



Gezondheidsbevordering bij flitsrampen en 'creeping crises'

# Het belang van een veerkrachtige gemeenschap

*Verwoesting op Sint Maarten na de orkaan Irma, september 2017*

Gebeurtenissen zoals overstromingen, orkanen en aardbevingen bedreigen mensen individueel en de gemeenschap(en) waarvan zij deel uitmaken. Vaak gaan dreigingen gepaard met onzekerheid, onrust, somberheid, angst of woede, verstoorde rollen en verhoudingen, zelfs ernstige gezondheidseffecten. Tegen die achtergrond moeten burgers en partijen ter plaatse samenwerken om elkaar en de gemeenschap er bovenop te helpen. Het vermogen om dit effectief te doen is de essentie van 'community resilience'. De auteurs verkennen het concept met een gezondheidsfocus, voortbouwend op bestaande richtlijnen. Dat is nodig. Gemeenschappen bieden een cruciaal aanknopingspunt voor gezondheidsbevordering bij crises.

De recente orkanen op de Antillen en de aardbevingen in Irak en Iran zijn voorbeelden van hoe rampen gemeenschappen kunnen ontwrichten. Dat geldt voor klassieke flitsrampen (onverwachts en hevig, denk aan een explosie op een industrieterrein of in een woonwijk) maar ook voor 'creeping crises' (sluimerende of chroni-

sche crises zonder acute fase zoals de aardbevingen in Groningen en gezondheidsrisico's in de leefomgeving). De nadruk van dit artikel ligt op de veerkracht van gemeenschappen om met de gevolgen om te gaan, ook wel 'community resilience' genoemd. De multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises (hierna 'de richtlijn') beschrijft basisuitgangspunten voor ondersteuning en zorg voor getroffenen. Al bevat de richtlijn aanbevelingen gericht op het collectief, de veerkracht van de gemeenschap als format voor probleemoplossing is nauwelijks uitgewerkt<sup>1</sup>. Dat lijkt vreemd als we kijken naar de potentie van het concept, maar het is niet zo verwonderlijk als we in ogenschouw nemen dat wetenschappelijk onderzoek zich tot dusver sterk heeft gericht op prevalenties, risicofactoren en de effectiviteit van individu-georiënteerde interventies. Bovendien gaat het om een tamelijk ingewikkeld begrip waarvoor in het publieke gezondheidsdomein nog geen gangbare definitie voorhanden is. In dit artikel pogen we om 'community resilience' te definiëren, geïnspireerd door omschrijvingen van internationale auteurs. Vervolgens verkennen wij, voortbouwend op principes en factoren zoals opgenomen in de richtlijn, hoe gemeenschapsveerkracht benut kan worden voor gezondheidsbevordering bij crises. Dat kan alleen als het de overheden en publieke diensten, die lokaal en nationaal verantwoordelijk zijn voor het bevorderen van de publieke gezondheid, ondersteunt bij het oplossen van problemen.

## Veerkracht van gemeenschappen

Het gros van de mensen, blootgesteld aan een ramp of andere schokkende gebeurtenis, ontwikkelt geen gezondheidsklachten of herstelt binnen afzienbare tijd zonder noodzaak van professionele zorg, het is een grondgedachte in de richtlijn<sup>1</sup>. Het variërende vermogen van individuen om te incasseren en terug te veren houdt vele onderzoekers bezig, maar is iets anders dan de veerkracht van een gemeenschap. Het laatste is door Adger omschreven als het vermogen van menselijke gemeenschappen om externe schokken of verstoringen in infrastructuur te weerstaan en om te herstellen van zulke verstoringen<sup>2</sup>. Vanuit een psychosociaal gezichtspunt spreken Norris en collega's over 'aanpassing op gemeenschapsniveau' met 'populatiewelzijn' als centrale maat. Dat populatiewelzijn past bij het publieke gezondheidsdenken. Het gaat om 'een grote mate van welzijn in de gemeenschap, neerkomend op hoge, standaardniveaus van geestelijke gezondheid en gezond gedrag, functioneren volgens rollen, en kwaliteit van leven in groepen mensen' (p. 133)<sup>3</sup>. Internationaal vergelijkend onderzoek suggereert dat die standaardniveaus nogal variëren tussen samenlevingen en dat dit niet los kan worden gezien van culturele en sociaaleconomische factoren<sup>4</sup>. Niettemin, een na te streven standaardniveau is een logisch startpunt voor de uitwerking van het gemeenschapsveerkracht concept. We definiëren het hier als 'het vermogen van gemeenschappen om de (potentiële) publieke gezondheidseffecten van dreigingen en andere verstoringen te weerstaan en eventuele problemen op te lossen'. De uitkomstmaat binnen deze definitie is gezondheid of populatiewelzijn, de toestand van mensen binnen de populatie. De definitie richt zich bovendien op oplossingen voor eventuele gezondheidsproblemen die optreden in de zich ontvouwende crisis. Omdat er weinig evidentie is voor de effec-

## Een na te streven standaardniveau is een logisch startpunt voor de uitwerking van het concept.

tiviteit van maatregelen in de complexe context van een gemeenschap (lastig te onderzoeken door 'ruis', ontbrekende voormetingen en vergelijkingsgroepen etc.), zal het op voorhand moeilijk zijn om de heilzame werking van oplossingen hard te maken. Wel is het nodige bekend van gezondheidsbeïnvloedende factoren. Oplossingen waarin expliciet wordt ingezet op beïnvloeding van dergelijke factoren zijn wat ons betreft te verkiezen boven oplossingen waarin het werkingsmechanisme losstaat van de opgebouwde (en verder te versterken) kennisbasis.

### Michel Dückers

Senior onderzoeker bij Nivel en programma-coördinator bij Stichting Impact



### Wera van Hoof

Beleidsonderzoeker en -adviseur bij Stichting Impact



### Jurriaan Jacobs

Beleidsonderzoeker en -adviseur bij Stichting Impact en Universiteit Utrecht



### Jorien Holsappel

Beleidsonderzoeker en -adviseur bij Stichting Impact



## Gezondheid

De wereldgezondheidsorganisatie definieert gezondheid als een toestand van compleet lichamelijk, mentaal en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek. De samenhang tussen somatische en psychische condities, sociale context, welzijn en functioneren komt tot uiting in gangbare diagnostische handboeken en medische classificaties. Empirisch is de associatie tussen deze domeinen herhaaldelijk vastgesteld, ook in relatie tot schokkende gebeurtenissen<sup>4,5,6</sup>. De samenhang is terug te zien in het positieve gezondheidsmodel van Huber en collega's<sup>7</sup>. Het populaire model gaat niet alleen uit van problemen maar ook van mogelijkheden. Diverse gezondheidsaspecten zijn geordend op de assen van een spinnenweb. Zo kan de toestand van mensen worden beoordeeld per gezondheidsdimensie: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren (zie figuur). De dimensies overstijgen lichaamsfuncties en mentaal welbevinden. Ze doen recht aan de gemeenschap als context waarin mensen wonen, werken, leren, recreëren en voor elkaar zorgen, wat gepaard gaat met sociale interacties en uitwisseling, en de ontwikkeling en bestending van identiteit en rollen.

## Factoren

De tabel voorziet in een (niet uitputtend) overzicht van beïnvloedende factoren van gezondheid op het niveau van het individu, de gemeenschap en de samenleving<sup>8</sup>. De factoren zijn weergegeven als risicofactoren (in omgekeerde vorm gaat het om beschermende factoren). De individuele risicofactoren in de linker kolom zijn ontleend aan de richtlijn<sup>1</sup>. Het gaat om factoren waarvan een duidelijk verband is aangetoond met trauma-gerelateerde geestelijke gezondheidsklachten. Het zijn factoren die een aanzienlijke overlap vertonen met de risicofactoren van lichamelijke klachten<sup>6</sup>. Naast geslacht, leeftijd en mate van blootstelling vormen bestaande gezondheidsproblemen een risicofactor. Dat betekent dat een lage score op de gezondheidsassen in het figuur als een risicofactor kan worden gezien voor de ontwikkeling van klachten na blootstelling. Opvallend is ook dat toelichtingen bij dagelijks functioneren, meedoen en kwaliteit van leven in het figuur direct raken aan risicofactoren in de tabel. Dit betreft zaken als het gevoel in de steek te zijn gelaten, onvoldoende randvoorwaarden om het leven op te pakken (geen werk of onderwijs), en verlies van sociale steun en zaken die van waarde zijn voor mensen ('bronnen' zoals relaties, bezit, positie etc.). De risicofactoren zijn onlosmakelijk verbonden met functies waar gemeenschappen in kunnen voorzien. Denk aan werk, betekenisvolle activiteiten door het



(Bron: IPH, versie 1.0, oktober 2016, www.positivehealth.com)

Figuur. Positieve gezondheid

verenigingsleven, mogelijkheden om een opleiding te volgen en te leren, het sociale en culturele voorzieningsniveau, en recreatie- en uitgaansmogelijkheden.

Op gemeenschapsniveau (middelste kolom) is het nuttig om stil te staan bij de samenstelling van de populatie, dus ook de risicofactoren op het niveau van het individu. Hoe meer mensen ongunstig scoren op deze risicofactoren, hoe vatbaarder de gemeenschap is. Verder toont de kwetsbaarheid van een gemeenschap zich in het onvermogen om met gezondheidsverstoringen en -risico's om te gaan. Dit vermogen is de essentie van gemeenschapsveerkracht. Norris en collega's zien het als een combinatie van probleemoplossend vermogen, sociaal kapitaal, informatie en communicatie, en economische bronnen<sup>3</sup>. Kortom: de veerkracht uit zich in het feit dat

Tabel. Risicofactoren van gezondheid[8]

Individu	Gemeenschap	Samenleving
<ul style="list-style-type: none"> <li>Geslacht en leeftijd (vrouwen met/en kinderen hoger risico)</li> <li>Omgeving met weinig sociale steun en lage sociaal-economische status</li> <li>Mate en nabijheid van blootstelling (feitelijk en gepercipieerd)</li> <li>Eerdere blootstelling aan schokkende gebeurtenissen</li> <li>Bestaande psychische problemen</li> <li>Gevoel in de steek te zijn gelaten</li> <li>Onvoldoende randvoorwaarden om leven op te pakken (provisorische omstandigheden, geen werk of onderwijs)</li> <li>Verlies van 'bronnen' (alles wat van waarde is voor mensen: relaties, bezit, huis en haard, positie), sociale steun en andere stressbronnen (kan ophopen)</li> <li>Onvoldoende toegang tot professionele hulpverleners</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vatbaarheid voor impact en onvermogen om met gevolgen van gebeurtenis (en risicofactoren individu) om te gaan</li> </ul> <p><i>Toelichting:</i> De kwetsbaarheid van de gemeenschap uit zich in de beschikbaarheid en verdeling van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>probleemoplossend vermogen</i> (kritische reflectie en probleemoplossingsvaardigheid, flexibiliteit en creativiteit; collectieve zelfredzaamheid/actie, politieke partnerschappen)</li> <li>- <i>sociaal kapitaal</i> (informele banden: sociale steun en sociale inbedding; formele banden: organisatorische samenwerking, burgerparticipatie, leiderschap en rollen; gemeenschapszin en verbondenheid aan plaats)</li> <li>- <i>informatie en communicatie</i> (media, informatiebronnen, vaardigheden, infrastructuur)</li> <li>- <i>economische bronnen</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vatbaarheid voor impact, en onvermogen om met gevolgen van gebeurtenis (en risicofactoren gemeenschap) om te gaan</li> </ul> <p><i>Toelichting:</i> De kwetsbaarheid van de samenleving uit zich in de kwaliteit van bestuur, financiële reserves, toegang tot drinkwater, voeding, gezondheidszorg, mate van gelijkheid, onderwijs, milieubeheer en omgevingsplanning. Deze kwetsbaarheid hangt samen met culturele kenmerken (mate van collectivisme, korte termijnfocus en ongelijke machtsafstand).</p>

N.B. Factoren die hier als risicofactor zijn opgenomen gelden in omgekeerde vorm als beschermend

betrokkenen binnen een gemeenschap samenwerken; dat ze weten wat er speelt, zich betrokken en gehoord voelen en samen zorgen dat beschikbare middelen en methoden worden ingezet om problemen op te lossen, ook met het oog op de langere termijn. Nogmaals, in een kwetsbare gemeenschap is de vatbaarheid voor gezondheidsproblemen hoger en het vermogen om ermee om te gaan gebrekkig. Op gemeenschapsniveau is dan sprake van een risicofactor.

Die redentatie is eveneens van toepassing op het niveau van de samenleving waar de gemeenschap deel van uitmaakt (rechter kolom). Wel is er een nuanceverschil. In minder kwetsbare landen zoals Nederland is inderdaad de capaciteit om professionele nazorg te verlenen sterker ontwikkeld dan in meer kwetsbare landen. Echter, de vatbaarheid voor trauma-gerelateerde psychische gezondheidsproblemen is paradoxaal genoeg groter in minder kwetsbare landen<sup>4</sup>.

### Hoe nu verder?

Deze bijdrage voorziet in een herordening van de inhoud van bestaande richtlijnen, maar bevat ook een duidelijke kritische noot. Het blijft een valkuil om bij rampen, terreur en milieu-incidenten mensen los te zien van de gemeenschappen waarvan zij deel uitmaken. Het positieve gezondheidsmodel en het overzicht met beïnvloedende factoren illustreren waarom het gemeenschapsniveau zo belangrijk is voor de gezondheidsaanpak bij crises. Zodra de gevolgen van een gebeurtenis toenemen, zijn er oplossingen nodig die het vermogen van afzonderlijke, ongeorganiseerde individuen om schade aan huizen en leefomgeving te herstellen overstijgen. Helemaal ingewikkeld wordt het in een situatie zoals rondom de gasbevingen in Groningen waar nationale economische belangen (gasinkomsten), regionale publieke gezondheid (chronische stress, schade aan huizen, verlies van leefbaarheid) leiden tot inertie, trage procedures en mogelijk zelfs spanningen tussen bewoners omdat niet iedereen op een bevredigende manier wordt gecompenseerd voor schade. Bovendien ontwikkelt de bevingproblematiek zich tot een vergrootglas voor andere problemen die in de regio spelen, waaronder de krimp.

Een ander voorbeeld is het herstel van Sint Maarten na orkaan Irma waar, naast logistieke problemen, financiële steun voor de wederopbouw door de Nederlandse overheid wordt verstrekt onder de voorwaarde dat de corruptie (risicofactor voor slagkracht) op het eiland wordt aangepakt. Deze voorbeelden laten zien hoe kwetsbaar het vermogen van lokale gemeenschappen kan zijn om alle problemen, waarvan gezondheid er één is, te lijf te gaan. Toch, ongeacht de complexiteit moet

steeds worden nagegaan waar investeringen gewenst zijn ter versterking van probleemoplossend vermogen, informatie en communicatie, sociaal kapitaal en economische bronnen zodat op gemeenschapsniveau, gericht kan worden ingezet op factoren die de individuele gezondheid raken. Bij crises dwingen problemen op korte en langere termijn gemeenschappen tot het arrangeren van doordachte en passende programma's en maatregelen. Een goed lokaal inzicht in 'gezondheid' en 'factoren' helpt betrokkenen binnen de getroffen gemeenschap – denk in het bijzonder aan gemeente, GGD en veiligheidsregio – om de gezondheidsaanpak te plannen en uit te voeren, of het nu gaat om overstromingen, orkanen, aardbevingen, terreur, virusuitbraken of industriële ongevallen. Het zou mogelijk moeten zijn om het verwachte, gewenste of daadwerkelijke effect van gezondheidsmaatregelen, preventief of ter bestrijding van problemen als ze zich voordoen, te verkennen per as en na te gaan welke factoren daadwerkelijk een rol spelen. Maar: het schetsen van een modelaanpak is één ding, de toepassing ervan in praktijksituaties moet uitwijzen of het nuttig is.

### REFERENTIES

- 1 *Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises*, Diemen: Impact, 2014.
- 2 Adger, W.N. (2000), 'Social and Ecological Resilience: Are They Related?' *Progress in Human Geography*, 24 (3), pp. 347-364
- 3 Norris, F.H., Stevens, S.P., Pfefferbaum, B., Wyche, K.F. & Pfefferbaum, R.L. (2008), 'Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness', *American Journal of Community Psychology*, 41 (1-2), pp. 127-150.
- 4 Dückers, M.L.A., Alisic, E. and Brewin, C.R. (2016), 'A Vulnerability Paradox in the Cross-national Prevalence of PTSD', *The British Journal of Psychiatry*, 209 (4), pp. 300-305.
- 5 Scott, K. M., Koenen, K. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., ... & Iwata, N. (2013). Associations Between Lifetime Traumatic Events and Subsequent Chronic Physical Conditions: A Cross-national, Cross-sectional Study. *PLoS one*, 8 (11), e80573.
- 6 Yzermans, C.J., Van Der Berg, B. & Dirkzwager, A.J.E. (2009), 'Physical Health Problems After Disasters'. In: Neria, Y., Galea, S. and Norris, F.H. (eds.), *Mental Health and Disasters*, Cambridge University Press, New York, pp. 67-93.
- 7 Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How Should we Define Health?. *BMJ: British Medical Journal*, 343.
- 8 Dückers, M.L.A. (2017), A Multilayered Psychosocial Resilience Framework and its Implications for Community-Focused Crisis Management. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 25 (3), p182-187.