmermeer (na 8 jaar) SF-36: Legionella-epidemie (13-20 mnd na uitbraak) SF-12: Vogelpest-epidemie (ca 2-8 mnd na uitbraak) 	Nee	Nee	Nee
Kosten	Na overleg met auteurs onder bepaalde voorwaarden vrij te gebruiken.	Strictly copyrighted, betaling behalve voor unfunded academic research	Gratis	Gratis	Gratis
Publicaties, NL	Zee KI van der en Sanderman R (1993). Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Handleiding. Groningen: NCG /RUG.	Ware JE en Sherbourne CD (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. Med Care 30: 473-81. Aaronson NK, et al (1998). Translation, validation and norming of the Dutch language version of the SF-36 health survey in community and chronic disease populations. J Clin Epidemiol 51: 1055-68.	Toet J et al (2006). Validation of the Dutch version of the CDCcore healthy days measures in community sample. Qual Life Res 15: 179-184.	Vries J de (1996). Beyond health status. Construction and validation of the Dutch WHO Quality of Life Assessment Instrument. Tilburg: KUB; De Vries J et al (1997). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL-100) validation study with the Dutch version. Eur J Psychol Assess 13: 164-78.	WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life Assessment. Psychol Med 28: 551-558. Trompenaars FJ et al. (2005). Content validity, construct validity and reliability of the WHOQoL-BREF in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. Qual Life Res 14: 151-160.

* Meerschalgige instrumenten bestaan uit meerdere gezondheidsdimensies, waarbij elke dimensie een score krijgt; een overall score van het instrument heeft geen betekenis.

**Enschede 1=meting na 2-3 weken, 2=na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 3b: *Vragenlijstinstrumenten voor ervaren gezondheid en kwaliteit van leven: meerschalgige instrumenten**

Instrument	Eurohis-Qol	COOP/WONCA	EuroQol (EQ-5D)	EuroQol (EQ-6D)	Sickness Impact Profile (SIP)	Nottingham Health Profile (NHP)
Meetpretentie	Subjectieve kwaliteit van leven (gezondheidstoestand)	Ervaren gezondheid, psychisch welbevinden en activiteitenbeperkingen	Gezondheidstoestand, kwaliteit van leven	Gezondheidstoestand, kwaliteit van leven incl. cognitief functioneren	Gezondheidsgerelateerde functionele toestand	Ervaren lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen en belemmeringen van dagelijkse activiteiten.
Populatie	Algemene bevolking, patiënten (chronisch)	Patiënten (huisarts), ouderen	Patiënten, ouderen met hogere morbiditeit	Patiënten	Patiënten (chronisch), ouderen	Patiënten, ouderen
Interpretatieniveau	Groep	Groep	Groep	Groep	Groep	Groep
Aantal items	8 items	6 items	5 items	6 items	136 en 68	38 items
Begripsvaliditeit	Niet gevalideerd in Nederland	Voldoende	Onvoldoende	Onvoldoende	Onvoldoende (te weinig of geen onderzoek)	Onvoldoende
Criteriumvaliditeit	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Betrouwbaarheid	Onbekend	Onvoldoende	Onvoldoende	Onvoldoende	Voldoende	Voldoende
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens*	Geen referentiegegevens Nederland, wel voor 10 andere Europese landen	Onvoldoende normen	Onvoldoende normen, binnenkort referentie NL algemene populatie	Onvoldoende normen, binnenkort referentie NL algemene populatie	Geen normen individueel gebruik, 136 items wel groepsscore	Geen normen individueel gebruik
Ervaring in NL bij rampen	Nee	Nee	• Vliegkamp Bijlmermeer (MOVB-effectonderzoek, na 8 jaar)	Nee	Nee	Nee
Kosten	Onbekend	Gratis. Verwijzing naar de oorspronkelijke bronnen wordt aangeraden (Nelson et al., 1987; Scholten en Van Weel, 1991; Van Weel et al., 1995).	Gratis voor niet-commercieel gebruik	Gratis voor niet-commerciele doeleinden. Wel dient het gebruik te worden aangevraagd bij www.euroqol.org	Onbekend	Ja, strictly copyrighted.
Publicaties, NL		van Weel C, et al. (1995). Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts, A manual. Groningen: NCG, RUG.	Euroqol Group (1995). EQ-5D User Guide. R'dam: Sanders Instituut, Erasmus MC.	Hoeymans N et al. (2005) The health status of the Dutch population as assessed by the EQ-6D. Qual Life Res 2005; 14: 655-63	Luttik A et al. (1987). De Sickness Impact Profile. Nederlandse versie. Utrecht: RU, vakgroep Huisartsgeneeskunde. De Bruin AF et al. (1997) Assessing the Responsiveness of a Functional Status Measure: The Sickness Impact Profile Versus the SIP-68. J Clin Epidemiol 50: 529-40.	Erdman RAM en Passchier J (1994). Handleiding NHP, Nottingham Health Profile, de geautoriseerde Nederlandse versie. Rotterdam: Erasmus Universiteit, St. CEPPOR, Inst. Med. Psychologie/ Psychotherapie.

* Meerschalgige instrumenten bestaan uit meerdere gezondheidsdimensies, waarbij elke dimensie een score krijgt; een overall score van het instrument heeft geen betekenis.

Tabel B 4: *Vragenlijstinstrumenten voor ervaren gezondheid en kwaliteit van leven: meerschalgige instrumenten met thermometerfunctie**

Instrument	General Health Questionnaire (GHQ-28)	Symptom Check List (SCL-90)	Brief Symptom Inventory (BSI)	Hopkins Symptom Checklist (HSCL)	Outcome Questionnaire (OQ-45)	Vier dimensionale klachtenlijst (4DKL)
Meetpretentie	Psychisch onwelbevinden als toestand.	Recent ervaren klachten, lichamelijk en psychisch, tbv screening van psychopathologie.	Screening van psychopathologie in de bevolking (nieuwe ingekorte versie SCL-90)	Psychisch en/of lichamelijk onwelbevinden	Psychische klachten, interpersoonlijk functioneren en functioneren in de maatschappelijke rol	Algemene distress, Depressie, Angst, Somatisatie
Populatie	Algemene bevolking, patiënten (huisarts, klinisch)	Algemene bevolking, patiënten (psych.)	Algemene bevolking, patiënten	Algemene bevolking, patiënten	Algemene bevolking, patiënten	Werkenden, patiënten (huisarts)
Interpretatieniveau	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep, individueel onbekend	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep en individueel	Groep en individueel (geen diagnostiek)
Aantal items	28 items	90 items	53 items	57 items	45 items	50 items
Begripsvaliditeit	Voldoende	Goed	Goed	Voldoende	Onbekend	Goed
Criteriumvaliditeit	Onbekend	Goed	Onbekend	Voldoende	Onbekend	Voldoende
Betrouwbaarheid	Goed	Goed	Voldoende	Voldoende	Voldoende	Voldoende
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Voldoende normen	Voldoende normen	Genormeerd voor steekproef algemene bevolking en patiëntenpopulatie.	Goede normen	Genormeerd voor 3 groepen: psychologie studenten, algemene bevolking en psychiatrische patiënten	Onvoldoende normen
Ervaring in NL bij rampen	Nee	<ul style="list-style-type: none"> Legionella-epidemie (na 5 jaar) Vliegcramp ijmermeer (MOVB, na 8 jaar) Vuurwerkramp Enschede 1-2-3** (GGVE) 	Nee	Nee	Nee	Nee
Kosten	33-46 euro voor 12 tot 30 itemversies per 50 exemplaren vragenlijst. Contact: permissions@nfer-nelson.co.uk en www.nfer-nelson.co.uk	Vragenset is niet vrij te gebruiken. Kosten per vragenlijst: € 58,20 per 50 vragenlijstinstrumenten.	Voor niet-commercieel gebruik gratis	Handleiding € 36,80 Vragenlijstinstrumenten € 54,90 voor 50 st. Sleutel € 43,73 www.harcourt.nl	Kosten afhankelijk van de grootte van de organisatie. Zie: http://www.oqmeasures.com/LicenceAggrement2005.pdf	Handleiding, set vragenlijstinstrumenten, scoreformulier € 84,-; € 59,- per 50 vragenlijstinstrumenten; Computer versie € 111,-
Publicaties, NL	Koeter MWJ en Ormel J (1991). General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger	Arrindell WA en Ettema JHM (1986). Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. Lisse: Swets en Zeitlinger.	De Beurs E en Zitman F (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. MGv 61: 120-141.	Luteijn F et al. (1984). Handleiding HSCL. Lisse: Swets en Zeitlinger.	De Beurs et al. (2005). De Outcome Questionnaire: een meetinstrument voor meer dan alleen psychische klachten. Leiden: LUMC-Psychiatrie	Terluin B (2002). De VierDimensionale Klachtenlijst (4DKL). Handleiding. Terluin B (1996). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts en Wetenschap 39: 538-547.

* Deze groep instrumenten meet naast een overall score die als thermometer fungeert, ook afzonderlijke dimensies.

**Enschede 1=meting na 2-3 weken, 2=na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 5: Vragenlijstinstrumenten voor lichamelijke (onverklaarde) klachten

Instrument	Lichamelijke klachten vragenlijst (LKV)	General Health Questionnaire (GHQ-28), somatische subschaal	Symptom Check List (SCL-90), somatization sub-scale	Brief Symptom Inventory (BSI), somatische sub-schaal	Hopkins Symptom Checklist (HSCL-57), somatische sub-schaal
Meetpretentie	Lichamelijk, vaak onverklaarde, klachten	Somatische symptomen	Recent ervaren klachten die met lichamelijk disfunctioneren samenhangen	Somatische klachten	Lichamelijk onwelbevinden, somatische klachten
Populatie	Algemene bevolking, patiënten	Algemene bevolking, patiënten (huisarts, klinisch)	Algemene bevolking, patiënten (GGZ)	Algemene bevolking, patiënten (GGZ)	Algemene bevolking, patiënten (GGZ)
Interpretatieniveau	Groep en individueel	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep, individueel onbekend	Groep en individueel (geen diagnostiek)
Aantal items	51 items	7 items	12 items	7 items	8 items
Begripsvaliditeit	Niet gevalideerd	Onbekend	Goed	Voldoende	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Idem	Onbekend	Goed	Voldoende	Voldoende
Betrouwbaarheid	Onbekend	Goed	Goed	Goed	Voldoende, interne consistentie matig
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Normgegevens NL populatie www.psychiatrieweb.nl	Voldoende normen	Voldoende normen	Referentiegegevens voor algemene bevolking en psychiatrische patiënten.	Goede normen
Ervaring in NL bij rampen	Nee	Nee	<ul style="list-style-type: none"> Legionella-epidemie (na 5 jaar) Vliegramp Bijlmermeer (MOVB) Vuurwerkramp Enschede1-2-3* (GGVE) 	Nee	Nee
Kosten	Gratis, bij vermelding dat het gaat om de 'Lichamelijke Klachten Vragenlijst' en van bronvermelding: A.M. van Hemert. Lichamelijke Klachten Vragenlijst. Leids Universitair Medisch Centrum, 2003.	32-45 euro voor 12 tot 30 itemversies per 50 exemplaren vragenlijst	Vragenset is niet vrij te gebruiken. Kosten per vragenlijst: € 58,20 per 50 vragenlijstinstrumenten.	Niet gratis. Handleiding en 50 lijsten € 113,00. Zie www.pitsonline.nl	Handleiding € 36,80 Vragenlijstinstrumenten € 54.90 voor 50 st. Sleutel € 43.73 www.harcourt.nl
Publicaties, NL	Geen handleiding. De Waal MWM et al. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional limitations and co-morbidity with anxiety and depressive disorders according to DSM IV. Br J Psychiatry 184: 470-476.	Koeter MWJ en Ormel J (1991). General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger	Arrindell WA en Ettema JHM (2005). Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.	De Beurs E en Zitman F (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. MGV 61: 120-141.	Luteijn F et al. (2003). Handleiding HSCL-57. Amsterdam: Harcourt Assessment BV. van Kamp I en Stoop LAM (1986). De Hopkins Symptom Checklist bij epidemiologisch onderzoek. Ned T vd Psychologie.; 41: 369-373.

*Enschede 1=meting na 2-3 weken, 2=na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 6: *Vragenlijstinstrumenten voor lichamelijke (onverklaarde) klachten*

Instrument	Vragenlijst voor Onderzoek van de ervaren gezondheidstoestand (VOEG)	Vier Dimensionale Klachten Lijst (4DKL)	Screening for somatoform symptoms (SOMS)	Subjective Health Complaints Inventory (SHCI)	Bradford Somatic Inventory (BSI)
Meetpretentie	Algemeen onwelbevinden dmv lichamelijke klachten	Lichamelijke, vaak onverklaarde, klachten die vaak in verband worden gebracht met stress	Vóórkomen en ernst van lichamelijk, vaak onverklaarde, klachten; volgens somatisatie stoornis DSM-IV	Ernst en duur van subjectieve lichamelijke klachten, doet geen uitspraken over attributies of medische diagnose	Somatische klachten die vaak geassocieerd zijn met angst en depressie.
Populatie	Werkenden (oorspronkelijk)	Werkenden, patiënten (huisarts)	Algemene bevolking, patiënten	Werkenden	Patiënten
Interpretatieniveau	Groep	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep en individueel	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep en individueel
Aantal items	13 items	16 items	53 items	29 items	44 items
Begripsvaliditeit	Voldoende	Goed	Niet vertaald en gevalideerd in NL	Niet vertaald en gevalideerd in NL	Niet vertaald en gevalideerd in NL
Criteriumvaliditeit	nvt	Onbekend	Idem	Idem	Idem
Betrouwbaarheid	Voldoende	Voldoende	Idem	Idem	Idem
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Onvoldoende normen	Onvoldoende normen voor algemene populatie	Ontwikkelt voor Duitse algemene populatie, geen NL referentiegegevens	Ontwikkelt voor Noorse werkende populatie	Multi-etnische schaal, ontwikkeld met Pakistaanse, Engelse, Indiase en Nepalese patiënten
Ervaring in NL bij rampen	Vuurwerkcramp Enschede 1-2-3* (GGVE)	Nee	Nee	Nee	Nee, wel gebruikt door J Havenaar bij onderzoek in Tsjernobyl.
Kosten	Onbekend	Handleiding, set vragenlijstinstrumenten, scoreformulier € 84,-; € 59,- per 50 vragenlijstinstrumenten; Computer versie € 111,-	Gratis. Aan de Duitse versie zijn rechten verbonden.	Gratis	Onbekend
Publicaties, NL	Van Sonsbeek JLA, (1990).VOEG: klaaglijsjt of lijst met gezondheidsklachten? Statistische onderzoeken M37 Den Haag: CBS. Joosten J en Drop MJ (1987). De betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de drie versies van de VOEG. Gezondheid en samenleving 8: 251-265.	Terluin B (2002). De VierDimensionale Klachtenlijst (4DKL). Handleiding. www.datec.nl/4dkl	Rief W et al. (1997). Das Screening fur somatoforme Storungen SOMS [The screening for somatoform symptoms] Manual zum Fragebogen. Bern: Huber-Verlag.	Geen handleiding www.isbm.info/insuhc/ Eriksen HR et al (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. Eur J Public Health 8: 294-298.	Geen handleiding. Mumford D (1991). The Bradford Somatic Inventory. Nurs Times 87: 52-53.

*Enschede 1=meting na 2-3 weken, 2=na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 7: *Vragenlijstinstrumenten voor vermoeidheid*

Instrument	Multidimensionale vermoeidheidsindex (MVI-20)	Checklist individuele spankracht (CIS)	Verkorte Vermoeidheids Vragenlijst (VVV)	Fatigue Assessment Scale (FAS)
Meetpretentie	Aanhoudende vermoeidheid, state	Moeheid als 'trait'	Subjectieve lichamelijke vermoeidheid	Chronische vermoeidheid
Populatie	Werkenden, patiënten (huisarts, GGZ)	Patiënten	Patiënten	Werkenden
Interpretatieniveau	Groep	Individueel	Individueel (geen diagnostiek)	Onbekend
Aantal items	20 items	20 items	4 items	10 items
Begripsvaliditeit	Voldoende	Voldoende	Voldoende	Goed
Criteriumvaliditeit	nvt	Voldoende	Voldoende	Onbekend
Betrouwbaarheid	Voldoende	Goed	Voldoende	Goed
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Geen normen	Voldoende normen	Voldoende normen	Onvoldoende normen
Ervaring in NL bij rampen	Nee	• Vliegcramp Bijlmermeer (bewoners en hulpverleners, MOVb, na 8 jaar)	Nee	Nee
Kosten	Gratis te gebruiken voor (academische) onderzoeksdoeleinden. De onderzoekers kunnen het verzoek krijgen de data te delen met de auteurs voor validatie onderzoek. Gebruikers dienen te verwijzen naar: Smets EMA, Garssen B, Bonke B and Haes de JCJM (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI); Psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom Res, 39, 315-325.	Gratis	Gratis	Gratis. De lijst kan worden opgevraagd bij prof.dr. De Vries. Universiteit van Tilburg. Vakgroep Medische Psychologie. J.devries@uvt.nl
Publicaties NL	Smets EMA, et al. (1995). Multidimensionale Vermoeidheids Index, MVI-20. Handleiding. Amsterdam: Medische Psychologie, UvA. Smets EMA, et al. (1995). The multidimensional Fatigue Inventory (MFI): psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom Res 39, 315-325.	Vercoulen, et al. (1994). Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. J Psychosom Res 38: 383-92. Beurskens et al. (2000). Fatigue among working people: validity of a questionnaire measure. Occup Environ Med 2000;57:353-357.	Alberts M, et al. (1997). 'Verkorte Vermoeidheidsvragenlijst': een praktisch hulpmiddel bij het scoren van vermoeidheid. NTVG 141: 1526-30.	Michielsen HJ, et al. (2003). Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure The Fatigue Assessment Scale. J Psychosom Res 54: 345-352.

Tabel B 8: *Vragenlijstinstrumenten voor slaapproblemen/-kwaliteit*

Instrument	Subschaal vermoeidheid, Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)	Subschaal Herstelbehoefte, Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)	Groningen Slaap Kwaliteitschaal (GSKS)	Symptoms Check List (SCL-90), subschaal slaapproblemen	General Health Questionnaire (GHQ-28), subschaal slapeloosheid
Meetpretentie	Vermoeidheid tijdens het werk, SEB (schaal (voor) ervaren belasting)	Psychische vermoeidheid op/ door werk, herstelbehoefte	Slaapkwaliteit	Recent ervaren slaapklasten voor screening	Slapeloosheid, angst; meet meer angst dan slapeloosheid
Populatie	Werkenden	Werkenden	Werkenden	Algemene bevolking, patiënten (GGZ)	Algemene bevolking, patiënten (huisarts, klinisch)
Interpretatieniveau	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep en individueel (geen diagnostiek)
Aantal items	8 items	12 items	14 items	3 items	7 items
Begripsvaliditeit	Niet onderzocht	Goed	Goed	Goed	Onvoldoende
Criteriumvaliditeit	Voldoende	Voldoende	Goed	Goed	Onvoldoende
Betrouwbaarheid	Goed	Goed	Goed	Goed	Goed
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Onvoldoende normen, veel referentiemateriaal bij werknemers	Onvoldoende normen, veel referentiemateriaal bij werknemers	Normen onvoldoende of niet bewezen representatief	Voldoende normen	Onbekend of NL referentiegegevens bestaan.
Ervaring in NL bij rampen	Nee	<ul style="list-style-type: none"> Vogelpest-epidemie (GOVE, ca. 2-8 mnd na uitbraak: stressreacties, psychische vermoeidheid, slaapklasten) Vuurwerkramp Enschede 3 (GGVE, na 4 jaar) 	<ul style="list-style-type: none"> Vuurwerkramp Enschede (GGVE, 1-2-3*) (10 items) 	<ul style="list-style-type: none"> Hercules vliegramp (na 4 jaar) Legionella-epidemie (na 5 jaar) Vliegramp Bijlmermeer (MOVB, na 8 jaar) Vuurwerkramp Enschede (GGVE, 1-2-3*) 	Geen
Kosten	Niet gratis. Eigendomsrechten liggen bij SKB Vragenlijst Service. Voor informatie over kosten: info@skb.nl	Niet gratis. Eigendomsrechten liggen bij SKB Vragenlijst Service. Voor informatie over kosten: info@skb.nl	Gratis	Vragenset is niet vrij te gebruiken. Kosten per vragenlijst. € 58,20 per 50 vragenlijstinstrumenten	Onbekend
Publicaties, NL	Van Veldhoven M, et al. (2002) Handleiding VBBA: Onderzoek naar de beleving van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress met behulp van de vragenlijst beleving en beoordeling van de arbeid. Amsterdam: SKB.		Meijman TF, et al. (1988). The evaluation of the Groningen Sleep Quality Scale (HB 88-13-EX). Groningen: RUG.	Arrindell WA en Ettema JHM (1986). Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. Lisse: Swets en Zeitlinger.	Koeter MWJ en Ormel J (1991). General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger

*Enschede 1=meting na 2-3 weken, 2=na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 9: *Vragenlijstinstrumenten voor angst*

Instrument	Zelfbeoordelings-vragenlijst (ZBV)	Symptom checklist (SCL-90), subschaal angst	Symptom checklist (SCL-8D)	Brief Symptom Inventory (BSI) subschaal angst	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
Meetpretentie	Toestandsangst (angst op moment) en angstdispositie (angstige persoonlijkheid)	Recent ervaren klachten ten behoeve van screening van psychopathologie	Angst, depressie	Angst	Angst en depressie
Populatie	Algemene bevolking, patiënten (GGZ, klinisch), jongeren (15+), ouderen	Algemene bevolking, patiënten (GGZ)	Patiënten (huisarts, ziekenhuis)	Algemene bevolking, patiënten (GGZ)	Patiënten (GGZ)
Interpretatieniveau	Groep en individueel	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep	Groep, individueel onbekend	Groep
Aantal items	40 items	10 items	8 items	6 items	14 items
Begripsvaliditeit	Voldoende	Goed	Niet specifiek gevalideerd in NL	Voldoende	Onvoldoende
Criteriumvaliditeit	Voldoende	Goed	Idem	Onbekend	Onvoldoende
Betrouwbaarheid	Goed	Goed	Idem	Voldoende	Goed
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentie-gegevens	Voldoende normen	Voldoende normen	Lijst gebruikt in Europese studie (Nederland, Spanje, Itale, Portugal, Denemarken, Hongarije, Duitsland).	Genormeerd voor steekproef algemene bevolking en patiëntenpopulatie	Onvoldoende normen, niet representatief
Ervaring in NL bij rampen	Nee	<ul style="list-style-type: none"> • Hercules vliegcramp (na 4 jr) • Legionella-epidemie (na 5 jr) • Vliegcramp Bijlmermeer (MOVB, na 8 jaar) • Vuurwerkcramp Enschede 1-2-3* (GGVE) 	Nee	Nee	<ul style="list-style-type: none"> • Vliegcramp Bijlmermeer (MOVB, na 8 jaar)
Kosten	€ 27,45 voor 50 formulieren	Vragenset is niet vrij te gebruiken. Kosten per vragenlijst. € 58,20 per 50 vragenlijstinstrumenten	Onbekend	Niet gratis. Handleiding en 50 lijsten € 113,00. Zie www.pitsonline.nl	Gratis
Publicaties, NL	Ploeg HM vd (2000). Handleiding bij de Zelfbeoordelings Vragenlijst, ZBV (2e gewijzigde druk). Lisse: Swets en Zeitlinger. Van der Bij AK et al. (2003). Validation of the Dutch Short Form of the State Scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory: considerations for usage in screening outcomes. Community Genet 6: 84-87.	Arrindel WA en Ettema H (1981). Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de symptom checklist (SCL-90). Ned T vd Psychol 36: 77-108.	Fink et al. (1995) Psychiatric morbidity in primary public health care: a nordic multicentre investigation. Acta Psychiatr Scand; 92: 409-418. De Jonge P. et al. (2001). Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results from a European study. J Adv Nurs 36(3), 355-363.	De Beurs E en Zitman F (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. MGv 61: 120-141.	Spinhoven Ph et al. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. Psychol Med 27: 363-370.

*Enschede 1=meting na 2-3 weken, 2=na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 10: *Vragenlijstinstrumenten voor angst*

Instrument	Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ)	Vier dimensionale klachtenlijst (4DKL), subschaal angst	Kessler Distress Scale (K10)
Meetpretentie	Angst en depressie	Distress, Depressie, Angst, Somatisatie	Screenen van psychologische distress, in het bijzonder angst en depressie
Populatie	Algemene bevolking, patiënten	Patiënten (huisarts), werkenden	Algemene bevolking
Interpretatieniveau	Onbekend	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep, individueel onbekend
Aantal items	90 items	12 items	10 items
Begripsvaliditeit	Niet gevalideerd in NL, onderzoek is gaande.	Goed	Niet gevalideerd in NL
Criteriumvaliditeit	Idem	Voldoende	Idem
Betrouwbaarheid	Idem	Voldoende	Idem
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Ja
NL referentiegegevens	Normen van algemene populatie en poliklinische patiënten van ambulante volwassenenzorg (zie www.psychiatrienet.nl)	Onvoldoende, niet representatief	Geen NL normen, wel meegenomen in NESDA-onderzoek
Ervaring in NL bij rampen	Nee	Nee	Nee
Kosten	Gratis	Handleiding, set vragenlijstinstrumenten, scoreformulier € 84,-; € 59,- per 50 vragenlijstinstrumenten; Computer versie € 111,-	Onbekend
Publicaties, NL	Buitenlands: Clark en Watson (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. <i>J Abnorm Psychol.</i> 100: 316-36.	Terluin B (2002). De VierDimensionale Klachtenlijst (4DKL). Handleiding. Terluin B, et al. (2004). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. <i>Workenstress</i> 18: 187-207.	Buitenlands: Kessler RC et al. (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. <i>Psychol Med</i> 2002; 32: 959-976.

Tabel B 11: *Vragenlijstinstrumenten voor depressie en depressieve symptomen*

Instrument	Beck depressieschaal	Zung zelfbeoordelingschaal voor depressie	Symptom Check List (SCL-90), subschaal depressie	Symptom checklist (SCL-8D)	VROPSOM-lijsten
Meetpretentie	Screening intensiteit depressie	Screening frequentie depressie	Screening recent ervaren depressieve symptomen	Depressie, angst	Bepaling emotionele kant van depressiviteit
Populatie	Patiënten (GGZ), jongeren (13+)	Algemene bevolking, patiënten (klinisch en GGZ)	Algemene bevolking, patiënten (GGZ)	Patiënten (huisarts, ziekenhuis)	Patiënten (GGZ)
Interpretatieniveau	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep	Groep
Aantal items	21 items	20 items	16 items	8 items	34 items
Begripsvaliditeit	Voldoende	Voldoende	Goed	Niet specifiek gevalideerd in NL	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende, versie II onbekend	Onvoldoende	Goed	Idem	Voldoende
Betrouwbaarheid	Voldoende	Voldoende	Goed	Idem	Goed
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Onvoldoende normen	Geen normen	Voldoende normen	Europese studie (Nederland, Spanje, Italië, Portugal, Denemarken, Hongarije, Duitsland).	Onvoldoende normen
Ervaring in NL bij rampen	Nee	Nee	<ul style="list-style-type: none"> • Legionella-epidemie (na 5 jaar) • Vliegcramp Bijlmermeer (MOVb, na 8 jaar) • Vogelpest-epidemie (2-8 mnd na uitbraak) • Vuurwerkcramp Enschede 1-2-3* 	Nee	Nee
Kosten	Gratis	Onbekend	Vragenset is niet vrij te gebruiken. Kosten per vragenlijst. € 58,20 per 50 vragenlijstinstrumenten	Gratis	Alleen voor researchdoeleinden verkrijgbaar
Publicaties, NL	Beck AT, et al. (2002). Beck Depression Inventory-II. BDI-II-NL Handleiding. Ned vertaling en bewerking AJW van der Does. The Psychological Cooperation / Hartcourt. Bouman TK et al. (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory BDI. Gedrag 13: 13-24.	Dijkstra P (1974). De zelfbeoordelingschaal voor depressie van Zung. In: HM van Praag en HGM Rooymans (red.). Stemming en Ontstemming (p 98-120). A'dam: De Erven Bohn. Mook J, et al. (1990). Een herziene Nederlandse versie van de Zung-schaal als maat voor dispositionele depressiviteit. Tijdschr Psychiatrie 32; 4: 253-64.	Arrindell WA en Ettema JHM (1986). Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. Lisse: Swets en Zeitlinger.	Fink ea. (1995). Psychiatric morbidity in primary public health care: a Nordic multicentre investigation. Acta Psychiatr Scand 92: 409-418. De Jonge P. et al. (2001) Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results from a European study J Adv Nurs 36: 355-363.	Rooijen L van (1977). Enige gegevens over de VROPSOM lijsten voor de bepaling van depressieve gevoelens (Onderzoeksmemorandum RM-PS 77-01). A'dam: VU, Sociale Psychologie Van Rooijen en Arrindell (1987). Depressieve gevoelens bij psychiatrische patiënten en hun partners: betrouwbaarheid van validiteit van de VROPSOM-lijsten. Gedrag en Gezondheid 15: 65.

**Enschede 1=na 2-3 weken, 2=na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 12: *Vragenlijstinstrumenten voor depressie en depressieve symptomen*

Instrument	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Brief Symptom Inventory (BSI), subschaal depressie	Center for Epidemiologic studies Depression Scale, (CES-D), voor ouderen	Centre for Epidemiologic studies Depression Scale (CES-D), NCG-versie	Vier dimensionale klachtenlijst (4DKL), subschaal depressie	General Health Questionnaire (GHQ-28), subschaal depressie
Meetpretentie	Angst en depressie	Depressieve symptomen	Depressieve symptomen	Depressieve symptomen	Depressie	Depressie
Populatie	Patiënten	Algemene bevolking, patiënten (GGZ)	Ouderen (55+)	Algemene bevolking, patiënten	Patiënten (huisarts), werkenden	Algemene bevolking, patiënten (huisarts, klinisch)
Interpretatieniveau	Groep	Groep, individueel onbekend	Groep	Groep	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep en individueel (geen diagnostiek)
Aantal items	14 items	6 items	20 items	20 items	6 items	7 items
Begripsvaliditeit	Goed	Voldoende	Onvoldoende	Voldoende	Goed	Onbekend
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende	Onbekend	Onvoldoende	Onvoldoende	Goed	Voldoende
Betrouwbaarheid	Goed	Voldoende	Voldoende	Goed	Goed	Goed
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Onvoldoende normen	Genormeerd voor steekproef algemene bevolking en patiëntenpopulatie	Onvoldoende normen Wel vergelijking met gemiddelde scores van diverse groepen	Onvoldoende normen Wel vergelijking met gemiddelde scores van diverse groepen	Onvoldoende, niet representatief	Onbekend of NL referentiecijfers bestaan
Ervaring in NL bij rampen	• Vliegramp Bijlmermeer (MOVB, na 8 jaar)	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Kosten	Gratis	Niet gratis. Handleiding en 50 lijsten € 113,00. Zie www.pitsonline.nl	Gratis	Gratis	Handleiding, set vragenlijstinstrumenten, scoreformulier € 84,-; € 59,- per 50 vragenlijstinstrumenten; Computer versie € 111,-	33-46 euro voor 12 tot 30 itemversies per 50 exemplaren vragenlijst
Publicaties, NL	Spinhoven Ph, et al. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. <i>Psychol Med</i> 27:363-370. Kuijpers, et al. (2003). Validity of the Hospital Anxiety and Depression scale for use with patients with non-cardiac chest pain <i>Psychosomatics</i> 44; 329-35.	De Beurs E en Zitman F (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. <i>MGV</i> 61: 120-141.	Beekman ATF, et al. (1994). Een screeningsinstrument voor depressie bij ouderen in de algemene bevolking: de bruikbaarheid van de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). <i>T.v. Gerontologie en Geriatrie</i> , 25: 95-103.	Bouma J, et al. (1995). Het meten van symptomen van depressie met de CES-D. Een handleiding. Groningen: RU, NCG.	Terluin B (2002). De VierDimensionale Klachtenlijst (4DKL). Handleiding. Terluin B, et al (2004). The Four Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and Other mental health problems in a working population. <i>Workenstress</i> vol.18 (3): 187-207	Koeter MWJ en Ormel J (1991). General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger

Tabel B 13: *Vragenlijstinstrumenten voor depressie en depressieve symptomen*

Instrument	Kessler Psychological Distress Scale (K10)	Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ)
Meetpretentie	Screenen van psychologische distress, in het bijzonder angst en depressie	Angst en depressie
Populatie	Algemene bevolking	Algemene bevolking, patiënten
Interpretatieniveau	Groep, individueel onbekend	Onbekend
Aantal items	10 items	90 items
Begripsvaliditeit	Niet gevalideerd in NL	Niet gevalideerd in NL, onderzoek is gaande.
Criteriumvaliditeit	Idem	Idem
Betrouwbaarheid	Idem	Idem
Monitor gezondheid	Ja	Nee
NL referentiegegevens	Geen NL normen, wel meegenomen in NESDA-onderzoek	Normen van algemene populatie en poliklinische patiënten van ambulante volwassenenzorg (zie www.psychiatrienet.nl)
Ervaring in NL bij rampen	Nee	Nee
Kosten	Onbekend	Gratis
Publicaties, NL	Kessler RC, et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. <i>Psychol Med</i> 2002; 32: 959-976. Clark en Watson (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. <i>J Abnorm Psychol</i> 100: 316-36	Buitenlands: Clark en Watson (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. <i>J Abnorm Psychol</i> 100(3): 316-36. Watson D et al. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult and patient samples. <i>J of Abnormal Psych</i> 104 (1):3-14

Tabel B 14: *Vragenlijstinstrumenten voor posttraumatische stresssymptomen*

Instrument	PTSD Symptom Scale-Self-Report (PSS-SR)	ZelfinventarisatieLijst voor PTSS (ZIL)	Schokverwerkingslijst (SVL)	Post traumatische stress stoornissen-zelf-scoring (PTSS-zs)	Trauma screening questionnaire (TSQ)
Meetpretentie	Vaststellen PTSS volgens DSM-IV	Vaststellen PTSS volgens DSM-IV (trauma-onafhankelijk)	Herbeleving en vermijdingsreacties	Posttraumatische stressstoornis DSM-IV	Screenen van post-traumatische stressstoornis
Populatie	Algemene bevolking (getroffenen van schokkende gebeurtenissen)	Algemene bevolking, ouderen	Algemene bevolking (getroffenen van schokkende gebeurtenissen: werk-, oorlogs-gerelateerd , ongeval/ramp)	Algemene bevolking (getroffenen van schokkende gebeurtenissen)	Algemene bevolking (getroffenen van schokkende gebeurtenissen)
Interpretatieniveau	Groep en Individueel (diagnostiek)	Groep en Individueel (diagnostiek)	Groep	Groep en Individueel (diagnostiek)	Individueel (diagnostiek)
Aantal items	17 items	22 items	15 items	17 items	10 items
Begripsvaliditeit	Goed	Voldoende?	Voldoende	Voldoende	Niet gevalideerd in NL
Criteriumvaliditeit	Voldoende	Voldoende?	Goed	Onvoldoende	Idem
Betrouwbaarheid	Voldoende	Voldoende	Goed	Voldoende	Idem
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Onbekend	3 normgroepen: trauma- en psychiatrische patiënten, lotgenoten, bevolking	Onvoldoende; Internationaal veelgebruikt bij onderzoek naar gevolgen psychotrauma	normen: onvoldoende (geen onderzoek)	Nog geen NL normen, wel vertaald, wordt momenteel gevalideerd.
Ervaring in NL bij rampen	Nee	<ul style="list-style-type: none"> Vliegramp Bijlmermeer (bewoners en hulpverleners, MOVb, na 8 jaar) 	<ul style="list-style-type: none"> Achille Lauro-scheepsramp (na 1 maand, 14 maanden) Hercules vliegramp (na 4 jr) Legionella-epidemie (na 8 maanden, 5 jaar) Vliegramp Bijlmermeer (MOVb, na 8 jaar) Vuurwerkcramp Enschede 1-2-3* (GGVE) 	<ul style="list-style-type: none"> Legionella-epidemie (13-20 maanden na uitbraak) Vliegramp Bijlmermeer (bewoners en hulpverleners, MOVb, na 8 jaar) Vuurwerkcramp Enschede 2-3* (GGVE) 	Nee
Kosten	Gratis.	ZIL Formulieren: € 30,- voor 25 stuks.	Rechten liggen bij IVP en Rolf Kleber (UU). Toestemming voor gebruik moet bij hem verkregen worden.	Gebruik is mogelijk als verwezen wordt naar AMC-groep.	Gratis. Bij gebruik wordt verzocht de data ter beschikking te stellen voor validatie. m.olff@amc.uva.nl
Publicaties, NL	Foa et al.(1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 6: 459-73. Wohlfarth et al. (2003). Screening for post traumatic stress disorder: an evaluation of two self-report scales among crime victims. Psychol Assess 15: 101-9.	Hovens JE et al. (1994). Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. J Psychosom Res 38: 383-92.	Brom D en Kleber RJ (1985). De Schok Verwerkings Lijst. Ned. T. v.v. Psychologie, 40, 164-168. Van der Ploeg E et al. (2004) Construct Validation of the Dutch version of the Impact of Event Scale. Psychol. Assessment 16: 16-26.	Carlier IVE et al. (1996). Een korte screeningstest voor de diagnose posttraumatische stress-stoornis. T v Psychiatrie 38: 624-9. Carlier IVE et al. (1998). Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder. Psychosomatic Med 60: 42-7.	Brewin CR et al. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry 181: 158-162.

*Enschede 1=meting na 2-3 weken, 2=na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 15: *Vragenlijstinstrumenten voor hostiliteit (woede/vijandigheid)*

Instrument	Zelf-analyse vragenlijst (ZAV)	Symptom Check List (SCL-90), subschaal Woede-hostiliteit	Brief Symptom Inventory (BSI), subschaal hostiliteit	Buss-Durkee hostility inventory (BDHI)
Meetpretentie	Boosheid en woede, als toestand en dispositie	Recent ervaren klachten van hostiliteit om te screenen voor psychopathologie	Hostiliteit	Hostiliteit en dispositie tot agressief gedrag
Populatie	Algemene bevolking, jongeren (12+)	Algemene bevolking, patiënten (GGZ)	Algemene bevolking, patiënten (GGZ)	Algemene bevolking, patiënten (GGZ), jongeren (13/ 15+)
Interpretatieniveau	Groep, individueel onbekend	Groep en individueel (geen diagnostiek)	Groep, individueel onbekend	Groep, individueel (geen diagnostiek)
Aantal items	20 items	6 items	5 items	40 items/ 10-15 min
Begripsvaliditeit	Goed	Goed	Voldoende	Goed
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende	Goed	Onbekend	Voldoende
Betrouwbaarheid	Goed	Goed	Voldoende	Goed
Monitor gezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Normen voldoende; NormTabellen voor mannelijke en vrouwelijke studenten, keurlingen militaire dienst en inwoners uit Leiden (1981).	Normen voldoende	Genormeerd voor steekproef algemene bevolking en patiëntenpopulatie	Normen goed
Ervaring in NL bij rampen	Nee	<ul style="list-style-type: none"> • Hercules vliegramp (hulpverleners, na 4 jaar) • Legionella-epidemie (na 5 jaar) • Vliegramp Bijlmermeer (MOVB, na 8 jaar) • Vuurwerkramp Enschede 1-2-3* (GGVE) 	Nee	Nee
Kosten	Onbekend	Vragenset is niet vrij te gebruiken. Kosten per vragenlijst. € 58,20 per 50 vragenlijstinstrumenten	Niet gratis. Handleiding en 50 lijsten € 113,00. Zie www.pitsonline.nl	Onbekend
Publicaties, NL	Van der Ploeg HM, et al. (1982). Handleiding bij de Zelf Analyse Vragenlijst, ZAV. Amsterdam: Harcourt Assessment	Arrindell WA en Ettema JHM (2005). Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. Amsterdam: Harcourt Assessment	De Beurs E en Zitman F (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. MGv 61: 120-141.	Lange A, et al. (1995). BDHI-Dutch, Buss-Durkee Hostility Inventory. Handleiding, Verantwoording en Normering van de Nederlandse Buss-Durkee Agressievragenlijst. Amsterdam: Harcourt Assessment

*Enschede 1=meting na 2-3 weken, 2=na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 16: *Vragenlijstinstrumenten voor middelengebruik (alcohol, drugs)*

Instrument	Munchen Alcohol Test (MALT)	Alcoholindex van Garretsen	CAGE en CAGE-adapated to include drugs (AID)	Indicator drugsgebruik uit Monitor Volksgezondheid	Two item conjoint screen (TICS)	Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit)
Meetpretentie	Screening van alcoholverslaving of problematiek	Aantal excessieve drinkers	Alcoholverslaving en drugsverslaving	Percentage gebruikers van cannabis en harddrugs in afgelopen 4 wkn, 12 mnd, ooit	Huidige alcohol- en drugsverslaving	Screening van alcoholverslaving of – problematiek (WHO-instrument)
Populatie	Algemene bevolking	Algemene bevolking	Patiënten	Algemene bevolking	Patiënten (huisarts)	Algemene bevolking
Interpretatieniveau	Individueel	Groep	Groep, onbekend of individueel	Groep	Individueel (geen diagnostiek)	Onbekend
Aantal items	24 items zelfbeoordeling + 7 items door arts	37 items, verkorte versie 9 items	4 items alcohol 4 items drugs	9 items	2 items	10 items
Begripsvaliditeit	Voldoende	Onbekend	Niet gevalideerd in NL	Nog niet gevalideerd	Niet gevalideerd in NL (wel vertaald)	Onbekend
Criteriumvaliditeit	Goed	Onbekend	Idem	Idem	Idem	Onbekend
Betrouwbaarheid	Voldoende	Onbekend	Idem	Idem	Idem	Onbekend
Monitor gezondheid	Nee	Ja, de vragen in de Monitor zijn afgeleid uit dit instrument.	Nee	Ja	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Genormeerd op alcoholverslaafden en niet-alcoholverslaafden.	Genormeerd door alcohol index	Niet specifiek voor NL. Voor de CAGE een gemiddelde van 11 Europese landen (waaronder Nederland, Spanje, Portugal, Italië, Denemarken, Hongarije en Duitsland) Voor de CAGE-AID geen referentiegegevens.	Standaardvraagstelling van GGD'en, dus in toekomst wel (via Monitor Gezondheid)	Nee	Onbekend
Ervaring in NL bij rampen	Nee	• Vuurwerkcramp Enschede 2-3* (GGVE).	Nee	Nee	Nee	Nee
Kosten	Gratis	Gratis	Onbekend	Gratis	Onbekend	Gratis
Publicaties, NL	Walburg JA en Limbeek J van (1987). Munchen Alcohol Test. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger.	Garretsen HFL (1983). Probleemdrinken. Lisse, SwetsZeitlinger (proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen). Meerkerk et al. (2007). Het meten van probleem drinken. Rapportage van de ontwikkeling van een verkorte vragenlijst ter meting van problematisch alcoholgebruik in de algemene bevolking. Rotterdam: Ivo.	De Jonge P et al. (2001). Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results from a European study. J Adv Nurs 36: 355-363.	Standaardvraagstellingsdocument: www.ggdennisnet.nl/kennisnet/zoeken zoeken op: standaardvraagstelling drugsmonitor (vastgesteld 18 november 2004).	Buitenlands artikel: Brown RL et al. (2001). A Two-Item Conjoint Screen for alcohol and Other Drug Problems. JABFP 14: 95-106.	Babor TF et al. (1989). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care. Geneva: WHO. Reinert DF en Allen JP (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. Clin Exp Res 26: 272-279.

*Enschede 2=meting na 18 maanden, 3=na 4 jaar.

Tabel B 17a: *Vragenlijstinstrumenten voor psychosociaal functioneren gebruikt bij gezondheidsonderzoek na rampen/calamiteiten in Nederland onder kinderen/adolescenten*

Instrument	Gedragsvragenlijst voor kinderen (Child Behavior Check List, CBCL)	Youth Self Report (YSR)	Teacher's Report Form (TRF)
Meetpretentie	Functioneren van het kind zoals door de ouder gepercipieerd	Vaardigheden en Probleemgedrag, zoals door jeugdigen zelf gepercipieerd	Vaardigheden en Probleemgedrag, zoals door leerkracht gepercipieerd
Populatie	Jeugd 4 tot en met 18 jaar. CBCL/1.5-5: versie voor 1.5-5 jarigen	Jeugd 11-18 jaar.	Jeugd 4-18 jaar. C-TRF (Caregiver-TRF): versie voor 1.5-5-jarigen
Informant	Ouder / verzorger	Jongere zelf	Leerkracht
Interpretatieniveau	Groep en individueel (geen diagnostische interpretatie)	Groep en individueel (geen diagnostische interpretatie)	Groep en individueel (geen diagnostische interpretatie)
Aantal items	140 items	129 items	130 items
Begripsvaliditeit	Goed	Voldoende	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Onbekend?	Onbekend?	Onbekend?
Betrouwbaarheid	Voldoende	Goed (alleen voor totaalscores Inter- en Externaliseren en Totale Probleemscore; overige schalen wisselend, soms onvoldoende)	Goed (alleen voor totaalscores; overige schalen wisselend, soms onvoldoende).
Monitor Jeugdgezondheid	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Genormeerd op representatieve steekproef (4-18 jaar); representatief epidemiologisch onderzoek in NL: Verhulst (4-18 jaar, 1994), TRAILS-studie (longitudinaal onderzoek onder 10-12-jarigen tot hun 24 ^e , vanaf 2001), Mental health Moroccan youth in the Netherlands (4-18 jaar, tenminste 1 ouder in Marokko geboren, 2001 en 2002).	Genormeerd op representatieve steekproef (11-18 jaar) en klinische groep (gem 14 jr); representatief epidemiologisch onderzoek in NL: Health Behavior in School-aged Children (HBSC)-studie (11-16 jaar, 2002), Verhulst (4-18 jaar, 1994), TRAILS-studie (longitudinaal onderzoek 10-12-jarigen tot hun 24 ^e , vanaf 2001), Mental health Moroccan youth in the Netherlands (4-18 jaar, tenminste 1 ouder in Marokko geboren, 2001 en 2002).	Genormeerd op een representatieve steekproef (4-18 jaar) en klinische groep
Ervaring in NL bij rampen	• Vuurwerkramp Enschede (30 mnd na ramp)	• Cafébrand Volendam (15 mnd voor, 5, 10 mnd, nieuwe versie (8/4, 2001): 4,5 jr na brand) • Vuurwerkramp Enschede (30 mnd na ramp)	• Vuurwerkramp Enschede (30 mnd na ramp)
Kosten	Ja, vragenlijstinstrumenten en handscoringsprofielen: 7 euro per 10 stuks	Ja, vragenlijstinstrumenten en handscoringsprofielen: 7 euro per 10 stuks	Ja, vragenlijstinstrumenten en handscoringsprofielen: 7 euro per 10 stuks
Publicaties, NL	Verhulst FC et al. (1996). Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis. Verhulst FC et al. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. Arch Gen Psychiatry 54: 329-36.	Verhulst FC et al. (1996). Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR). Rotterdam: Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis.	Verhulst FC et al. (1997). Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF). Rotterdam: Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis.

Tabel B 17b: *Vragenlijstinstrumenten voor psychosociaal functioneren gebruikt bij gezondheidsonderzoek na rampen/ calamiteiten in Nederland onder kinderen/adolescenten*

Instrument	Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek Kleuters (LSPPK)	Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)	Korte Depressie Vragenlijst voor Kinderen (KDVK)
Meetpretentie	Emotionele problemen en gedrags- en ontwikkelingsproblemen	Psychosociale problematiek	Symptomen van angststoornissen (gegeneraliseerde angststoornis, separatieangst-stoornis, paniek- stoornis, sociale fobie en schoolfobie)	Screening van depressie
Populatie	Jeugd 5-6 jaar	Jeugd 3-16-jaar	Jeugd vanaf 7 jaar (klinisch en niet-klinische populatie)	Jeugd 9-12 jaar DVK 6/8 voor 6-8 jaar
Informant	Ouder (1 ^o deel), jeugdarts (2 ^o deel)	3-16-jr: ouders (SDQ-O) / leerkracht (SDQ-L). 11-16 jr: jongere zelf (SDQ-J).	Jongere zelf Ouders	Jongere zelf Ouders
Interpretatieniveau	Groep en individueel	Groep en individueel (bij meer dan één informant).	Groep en individueel	Groep en individueel
Aantal items	10 (ouder) + 10 (jeugdarts) items	25 + eventueel 8 items	38; Revised 66-itemversie	9
Begripsvaliditeit	Onbekend	Goed	Voldoende	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Onbekend	Goed	Voldoende	Onbekend
Betrouwbaarheid	Onbekend	Voldoende	Goed	Goed
Monitor Jeugdgezondheid	Ja, indicator Psychosociale gezondheid 5-7-jarigen	Ja, indicator Psychosociale gezondheid 7-19-jarigen	Nee	Nee
NL referentiegegevens	24.000 kleuters (1997-1999): GGD Nederland (2000) GGD-JGZ-gegevens.	<ul style="list-style-type: none"> Nederlandse normen voor SDQ-J. Geen goede Nederlandse normen voor SDQ-O (alternatief: Britse normen). GGD-JGZ-gegevens 	Onbekend	<ul style="list-style-type: none"> Debas-project (DEpressie bij BASisschoolkinderen, GGD West-Friesland, 3028 kinderen) Peiling Jeugdgezondheidszorg A'dam 2000/2001 (4271 kinderen)
Ervaring in NL bij rampen	• Vuurwerkramp Enschede (1-2 jr na ramp)	• Vuurwerkramp Enschede (1-2 jr en 5 jr na ramp)	• Vuurwerkramp Enschede (5 jaar na ramp)	• Vuurwerkramp Enschede (5 jaar na ramp)
Kosten	Onbekend	Gratis	Gratis	Complete set: € 64,58 www.harcourt.nl
Publicaties, NL	Geen handleiding GGD Nederland. (2000) Landelijke werkgroep signaleringsinstrument psychosociale problematiek. Rapportage Referentiebestand LSPPK 1997-1999. Utrecht: GGD Nederland.	Handleiding (www.sdq.info) Widenfelt et al. (2003). Dutch version of the Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ). Eur Child Adolesc Psychiatry 12: 281-9	Muris et al., 1998. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. J Behav Ther Exp Psychiatry 29: 327-39. Hale WW et al. (2005). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general adolescent population. J Am Acad Child Adolesc Psych 44: 283-290.	De Wit (1987). Depressievragenlijst voor Kinderen, DVK en KDVK. Handleiding. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom. De Wit CAM, Kroesbergen HT (1992). 'Depressieve klachten bij kinderen. Vroegtijdige onderkenning en hulpverlening'. TSG 70: 477-483.

Tabel B 17c: *Vragenlijstinstrumenten voor psychosociaal functioneren gebruikt bij gezondheidsonderzoek na rampen / calamiteiten in Nederland onder kinderen/adolescenten*

Instrument	Children's Somatisation Inventory (CSI)	Emotionality Activity Sociability (EAS)	Coping Strategies Checklist for Children (CSCC)	Social Support Questionnaire (SSQ)
Meetpretentie	Opsporing van somatisatie symptomen	Temperament zoals door ouders gepercipieerd.	Copinggedrag	Ervaren sociale steun
Populatie	Jeugd vanaf 7 jaar	Kinderen en adolescenten (EAS betreft gedrag dat waarneembaar bij 1-jarigen tot jongeren ver in adolescentie; er is echter nauwelijks onderzoek gedaan)	Jeugd 8-13 jaar	Vanaf 12 jaar?
Informant	Jongere zelf Ouders	Ouders	Jongere zelf	Jongere zelf
Interpretatieniveau	Groep en Individueel	Onbekend	Groep	Onbekend
Aantal items	35	20	54	6
Begripsvaliditeit	Voldoende	Onbekend	Onbekend voor NL	
Criteriumvaliditeit	Onbekend	Onbekend	Onbekend voor NL	
Betrouwbaarheid	Goed	Voldoende (4-13-jarigen)	Goed	
Monitor Jeugdgezondheid	Nee	Nee	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Onbekend	Normen voor 4-13-jarigen	Beperkte normen voor 9-12-jarigen.	Onbekend
Ervaring in NL bij rampen	• Vuurwerkramp Enschede (5 jaar na ramp)	• Vuurwerkramp Enschede (5 jaar na ramp)	• Vuurwerkramp Enschede (5 jaar na ramp)	• Vuurwerkramp Enschede (5 jaar na ramp)
Kosten	Gratis	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Publicaties, NL	Ghys en Meesters (1993). Dutch translation of the Children's Somatization Inventory. Maastricht: AZM, afd Medische Psychologie. Meesters C et al. (2003) The Children's Somatization Inventory: Further Evidence for Its Reliability and Validity in a Pediatric and a Community Sample of Dutch Children and Adolescents. J of Pediatr Psychol 28: 413-22.	Boer F. (1994) The Factor Structure of the Buss and Plomin EAS Temperament Survey (Parental Ratings) in a Dutch Sample of Elementary School Children. J of Pers Assess 62: 537-51.	Handleiding (www.asu.edu). Boo GM de en Wicherts JM (2007). Assessing cognitive and behavioral coping strategies in children. Cogn Ther Res (in press).	Buitenlands: Sarason et al. (1987). A brief measure of social support. Practical and theoretical implications. J of Soc Pers Rel 4: 497-510.

Tabel 18: *Vragenlijstinstrumenten voor posttraumatische reacties gebruikt bij gezondheidsonderzoek na rampen/ calamiteiten in Nederland onder kinderen/adolescenten*

Instrument	Children's Impact of Events Scale (CRIES-13)	Schokverwerkingslijst voor (jonge) Kinderen (SVL(J)K)
Meetpretentie	Posttraumatische reacties	Posttraumatische reacties
Populatie	Jeugd 3-18 jaar	Jeugd 4-18 jaar
Informant	Jongere zelf (vanaf 8 jaar) Versie voor ouders van jonge kinderen (3-7 jaar)	4-11 jaar: ouders 12-18 jaar: jongere zelf
Interpretatieniveau	Nog onbekend, onderzoek gericht op Groep en Individueel niveau	?
Aantal items	13	26
Begripsvaliditeit	Nog onbekend, onderzoek is gaande.	Onbekend voor herziene versie
Criteriumvaliditeit	Idem	Idem
Betrouwbaarheid	Idem	Idem
Monitor Jeugdgezondheid	Nee	Nee
NL referentiegegevens	Nog geen NL-referentiegegevens behalve van onderzoek na vuurwerkramp Enschede (GGD Regio Twente)	Nog geen NL-referentiegegevens van herziene versie
Ervaring in NL bij rampen	• Vuurwerkramp Enschede (5 jaar na ramp)	• Cafébrand Volendam (10 mnd na brand) • Vuurwerkramp Enschede (30 mnd na ramp)
Kosten	Gratis. Gebruikers worden gevraagd een copie van de resultaten te sturen naar: Children and War Foundation ten einde de lijst te valideren.	Handleiding: € 19,87 (excl. btw). Prijs vragenboekje per 5 excl.btw € 10,15 Prijs antw.formulieren per 25 excl.btw: € 13,33
Publicaties, NL	Handleiding: Engelstalige instructie(+taalversies) via www.childrenandwar.org . Nog geen Nederlandse validatiepublicatie. Vragenlijst is wel in het Nederlands vertaald (M Olf, 2005).	Alisic E et al. (2006). Schokverwerkingslijst voor kinderen - herziene versie. Zaltbommel/Utrecht: Instituut voor Psychotrauma i.s.m. Klinische Psychologie (UU) en Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (UMC Utrecht).

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl