
Multidisciplinaire Richtlijn

psychosociale hulp
bij rampen en crises



Over deze richtlijn

Deze multidisciplinaire richtlijn is een basisdocument met standaarden voor de psychosociale hulp bij rampen en crises.

De inhoud van het document is gebaseerd op actuele wetenschappelijke inzichten en behoeften uit de praktijk. De richtlijn is ontwikkeld door een breed samengestelde werkgroep in samenspraak met experts en andere betrokkenen.

Multidisciplinaire Richtlijn

psychosociale hulp
bij rampen en crises



Colofon

Auteur

Werkgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling psychosociale hulp bij rampen en crises

Projectleiding en eindredactie

Dr. M.L.A. Dückers

Oprachtgever

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, centrum voor Gezondheid en Milieu

Uitgave

Impact, Landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen
Partner in Arq Psychotrauma Expertgroep, Diemen 2014

Vormgeving

Burobraak, Arjan Braaksma & Soleyana Manuhutu

© 2014 IMPACT

Het gebruik van de inhoud van deze richtlijn als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Deze uitgave is te bestellen en te downloaden bij Stg. Impact. Adres: Nienoord 5, 1112 XE Diemen. Telefoon: 020-6601901.
E-mail: info@impact.arq.org. Website: www.impact.arq.org.

Deze richtlijn vervangt de multidisciplinaire richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Impact/Trimbos, Amsterdam/Utrecht, 2007.

Voorwoord

Deze herziene multidisciplinaire richtlijn bevat algemene principes en aanbevelingen voor het verlenen van psychosociale hulp (PSH) aan mensen die te maken krijgen met rampen en crises. Het document is gebaseerd op de huidige kennis over de zaken die relevant zijn voor getroffen en om de draad weer op te pakken na een potentieel schokkende gebeurtenis.

In deze multidisciplinaire richtlijn heeft een breed samengestelde werkgroep een integraal kader geschetst voor de PSH. Het is een overkoepelend kader waarbinnen relevante onderwerpen die spelen binnen de crisisbeheersing en de maatschappelijke nasleep van potentieel schokkende gebeurtenissen zijn samengebracht. Bij de ontwikkeling van de richtlijn is nadrukkelijk geluisterd naar behoeften uit het veld.

Om de gebruikersdoelgroep – overheden en publieke diensten, hulpverleners en organisaties – goed te bedienen, bevat de richtlijn een werkmodel met geordende thema's en een stappenplan om gangbare maatregelen logisch in de planvorming en uitvoering mee te nemen. Gekozen is voor een opzet waarbij de gebruikersdoelgroep weloverwogen keuzes kan maken die recht doen aan de context van rampen en crises. PSH vraagt maatwerk. Iedere gebeurtenis is anders, ieder mens is anders en gaat anders met gebeurtenissen om.

De informatie-uitwisseling binnen de werkgroep is nuttig gebleken. Ze draagt ertoe bij dat partijen, die elkaar in diverse fasen van rampen en crises onvermijdelijk tegenkomen, gedeelde uitgangspunten hanteren met betrekking tot de PSH. Die uitgangspunten zijn uitgewerkt in dit document. De werkgroep ziet deze multidisciplinaire richtlijn als een vertrekpunt om invulling te geven aan aanvullende richtlijnen, handelingsperspectieven en protocollen voor specifieke gebruikers en toepassingen.

Prof. dr. C. Spreeuwenberg



Samenvatting

Over deze richtlijn

Deze multidisciplinaire richtlijn is een basisdocument met standaarden voor de psychosociale hulp bij rampen en crises (PSH). De inhoud van het document is gebaseerd op actuele wetenschappelijke inzichten en behoeften uit de praktijk. De richtlijn is ontwikkeld door een breed samengestelde werkgroep in samenspraak met diverse experts en andere betrokkenen.

In deze samenvatting wordt kort ingegaan op het doel, de gebruikersdoelgroep en de structuur van de richtlijn, gevolgd door een toelichting op het type gebeurtenis dat relevant is voor de PSH. Na een bondige omschrijving van de PSH wordt stilgestaan bij enkele belangrijke modellen en uitgangspunten.

Doel en gebruikersdoelgroep

De multidisciplinaire richtlijn is bedoeld als referentiekader en hulpmiddel voor het verlenen van PSH. Daarnaast beoogt de richtlijn bij te dragen aan kwaliteitsverbetering. De richtlijn is een instrument gericht op optimalisering van de PSH en professionalisering van de brede gebruikersdoelgroep. Die gebruikersdoelgroep bestaat uit (a) hulpverleners (professionals en getrainde vrijwilligers), (b) overheden en (c) organisaties die verantwoordelijk zijn voor hulpverleners en cliënten.

Structuur van de richtlijn

Het eerste hoofdstuk beschrijft de achtergrond, relevante definities, het doel en de gebruikersdoelgroep, en de status van de multidisciplinaire richtlijn. De inhoudelijke kern van de richtlijn bestaat uit drie hoofdstukken die los van elkaar leesbaar zijn. In het tweede hoofdstuk wordt stilgestaan bij gevolgen van (potentieel) schokkende gebeurtenissen voor getroffenenen. Ook bevat dit hoofdstuk de visie op optimale PSH die centraal staat in deze richtlijn. Hoofdstuk drie geeft de aanbevelingen en onderliggende overwegingen van de werkgroep weer. In hoofdstuk vier is de inhoud vertaald naar procesbomen die iedere gebruikersdoelgroep van de richtlijn kunnen ondersteunen bij de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van de PSH. De gedachte is dat gebruikers stapsgewijs relevante thema's kunnen selecteren die van toepassing zijn in de context van de gebeurtenis. Daarbij is een onderscheid gemaakt in thema's die aan de orde zijn ongeacht de fase, thema's binnen de acute fase, thema's binnen de nafase, en thema's gerelateerd aan mogelijke gezondheidsklachten.

De eerste bijlage beschrijft de totstandkoming van het document, keuzes en besluiten van de werkgroep, en een reflectie op de kracht van het beschikbare wetenschappelijke bewijs. De aanbevelingen uit het derde hoofdstuk zijn opgesomd in bijlage twee. Bijlage drie biedt een overzicht van de betrokkenen.

Gebeurtenissen relevant voor de PSH

De richtlijn is bedoeld voor gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebrengen, of die een bedreiging vormen voor de fysieke integriteit van de betrokkene of van anderen. Dit varieert van rampen, crises, gewelddadige berovingen, ernstige auto-ongelukken tot verkrachting. Het gaat om feitelijke, maar ook gepercipieerde dreigingen. De impact zal voor ieder individu in iedere situa-

tie anders zijn. Bekend is dat getroffen en met allerlei behoeften en problemen kunnen kampen (zie paragraaf 2.1). De mogelijke gevolgen van (potentieel) schokkende gebeurtenissen voor mens en samenleving zijn van dien aard dat PSH aan de orde kan zijn.

Omschrijving van PSH

In de richtlijn wordt PSH gedefinieerd als alle ondersteuning en zorg gericht op het psychisch welbevinden en de gezondheid van getroffen en die door de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn wordt verleend, zowel in de acute fase als in de nafaase en zowel gericht op het collectief als op het individu.

Ondersteuning is in beginsel relevant voor alle getroffen en, maar hoeft niet per definitie gericht te zijn op de gezondheid, ook al is een positief effect op de verwerking of klinische uitkomsten goed mogelijk. Zorg is primair gericht op de gezondheid en omvat preventieve, signalerende, diagnosticerende en curatieve maatregelen. Gelet op de klachten die mensen kunnen ontwikkelen, is soms zorg nodig van professionele zorgverleners.

Op basis van de mogelijke reacties, behoeften en problemen van getroffen en kan de PSH verder worden onderverdeeld in:

- basishulp (veiligheid, medische zorg, eten, drinken, medicatie, onderdak);
- informatie (over de gebeurtenis, de stand van zaken, het lot van dierbaren, mogelijke stressreacties);
- emotionele en sociale steun (luisterend oor, betrokkenheid, erkenning);
- praktische hulp (administratie, huishouden, juridisch advies, financiële ondersteuning);
- zorg bij gezondheidsklachten (preventie, signaleren, diagnose en behandeling).

Drie modellen

Drie verschillende, maar overlappende modellen liggen ten grondslag aan de visie op PSH die de rode draad vormt van deze richtlijn. Het kringenmodel laat zien welke partijen zich rondom de getroffen bevinden (figuur 2.2). Iedere partij kan een rol vervullen in de ondersteuning en zorg. Pas als er sprake is van complexe, aanhoudende problemen komt de getroffen in de kring met specialistische zorg terecht. Met name de huisarts en de bedrijfsarts functioneren hier als poortwachter.

Het paraboolmodel geeft weer dat de hulpverlening afwachtend of interveniërend kan zijn en hoe dat samenhangt met de uiteindelijke kwaliteit van de PSH. Van belang is dat men aan de afwachtende kant niet doorschiet en mensen met problemen over het hoofd ziet. Aan de interveniërende kant is het zaak geen onnodige of verkeerde hulp te bieden (figuur 2.3).

Het derde model, het kwaliteitsmodel, is complementair aan de eerdere modellen. Het kwaliteitsmodel zet aan tot weloverwogen plannen, uitvoeren, evalueren en waar nodig bijsturen. Iedere stap door iedere hulpverlener vereist een nauwkeurige beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming.

Uitgangspunten

De volgende uitgangspunten dienen daarbij in acht te worden genomen:

Sluit aan bij behoeften, problemen en risicofactoren

Kwalitatieve PSH sluit aan bij behoeften en problemen van getroffen en. Bij het plannen en uitvoeren van de PSH dient bovendien rekening te worden gehouden met risicofactoren (zie figuur 2.1).

Sluit aan bij dynamiek en fase

Iedere gebeurtenis is anders. Aangezien omstandigheden en de impact nooit hetzelfde zijn, zullen ook behoeften, problemen en de aanwezigheid van risicofactoren variëren. Bovendien vraagt iedere fase na de ramp iets anders. Verliesverwerking kent verschillende stadia.

Sluit aan bij veerkracht en zelfredzaamheid

Naar verwachting komt het overgrote deel van de getroffen en de gevolgen van een ramp te boven zonder dat professionele hulp nodig is. Hulpverleners, overheden en organisaties zullen oog moeten hebben voor natuurlijke herstelvermogens en kwetsbaarheden. Dit voorkomt dat men te veel of te weinig doet.

Sluit aan bij de context van de getroffen

Ondanks algemene patronen is ieder individu uniek. Dit komt tot uiting in behoeften, herstelvermogens, kwetsbaarheden en problemen van de individuele getroffen. Bij het verlenen van PSH dient zoveel mogelijk te worden aangesloten bij diens context. Het individu mag niet de dupe worden van de groepsaanpak.

Sluit aan bij aanwezige hulpverleningscapaciteit

De kans is groot dat er in het gebied waar zich de gebeurtenis heeft voorgedaan of in de omgeving van de getroffen al sociale steunbronnen of professionele capaciteit aanwezig zijn (zie het kringenmodel). Benut eerst deze capaciteit voordat wordt besloten tot aanvullende PSH.

Evalueer de PSH

Het kwaliteitsmodel bevat een evaluatieopdracht. Evalueer of het besluit tot afwachten of interveniëren het verwachte effect heeft en of aan gangbare kwaliteitscriteria is voldaan. Analyseer mogelijke verklaringen en leer daarvan met het doel de kwaliteit te verbeteren. In feite is iedere ramp of crisis een potentieel leermoment voor het verlenen van PSH. Evalueer in samenwerking met hulpverleners, overheden en wetenschappers zodat er gezamenlijk kan worden geleerd van de bevindingen.

Belang van implementatie

Het is cruciaal dat de richtlijn wordt geïmplementeerd. Dat kan op verschillende manieren. Aanbevolen wordt in ieder geval om de inhoud van deze generieke richtlijn verder uit te werken in aanvullende richtlijnen, handelingsperspectieven en protocollen voor specifieke gebruikers en toepassingen. Maak deze richtlijn een integraal onderdeel van de voorbereiding op rampen en crises (in de planvorming, via opleiden, trainen en oefenen), individueel per partij maar ook gezamenlijk, en maak de mate van voorbereiding periodiek inzichtelijk. De implementatie vraagt om investeringen in de motivatie, capaciteit en gelegenheid van betrokkenen om deze richtlijn na te leven. Dat kan onder andere door het belang ervan uit te dragen, door ruimte te creëren binnen de werkzaamheden, door knelpunten weg te nemen en door de mate van naleving te controleren.



Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Over deze richtlijn	11
2 Visie op psychosociale hulp bij rampen en crises	17
3 Aanbevelingen en overwegingen	31
4 Psychosociale hulp per gebruikersdoelgroep en fase	51
Literatuurlijst	63
Bijlage 1 Verantwoording en reflectie	67
Bijlage 2 Overzicht met aanbevelingen	73
Bijlage 3 Betrokken partijen	77



1 Over deze richtlijn

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de achtergrond, centrale begrippen, doel en gebruikersdoelgroep, status en indeling van de richtlijn.

1.1 Achtergrond

In 2007 verscheen de multidisciplinaire richtlijn 'Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen'. Deze richtlijn is een basisdocument met standaarden voor psychosociale hulp (PSH) bij rampen, calamiteiten en ook meer kleinschalige gebeurtenissen die evengoed bijzonder ingrijpend kunnen zijn voor betrokkenen. Om te waarborgen dat het basisdocument blijft aansluiten op huidige wetenschappelijke inzichten en behoeften vanuit de praktijk is eind 2012 een herzieningstraject gestart.¹ Daartoe is de oorspronkelijke werkgroep opnieuw bijeengebracht en aangevuld. De werkgroep bestaat uit partijen die medeverantwoordelijk zijn voor het verlenen van PSH. Het gaat om medewerkers en deskundigen van hulpdiensten, Slachtofferhulp Nederland, het Rode Kruis, Veiligheidsregio, Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (Ghor), Gemeentelijke/gemeenschappelijke gezondheidsdienst (GGD), Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), artsen, psychologen, psychiaters, maatschappelijk werk, welzijnsorganisaties, ministeries en universiteiten. Praktijk, beleid en wetenschap zijn vertegenwoordigd in de werkgroep. De werkgroep is gevoed met bevindingen uit literatuuronderzoek en adviezen van deskundigen.² Opdrachtgever van de herziening is het centrum Gezondheid en Milieu van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

1.2 Centrale begrippen

Deze richtlijn heeft betrekking op rampen en crises. In de Wet veiligheidsregio's wordt onder een ramp verstaan: 'een zwaar ongeval of een andere gebeurtenis waarbij het leven en de gezondheid van veel personen, het milieu of grote materiële belangen in ernstige mate zijn geschaad of worden bedreigd en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten of organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken' (artikel 1 Wet veiligheidsregio's). Bij een crisis kan een onderscheid worden gemaakt in een regionale en een nationale crisis. Een regionale crisis is 'een gebeurtenis waardoor, enerzijds, een ernstige verstoring van de openbare orde, de rechtsorde en/of de fysieke veiligheid is ontstaan, en waarbij, anderzijds een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken'. Bij een nationale crisis 'is de nationale veiligheid in het geding doordat één of meerdere vitale belangen worden aangetast en zijn de reguliere structuren en/of middelen niet toereikend om de stabiliteit te handhaven' (Helsloot & Scholtens 2007).

¹ Een beschrijving van het herzieningstraject is opgenomen in bijlage 1.

² Bijlage 3 biedt een overzicht van de diverse betrokkenen.

Het gaat om gebeurtenissen die een adequate aanpak van vele partijen vragen en waar tal van maatschappelijke zaken onder druk staan. 'Gebeurtenis' is een van de centrale begrippen binnen deze richtlijn. Binnen de context van dit document wordt daarmee steeds een (potentieel) schokkende gebeurtenis bedoeld. Met die toevoeging is de term relevant voor de PSH. Ongeacht de schaalgrootte rekent de werkgroep een gebeurtenis tot de werkingssfeer van deze richtlijn indien deze een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebrengt, of een bedreiging vormt voor de fysieke integriteit van betrokkenen of anderen. Zowel rampen als gewelddadige berovingen en verkrachtingen vallen onder de omschrijving.

Een tweede centrale term is 'getroffene'. Daaronder wordt binnen de context van de richtlijn verstaan degene die als het ware is blootgesteld aan de gebeurtenis, hetzij als overlevende, nabestaande, naaste of toeschouwer.

Uiteraard is ook 'PSH' een kernbegrip in dit document, maar wel een begrip dat zich lastig laat afbakenen. PSH staat in het teken psychische en sociale hulp gericht op behoeften en problemen van getroffenen. De psychische toestand van mensen is verbonden met omstandigheden in hun sociale omgeving. Psychische klachten staan bovendien niet los van lichamelijke klachten. Dat maakt de PSH veelomvattend. PSH heeft betrekking op de hulp aan mensen die ontregeld zijn geraakt door de gebeurtenis of de stress die daaruit voortkomt. Hun problemen kunnen een combinatie zijn van bijvoorbeeld slecht slapen, financiële moeilijkheden, lichamelijke klachten en dreigend baanverlies. Op verschillende manieren kan hier passende hulp worden geboden, korte of langere tijd na de gebeurtenis. Daarin kan worden voorzien door allerlei partijen, binnen en buiten de nabije kring van de getroffene. In deze richtlijn wordt dat nader uitgewerkt.

Relevant is dat bij het begrip PSH in deze richtlijn een onderscheid wordt gemaakt in ondersteuning en zorg. Ondersteuning is in beginsel relevant voor alle getroffenen, maar hoeft niet per definitie gericht te zijn op de gezondheid, ook al is een positief effect op de verwerking of klinische uitkomsten goed mogelijk. Zorg is juist primair gericht op de gezondheid en omvat preventieve, signalerende, diagnosticerende en curatieve maatregelen. Gelet op de klachten die een deel van de getroffenen (kan) ontwikkelen, is soms zorg nodig van professionele zorgverleners.³

³ De werkgroep vindt het onderscheid tussen ondersteuning en zorg inhoudelijk relevant. Het bleek niet eenvoudig om de meest geschikte term te vinden voor de PSH gericht op gezondheidsuitkomsten. Gedurende het herzieningstraject is voornamelijk gesproken over 'klinische PSH'. Uiteindelijk is gekozen voor 'zorg'; een brede term die preventieve, signalerende, diagnosticerende en curatieve maatregelen omvat.

**Definities
geformuleerd
door de
werkgroep****Gebeurtenis**

Gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebrengen, of die een bedreiging vormen voor de fysieke integriteit van de betrokkene of van anderen. Dit varieert van rampen, crises, gewelddadige berovingen, ernstige auto-ongelukken tot verkrachting. Het gaat om feitelijke, maar ook gepercipieerde dreigingen. De impact zal niet voor ieder individu in iedere situatie hetzelfde zijn.

Getroffene

Degene die de gebeurtenis heeft ondervonden, er getuige van is geweest of ermee is geconfronteerd. Het kan gaan om individuen of groepen overlevenden, nabestaanden, naasten en toeschouwers.

PSH

Alle ondersteuning en zorg gericht op het psychisch welbevinden en de gezondheid van getroffenen die door de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn wordt verleend, zowel in de acute fase als in de nafase en zowel gericht op het collectief als op het individu.

1.3 Doel en gebruikersdoelgroep

Het doel van deze richtlijn is tweeledig. De richtlijn is bedoeld als referentiekader en hulpmiddel voor het verlenen van PSH. Daarnaast beoogt de richtlijn bij te dragen aan kwaliteitsverbetering. Deze twee doelen maken de richtlijn een instrument dat is gericht op optimalisering van de PSH en professionalisering van de gebruikersdoelgroep.

Die gebruikersdoelgroep bestaat uit hulpverleners – professionals en getrainde vrijwilligers – die worden ingezet vanuit de gedachte dat hun inzet bijdraagt aan het welzijn en de gezondheid van individuele getroffenen. Daarnaast omvat de gebruikersdoelgroep overheden die zich richten op de collectieve hulp en hulpverleners die in dat verband worden ingezet. Ook organisaties vallen onder de gebruikersdoelgroep omdat zij een verantwoordelijkheid dragen (als werkgever) voor het psychisch welbevinden en de gezondheid van hun medewerkers, net als organisaties waar 'cliënten' verblijven zoals verpleeg- en verzorgingshuizen (patiënten, bewoners), penitentiaire instellingen (gedetineerden), en scholen (leerlingen).⁴

De brede, gevarieerde gebruikersdoelgroep past bij een multidisciplinaire richtlijn. In de praktijk vraagt de PSH doorgaans ook de inzet van meerdere partijen.

⁴ Omwille van de leesbaarheid wordt niet steeds gesproken over leerlingen, patiënten, bewoners, gedetineerden of reizigers, maar over 'cliënten'. De term cliënten beperkt zich in deze richtlijn niet tot de mensen die geestelijke gezondheidszorg ontvangen, het gaat om afnemers van allerlei vormen van dienstverlening. De term wordt uitsluitend gebruikt in relatie tot de derde gebruikersdoelgroep van de richtlijn: organisaties.

Doel en gebruikersdoelgroep van de richtlijn**Doel**

Het doel van deze richtlijn is een referentiekader en hulpmiddel te bieden voor het verlenen van PSH aan getroffen en bij te dragen aan kwaliteitsverbetering.

Gebruikersdoelgroep

De gebruikersdoelgroep bestaat uit (a) hulpverleners – professionals en getrainde vrijwilligers – die worden ingezet in het kader van de individuele PSH; (b) overheden die zich richten op de collectieve PSH en hulpverleners die in dat verband worden ingezet; (c) organisaties die verantwoordelijk zijn voor hulpverleners en cliënten.

1.4 Status van de richtlijn

Deze multidisciplinaire richtlijn weerspiegelt het actuele denken en de beschikbare wetenschappelijke kennis over het verlenen van PSH. Het document bouwt voort op de richtlijn uit 2007 en is tot stand gekomen in een open traject. Aan vertegenwoordigers van de gebruikersdoelgroep en andere belanghebbenden is ruimte geboden om gezichtspunten en wensen in te brengen bij de werkgroep. Over de gewenste inhoud, vorm en reikwijdte van de richtlijn is uitvoerig gediscussieerd. Gedurende het traject zijn de werkgroepleden, beroepsorganisaties en experts verzocht ontwerp teksten te beoordelen. De werkgroep heeft steeds beslissingen genomen over discussiethema's. Het resultaat is verwerkt in dit document.

De multidisciplinaire richtlijn bevat algemene principes die voor alle partijen gelden. Het is een standaard waarvan de gebruikersdoelgroep gemotiveerd kan afwijken als de omstandigheden daarom vragen.

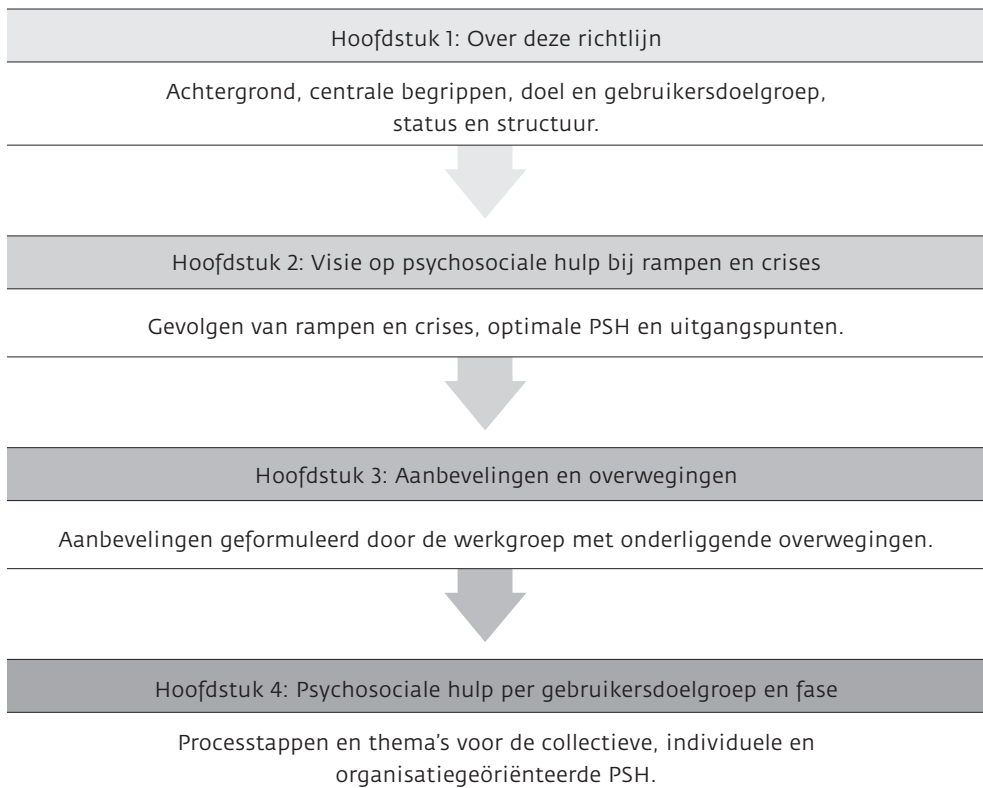
Voor het deel van de gebruikersdoelgroep dat tot de gezondheidszorg behoort (artsen, therapeuten) is dit een zorgrichtlijn. Het is een landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbeveling voor optimale zorg aan patiënten en ter ondersteuning van de klinische besluitvorming.

De richtlijn is geen protocol voor afzonderlijke partijen die tot de gebruikersdoelgroep behoren. Ook is het document niet bewust toegespitst op of geschreven in specifieke termen of processen van gebruikers. Afhankelijk van iemands rol en verantwoordelijkheid zullen sommige aanbevelingen in meer of minder mate van toepassing zijn. Voor iedereen die tot de gebruikersdoelgroep behoort, zal de uitwerking en implementatie van de aanbevelingen andere details kennen.

Uiterlijk in 2020 bepaalt Impact in samenspraak met de opdrachtgever of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid komt eerder te vervallen wanneer nieuwe ontwikkelingen aanleiding geven voor een herziening.

1.5 Leeswijzer

Na dit hoofdstuk, dat vooral ingaat op de richtlijn zelf, volgen nog drie hoofdstukken. In het volgende hoofdstuk wordt stilgestaan bij de gevolgen van een ramp voor getroffen en, met in het verlengde daarvan de visie op optimale PSH. Uitgangspunten die de basis vormen van de richtlijn zijn samengevat. Het derde hoofdstuk bevat de aanbevelingen die de werkgroep heeft geformuleerd. Steeds is er een onderscheid gemaakt in wetenschappelijk bewijs en overige overwegingen. Hoofdstuk vier biedt een praktische vertaalslag van de aanbevelingen. Per gebruikersdoelgroep zijn procesbomen met inhoudelijke thema's uitgewerkt die overheden, hulpverleners en organisaties kunnen ondersteunen bij het plannen, uitvoeren en evalueren van de PSH in verschillende fasen na de gebeurtenis.





2 Visie op psychosociale hulp bij rampen en crises

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de psychosociale gevolgen van rampen of crises waarbij sprake is van doden, ernstig gewonden en dreiging voor de fysieke integriteit van mensen. Ook wordt uiteengezet wat in deze richtlijn wordt verstaan onder optimale PSH.

2.1 Psychosociale gevolgen van rampen en crises

Deze paragraaf behandelt gevolgen van rampen en crises voor individuele getroffen en de samenleving. Nadat de algemene impact en verschillende fasen zijn beschreven, volgt een overzicht van mogelijke behoeften en problemen van getroffen. Sinds de Tweede Wereldoorlog heeft Nederland verschillende gebeurtenissen meegemaakt die tot het collectieve bewustzijn zijn doorgedrongen en die binnen de scope van deze richtlijn vallen. Het voert te ver om een uitputtend overzicht te bieden. Enkele voorbeelden zijn de watersnoodramp (1953), de vliegcrash in de Bijlmermeer (1992), de vuurwerkramp in Enschede (2000), de Q-Koorts (2006-2009), de aanslag op Koninginnedag (2009), de vliegcrash in Tripoli (2010) en het schietincident in Alphen aan den Rijn (2011).

In dit hoofdstuk wordt in verband met de leesbaarheid overwegend de term ramp gehanteerd, ook al geeft die term de meest extreme situaties weer waarvoor deze richtlijn is bedoeld.

2.1.1 Impact: ontregeling, schade en verlies

Een ramp is een onverwachte gebeurtenis die ingrijpend is voor betrokkenen. Een ramp ontregelt en richt schade aan die soms onherstelbaar is. Mensen verliezen zaken die voor hen van waarde zijn, zowel in materieel als immaterieel opzicht. Denk aan dierbaren, bezit, baan, maar ook rollen binnen relaties. De confrontatie met dergelijk verlies leidt tot stress (Hobfoll 1998). Het verlies kan een direct gevolg zijn van de gebeurtenis, of gaandeweg oplopen, bijvoorbeeld in de relationele of professionele sfeer. Al met al voorziet een ramp op een complexe manier in bronnen van stress. Getroffenen staan voor de opgave om daarmee om te gaan, net als met stressreacties die kunnen volgen na een potentieel schokkende gebeurtenis. Reacties kunnen zijn dat mensen zich bijvoorbeeld afgestompt voelen, minder interesse en plezier hebben in de alledaagse gebeurtenissen. Ze kunnen moeite hebben om zich te concentreren, dingen te onthouden of kampen met slaapproblemen. Ook kunnen lichamelijke klachten ontstaan zoals een gespannen gevoel, ernstige vermoeidheid of pijn, of het wegvallen van eetlust. En er spelen allerlei gevoelens mee zoals angst, verdriet, rouw, woede, verontwaardiging, wrok, schuld, schaamte, hulpeloosheid en hopeloosheid (zie ook Carlier & Gersons 1997; Schuster e.a. 2001; Bleich e.a. 2003; Silver e.a. 2002; Rubin e.a. 2005; Schonfeld & Gurwitsch 2009; Thoresen

e.a. 2012). Dergelijke reacties nemen over het algemeen af met het verstrijken van de tijd.

De een kan beter met de impact van de gebeurtenis en verliezen omgaan dan de ander. Reacties zullen verschillen per persoon. Wat nog meespeelt is de reikwijdte van de ramp. Zodra de gebeurtenis van een dusdanige schaal is dat ook de bredere samenleving wordt beschadigd, dreigt maatschappelijke ontwrichting. Die ontwrichting vormt mogelijk weer een belemmering voor de hulpverlening aan getroffen. Zodra de vitale infrastructuur – wegen, elektriciteit, drinkwatervoorziening, telefonie en dataverkeer, gezondheidszorg, openbaar bestuur etc. – uitvalt, is dit een ernstig obstakel voor de respons, het herstel en de nazorg (Dückers 2012).

2.1.2 Tijdsverloop

Samenlevingen en de mensen die daar deel van uitmaken, gaan verschillende fasen door bij een ramp. Twee indelingen in fasen zijn relevant in het kader van de PSH. De eerste indeling betreft de tijdsfasen die getroffen bij een ramp doormaken in interactie met niet-getroffenen, hulpverleners en overheden. De tweede indeling bevat fasen die individuele getroffen doormaken bij rouw en verliesverwerking. Deze indelingen hoeven niet synchroon te lopen, hoewel ze wel in elkaar kunnen doorwerken; het collectieve is relevant voor de individuele verliesverwerking en individuele verwerkingsprocessen uit zich mogelijk ook collectief.

De twee indelingen hieronder zijn ter illustratie. Ze geven een beeld van wat getroffen en hulpverleners kunnen verwachten

Indeling 1. Tijdsfasen die getroffen binnen een samenleving doormaken bij een ramp

Diverse auteurs (Raphael 1986; US Mental Health Services Administration 2000; Yzermans & Gersons 2002) veronderstellen dat een getroffen samenleving verschillende fasen doorloopt bij een ramp. Ondanks variaties in naamgeving en sub-indelingen is het verloop meestal vergelijkbaar. Na eventuele waarschuwingssignalen die wijzen op een naderende ramp volgt de impact. De relatief korte impact gaat over in een 'honeymoon' fase en daarna in een langdurige fase van desillusie die moet worden overwonnen om tot herstel te kunnen komen. In kader 2.1 zijn de fasen verder uitgewerkt.⁵

Indeling 2. Individuele rouw- en verliesverwerking

De tweede indeling richt zich op het individu en het verlies van dierbaren. Een probleem met diverse fase-indelingen in de literatuur is dat de variëteit aan reacties van mensen afbakening lastig maakt. Hooguit kunnen zeer globale fasen worden onderscheiden, zoals begin, midden en eind (Van den Bout, Boelen & De Keijser 1998). De eerste uren, dagen en soms weken na het overlijden is er sprake van psychische shock en ongeloof; de nabestaande is verdoofd en verlamd. Geleidelijk nemen gevoelens de overhand. De rouwende huilt en bemerkt verdriet. Enige tijd later treden er reacties op als somberheid, depressiviteit, protest en soms kwaadheid. Doordat de nabestaande geleidelijk tot zich door laat dringen dat de dierbare dood is, verwerkt deze het verlies. De intensiteit van negatieve gevoelens wordt geleidelijk minder. Uiteindelijk, doorgaans na ongeveer een jaar wordt het dagelijks leven weer hernomen en gaat de nabestaande nieuwe banden aan (Van den Bout, Boelen & De Keijser 1998). Slechts bij een minderheid van de nabestaanden geeft de ernst van de rouwklachten aanleiding tot het zoeken van professionele hulp (Stroebe, Schut & Stroebe 2005). Deze wordt wel aanbevolen in geval van gecompliceerde rouw. Daarvan is sprake als iemand gedurende minimaal zes maanden intense rouwreacties ervaart – zoals intens en ontwrichtend verlangen naar de overledene, moeite het verlies te aanvaarden, gevoel dat het leven leeg en betekenisloos is – die gepaard gaan met ernstige problemen in het normale alledaagse functioneren (Prigerson e.a. 2009).

⁵ Aanvullend onderzoek is gewenst, maar deze faserings maakt in ieder geval de betekenis van (een afname in de feitelijke of gepercipieerde) sociale steun inzichtelijk (zie Kamiasty & Norris 2004). Sociale steun is een kernonderdeel van de PSH zoals beschreven in deze richtlijn.

Kader 2.1 Tijdsfasen tijdens en na een ramp

Impact (uren, dagen)

- De impact fase van een ramp kan variëren tussen een lange, langzaam opbouwende dreiging van overstromingen en de snelle, gewelddadige, vernietigende uitkomsten van explosies of aardbevingen. Hoe groter de schaal, de schade voor de samenleving en persoonlijke verliezen, des te groter zijn de psychosociale effecten. Afhankelijk van de kenmerken van de gebeurtenis zullen reacties van mensen uiteenlopen. Mensen zijn bezig met overleven en het fysieke welzijn van henzelf, dierbaren en bezittingen. Wanneer mensen van elkaar gescheiden zijn (bijvoorbeeld kinderen op school, volwassenen op hun werk, dierbaren verspreid over opvanglocaties) levert dit spanningen op onder de overlevenden totdat ze zijn herenigd.

Honeymoon (weken tot maanden)

- In de eerste periode zal er voldoende hulpcapaciteit aanwezig zijn vanuit overheden en vrijwilligers. De gemeenschapsband wordt versterkt doordat mensen samen de gebeurtenissen hebben doorstaan, hulp verlenen en ontvangen. Overlevenden kunnen optimistisch zijn dankzij de ervaren steun. Het is een fase van grote verbondenheid tussen getroffen en niet-getroffen. Deze fase waarin sociale steun is gemobiliseerd zal onherroepelijk eindigen. Hulpverleners kunnen door zichtbaar en nuttig te zijn in deze eerste periode een basis leggen voor het hulpaanbod in de moeizame vervolgfases.

Desillusie (maanden tot jaren)

- Deze fase breekt aan wanneer niet-getroffen hun normale leven terug oppakken. De maatschappelijke aandacht, inclusief die van de media neemt af. De gemeenschap vindt dat er genoeg is gedaan voor overlevenden en nabestaanden, wat de sociale cohesie onder druk zet. Getroffen kunnen zich afgesneden voelen van solidariteit en medeleven. De vele uitdagingen, financiële problemen, bureaucratische processen, het gedwongen verlaten van het eigen thuis of het leven onder provisorische omstandigheden zijn belastend. Er is een groot contrast met de situatie voor de ramp. Mensen zijn mogelijk teleurgesteld, boos en voelen zich in de steek gelaten. Dit kan worden versterkt als overheden hun beloften niet nakomen. Bureaucratische processen waren even flexibel, maar sluiten zich nu weer in hernieuwde formaliteit.

Re-integratie/herstel (maanden tot jaren)

- Het herstel van fysieke zaken en het emotionele welzijn kan jaren duren. Overlevenden realiseren zich dat ze hun leven weer moeten opbouwen en dat zij de verwerking en het herstel grotendeels op eigen kracht zullen moeten vormgeven. De emotionele steun vanuit eigen kring kan intussen zijn afgenomen zijn, de sociale steun vanuit de omgeving eveneens. De snelheid van het herstel wisselt tussen gemeenschappen en individuen, afhankelijk van de aard van de ramp en de blootstelling. De voortgang hoeft niet lineair te zijn.

2.1.3 Behoeften en problemen

Behoeften

Uit onderzoek blijkt dat de behoeften van getroffenen van rampen qua aard, dus kwalitatief gezien, niet wezenlijk verschillen van de behoeften van mensen met letselschade, of van mensen die zijn blootgesteld aan een misdrijf (Ammerlaan 2009). Kader 2.2 bevat twee overzichten met behoeften.

Kader 2.2 Behoeften van getroffenen

Behoeften van getroffenen (volgens Ammerlaan 2009)

- eerste hulpverlening en opvang (medische zorg voor gewonden, niet-gewonden naar veilige opvanglocatie, gedoseerde psychosociale noodhulp);
- informatie ontvangen en geven: *acute fase*: lot dierbaren, praktische informatie rampenbestrijding en crisisbeheersing, opvanglocatie en aanwezige voorzieningen; *daarna*: informatie over medische, psychosociale, juridische, financiële en praktische hulp, maar ook voorlichting over waargenomen klachten, en later over de toedracht van de ramp en verantwoordelijke en aansprakelijke partijen;
- immateriële steun en hulp: vanuit het eigen sociale netwerk, professionele psychosociale hulpverlening, en steun vanuit een belangenvereniging of lotgenotencontact;
- erkenning: de wens om letterlijk en figuurlijk 'herkend' te worden (gehoord, gezien, gerespecteerd en begrepen) wat bijdraagt aan de verwerking van leed; dus niet alleen van eventuele verantwoordelijke of schuldige partijen, maar ook van het sociale netwerk en de samenleving als geheel;
- financieel herstel;
- willen weten wat er is gebeurd;
- partijen ter verantwoording willen roepen;
- willen ontvangen van excuses.

Behoeften van getroffenen (volgens Van der Velden e.a. 2006)

- een veilige omgeving;
- medische zorg bij letsel;
- hereniging of contact met verwanten en dierbaren;
- beschikking over middelen voor basale levensbehoeften (bijvoorbeeld eten, drinken, medicijnen);
- praktische hulp (bijvoorbeeld vervangende woonruimte, vervoer, communicatievoorzieningen, geld);
- betrouwbare informatie over het lot van dierbaren;
- betrouwbare informatie over de ramp, de gevolgen en afwikkeling;
- erkenning en aandacht;
- rust, controle en overzicht;
- delen van ervaringen met anderen;
- herdenkingsbijeenkomst.

Problemen

De problemen waar getroffen mensen mee te maken kunnen krijgen, gaan verder dan de eerste stressreacties, rouw en de behoeften die hiervoor zijn genoemd. Het niet gerealiseerd zien van behoeften kan een probleem zijn (of een bron van stress). Echter, in de context van deze richtlijn is er sprake van een probleem wanneer getroffen mensen na een ramp onvoldoende in staat zijn het evenwicht of de controle te hervinden, of te maken hebben met (voortdurende) psychische klachten die het dagelijks functioneren hinderen. Volgens de Gezondheidsraad werden problemen van getroffen mensen van rampen vroeger gezien als problemen die inherent zijn aan het leven. Tegenwoordig worden ze vooral medisch en psychologisch geïnterpreteerd (Gezondheidsraad 2006). Mensen die zijn blootgesteld vertonen een veelheid aan psychische problemen, inclusief PTSS, depressie, angst, stress-gerelateerde gezondheidsklachten, middelengebruik en suicidale neigingen. Ernstige problemen zoals PTSS worden gewoonlijk waargenomen bij een minderheid van de getroffen populatie. PTSS is een psychische stoornis die kan ontstaan als een reactie op een gebeurtenis die een ernstige dreiging met zich meebracht. Typische verschijnselen van PTSS zijn herbelevingen (bijvoorbeeld levendige nare herinneringen aan de gebeurtenis, flashbacks, nachtmerries), vermijding van gedachten, gevoelens of activiteiten die samenhangen met de gebeurtenis, afstomping van gevoelens, verhoogde prikkelbaarheid (bijvoorbeeld slaapproblemen, verhoogde irritatie, schrikreacties, concentratieproblemen). Bij volwassenen is de kans om een PTSS te ontwikkelen gemiddeld ongeveer 10% (Breslau e.a. 1998; De Vries & Olff 2009). Echter, er worden ook hogere percentages gevonden, zelfs oplopend tot boven de 30%. Ook bij jongeren zijn verhoogde symptomen gebruikelijk in de eerste maanden (Bonanno e.a. 2010; zie ook Norris e.a. 2002). De gevonden incidentiële percentages verschillen sterk tussen onderzoeken, en zijn onder meer afhankelijk van het type gebeurtenis en de gebruikte onderzoeksprocedures (vragenlijsten laten bijvoorbeeld hogere percentages zien dan een klinisch interview: Engelhard e.a. 2007).

De Gezondheidsraad (2006) benadrukt dat mensen onderling sterk verschillen in de manier waarop zij op een ramp reageren. Velen hebben tijdens en direct na de ramp te kampen met – soms zeer heftige – stressreacties (zie subparagraaf 2.1.1). In de regel zijn de daarmee gepaard gaande gezondheidsklachten van tijdelijke aard. De meeste mensen herstellen binnen afzienbare tijd. Op langere termijn bestaan de meest voorkomende gezondheidsreacties na een ramp uit angst, neerslachtigheid, indringende herbeleving, middelengebruik en somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. De Gezondheidsraad signaleert dat de prevalentie van deze reacties sterk uiteenloopt. Dat wil echter niet zeggen dat er bij getroffen mensen ook een toename van psychiatrische stoornissen overeenkomstig erkende classificatiecriteria (depressie, angststoornis, PTSS, verslaving) valt waar te nemen (Gezondheidsraad 2006). Bovendien constateren Bonanno e.a. dat het overgrote deel van de mensen binnen één of twee jaar gezond is en goed functioneert, of zich veerkrachtig toont (2010).

2.1.4 Risicofactoren

De meeste onderzoeken naar risicofactoren richten zich op PTSS, slechts een beperkt deel van het onderzoek is gericht op risicofactoren voor andere psychische klachten zoals depressie en angstklachten. De literatuur laat verschillende risicofactoren zien die bijdragen aan het ontwikkelen en voortduren van PTSS klachten na potentieel schokkende gebeurtenissen (Brewin e.a. 2000; Ozer e.a. 2003; Furr e.a. 2010; Lock e.a. 2012).⁶ Verschillende bronnen wijzen erop dat individuele verschillen in gezondheidsuitkomsten afhangen van unieke risicofactoren, waaronder context-gebonden kenmerken van de gebeurtenis, de fysieke afstand waarop men is blootgesteld, de afstand in de nasleep, geslacht (vrouwen lopen een groter risico), lagere leeftijd ten tijde van de gebeurtenis, etniciteit, lagere sociaaleconomische status, reeds aanwezige psychische aandoeningen, verlies van een dierbare, verstoring van het sociale weefsel (sociale relaties kunnen na een ramp verbeteren,

⁶ Naast risicofactoren op het psychologische vlak is ook veel onderzoek uitgevoerd naar psychobiologische risicofactoren voor posttraumatische stress klachten. Factoren die in verband zijn gebracht met een verhoogde kans op PTSS zijn onder andere genetische factoren (Broekman e.a. 2007), een verhoogde hartslag direct na de gebeurtenis, en een verlaagd cortisol niveau (Yehuda e.a. 1998).

met name in de eigen familie; de overgrote bulk aan bewijs wijst echter juist op het eroderen van persoonlijke relaties en gemeenschapszin) (Brewin e.a. 2000; Bonanno e.a. 2010; Gezondheidsraad 2006; Norris e.a. 2002; Ozer e.a. 2003).

Onderzoek wijst uit dat er niet één enkele dominante voorspeller blijkt te bestaan voor psychische klachten en herstel. Het gaat om een combinatie van factoren (Brewin e.a. 2000; Wohlfart e.a. 2002; Ozer e.a. 2003; Bonanno e.a. 2010). Sommige groepen zijn kwetsbaar. De Gezondheidsraad constateert een toename in psychopathologie bij onder meer moeders met jonge kinderen, evacuees, migranten, mensen met eerdere psychiatrische problematiek en adolescenten (Gezondheidsraad 2006). Figuur 2.1 maakt risicofactoren per fase inzichtelijk. Het overzicht is niet uitputtend.

Figuur 2.1 Risicofactoren per fase

<p>Pre-fase</p> <ul style="list-style-type: none"> • geslacht en leeftijd (vrouwen met/en kinderen hoger risico) • etnische minderheid • omgeving met weinig sociale steun en/of lage sociaaleconomische status • eerder gebeurtenis meegemaakt (stapeffect) • bestaande psychische problemen 	<p>Acute fase (impact): uren, dagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • blootstelling aan dood en vernietiging, doodsangst • dissociatie • verlies van wat dierbaar is en bijkomende stressbronnen • geografische en gepercipieerde nabijheid van de gebeurtenis 	<p>Nafase (honeymoon): een week tot maanden</p> <ul style="list-style-type: none"> • bijkomend verlies en andere stressbronnen (bijvoorbeeld het gescheiden zijn van dierbaren en huis en haard) 	<p>Nafase (desillusie, reïntegratie/herstel): maanden tot jaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • verlies van aandacht en sociale steun, gevoel in de steek te worden gelaten • onvoldoende randvoorwaarden om leven op te pakken (provisorische omstandigheden, geen werk of onderwijs) • geen toegang tot professionele hulpverleners • bijkomend verlies en andere stressbronnen
--	---	---	--

2.2 Optimale PSH

In deze paragraaf wordt toegelicht wat de werkgroep verstaat onder optimale PSH. Nadat de PSH verder is gedifferentieerd komen verschillende begrippen aan bod die de werkgroep als belangrijk beschouwt voor optimale PSH. Daarna volgen drie modellen waarin de praktische waarde van de begrippen tot uiting komen.

2.2.1 Differentiatie binnen de PSH

Binnen deze richtlijn wordt onder PSH verstaan: alle ondersteuning en zorg gericht op het psychisch welbevinden en de gezondheid van getroffenen, zowel in de acute fase als in de nafase en zowel gericht op het collectief als op het individu. Hiervoor is beschreven hoe de nafase voor de PSH weer onder te verdelen is in verschillende fasen die zich weliswaar niet strikt laten afbakenen in de tijd, maar wel duiden op wezenlijke situatiekenmerken waarmee collectief en individu worden geconfronteerd naarmate de tijd verstrijkt.

De diversiteit aan behoeften en problemen uit de vorige paragraaf laat ook zien hoe breed en gevarieerd het scala aan psychosociale hulp voor getroffenen in feite is. De werkgroep deelt de PSH onder in categorieën: basishulp, informatie, emotionele en sociale steun, praktische hulp en zorg gericht op gezondheidsklachten (kader 2.3).

Kader 2.3 PSH categorieën

Wat	Voor wie	Wanneer	Door wie
Basishulp (veiligheid, medische zorg, eten, drinken, medicatie, onderdak)	In beginsel alle getroffenen, later degenen die er zelf niet in kunnen voorzien	Urgent in de acute fase, maar ook daarna	Geüniformeerde hulp- en reddingsdiensten, Rode Kruis, en verder iedere hulpverlener die hier redelijkerwijs in kan voorzien
Informatie (over de gebeurtenis, de stand van zaken, het lot van dierbaren, mogelijke stressreacties)	Alle getroffenen	Ongeacht de fase	Iedere hulpverlener die hier redelijkerwijs in kan voorzien
Emotionele en sociale steun (luisterend oor, betrokkenheid, erkenning)	Alle getroffenen	Ongeacht de fase	Iedere hulpverlener die hier redelijkerwijs in kan voorzien
Praktische hulp (administratie, huishouden, juridisch advies, financiële ondersteuning)	Getroffenen die daar zelf niet in slagen	In de nafase	Slachtofferhulp Nederland, maatschappelijk werkers, juridisch en financieel deskundigen
Zorg bij gezondheidsklachten (preventie, signaleren, diagnose en behandeling)	Getroffenen met (een verhoogd risico op) psychische problemen	Preventief ongeacht de fase, curatief pas na enkele weken en bij acute klachten	Preventief en signalerend: in principe iedere hulpverlener die hier redelijkerwijs in kan voorzien Diagnose en behandeling: alleen professionele zorgverleners (artsen, gespecialiseerde psychologen en therapeuten)

Ondersteuning hoeft niet noodzakelijkerwijs gericht te zijn op de gezondheid, hoewel positieve gezondheidseffecten te verwachten zijn (met name in het geval van sociale steun is die relatie aangetoond; Brewin e.a. 2000; Ozer e.a. 2003; Guay e.a. 2006; Prati & Pietrantonio 2010; Taylor 2011). Ondersteuning kan bovendien bijdragen aan het wegnemen of compenseren van bronnen van stress. Hulpverleners die ondersteuning bieden, kunnen signaleren en aansporen om professionele hulp te zoeken (zie subparagraaf 2.2.3).

2.2.2 Kwaliteit, veerkracht en zelfredzaamheid

Kwaliteit is een kernbegrip binnen deze multidisciplinaire richtlijn. De PSH moet van optimale kwaliteit zijn. Idealiter voldoet PSH aan de volgende kwaliteitscriteria: past bij de behoefte en problemen van de individuele getroffene (behoeftegericht), maakt waar wat wordt beoogd (effectief), zonder vermijdbare verspilling van ingezette middelen (efficiënt), zonder risico's voor getroffene of hulpverlener (veilig), geboden op het juiste moment, niet te vroeg en niet te laat (tijdig), zonder onderscheid op grond van bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, etniciteit of sociaaleconomische status; tevens risicofactoren (gelijk) (kader 2.4) (zie ook Donabedian 1988; Berwick 2002; Eccles e.a. 2009).

Andere kernbegrippen zijn veerkracht en zelfredzaamheid. Deze termen zeggen iets over de eigen capaciteit van getroffenen om een ramp te boven te komen. Veerkracht wijst op de persoonlijke herstelcapaciteit van mensen, gemeenschappen en systemen. Zelfredzaamheid heeft meer te maken met gedrag; het handelen van mensen en de mate waarin men zelf eigen belangen en behoeften kan realiseren. Naar schatting is het overgrote deel van de getroffenen veerkrachtig of zelfredzaam. Een deel heeft belang bij professionele hulp. De werkgroep vindt het belangrijk dat deze mensen kwalitatieve hulp ontvangen.

Kader 2.4 Kwaliteitscriteria

- Behoeftegericht: bij beslissingen wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met individuele wensen, behoeften en waarden
- Effectief: gebaseerd op wetenschappelijke kennis, toegespitst op de mensen die daar belang bij hebben, bijdragend aan het doel
- Efficiënt: minimale verspilling van middelen, ideeën en energie
- Veilig: voorkomt schade aan mensen, maakt problemen niet erger dan niet ingrijpen
- Tijdig: gepastheid, minimale wachttijden en vertragingen
- Gelijk: geen verschillen in kwaliteit op basis van persoonlijke kenmerken zoals geslacht, leeftijd en etniciteit

(bron: Donabedian 1988; Berwick 2002; Eccles e.a. 2009)

2.2.3 Kringenmodel: aanvullende kring aanboren waar nodig

De werkgroep pleit ervoor bij het verlenen van PSH te vertrouwen op de natuurlijke herstelcapaciteit en sociale steun in de persoonlijke omgeving van de getroffen(e), en waar nodig aanvullende hulp te bieden.

Het zogenoemde kringenmodel (Gersons 2005; Impact 2010) geeft weer hoe de getroffen(e) kringsgewijs is omgeven met partijen die een rol vervullen in de ondersteuning en zorg. De eerste kring bestaat uit naasten, familie, lotgenoten (andere overlevenden en/of nabestaanden), vrienden en sommige collega's van de getroffen(e). Deze mensen behoren overwegend tot diens vertrouwde leefomgeving. De mensen in de eerste kring hebben een persoonlijke relatie met de getroffen(e). Zij kunnen en zullen ondersteuning bieden (denk aan de basishulp, sociale en emotionele steun, en praktische hulp die in de vorige paragraaf is genoemd). De algemene aanname is dat het overgrote deel van de getroffen(e) voor ondersteuning zal kunnen terugvallen op mensen in de vertrouwde leefomgeving en van hen ook de meeste steun zal ervaren (zie ook Gouweloos e.a. 2013).

In de kringen daarbuiten bevinden zich de professionele hulpverleners en getrainde vrijwilligers waarop deze richtlijn zich richt. In de tweede kring staan mensen iets meer op afstand van de getroffen(e), hoewel ze relatief goed benaderbaar zijn. Dit kan een leidinggevende zijn, een leraar, een geestelijke of een vrijwilliger. Net als in de eerste kring bevat de tweede kring mensen die kunnen signaleren of reacties overgaan in aanhoudende klachten, en de getroffen(e) – mits die dat zelf niet al doet – kunnen overreden om naar de huis- of bedrijfsarts te gaan. Specifieke ondersteuning vanuit de tweede kring kan bestaan uit tips over hoe de draad weer op te pakken, wanneer en waar professionele hulp te zoeken en hoe om te gaan met de media. Deze ondersteuning is aanvullend en vervangt niet de normale ondersteuning van getroffen(e) door mensen in de eerste kring.

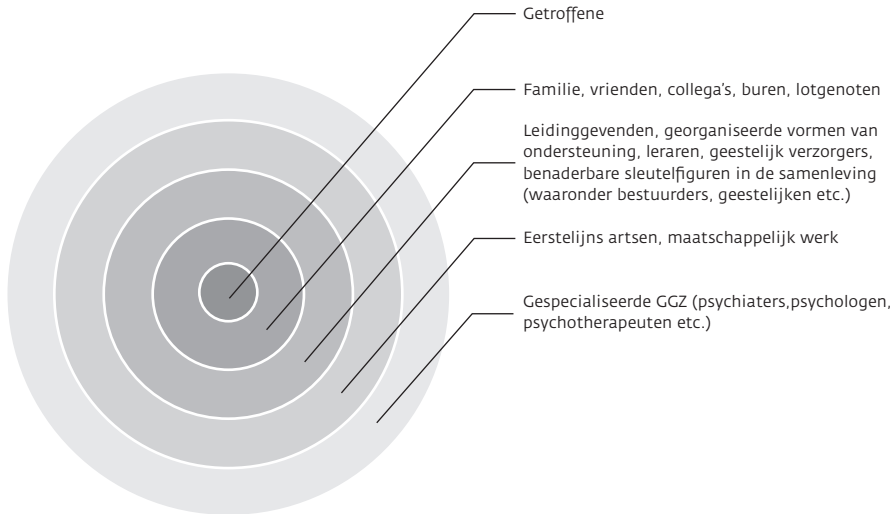
Vanaf de derde kring bevindt de getroffen(e) zich in het professionele zorgcircuit. Huis- en bedrijfsartsen en andere zorgprofessionals kunnen passende eerstelijns hulp bieden. Mocht er sprake zijn van complexe, aanhoudende problemen, dan komt de getroffen(e) terecht in de vierde kring met specialistische zorg.

In het kringenmodel krijgt de zorgdimensie van binnen naar buiten toe steeds meer gewicht. Degenen die ondersteuning bieden kunnen eventuele problemen signaleren en adviseren professionele hulp te zoeken. Wel of niet gehoor geven aan dit advies, valt onder de verantwoordelijkheid van de getroffen(e) zelf. Het kringenmodel past daarmee bij de 'stepped care' gedachte. De eerste trede omvat generieke basiszorg. Huis- en bedrijfsarts zijn de poortwachters voor meer specifieke en specialistische zorg.⁷ De getroffen(e) komt terecht bij zorgverleners die hun werkzaamheden zoveel mogelijk baseren op evidence based richtlijnen.

Voor de PSH-gerelateerde zorg aan getroffen(e) wordt binnen deze richtlijn uitgegaan van het reguliere zorgsysteem – mits dit intact is na de ramp en mits er voldoende capaciteit is. Ook voor de ondersteuning wordt binnen deze richtlijn uitgegaan van bestaande structuren in de leefomgeving van getroffen(e), waaronder het maatschappelijk middenveld (kerk, vrijwilligersorganisaties) en professionele hulpdiensten ter plaatse. Zelfs in de acute situatie zijn het vaak omstanders en professionele hulpdiensten die de eerste ondersteuning en zorg bieden aan getroffen(e).

⁷ In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 wordt een onderscheid gemaakt tussen huisartsenzorg, generalistische Basis-GGZ (voor mensen met lichte en matige problematiek) en specialistische GGZ (voor mensen met (zeer) complexe aandoeningen). De huisartsenzorg zou zich moeten kenmerken door 'een sterke poort waarin patiënten met psychische problematiek adequaat worden herkend, behandeld of waar nodig verwezen naar de generalistische GGZ of de gespecialiseerde GGZ'. Afgesproken is dat de generalistische Basis-GGZ alleen toegankelijk is via de huisarts (of andere hulpverlener) (zie ook Nuijen e.a. 2013).

Figuur 2.2 Kringenmodel



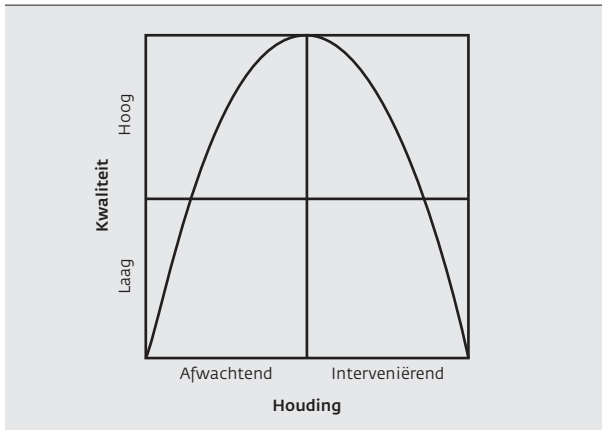
2.2.4 Paraboolmodel: weloverwogen afwachten of interveniëren

De startvraag bij een ramp of crisis blijft: wat is hier aan de hand en is dat op het terrein van de PSH nu of later een probleem? Het antwoord op die vraag is bevestigend in geval van doden, ernstig gewonden en dreiging van de fysieke integriteit. Hulpverleners kunnen in dat geval twee houdingen aannemen. Afwachten ligt voor de hand bij klachten die redelijk 'normaal' zijn gelet op de situatie, of klachten die dat niet zijn, maar waarvan aannemelijk is dat ze verdwijnen. Interviëren is aan de orde als de toestand onacceptabel is, vermoedelijk niet vanzelf verbetert, of zelfs kan verergeren.

Eerder is een lans gebroken voor een terughoudende houding jegens getroffen (Slachtofferhulp Nederland 2010; Withuis 2002), met name inzake opvangmethoden waarbij de schokkende gebeurtenis gedetailleerd wordt nabesproken en emoties worden geventileerd (Sijbrandij e.a. 2006). De werkgroep onderschrijft dat onnodig of verkeerd ingrijpen niet kwalitatief is, maar benadrukt dat niets of te weinig doen, terwijl dat in het belang is van de getroffen, evenzeer een brug te ver is. Bij de Q-koorts is bijvoorbeeld uiteindelijk te lang gewacht (De Nationale Ombudsman 2012).

Het spanningsveld tussen de houding van de hulpverlening en de kwaliteit van PSH kan worden weergegeven in een paraboolvormig model (figuur 2.3). Afwachten gaat gepaard met hoge kwaliteit als de veerkracht niet wordt overschat. Bij interveniëren is het zaak de veerkracht niet te onderschatten, aanwezige bronnen niet onbenut te laten en mensen niet te zeer in de rol van slachtoffer of patiënt te drukken (Dückers 2013). Aan beide kanten van de parabool kan men doorschieten. Dan is sprake van ineffectieve, inefficiënte, onveilige, niet behoeftegerichte, ongepaste en/of ongelijke PSH (kader 2.4).

Figuur 2.3 Paraboolmodel



(bron: Dückers 2013)

Beeldvorming, oordeelsvorming en weloverwogen besluitvorming

De uitdaging is om in tijden van onzekerheid de juiste houding aan te nemen en in de bovenzijde van de parabool te blijven. Binnen de rampenbestrijding en crisisbeheersing is het gebruikelijk om te werken volgens het BOB principe: beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming. Voor de hulpverlening aan individuen en groepen zijn dit logische stappen om te beslissen af te wachten of te interveniëren. De beeld- en oordeelsvorming vereist zorgvuldigheid omdat iedere ramp, iedere populatie en ieder individu anders is. Behoeften en problemen van mensen veranderen bovendien met het verstrijken van de tijd. Daarom moet hulpverlening recht doen aan de dynamiek van de gebeurtenis en de context van de getroffene (Van der Velden e.a. 2009; Te Brake e.a. 2011). Dat betekent dat besluiten moeten worden afgestemd op de situatie, en dienen te worden gebaseerd op een zo accuraat mogelijke inschatting van behoeften en problemen, inclusief het punt waar veerkracht en zelfredzaamheid tekortschieten. In de beeld- en oordeelsvorming moet worden bepaald welke (aanvullende) PSH-interventies wenselijk en redelijk zijn, mede gelet op de eigen verantwoordelijkheid van getroffenen, bovenop de al spontaan in gang gezette hulp vanuit omstanders, hulpdiensten en ondersteuning van mensen uit de persoonlijke leefomgeving.

2.2.5 Kwaliteitsmodel: geen PSH zonder evaluatie

De Gezondheidsraad pleit ervoor bij het opzetten van specifieke rampgerelateerde voorzieningen 'op voorhand evaluatiemomenten af te spreken' (Gezondheidsraad 2006). De werkgroep onderschrijft deze opvatting en vindt het belangrijk dat evaluatie-instrumenten worden (door)ontwikkeld. Evaluatie maakt duidelijk of een andere aanpak nodig is, bovendien levert evaluatie lessen op die kunnen bijdragen aan een betere toekomstige PSH. Deze werkwijze is overeenkomstig de vier stappen van een gangbaar kwaliteitsmodel: de plan-do-study-act cyclus (Berwick 1998; Langley e.a. 1996; Taylor e.a. 2013).

De werkgroep ziet in het kwaliteitsmodel, naast het kringenmodel en het parabooolmodel, een derde model om bij te dragen aan optimale PSH. Niet alleen door achteraf te evalueren, maar door dit al tijdens de hulpverlening te doen. Waar het BOB principe (beschreven in subparagraaf 2.2.4) in feite eerst richting geeft aan de planvorming ('plan'), voorziet een tussentijds evaluatiemoment ('study') in een veiligheidsklep om niet door te schieten in afwachten of interventie. Als iemands situatie naar verwachting verbetert, volstaat afwachten met een vinger aan de pols: 'watchful waiting'. Als iemand wel ondersteuning of zorg nodig heeft, is het belangrijk om daarin te voorzien én te kijken naar het (on)bedoelde effect daarvan. Een observatie, gesprek of vragenlijst kan verduidelijken in hoeverre de PSH-aanpak werkt. Behoeften van getroffenen kunnen inzichtelijk worden gemaakt, net als hun tevredenheid en kwaliteitspercepties over de hulp die is ingezet om in die behoeften te voorzien (zie Holsappel e.a. 2013 en de in kader 2.5 opgenomen evaluatiecriteria). Voor problemen vanuit een gezondheidskundig perspectief geldt hetzelfde. Instrumenten en criteria zijn beschikbaar om klachten voor en na afwachten of interveniëren te meten.

Kader 2.5 Evaluatiecriteria PSH

Via een systematische methode zijn door deskundigen uit wetenschap en praktijk acht evaluatiecriteria voor PSH vastgesteld. Vanuit het perspectief van de getroffene komt goede PSH tot uiting in:

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

(bron: Holsappel 2013)

2.2.6 Visie samengevat in zes uitgangspunten

De werkgroep heeft de visie op PSH, die de rode draad vormt van deze richtlijn, samengevat in zes uitgangspunten:

Uitgangspunten van de werkgroep

Sluit aan bij behoeften, problemen en risicofactoren

Kwalitatieve PSH sluit aan bij behoeften en problemen van getroffen. Bij het plannen en uitvoeren van de PSH dient bovendien rekening te worden gehouden met risicofactoren (zie figuur 2.1).

Sluit aan bij dynamiek en fase

Iedere gebeurtenis is anders. Omstandigheden en impact variëren. Behoeften, problemen en de aanwezigheid van risicofactoren dus ook. Iedere fase na de ramp vraagt iets anders. Verliesverwerking kent verschillende stadia.

Sluit aan bij veerkracht en zelfredzaamheid

Naar schatting komt het overgrote deel van de getroffen de gevolgen van een ramp te boven zonder dat professionele hulp nodig is. Hulpverleners, overheden en organisaties zullen oog moeten hebben voor herstelvermogens en kwetsbaarheden. Dit voorkomt dat men te veel of te weinig doet.

Sluit aan bij de context van de getroffene

Voorgaande uitgangspunten gelden over het algemeen. Ondanks patronen is ieder individu uniek. Dit komt tot uiting in behoeften, herstelvermogens, kwetsbaarheden en problemen van de individuele getroffene. Bij het verlenen van PSH dient zoveel mogelijk te worden aangesloten bij diens context. Het individu mag niet de dupe worden van de groepsaanpak.

Sluit aan bij aanwezige hulpverleningscapaciteit

De kans is groot dat er in het gebied waar zich de gebeurtenis heeft voorgedaan of in de omgeving van de getroffene al sociale steunbronnen of professionele capaciteit aanwezig zijn (zie ook het kringenmodel; figuur 2.2). Benut eerst deze capaciteit voordat wordt besloten tot aanvullende PSH.

Evalueer de PSH

Evalueer of het besluit tot afwachten of interveniëren het verwachte effect heeft en of aan gangbare kwaliteitscriteria is voldaan (kader 2.4 en kader 2.5). Analyseer mogelijke verklaringen en leer daarvan.

3 Aanbevelingen en overwegingen

In het vorige hoofdstuk is de visie op PSH uitgewerkt. Tegen deze achtergrond heeft de werkgroep meer gedetailleerde aanbevelingen geformuleerd voor de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn. De aanbevelingen en de bijbehorende overwegingen worden behandeld in dit hoofdstuk.

3.1 Ordening van de aanbevelingen

De aanbevelingen van de werkgroep zijn ingedeeld in acht paragrafen:

• Doelen van PSH	} paragraaf 3.2
• Ondersteuning van getroffen	} paragraaf 3.3
• Zorg gericht op gezondheidsklachten	} paragraaf 3.4
• Risicogroepen	} paragraaf 3.5
• Organisatiegeïntegreerde PSH	} paragraaf 3.6
• Collectieve PSH	} paragraaf 3.7
• Preparatie en implementatie	} paragraaf 3.8
• Evaluatie en onderzoek	} paragraaf 3.9

3.2 Doelen van PSH

Wetenschappelijke onderbouwing

In het vorige hoofdstuk is ingegaan op de behoeften en problemen waarmee getroffen na een ramp of andere potentieel schokkende gebeurtenis te maken kunnen krijgen (zie paragraaf 2.1). De Gezondheidsraad concludeert dat de meeste getroffen erin slagen hun evenwicht terug te krijgen zonder hulp van professionele hulpverleners. Mogelijke stressreacties zijn veelal tijdelijk, evenals ermee gepaard gaande gezondheidsklachten. De Gezondheidsraad constateert – net als de werkgroep – dat de meeste mensen veerkrachtig zijn en binnen afzienbare tijd herstellen. Ditzelfde beeld keert terug in overzichtsstudies (zie Bonanno e.a. 2010; Norris e.a. 2002). Overzichtsstudies wijzen bovendien op vergelijkbare risicofactoren (Brewin e.a. 2000; Ozer e.a. 2003). In het vorige hoofdstuk zijn deze risicofactoren ingedeeld in fasen (zie figuur 2.1).

De Gezondheidsraad wijst er op dat het herstel van evenwicht bij de meeste mensen plaatsvindt binnen anderhalf jaar (Bonanno e.a. 2010 spreken over een jaar tot anderhalf jaar), maar ook dat sommige getroffen langdurig gebukt gaan onder gezondheidsklachten. De meest voorkomende reacties op langere termijn zijn verwerkingsklachten zoals depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS), fobische klachten, paniekstoornis, middelenmisbruik en somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Een duidelijk verband tussen enerzijds de aard van de psychische klachten en SOLK en anderzijds de aard en oorzaak (natuurlijke of menselijke oorzaak) van de ramp ontbreekt (Gezondheidsraad 2006).

De behoeften, problemen en algemene herstelpatronen van getroffenen zijn richtinggevend voor de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn. Over passende PSH doelen – zoals 'het benutten van het natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke herstelbronnen' en 'het aansluiten op actuele behoeften en problemen van getroffenen' – bestaat onder geraadpleegde Europese experts en professionals in Nederland nagenoeg algehele instemming (Te Brake & Dückers 2013). De werkgroep onderstreept het belang van dit doel. Ter aanvulling vindt de werkgroep het nodig om vanuit de PSH oog te hebben voor de genoemde risicofactoren.

Er is nog meer wat de werkgroep tot de doelen rekent. Een team van internationale experts heeft, uitgaande van bestaand wetenschappelijk bewijs, vijf kernprincipes van psychosociale hulp geformuleerd voor mensen die zijn geconfronteerd met een ramp of verlies. Hulpverleners dienen volgens deze experts naar getroffenen toe in de eerste plaats bij te dragen aan: een gevoel van veiligheid, geruststelling, de zelfredzaamheid van individu en gemeenschap, sociale verbondenheid, en hoop (Hobfoll e.a. 2007). Deze vijf kernprincipes zijn opgenomen in de zogenoemde TENTS-richtlijnen waarover internationale experts consensus hebben bereikt (Bisson e.a. 2010a). De werkgroep neemt deze kernprincipes over.

Overige overwegingen

De gebeurtenissen waar deze richtlijn zich op richt gaan gepaard met verlies en aanvullende potentiële stressoren (of liever bronnen van stress; Van der Velden e.a. 2009) in de vorm van onzekerheden, en praktische, juridische en financiële gevolgen. Juist het feit dat dit soort stressoren terugkeert in overzichten met behoeften van getroffenen, is voor de werkgroep aanleiding om het anticiperen op risicofactoren op te nemen in de doelen van PSH. De werkgroep is van mening dat mensen baat kunnen hebben bij het verminderen van bronnen van stress.

Het denken vanuit een concept als veerkracht is aansprekend, maar het veronderstelt dat de hulpverlening zicht heeft op het punt waar bij de getroffene de capaciteit voor herstel tekortschiet. Waakzaam afwachten ('watchful waiting') past daarbij. Dit houdt in: afwachten zonder dat mensen en hun problemen over het hoofd worden gezien. De werkgroep wil niet dat PSH onnodig intervenueert of zelfs averechtse effecten oplevert. Daarom is waakzaamheid ook gewenst bij interventie (zie subparagraaf 2.2.4).

Aanbevelingen werkgroep

- 1** PSH heeft tot doel het natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen (veerkracht) te bevorderen. PSH aan getroffenen moet:
 - bijdragen aan een gevoel van controle, veiligheid, geruststelling, de zelfredzaamheid van individu en gemeenschap, sociale verbondenheid en hoop;
 - signaleren en inspelen op actuele behoeften en (psychische) problemen;
 - anticiperen op risicofactoren, waaronder bronnen van stress.
-

3.3 Ondersteuning van getroffen en

Wetenschappelijke onderbouwing

Deze paragraaf gaat over ondersteuning die, voor zover passend, in principe geboden kan worden door alle hulpverleners. Op grond van het overzicht van behoeften en problemen van getroffen en heeft de werkgroep de ondersteuning in het kader van de PSH onderverdeeld in basishulp, informatieve, emotionele en sociale steun en praktische hulp (kader 2.3). Het zijn vormen van ondersteuning die terugkeren in de IASC-richtlijnen en daar via basiszorg oplopen naar specialistische zorg (IASC 2007; zie paragraaf 3.4). Het onderscheid is in overeenstemming met de aanbeveling uit de TENTS-richtlijnen. Dat wil zeggen: de respons moet bestaan uit het voorzien in algemene ondersteuning, toegang tot sociale steun, materiële steun en psychologische steun (Bisson e.a. 2010a).

Dergelijke ondersteuning past weer bij de wijze waarop de Wereldgezondheidsorganisatie 'psychological first aid' definieert: humane, ondersteunende diensten voor een getroffen die steun nodig heeft. Het komt neer op basale, niet opgedrongen hulp met een focus op luisteren en niet op het forceren van een verhaal, op het vaststellen van behoeften en zorgen, en het tegemoet komen aan basale noden, het aanmoedigen van sociale steun van dierbaren en bescherming tegen verdere schade (WHO 2010).

Met name sociale steun geldt internationaal als een cruciaal element in de psychosociale hulp bij rampen (Bonanno e.a. 2010; Hobfoll e.a. 2007; IASC 2007; WHO 2010; Kaniasty & Norris 2004). In de TENTS-richtlijnen wordt ten behoeve van de sociale steun aanbevolen te investeren in het identificeren van de juiste steunbronnen (bijvoorbeeld familie, gemeenschap, school, vrienden etc.) (Bisson e.a. 2010a).

De werkgroep rekent de variëteit aan ondersteuningsvormen die diverse hulpverleners kunnen bieden tot de onmisbare 'steunende context' van getroffen en. Voor een deel bestaat die context uit de eigen sociale omgeving, oftewel de binnenste kring van het kringenmodel (subparagraaf 2.2.3). De hulpverlening die vanuit de overige kringen wordt ingezet dient complementair te zijn aan de eigen capaciteit en natuurlijke herstelbronnen.

Onder Europese experts en Nederlandse professionals bestaat meer dan 90% overeenstemming over de volgende kenmerken van de steunende context:

- bieden van een luisterend oor, steun en troost, en het openstaan voor directe praktische behoeften van getroffen en;
- bieden van feitelijke en actuele informatie over de gebeurtenis;
- mobiliseren van steun uit de eigen sociale omgeving (conform het kringenmodel);
- faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families;
- geruststellen van getroffen en die stressreacties vertonen (Te Brake & Dückers 2013; deze elementen worden ook genoemd door de Gezondheidsraad, 2006).

Verschillende auteurs wijzen erop dat er in de eerste periode na een ramp sprake is van voldoende gemobiliseerde steun, maar dat deze na een paar weken afneemt terwijl getroffen en nog onverminderd behoefte hebben aan steun; de zogenoemde 'honeymoon' gaat over in desillusie (Raphael 1986; US Mental Health Services Administration 2000; Yzermans & Gersons 2002). De werkgroep signaleert hier een aandachtspunt voor de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn.

De werkgroep vindt informatieverstrekking aan getroffen en onmisbaar. Benodigde informatie moet toegankelijk zijn. Onderzoek onder Europese experts en Nederlandse professionals laat zien dat meer dan 90% vindt dat informatie moet worden verstrekt die ten minste bestaat uit: (a) geruststellende uitleg over mogelijke reacties; (b) aanraden, voor zover mogelijk, de dagelijkse routine op te pakken; en (c) aangeven wat men zelf kan doen en wanneer hulp te zoeken. Geen informatie geven wordt door geen van de experts en ongeveer 15% van de

Nederlandse professionals aanbevolen (Te Brake & Dücker 2013). De Gezondheidsraad concludeert dat snelle en adequate informatie-verstrekking na een ramp onzekerheid vermindert en ertoe kan bijdragen dat getroffenen weer greep op hun leven krijgen. De Gezondheidsraad herkent hierin een bijzondere rol voor de overheid (zie paragraaf 3.7) (Gezondheidsraad 2006). De werkgroep vindt dat de voorlichting moet zijn toegespitst op het begrip, de taal en beleving van de ontvanger, ongeacht wie de partij is die communiceert met getroffenen.

Overige overwegingen

Ook later in de nafase, bij de afhandeling van financiële en juridische gevolgen (beide behoren tot de mogelijke stressbronnen), komt de steunende context tot uiting. De werkgroep acht een 'behoorlijke' omgang met schadevergoedingen een relevant onderdeel van de ondersteuning aan getroffenen. In het geval van de overheid kan volgens de ombudsman op vier manieren behoorlijk met schadevergoedingen voor getroffenen van rampen worden omgaan. Dat kan door een conflictoplossende opstelling, een terughoudende processuele opstelling (zo veel mogelijk beperken of vermijden van juridische procedures), een proactieve houding waarbij uit eigen beweging wordt nagegaan of het overheidshandelen reden vormt tot een compensatie of vergoeding en, als laatste, door een coulante opstelling. Onder een coulante opstelling verstaat de ombudsman een houding waarbij wordt gezocht naar een passende oplossing of een betaling uit coulanceoverwegingen, ook in die gevallen waarin daartoe een directe juridische basis ontbreekt (Schijns 2010; De Nationale Ombudsman 2009). De werkgroep is van mening dat een behoorlijke opstelling door aansprakelijke (of aansprakelijk gestelde) partijen, past bij meerdere behoeften van getroffenen, waaronder de behoefte aan erkenning, genoegdoening, compensatie, en excuses wanneer deze terecht zijn.

Van sommige interventies zijn negatieve effecten aangetoond; met name geldt dat voor opvangmethoden (debriefing) waarbij de schokkende gebeurtenis gedetailleerd wordt nabesproken en emoties worden geventileerd (zie de volgende paragraaf). De werkgroep raadt af om deze interventies in te zetten vanuit een ondersteunend perspectief.

Aanbevelingen werkgroep

- 2** Getroffenen hebben belang bij een steunende context, ook op langere termijn. Draag hieraan bij door het:
 - bieden van een luisterend oor, steun en troost, en het openstaan voor directe praktische behoeften van getroffenen;
 - bieden van feitelijke en actuele informatie over de gebeurtenis;
 - mobiliseren van steun uit de eigen sociale omgeving;
 - faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families;
 - geruststellen van getroffenen die stressreacties vertonen.
 - 3** Dwing mensen niet om te praten over de gebeurtenis en bied geen vormen van ondersteuning waarvan negatieve gezondheidseffecten zijn aangetoond zoals psychologische debriefing.
 - 4** Bied na de gebeurtenis voorlichting aan, afgestemd op het begrip, de taal en de beleving van de ontvanger. Deze voorlichting moet bestaan uit:
 - geruststellende uitleg over mogelijke stressreacties;
 - aanraden, voor zover mogelijk, de dagelijkse routine op te pakken;
 - aangeven wat men zelf kan doen en wanneer hulp te zoeken.
-

3.4 Zorg gericht op gezondheidsklachten

Wetenschappelijke onderbouwing

Een deel van de getroffensten zal na de gebeurtenis klachten ontwikkelen waarbij betrokkenheid van een zorgprofessional gewenst is. PSH gericht op de gezondheid van getroffensten is onder te verdelen in preventieve, signalerende, diagnostiserende en curatieve maatregelen.

Preventie kan bestaan uit inspanningen ter voorkoming van (blootstelling aan) potentieel schokkende gebeurtenissen, maar de mogelijkheden daartoe zijn beperkt. Mochten mensen toch worden blootgesteld, dan benadrukt de Gezondheidsraad dat een goede organisatie en kwaliteit van de rampenbestrijding vanuit een oogpunt van preventieve gezondheidszorg van belang is. 'Hoe redding en opvang in de acute fase van een ramp verlopen, bepaalt in belangrijke mate de gezondheidseffecten op middellange en lange termijn' (Gezondheidsraad 2006).

De daadwerkelijke effecten van preventieve maatregelen zijn lastig aan te tonen omdat op voorhand onduidelijk is wat de gezondheidstoestand zou zijn geweest bij afwezigheid van preventieve maatregelen. De werkgroep is van mening dat de in de vorige paragraaf genoemde vormen van ondersteuning kunnen worden ingezet vanuit preventieoogpunt. Naast de steunende context moet ook voorlichting aan getroffensten na rampen en crises hier expliciet worden genoemd. De Gezondheidsraad concludeert dat onzekerheid, angst en geruchten het ontstaan en de instandhouding van psychische problemen en SOLK kunnen bevorderen (Gezondheidsraad 2006).

Hoewel een deel van de reeds genoemde risicofactoren bij een ramp een gegeven is (geslacht, etniciteit, sociaaleconomische status, bestaande problemen, eerdere blootstelling etc.), is er een relatie aangetoond tussen onder andere (afwezigheid van) sociale steun en psychische gezondheidsproblemen (Brewin e.a. 2000; Ozer e.a. 2003; Bonanno e.a. 2010). Van beïnvloeding van risicofactoren (het zullen er in de praktijk meerdere zijn) zou vanuit een gezondheidsperspectief redelijkerwijs een preventieve werking kunnen uitgaan.

Een methode die in het verleden in het kader van preventie op grote schaal is toegepast om de verwerking van de gebeurtenis te bevorderen en daarmee posttraumatische stress symptomen te voorkomen is psychologische debriefing. Psychologische debriefing is een opvangmethode die doorgaans snel na een ingrijpende gebeurtenis wordt aangeboden (binnen de eerste twee dagen), uit één of meerdere gesprekken met een hulpverlener bestaat, individueel of in groepsverband. Deze gesprekken zijn gericht op het gedetailleerd bespreken van de gebeurtenis, het uiten van emoties over de gebeurtenis en het voorlichting geven over stressreacties. Uit verschillende studies blijkt dat psychologische debriefing - en in het bijzonder de nadruk op het uiten van emoties - de kans op posttraumatische stress symptomen vergroot (zie Sijbrandij e.a. 2006). Om deze reden ontraden diverse richtlijnen en studies formele vroegtijdige interventies zoals psychologische debriefing sessies voor getroffensten, of het nu gaat om eenmalige of meerdere sessies (Bisson e.a. 2010; Roberts e.a. 2009; Sijbrandij e.a. 2006; Rose e.a. 2005; Bonanno e.a. 2010; ACPMH 2013). Wegens een gebrek aan wetenschappelijke evidentie, en omdat van dergelijke interventies zelfs negatieve effecten naar voren zijn gekomen, raadt de werkgroep ze af (zoals eerder genoemd ook vanuit een ondersteunend perspectief).

Het belang van (vroeg) signalering staat niet ter discussie. De werkgroep vindt het essentieel om tijdig zicht te krijgen op problemen van getroffensten. Vanuit een zorgperspectief is hulp aan de orde zodra klachten langer dan ongeveer vier weken aanhouden of een direct probleem vormen voor het functioneren van de getroffene. Dat moment moet tijdig worden gesignaleerd. Hoewel er verschillende manieren zijn om invulling te geven aan de (vroeg) signalering, zal dit steeds moeten worden uitgevoerd door een professional of getrainde vrijwilliger.

De Gezondheidsraad heeft geconstateerd dat hulpverleners alert kunnen zijn op wie mogelijk therapeutische behandeling nodig heeft en ervoor moeten zorgen dat deze behandeling wordt geboden (Gezondheidsraad 2006). Dit past de klassieke 'psychologische triage' aanbeveling waarmee 85% van de geraadpleegde Europese experts en 90% van de Nederlandse professionals het eens is (Te Brake & Dückers 2013). Namelijk, dat een onderscheid wordt gemaakt tussen:

- getroffen en zonder psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen (deze groep dient te worden gerustgesteld en korte voorlichting te krijgen);
- getroffen en bij wie twijfel bestaat over de aanwezigheid van psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen (ook bij deze groep moet kort voorlichting worden gegeven, en de zorgverlener moet een vervolgspraak maken met de getroffen in verband met voortgaande observatie);
- getroffen en met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen (bij deze groep is sprake van evidente klinische problematiek en dient direct diagnostiek en/of behandeling te worden aangeboden).

Een kanttekening is dat het tijdens of direct na een ramp altijd afwachten is of er professionals of getrainde vrijwilligers ter plaatse zijn in de nabijheid van getroffen en om acute problemen te signaleren of mensen door te geleiden. Zeker in het begin is die kans klein en dat geldt ook in een later stadium mocht de toegang tot getroffen en belemmerd blijken.

In de nafase is er de route via het kringenmodel (subparagraaf 2.2.3). De getroffen en is in belangrijke mate zelf verantwoordelijk voor het eigen welzijn en de eigen gezondheid. Men kan zelf toegang zoeken, al dan niet aangespoord door de familieleden, vrienden, collega's, leerkrachten, geestelijken, verpleegkundigen of bijvoorbeeld maatschappelijk werkers. Daarbij moet worden aangetekend dat niet iedereen even goed potentiële behoeften en problemen herkent (Abu-Ras e.a. 2008; Alisic 2011).

De TENTS-richtlijnen stellen net als de werkgroep een *stepped care* benadering voor (Bisson e.a. 2010a). In geval van klachten kunnen getroffen en hun weg vinden naar de poortwachters van de gezondheidszorg en vervolgens, indien nodig, naar meer specifieke of specialistische geestelijke gezondheidszorg (Nuijen e.a. 2013). Huisarts en bedrijfsarts fungeren beide als poortwachters. De positie van de huisarts heeft een aantal belangrijke voordelen. De landelijke 'netwerkdkking' is maximaal doordat iedere burger in principe beschikt over een huisarts. Huisartsen kennen hun patiënt en diens voorgeschiedenis. Ze kunnen (onverklaarde) klachten daardoor beter plaatsen dan andere zorgprofessionals. Ook is de huisarts, dankzij het landelijk informatienetwerk huisartsenzorg, een waardevolle bron voor gezondheidsonderzoek bij rampen. Kanttekening is dat mogelijke rampgerelateerde klachten niet tot de aandachtspunten van de huisarts behoren (IJzermans 2013). Na een gebeurtenis of dreiging hebben zij daarom baat bij extra informatie over wat speelt en mogelijke effecten daarvan. De bedrijfsarts biedt een extra signaleringsmogelijkheid voor medewerkers van organisaties. Ook hier is extra informatieverstrekking mogelijk gewenst.

Curatieve behandelingen zijn aan de orde zodra psychische gezondheidsproblemen zijn vastgesteld. Voor depressie, angststoornissen en voor specifieke trauma-gerelateerde aandoeningen, zoals PTSS, zijn effectieve behandelingen beschikbaar. Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van deze stoornissen in de context van rampen, maar er zijn weinig aanwijzingen vanuit de literatuur dat de resultaten van een behandelaanpak met behulp van een *evidence based* behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie of *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), verschilt van die van blootstelling aan andere schokkende gebeurtenissen. Ook de Gezondheidsraad acht het aannemelijk dat de behandelingen in kwestie in de context van rampen even effectief zijn als daarbuiten (Gezondheidsraad 2006). Voor de diagnostiek en behandeling van depressie, angststoornissen (en PTSS), en SOLK zijn *evidence based* richtlijnen ontwikkeld (kader 3.1 bevat voorbeelden). De werkgroep beveelt aan gebruik te maken van deze Nederlandse standaarden die tot stand zijn gekomen in samenwerking met vertegenwoordigers van de gebruikersdoel-

groep en na analyse van beschikbaar wetenschappelijk bewijs. De werkgroep bepleit naleving daarvan in de context van de gebeurtenissen waarop de huidige richtlijn zich richt.

Kader 3.1 Overzicht met relevante evidence based richtlijnen

Titel	Jaar
Relevante NHG-standaarden	
M10. Problematisch alcoholgebruik	2005
M23. Slaapproblemen en slaapmiddelen	2005
M44. Depressie	2012
M62. Angststoornissen	2012
M102. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)	2013
Relevante GGZ-richtlijnen	
Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen	2011
Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis	2013
Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis	2013

Toegevoegd moet worden dat er in het geval van traumatische stress, een internationaal relevant thema binnen de PSH, buiten de huidige multidisciplinaire richtlijn geen Nederlandse richtlijn beschikbaar is voor de eerste weken na een confrontatie met een schokkende gebeurtenis, het tijdvak van de 'vroegtijdige interventies'. Diverse richtlijnen en studies bieden voldoende aanknopingspunten om aanbevelingen te formuleren.

Voor individuen met acute stress symptomen (symptomen van herbeleving, vermindering of hyperarousal in de eerste maand) zou traumagerichte cognitieve gedragstherapie beschikbaar moeten zijn (Roberts e.a. 2010; WHO 2013; ACPMH 2013). De Wereldgezondheidsorganisatie formuleert, na weging van onderzoeksresultaten, geen specifieke aanbevelingen over EMDR, relaxatie of psycho-educatie voor volwassenen, kinderen en adolescenten met acute traumatische stresssymptomen met duidelijke beperkingen in het dagelijkse functioneren in de eerste maand na de gebeurtenis (WHO 2013). Het gebruik van benzodiazepinen en antidepressiva voor mensen met acute traumatische stresssymptomen in de eerste maand wordt afgeraden (WHO 2013).

Er zijn momenteel veelbelovende minder invasieve en meer praktische interventies voor kinderen en volwassenen (zie bijvoorbeeld Rothbaum e.a. 2012; Des Groseilliers e.a. 2013; Jarero e.a., 2013), waarbij interventies gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie, zoals imaginaire exposure, empirisch het best worden ondersteund (zie Kearns e.a., 2012 voor een overzicht).

De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt psychological first aid aan voor volwassenen en kinderen na een potentieel schokkende gebeurtenis (WHO 2010; WHO 2013). Dit is in overeenstemming met het standpunt van de werkgroep over ondersteuning van getroffenen.

Aanbevelingen werkgroep

- 5** Naast ondersteuning van getroffenen heeft ook tijdige detectie een functie in de preventie van gezondheidsproblemen.
-
- 6** In de acute fase hebben getrainde vrijwilligers en professionele zorgverleners een rol in het signaleren en zo nodig doorgeleiden van mensen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen die diagnostiek en/of behandeling behoeven.
-
- 7** Adviseer mensen met aanhoudende klachten na ongeveer een maand na de gebeurtenis contact op te nemen met de huisarts of de bedrijfsarts. Deze professionals kunnen bepalen of een vorm van behandeling wenselijk is en in dat geval eventueel doorverwijzen.
-
- 8** Bij reeds in de voorgeschiedenis aanwezige psychische stoornissen moet adequate diagnostiek en behandeling worden verricht. Maak voor diagnostiek en behandeling gebruik van bestaande evidence based richtlijnen.
-
- 9** Traumatische stress is een belangrijk thema binnen de PSH. Buiten de huidige richtlijn zijn er geen Nederlandse evidence based richtlijnen voor de zorgverlening in de eerste vier weken na de gebeurtenis. Om die reden wordt het volgende aanbevolen:
- psychologische debriefing in eenmalige of meermalige sessies wordt afgeraden;
 - voor mensen met acute traumatische stresssymptomen wordt het gebruik van benzodiazepinen en antidepressiva in de eerste maand afgeraden;
 - voor mensen met acute traumatische stresssymptomen is traumagerichte cognitie gedragstherapie vooralsnog de geprefereerde behandelwijze.
-

3.5 Risicogroepen

Wetenschappelijke onderbouwing

Sommige groepen lopen een aantoonbaar hoger risico op het ontwikkelen van problemen. Dat geldt in het bijzonder voor kinderen, etnische minderheden, mensen die eerder zijn geconfronteerd met een potentieel schokkende gebeurtenis, mensen die al kampen met psychische problemen en getroffen met een gebrek aan sociale steun (Brewin e.a. 2000; Ozer e.a. 2003; Bonanno e.a. 2010; zie ook figuur 2.1). Een deel van deze factoren is in eerdere aanbevelingen meegenomen. Kinderen en etnische minderheden verdienen vanwege hun kwetsbaarheid bijzondere aandacht.

Kinderen zijn altijd onderdeel van een gezin of ander systeem en maken groei- en ontwikkelstadia door (ACPMH 2013). Dit is onderdeel van de context waarop de PSH dient te anticiperen. Aanbevolen wordt om niet alleen informatie bij het kind te verzamelen, maar ook ouders of verzorgers te raadplegen en te betrekken (NICE 2005; ACPMH 2013). Trauma bij kinderen vraagt een specialistische aanpak. Problemen zijn niet altijd herkenbaar, voor basisschoolleraars is dit aangetoond (Alisic 2011). Etnische minderheden zijn eveneens kwetsbaar (Drogendijk 2012) en vinden minder snel toegang tot hulpverleners (Abu Ras e.a. 2008). Communicatie moet altijd aansluiten op de taal en beleving van de ontvanger. Dat is bij etnische minderheden niet anders. Het kan bovendien raadzaam zijn sleutelfiguren uit etnische minderheidsgroepen te betrekken in het plannen en uitvoeren van de hulp. De aanbeveling om voorlichting te geven in de moedertaal en sleutelfiguren te betrekken kan rekenen op instemming onder 95% respectievelijk 89% van de geraadpleegde Europese experts en Nederlandse professionals (Te Brake & Dücker 2013).

Aanbevelingen werkgroep

- 10** Verzamel bij de PSH aan kinderen niet alleen informatie bij het kind zelf, maar raadpleeg en betrek ook ouders of verzorgers.
 - 11** Benader etnische minderheden zo regulier als mogelijk en zo cultuurspecifiek als nodig. Cultuurspecifieke elementen kunnen bestaan uit voorlichting in de moedertaal en het betrekken van sleutelfiguren uit etnische minderheidsgroepen.
-

3.6 Organisatiegeörienteerde PSH

Wetenschappelijke onderbouwing

Mensen kunnen beroepsmatig op het werk worden geconfronteerd met schokkende gebeurtenissen. Zeker onder arbeidsomstandigheden waar de kans op confrontatie groter is – hulpdiensten, zorgverleners, openbaar vervoer, legeronderdelen – biedt de organisatie mogelijkheden om mensen, middelen en methoden in te zetten voor opvang en ondersteuning van werknemers. Organisaties kunnen, al dan niet via de bedrijfsarts, een brug vormen naar het reguliere zorgaanbod (Gersons & Burger 2012; Impact 2010). Ook organisaties behoren tot het kringenmodel. Werkgevers dragen een verantwoordelijkheid naar eigen werknemers toe. De volgende aanbevelingen over de werkgever kunnen rekenen op instemming onder geraadpleegde Europese experts en Nederlandse professionals (Te Brake & Dückers 2013):

- De werkgroep beveelt aan dat de werkgever begeleiding biedt (uit te voeren door een hulpverlener of getrainde vrijwilliger) wanneer een schokkende gebeurtenis op het werk plaatsvindt.
- De werkgroep beveelt aan dat opvang door collega's (peer support) bijdraagt aan een steunende context. Het kan praktische en emotionele ondersteuning bieden en kan het gebruik van de eigen sociale steunbronnen bevorderen.

Overige overwegingen

De werkgroep is van mening dat organisaties bovendien PSH moeten verlenen aan cliënten die onder hun verantwoordelijkheid vallen. Bij 'cliënten' kan bijvoorbeeld worden gedacht aan leerlingen, patiënten van een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum, gedetineerden en reizigers. Bij de PSH aan cliënten dient te worden uitgegaan van de principes zoals beschreven in deze richtlijn.

Aanbevelingen werkgroep

- 12** De organisatie dient medewerkers en cliënten begeleiding te bieden (uit te voeren door een hulpverlener of PSH getrainde vrijwilliger) wanneer een gebeurtenis plaatsvindt tijdens het werk of anderszins valt onder de verantwoordelijkheid van de organisatie.
 - 13** De organisatie dient in de rol van werkgever voor de PSH aan eigen medewerkers uit te gaan van de principes beschreven in deze richtlijn (denk aan peer support).
 - 14** De organisatie dient in de rol van verantwoordelijke voor cliënten voor de PSH aan cliënten uit te gaan van de principes beschreven in deze richtlijn.
-

3.7 Collectieve PSH

Wetenschappelijke onderbouwing

Op voorhand is aannemelijk dat een grote variëteit aan hulpverleners en overheden een rol speelt bij de collectieve PSH. De coördinatienuddzaak die in de regel problematisch is bij crises (Beerens e.a. 2009), vormt daarmee ook binnen de PSH een aandachtspunt. Dat geldt in het bijzonder voor de overheden en publieke diensten die formeel belast zijn met coördinatie taken.

Samenhang in de activiteiten van partijen is gewenst. De TENTS-richtlijnen bevelen een multidisciplinaire programmagroep aan ('multi-agency planning group'). Iedere regio zou moeten beschikken over een multidisciplinaire programmagroep PSH. De coördinatiegroep bevat in ieder geval experts op het gebied van psychosociale hulp, gespecialiseerd in traumatische stress en verantwoordelijk voor de PSH. Getroffenen zouden ook vertegenwoordigd moeten zijn (Bisson e.a. 2010a). De TENTS-richtlijnen bevelen verder een gecoördineerde planning en samenwerking op langere termijn aan. Het dient te gaan om gedetailleerde planning met lokale autoriteiten en bestaande diensten om passende aanvullende middelen en capaciteit beschikbaar te stellen aan lokale diensten in de jaren na rampen en crises (Bisson e.a. 2010a).

In de TENTS-richtlijnen wordt een éénloketfunctie ('one-stop shop') aanbevolen: er zou een centrum moeten worden ingesteld waar een scala aan potentieel noodzakelijke diensten kan worden verstrekt aan getroffen en (Bisson e.a. 2010a).

Bij een ramp kan extra zorgcapaciteit nodig zijn. De aard van de te verwachten klachten en problemen na een ramp noodzaakt niet tot specifieke rampgerelateerde zorg, maar de omvang van de te bieden hulp kan het nodig maken om tijdelijke rampgerelateerde teams of instellingen op te richten. Bepalend voor het moment van beëindiging zijn omvang en aard van de hulpbehoefte (Gezondheidsraad 2006). In Enschede zijn huisartsen extra ondersteund (IJzermans 2013).

Overige overwegingen

De werkgroep signaleert dat veel van de maatregelen die in internationale richtlijnen en literatuur worden genoemd al deel uitmaken van het bestaande repertoire aan collectieve psychosociale hulp of tenminste aanvullend is. De zeldzaamheid van rampen en crises brengt niettemin met zich mee dat er betrekkelijk weinig expertise en praktijkervaring voorhanden is. In het licht van de programmagroep-gedachte pleit de werkgroep ervoor dat deskundigen die ervaring hebben opgedaan tijdens eerdere gebeurtenissen worden betrokken bij de planning van de collectieve PSH. Voor dit doel is een centrale voorziening opgezet. Het RIVM beschikt over een crisisteam waar gemeenten, veiligheidsregio's, ministeries, maar ook andere organisaties een beroep op mogen doen voor advisering bij PSH-vraagstukken en psychosociaal crisismangement (Dückers e.a. 2013).

De PSH heeft belang bij een zo compleet mogelijk overzicht van de getroffen en hun contactgegevens. Een adequate registratie is onmisbaar om getroffen en te kunnen benaderen. Die kan bestaan uit meerdere kanalen, in ieder geval toegespitst op de risicogroepen. Bestaande registraties zijn waardevol. Getroffenen dienen in de gelegenheid te worden gesteld zich vrijwillig te registreren. Dat kan via een opvanglocatie, éénloketfunctie of een ander aangewezen registratiepunt.

Sommige mensen zijn inderdaad extra kwetsbaar. Daarbij kan worden gedacht aan risicogroepen zoals kinderen en etnische minderheden (paragraaf 3.5), maar evenzeer aan ouderen en hulpbehoevenden (mensen met beperkingen en al aanwezige problemen, patiënten in ziekenhuizen, cliënten en bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen). De werkgroep beveelt aan na te gaan in hoeverre er zich onder de getroffen en kwetsbare groepen bevinden.

Evaluaties van verschillende rampen laten zien dat een extern geïnitieerd en georganiseerd hulpaanbod onvoldoende aansluit op lokale capaciteiten en behoeften (Appleseed 2006; Telford e.a. 2006). De lokale capaciteit moet worden versterkt en niet worden vervangen of overvleugeld (Alexander 2010; Bier 2006; zie Dückers & Frerks 2011). De werkgroep pleit er bij de PSH voor om daar waar mogelijk aan te sluiten bij de capaciteit die aanwezig is in de omgeving van getroffen en daar op voort te bouwen. Overheden kunnen daar verschillende stijlen in hanteren. Men kan ruimte geven en faciliteren (dienen), of juist ruimte inperken en ontmoedigen (dirigeren) als daar aanleiding toe bestaat (Dücker & Pröpper 2011).

Risico- en crisiscommunicatie vormen een wezenlijk onderdeel van de crisisbeheersing. Eerder is al ingegaan op het verstrekken van informatie voor individuele getroffen. Ten aanzien van de collectieve PSH onderkent de werkgroep dat in het bijzonder overheden tijdig betrouwbare informatie dienen te verschaffen over de gebeurtenis en eventuele risico's waar mensen aan zijn blootgesteld. Die conclusie is in overeenstemming met het standpunt van de Gezondheidsraad (2006) en wordt ondersteund door literatuur over psychosociale hulp bij chemische, biologische en nucleaire gebeurtenissen (Benedek e.a. 2002; Lemyre e.a. 2010; Rubin e.a. 2012; zie ook Gouweloos e.a. 2014). Gepleit wordt voor publieke informatieverstrekking die eerlijk is (ook als zaken onbekend of negatief zijn), geloofwaardig is, duidelijkheid biedt over de redenen waarom iets wel of niet wordt gedaan, en aanknopingspunten biedt aan burgers en hulpverleners over hoe (niet) te handelen. Ook de Gezondheidsraad vindt het belangrijk dat de overheid, als 'verantwoordelijke voor de informatievoorziening en risicocommunicatie na rampen', ervan doordrongen is dat 'het scheppen van (nieuwe) onzekerheid de situatie van getroffen en aanmerkelijk kan doen verslechteren'. Onzekerheid over blootstelling aan schadelijke stoffen bijvoorbeeld, geeft angst en angst is een voedingsbodem voor geruchten (Gezondheidsraad 2006). De werkgroep pleit ervoor dat de overheid in haar collectieve informatievoorziening op een eerlijke, geloofwaardige en toegankelijke manier mensen aanknopingspunten biedt voor het handelen, onzekerheid wegneemt en bijdraagt aan het reduceren van geruchten en maatschappelijke onrust.

Gezondheidsonderzoek kan nodig zijn bij feitelijke of gepercipieerde gezondheidsrisico's. Wees alert op de mate waarin er onrust ontstaat. Te lang wachten levert problemen op en blijvende ongerustheid (Wessely 2005; Gersons e.a. 2000). Voor gezondheidsonderzoek is een handreiking ontwikkeld (IJzermans e.a. 2013). Een optie om mogelijke gezondheidsklachten binnen een getroffenpopulatie te signaleren is gebruik te maken van screening. In de TENTS-richtlijnen wordt formele screening van alle getroffen ontraden, in de Australische richtlijn voor acute en posttraumatische stress niet (ACPMH 2013). Er is vergelijkend onderzoek gedaan naar screeningsinstrumenten voor stresssymptomen (Brewin 2005). Verschillende auteurs wijzen op een gebrek aan bewijs voor de effectiviteit en sensitiviteit van screening (zie Brewin e.a. 2010; Bisson e.a. 2010b). Screening gaat gepaard met potentiële organisatorische mogelijkheden en de gedachte is dat schaarse bronnen beter anders kunnen worden ingezet. Echter, screeningonderzoek kan een oplossing zijn voor situaties waar bijvoorbeeld huisartsengegevens niet voorhanden of toegankelijk zijn (zoals bijvoorbeeld het geval was bij Poldercrash; Gouweloos e.a. 2013). De werkgroep staat niet afwijzend ten opzichte van screening mits gebruik wordt gemaakt van gevalideerde instrumenten en indien de meting onderdeel is van het hulpaanbod. Iemand die positief scoort moet wel worden benaderd voor een vervolgesprek (zie ook ACPMH 2013).

Het Informatie en Adviescentrum (IAC) is een vorm van een dienstencentrum/éénloketfunctie die effecten van desillusie – afnemende sociale steun, zich opnieuw sluitende bureaucratische procedures – kan verminderen (Yzermans & Gersons 2002). Getroffenen kampen vaak met een veelheid aan klachten en problemen die veelal met elkaar samenhangen. Bijvoorbeeld huisvestingsproblemen, problemen met werk, financiële problemen, problemen in de privésfeer en gezondheidsklachten. Daarom verdient het aanbeveling de hulpverlening geïntegreerd te organiseren. Een IAC kan goed bemiddelen tussen mensen met vragen en problemen enerzijds (monitoring) en hulpverlenende instanties anderzijds. Een IAC is tijdelijk. Omdat moei-

lijk te zeggen is hoe de behoefte aan informatie en advies zich zal ontwikkelen, moeten op voorhand evaluatiemomenten worden afgesproken. Ook is het van belang bij de opzet rekening te houden met de mogelijkheid van inkrimping (Gezondheidsraad 2006). De werkgroep beveelt aan éénloketfuncties zo snel mogelijk (bij voorkeur binnen een week na de gebeurtenis) te activeren en het informatie- en dienstenaanbod aan te passen naarmate de tijd verstrijkt. Eénloketfuncties kunnen worden vormgeven in de vorm van een fysiek IAC zoals na de vuurwerkramp in Enschede en de cafébrand in Volendam (voor informatie over het opzetten hiervan zie VNG 2004). Het kan ook digitaal in de vorm van een informatie- en verwijscentrum (IVC) zoals is gebeurd na de aanslag op Koninginnedag 2009 of bij de vliegtuigramp in Tripoli in 2010 (Netten, Sarde-mann & Vermetten 2013). Zowel de fysieke als de digitale vorm verschaffen niet alleen informatie-, advies- en verwijismogelijkheden, maar kunnen ook voorzien in een plek voor getroffen en elkaar te ontmoeten en ervaringen uit te wisselen.

Zelforganisaties van getroffen en hebben als voordeel dat ze belangen namens een grotere groep kunnen vertegenwoordigen en overheden een aanspreekpunt bieden. Daarnaast is het faciliteren van een platform of zelforganisatie ook een vorm van steun en erkenning. Voor het opzetten van zelforganisaties is een handreiking ontwikkeld (Cancrinus & Netten 2008).

Herdenkingen en monumenten zijn een terugkerend element na rampen; het zijn vormen van symboliek waarmee een getroffen gemeenschap verliezen markeert. Dat kan een lokale aangelegenheid zijn, maar ook een nationale (zie de handreiking: Holsappel 2012).

Risico- en crisiscommunicatie, gezondheidsonderzoek, éénloketfuncties, zelforganisaties, en herdenkingen en monumenten zijn voorbeelden van collectieve interventies; maatregelen die kunnen worden ingezet voor een grotere populatie getroffen en. De werkgroep vindt het belangrijk om getroffen en te betrekken bij de voorbereiding en de uitvoering van collectieve interventies. De situatie bepaalt welke collectieve interventies passend zijn. Verifieer steeds eigen inschattingen en verwachtingen. Weeg weloverwogen af wat de groep (niet) nodig heeft, maar waak ervoor dat het individu er niet onder lijdt.

Aanbevelingen werkgroep

- 15** Draag bij gebeurtenissen met grote(re) aantallen getroffen en zorg voor een passende en gecoördineerde inzet van PSH, conform de aanbevelingen in deze richtlijn. Doe dit in samenspraak met experts.
 - 16** Gebruik risico- en crisiscommunicatie om adequaat te informeren over de gebeurtenis, onzekerheden te minimaliseren en geruchten tegen te gaan.
 - 17** Benut waar mogelijk bestaande registraties. Stel mensen in staat zich vrijwillig te registreren zodat zij benaderbaar zijn voor het verlenen van PSH.
-

Aanbevelingen werkgroep

18 Maak een inschatting van de behoeften, problemen, risico's, veerkracht en zelfredzaamheid van getroffenen. Identificeer specifieke kwetsbare groepen onder de getroffenen, zoals kinderen, ouderen, etnische minderheden en hulpbehoevenden (mensen met beperkingen en al aanwezige problemen, patiënten in ziekenhuizen, cliënten en bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen). Verifieer verwachtingen. Monitor groepen zo nodig.

19 Screening van gezondheidsklachten binnen de getroffen populatie is alleen aangewezen indien gebruik wordt gemaakt van gevalideerde meetinstrumenten en indien onderdeel van het hulpaanbod zodat mensen met klachten worden benaderd door een professionele zorgverlener.

20 Plan de PSH op basis van de verzamelde informatie en voer het plan uit, waar mogelijk gebruikmakend van beschikbare lokale structuren en inzetbare capaciteit. Gelet op de omstandigheden kan worden besloten tot (het faciliteren van):

- éénloketfuncties (informatie- en dienstverleningscentra in fysieke of digitale vorm);
- lotgenotencontact (zelforganisaties, ontmoetingspunten);
- herdenkingen en monumenten.

21 Waak ervoor dat het individu niet vermijdbaar lijdt onder de hulp aan het collectief.

3.8 Preparatie en implementatie

Wetenschappelijke onderbouwing

De TENTS-richtlijnen bevelen aan dat iedere regio beschikt over richtlijnen voor de PSH, geïntegreerd in de bredere planvorming rondom rampen en crises, en regelmatig geactualiseerd (Bisson e.a. 2010a). De werkgroep is het daar mee eens en ziet deze richtlijn als een concrete uitwerking daarvan. Onderzoek laat overigens zien dat er in Europa variatie bestaat in de aanwezigheid van en het werken volgens evidence based werkwijzen. De Scandinavische regio scoort het hoogst, maar ook de regio waartoe Nederland behoort steekt gunstig af bij andere gebieden (Witteveen e.a. 2012). Toch bestaat er in Nederland (net als in Europa) een kloof tussen, enerzijds het aantal experts en professionals dat PSH principes en aanbevelingen onderschrijft, en anderzijds de mate waarin zij waarnemen dat principes en aanbevelingen worden nageleefd (Te Brake & Dückers 2013). Dit benadrukt het belang van richtlijnimplementatie.

De werkgroep rekent de implementatie van deze richtlijn, al dan niet in het kader van de preparatie, tot de verantwoordelijkheid van de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn. Opleiden, trainen en oefenen zijn in dit opzicht essentieel: beperkte voorbereiding of een falende uitvoering kunnen ertoe bijdragen dat mensen zich overweldigd of hulpeloos voelen. Het is daarom noodzakelijk dat doorlopend wordt geoefend en dat de effectiviteit van geplande acties wordt geëvalueerd evenals de capaciteit van hulpverleners om de acties uit te voeren (Benedek e.a. 2002). Alle hulpverleners moeten formeel worden getraind, en moeten doorlopend worden blootgesteld aan training, ondersteuning en toezicht (Bisson e.a. 2010a).

Overige overwegingen

Aangezien deze richtlijn algemene principes bevat voor een multidisciplinaire gebruikersdoelgroep, is een nadere vertaalslag gewenst naar protocollen of handelingsperspectieven per partij die tot de gebruikersdoelgroep behoort. De werkgroep beveelt aan de inhoud van deze richtlijn verder te vertalen naar de praktijk voor specifieke partijen of (deel)taken waar dit wenselijk wordt geacht (zoals de Richtlijn psychosociale opvang geüniformeerden; Impact 2010). De inhoud van deze richtlijn dient dan ook een plek te krijgen in de planvorming voor de acute fase en de nafase van crises, zowel op lokaal niveau als nationaal. In het bijzonder kan worden gedacht aan de gemeentelijke bevolkingszorg, de rampenopvangplannen voor GGD'en (Grop), huisartsen (Harop) en ziekenhuizen (Zirop).

De individuele voorbereiding is van belang om te zorgen dat de hulpverleners zijn uitgerust voor de taken die zij autonoom kunnen uitvoeren. Het kenmerk van een ramp is dat de aanpak de capaciteit van individuele partijen overstijgt. Voor die taken die in samenwerking met anderen plaatsvinden is gezamenlijke preparatie nodig. Een veiligheidsregio bestaat uit een netwerk van partijen. Binnen het zorgdomein zijn er netwerken van ketenpartners voor de acute zorg aan getroffen (Roaz), voor de hulp in de nafase is dat niet anders (een hulpmiddel voor de preparatie is het PSH modelconvenant voor de samenwerking tussen GGD en ketenpartners). De implementatie van deze multidisciplinaire richtlijn komt er op neer dat partijen zich gezamenlijk voorbereiden en de mate van voorbereiding regelmatig controleren.

De individuele voorbereiding is van belang om te zorgen dat hulpverleners zijn toegerust op de taken die zij autonoom kunnen uitvoeren. Het kenmerk van een ramp is dat de aanpak de capaciteit van individuele partijen overstijgt. Voor die taken die in samenwerking met anderen plaatsvinden is gezamenlijke preparatie nodig. Een veiligheidsregio is een netwerk van partijen. Binnen het zorgdomein zijn er netwerken van ketenpartners voor de acute zorg aan getroffen (Roaz), voor de hulp in de nafase is dat niet anders (een hulpmiddel voor de preparatie is het PSH modelconvenant voor de samenwerking tussen GGD en ketenpartners). De implementatie van deze multidisciplinaire richtlijn komt er op neer dat partijen zich gezamenlijk

voorbereiden en de mate van voorbereiding regelmatig controleren.

Het in de praktijk brengen van de inhoud van een richtlijn is een opzichzelfstaand kennisterrein. In de literatuur zijn vele verklarende factoren te vinden voor de implementatie van richtlijnen, de verspreiding en borging van nieuwe werkwijzen, en dus ook voor de preparatie (zie bijvoorbeeld Greenhalgh e.a. 2004; Grol & Wensing 2006; Dückers 2009; Grol 2010; Stirman e.a. 2012). Tientallen determinanten voor het succes of falen van de implementatie kunnen daaruit worden afgeleid. De diversiteit kan worden teruggebracht tot drie factoren die bepalend zijn voor de mate waarin een individu handelt: motivatie, capaciteit en gelegenheid (Michie e.a. 2011; Poiesz 1999). Motivatie gaat over weten wat wordt verwacht en daar achter staan. De mogelijkheid om het vervolgens ook te doen kent een intern en een extern element. Het interne element is de persoonlijke capaciteit die tot uiting komt in vaardigheden, talenten, kennis en netwerk. Gelegenheid wordt buiten de persoon om bepaald. Het zijn randvoorwaarden die betrokkenen in staat stellen hun werk te doen. Denk aan hulpmiddelen, tijd en draagvlak.

De werkgroep ziet graag dat de partijen die tot de gebruikersdoelgroep behoren, investeren in deze factoren om de naleving van de richtlijn te bevorderen. De werkgroep merkt op dat hulpverleners, vanuit hun professionele rol, verplicht zijn hun motivatie, capaciteit en gelegenheid te optimaliseren. Voor zover benodigde randvoorwaarden zich binnen de invloedssfeer van een organisatie bevinden, zijn die organisaties verantwoordelijk voor het bevorderen van die randvoorwaarden. Deze organisaties kunnen invloed uitoefenen door het belang uit te dragen, door bijvoorbeeld scholing en trainingen aan te bieden en oefeningen te organiseren, en door leergedrag aan te moedigen. Daarnaast heeft de organisatie de taak zorg te dragen voor het welzijn en functioneren van medewerkers en cliënten, en de plicht zich daarop voor te bereiden. Overheden zijn verantwoordelijk voor het bevorderen van een optimale PSH aan getroffen en, en moeten zich voorbereiden op de overkoepelende coördinatietaak die hen wacht bij rampen en crises. Overheden kunnen knelpunten in processen wegnemen en de gezamenlijke voorbereiding, uitvoering en evaluatie bevorderen.

Aanbevelingen werkgroep

22

Implementeer deze richtlijn onder meer door:

- deze richtlijn te vertalen naar een specifieke richtlijn, handelingsperspectief en/of protocol per partij en/of deeltaak;
 - deze richtlijn integraal onderdeel te maken van de voorbereiding op rampen en crises (in de planvorming, via opleiden, trainen en oefenen), individueel per partij maar ook gezamenlijk, en de mate van voorbereiding periodiek inzichtelijk te maken/te controleren);
 - in brede zin te investeren in de motivatie, capaciteit en gelegenheid van betrokkenen op verschillende niveaus om deze richtlijn na te leven (onder andere door het belang ervan uit te dragen, door ruimte te creëren binnen de werkzaamheden, knelpunten weg te nemen en door de mate van naleving periodiek inzichtelijk te maken/te controleren).
-

3.9 Evaluatie en onderzoek

Wetenschappelijke onderbouwing

De Gezondheidsraad hecht belang aan de evaluatie van PSH en adviseert evaluatiemomenten af te spreken (2006). De werkgroep onderschrijft dit. Om te kunnen verbeteren is het nodig dat wordt geleerd van gebeurtenissen en de hulp die (niet) is geboden. Evaluatie is één van de uitgangspunten binnen de visie op optimale PSH zoals samengevat aan het slot van het vorige hoofdstuk. Het is een vast element van diverse kwaliteitsmodellen - denk aan plan-do-study-act (PDSA; Langley e.a. 1996; Berwick 1998; Taylor 2013; subparagraaf 2.2.5) en het European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model (Nabitz e.a. 2000). Systematisch literatuuronderzoek wijst op enig bewijs voor positieve effecten van het werken volgens dergelijke modellen op zorguitkomsten (Minkman e.a. 2007; Nabitz e.a. 2006; Taylor 2013). Systematisch literatuuronderzoek laat bovendien zien dat het terugkoppelen van informatie over de eigen dienstverlening een positief effect heeft op de kwaliteit (Ivers e.a. 2011).

Overige overwegingen

De werkgroep signaleert dat de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn is gebonden aan wet en regelgeving met bepalingen over kwaliteitszorg. Voor de hulpverlening vanuit zorginstellingen of geregistreerde professionals zijn er de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (1993). Voor partijen die opereren in de werkings sfeer van de Wet veiligheidsregio's (2010) geldt ook dat zij vallen onder het verplichte regionale kwaliteitssysteem. Verder beschikken professionele organisaties veelal over een gecertificeerd kwaliteitssysteem. Daaruit leidt de werkgroep af dat de gebruikersdoelgroep de plicht heeft de eigen inspanningen op het gebied van PSH te evalueren.

De werkgroep onderscheidt twee manieren waarop evaluatie kan bijdragen aan verbetering. De eerste vorm komt overeen met wat hiervoor is beschreven. Evaluatie is dan onderdeel van de hulpverlening volgens het kwaliteitsmodel. Het is een manier om na te gaan of de gevolgde aanpak afdoende werkt. Op individueel niveau kan worden gecontroleerd of de geleverde hulp aansluit op de behoefte en verwachtingen van getroffenen, maar ook op de verwachtingen van de hulpverlener. Op collectief niveau zijn ook metingen mogelijk. Bijvoorbeeld via vragenlijsten of het landelijk informatie netwerk huisartsen – dat zelfs onderzoek met een vergelijkingsgroep mogelijk maakt (na de vuurwerkram্প is Enschede bijvoorbeeld vergeleken met Tilburg; IJzermans 2013).

De tweede weg is minder direct, maar niet minder belangrijk. Evaluatieonderzoek kan uiteindelijk bijdragen aan de algehele optimalisering van de PSH door bruikbare inzichten aan te reiken voor de voorbereiding op de acute fase en de nafase.

Evaluatie en het trekken van lessen komt in beide gevallen ten goede aan de hulpverlening aan het individu, maar dient in het tweede geval ook een breder nut – mits de lessen daadwerkelijk worden vertaald naar maatregelen. Dat laatste wordt vermoedelijk vaker verondersteld dan waargemaakt (Alexander 2012).

Buiten enkele effectstudies zijn robuuste evaluaties van PSH bij potentieel schokkende gebeurtenissen, en met name bij rampen en crises, schaars. Sommige auteurs zijn sceptisch over de mate waarin de nabije toekomst aanvullend wetenschappelijk bewijs beschikbaar zal komen om de beste PSH-aanpak te kunnen vaststellen (Hobfoll e.a. 2007; Bisson e.a. 2010a). Toch pleit de werkgroep ervoor de aanknopingspunten voor verbetering, die iedere gebeurtenis biedt, toch zoveel mogelijk te benutten. Het is nodig om vast te stellen wat wel of niet werkt en waarom. Het transparant en bespreekbaar maken van die informatie is in het belang van de betrokken hulpverleners en overheden, collega's elders, en toekomstige getroffenen.

De werkgroep signaleert dat het instrumentarium om te evalueren aanvulling behoeft. Enkele kwaliteitsmeetinstrumenten zijn ontwikkeld (zoals Holsappel e.a. 2013). De werkgroep beveelt aan hiervan gebruik te maken en voort te bouwen op bestaande evaluatie-instrumenten. Samenwerking tussen hulpverleners en onderzoekers is van belang om de expertise en kennis van beide professies te benutten. Ook is betrokkenheid van de verantwoordelijke overheden en organisaties nodig om te zorgen dat de lessen daadwerkelijk worden vertaald naar verbetermaatregelen. De kans dat lessen worden opgevolgd is groter als ze zijn geformuleerd op basis van kennis uit de praktijk van de hulpverlening, de beleidsomgeving daar omheen, en met betrouwbare onderzoeksmethoden en -technieken. Een complicatie is dat de methodologisch sterkste onderzoekdesigns niet goed mogelijk zijn in de complexe sociale werkelijkheid en al helemaal niet in de chaos van een ramp. De mogelijkheden om te werken met gecontroleerde designs zijn op zijn minst gebrekkig (Eccles e.a. 2003). Observatieve studies zijn onmisbaar, mits representatief en systematisch uitgevoerd (Black 1996). Ook kan PDSA een oplossing zijn. PDSA is oorspronkelijk bedoeld als een instrument om veranderingen te evalueren in een dynamische, complexe omgeving (Taylor 2013).

Aanbevelingen werkgroep

- 23** Benut iedere gebeurtenis als een potentieel leermoment voor het verlenen van PSH.
- 24** Maak de geleverde PSH transparant en evalueer vanuit het perspectief van de ontvanger en de verlener van de hulp, met het doel de kwaliteit te verbeteren.
- 25** Ga na in hoeverre de PSH beantwoordt aan de doelen van deze richtlijn en voldoet aan kwaliteits- en evaluatiecriteria.
- 26** Onderzoek en ontwikkel benaderingen, werkwijzen en instrumenten die de kwaliteit van de PSH kunnen verbeteren.
- 27** Wissel evaluatie- en onderzoeksmethoden en meetinstrumenten uit en ontwikkel ze door.
- 28** Voer evaluatie en onderzoek uit in samenwerking met hulpverleners, overheden en wetenschappers. Leer gezamenlijk van de bevindingen.
-



4 Psychosociale hulp per gebruikersdoelgroep en fase

In het tweede hoofdstuk is stilgestaan bij de gevolgen van potentieel schokkende gebeurtenissen voor getroffen en. Ook is de visie op optimale PSH geschetst die centraal staat in deze richtlijn. In het vorige hoofdstuk zijn de aanbevelingen en overwegingen van de werkgroep beschreven. In dit hoofdstuk wordt de inhoud vertaald naar procesbomen die iedere gebruikersdoelgroep van de richtlijn een format bieden voor de hulpverlening.

4.1 Toelichting op de procesbomen

4.1.1 Drie gebruikersdoelgroepen, drie procesbomen

PSH is aan de orde bij gebeurtenissen waar sprake is van doden, ernstig gewonden en dreiging van de fysieke integriteit van mensen. Voor de drie gebruikersdoelgroepen van deze richtlijn is een procesboom opgesteld:

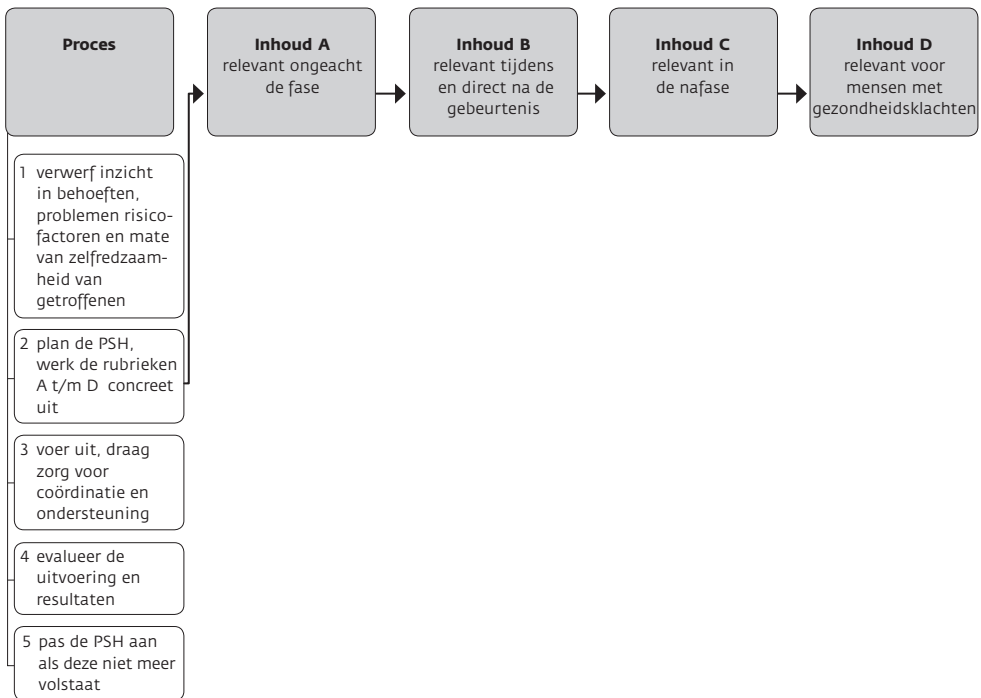
- overheden en publieke diensten met een verantwoordelijkheid voor het collectief (collectieve PSH; paragraaf 4.2);
- hulpverleners die zich richten op het individu (individuele PSH; paragraaf 4.3);
- organisaties met een verantwoordelijkheid voor hun medewerkers en cliënten (organisatiegeoriënteerde PSH; paragraaf 4.4).

Bij de collectieve PSH en de organisatiegeoriënteerde PSH dient de hulp aan individuen volgens de procesboom van de individuele PSH te worden ingekleed.

4.1.2 Onderdelen van de procesbomen

In iedere procesboom zijn aanbevelingen uit het vorige hoofdstuk (bijvoorbeeld de aansluiting bij behoeften, problemen en hulpbronnen, bieden van een steunende context, informatieverstrekking) uitgewerkt per gebruikersdoelgroep. Iedere procesboom is opgebouwd uit vergelijkbare onderdelen die hierna worden toegelicht. Het betreft een procesbeschrijving met vier rubrieken. Iedere rubriek is opgebouwd uit verschillende thema's.

Figuur 4.1 Basisstructuur procesboom



Proces

Iedere procesboom begint links met een processtam, die verticaal naar beneden loopt en partijen stimuleert te kijken naar behoeften, problemen, risicofactoren en veerkracht/zelfredzaamheid van getroffen. De inhoud van paragraaf 2.1 biedt een beeld van wat men kan verwachten.

Daarna kan de concrete invulling van relevante PSH thema's per rubriek worden bepaald. Of een thema relevant is hangt af van de omstandigheden. Na of tijdens de uitvoering kan worden nagegaan of de gekozen strategie het verwachte effect oplevert en of de PSH voldoet aan gangbare kwaliteits- en evaluatiecriteria voor PSH (kader 2.4 en kader 2.5). Het signaleren van knelpunten en de controle van criteria zijn vormen van evaluatie. In hoeverre lopen te verwachten en werkelijke maatregelen, condities en uitkomsten uiteen? In dat verband zijn gesprekken met getroffen, hulpverleners en andere betrokkenen nuttig. Daarbij kan er gebruik worden gemaakt van vragenlijsten die zich richten op tevredenheid en gepercipiëerde kwaliteit. Ook screeningsinstrumenten voor klinische klachten en andere vormen van gezondheidsonderzoek kunnen nuttig zijn.

Vervolgacties zijn gewenst bij knelpunten en te lage scores op de gehanteerde criteria. Alle stappen van het kwaliteitsmodel zijn dan doorlopen (subparagraaf 2.2.5).

Indien de omstandigheden dit toelaten doen overheden en hulpverleners er goed aan eigen verwachtingen op groepsniveau te verifiëren. Op die manier kan men er zeker van zijn dat de gekozen vorm aansluit bij verwachtingen of voorkeuren van individuele getroffenen. Verifiëren kan in de vorm van (groeps)gesprekken, maar ook via gericht (gezondheids)onderzoek, systematische behoeftepeilingen en probleeminventarisaties.

A. Relevant ongeacht de fase

De eerste rubriek omvat hulp gericht op niet-fasegebonden behoeften van getroffenen.

In de eerste plaats gaat het bij een ramp of crisis om het verschaffen van eerlijke informatie over de gebeurtenis en de gevolgen daarvan. Die informatie dient te worden gegeven in een taal en vorm die begrijpelijk is voor de getroffene. Voor een deel zal die informatie via de autoriteiten worden verstrekt, maar ook een individuele hulpverlener kan doorgeven wat hij of zij weet, mits de informatie is geverifieerd en vrijgegeven. Na de gebeurtenis willen getroffenen weten wat er precies is gebeurd, wat de oorzaken zijn en wat er nog gaat gebeuren. Wat doen overheid en andere partijen? Wat doen ze bewust niet? Zijn er (gezondheids)risico's en hoe wordt men geacht daar mee om te gaan? Zijn er geruchten die moeten worden ontkracht of in ieder geval genuanceerd? Wat zijn niet-verontrustende reacties (bijvoorbeeld lusteloosheid, somberheid, verdriet, woede), welke tips zijn er te geven over wat mensen zelf kunnen doen (kijk niet te lang naar beelden op de televisie en internet, speel met uw kinderen, raadpleeg bij aanhoudende klachten uw huisarts enzovoort)? Is er meer bekend over vermisten? Wanneer en hoe kunnen nabestaanden afscheid nemen van overledenen? Wanneer en hoe kunnen bezittingen van overledenen worden overgedragen aan nabestaanden? Wordt er een herdenking georganiseerd? Sommige informatie vraagt om een persoonlijk gesprek, met name over het lot van dierbaren (zie paragraaf 4.3). Hier is persoonlijk contact tussen de bringer en ontvanger van het nieuws erg belangrijk (bij kinderen kan de ontvanger bestaan uit ouders of verzorgers). Het brengen van goed en slecht nieuws, de confrontatie met overledenen, de overdracht van bezittingen; het zijn emotionele aangelegenheden waarbij in de praktijk familiechercheurs, medewerkers van Slachtofferhulp Nederland of aanzegggers van Defensie betrokken zijn.

Andere informatie kan worden gedeeld via speciaal aangewezen contactpersonen voor getroffenen, persconferenties, bewonersbijeenkomsten, gesloten bijeenkomsten voor overlevenden en nabestaanden, massamedia, mailing, brochures en websites, en al dan niet in gesloten fora. Contactpersonen, bijeenkomsten en fora zijn tevens geschikt om informatie te verzamelen over behoeften en wensen van getroffenen, evenals over bestaande knelpunten in de hulpverlening.

In de tweede plaats gaat rubriek A om de tot uiting gebrachte erkenning dat getroffenen iets vreselijks is overkomen. Dat kan door mensen zoveel mogelijk te betrekken bij keuzes en initiatieven die relevant voor hen zijn. Maar het kan ook tot uiting komen in het directe contact tussen getroffene en hulpverlener. Het uiten van deelneming en het luisteren naar het verhaal van de getroffene is iets wat iedere hulpverlener of vertegenwoordiger van een overheid of organisatie kan doen; van ambulancebroeder tot hoogwaardigheidsbekleder.

Ook het maken van gepaste excuses (voor zover dit aan de orde is), aansprakelijkheid en compensatie blijven lastige kwesties omdat hier belangen van partijen tegen elkaar in kunnen druisen. Juist als iemand communiceert namens een (mogelijk verwijtbare) overheid of organisatie, kan erkenning worden belemmerd door een te grote terughoudendheid.

Een 'behoorlijke' opstelling (paragraaf 3.3) is een uiting van betrokkenheid. Datzelfde geldt voor het afkondigen van nationale rouw, een ministerieel bezoek op de locatie van de ramp, een besloten bijeenkomst met

overlevenden en nabestaanden met leden van de koninklijke familie, een bezoek van de burgemeester, een lokale of nationale herdenkingsbijeenkomst, het onthullen van een monument. De collectieve PSH is op zichzelf een uiting van betrokkenheid namens het bestuur en de samenleving. De organisatiegeoriënteerde PSH is dat namens een organisatie, en de individuele PSH is dat namens een hulpverlener. In alle gevallen is het van belang dat realistische verwachtingen worden gewekt en beloften worden nagekomen, anders draagt dit bij aan teleurstelling of desillusie bij betrokkenen.

B. Relevant tijdens en direct na de gebeurtenis

Rubriek B is gewijd aan de zogenoemde basishulp (zie kader 2.3) voor hulpbehoevenden in de acute fase. Hulpdiensten en reddingswerkers hebben bij een ramp of calamiteit tot taak mensen in veiligheid te brengen en gewonden met spoed te vervoeren naar een plek waar zij medische verzorgd kunnen worden. Mensen die niet (ernstig) gewond zijn kunnen naar een veilige opvanglocatie worden gebracht, voor zover zij de gevaarzone niet zelf kunnen verlaten. Als ze dit na een poging tot overreden weigeren, mogen ze daartoe niet worden gedwongen – tenzij ze in een psychische shock verkeren of wilsonbekwaam zijn.

Zodra men in veiligheid is, bijvoorbeeld op een opvanglocatie of gewoonweg op veilige afstand, kan de hulpverlener zich richten op het bevorderen van rust en ingrijpen in het zeldzame geval dat de getroffenene een bedreiging vormt voor zichzelf of anderen (conflict, psychische decompensatie). Met name zal in deze fase behoefte bestaan aan basishulp en praktische ondersteuning. De getroffenene wil mogelijk contact opnemen met dierbaren of anderen, heeft misschien vervoer nodig om naar huis te gaan of naar een andere (tijdelijke) verblijfplaats. Als de omstandigheden het toelaten kan de hulpverlener getroffenenen voorzien van eten, drinken, bescherming tegen de elementen en medicatie, of daarin bemiddelen. Is de leefomgeving echt verwoest, dan zullen er voor de getroffenenen tijdelijke woon- en leefvoorzieningen moeten worden gerealiseerd.

C. Relevant in de nafase

De nafase is de langdurige periode van herstel en nazorg. Mensen zullen een vorm moeten vinden om met hun materiële en immateriële verliezen om te kunnen gaan. De ondersteuning vanuit overheden en hulpverleners zal complementair moeten zijn aan de herstelcapaciteit en bronnen waarover getroffenenen beschikken. Daarnaast dient de ondersteuning gericht te zijn op het minimaliseren van teleurstellingen en desillusie, zodra de gemobiliseerde sociale steun en andere hulp wegeeft.

Het is evident dat er basishulp nodig is in gebieden waar woningen zijn vernietigd, of de toevoer van levensmiddelen stopt wegens een ontwrichte infrastructuur. Praktische hulp bij huishouden en administratie kan aan de orde zijn als getroffenenen hiertoe niet in staat zijn, en de eigen kring dit soort zaken onvoldoende kan opvangen. Ook is het passend om ruimte en gelegenheid te bieden voor verwerking en om te gedenken.

Bij grotere aantallen getroffenenen – exacte aantallen zijn moeilijk te geven, het hangt ook af van de complexiteit van hun behoeften en problemen – is het raadzaam zo snel mogelijk een éénlokettefunctie te realiseren zoals een fysiek Informatie en Adviescentrum (IAC) of een digitaal Informatie en Verwijscentrum (IVC). Indien de geografische spreiding van getroffenenen beperkt is, ligt een IAC voor de hand, bij een grotere geografische spreiding is een IVC het meest aangewezen. Beide éénlokettefuncties stellen bezoekers in staat antwoorden te krijgen op hun vragen en in verbinding te komen met de juiste dienstverlener. Verschillende soorten hulp kunnen toegankelijk worden gemaakt via één punt. Voordelen: de éénlokettefunctie is een vast vertrekpunt voor het contact met getroffenenen, helpt behoeften en problemen te volgen, kan lotgenotencontact bevorderen, en kan de juridische afwikkeling van de gebeurtenis voor getroffenenen ondersteunen zonder dat mensen naar de buitenwereld toe worden gestigmatiseerd.

Andere ondersteuning die aansluit bij de behoeften van getroffen en in de nafaase is het faciliteren van zelforganisaties (bevorderen van belangenbehartiging, creëren van een aanspreekpunt dat namens de getroffen en kan spreken), lotgenotencontact (bijeenkomsten, gesloten fora), en herdenkingen of monumenten. Van belang is dat getroffen en worden betrokken bij zowel de besluitvorming als de uitvoering.

Voor éénloketfuncties, zelforganisaties en herdenkingen zijn afzonderlijke handreikingen ontwikkeld.

D. Relevant voor mensen met gezondheidsklachten

De vierde rubriek bestrijkt de zorg voor mensen met gezondheidsklachten of -risico's.

Een eerste thema in de collectieve procesboom is gezondheidsonderzoek. Gezondheidsonderzoek is een middel om de (potentiële) behoefte aan ondersteuning en zorg in beeld te krijgen; tevens om maatschappelijke onrust te voorkomen doordat mensen nadelige gevolgen voor hun gezondheid vrezen en zich niet gehoord voelen. Gezondheidsonderzoek – er is een handreiking ontwikkeld – kan dienen als nulmeting, maar ook als vervolgmeting. Als er een vergelijkingsgroep is, kan worden nagegaan wat de effecten zijn van (niet) geboden hulp.

De thema's in rubriek D gaan over gezondheidszorg en de weg ernaar toe. Mocht een ramp het reguliere zorgsysteem ernstig verstoren, of een groter beroep doen op de capaciteit dan beschikbaar, dan zullen noodoplossingen moeten worden gerealiseerd. In andere gevallen wordt voor de zorg aan getroffen en ingezet op het reguliere, getrapte zorgsysteem. Iedere getroffene is verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid. Mensen met aanhoudende klachten kunnen hun huisarts of bedrijfsarts raadplegen, al dan niet op advies van de kringen rondom hen (zie paragraaf 2.2.3). Een voordeel van de huisarts is dat voor deze beroepsgroep een landelijk dekkend systeem bestaat. Huisartsen in een risicogebied kunnen worden geïnformeerd over klachten waar ze extra alert op dienen te zijn.

Zorgverleners kunnen beoordelen of er zorg nodig is. Misschien resulteert het gesprek met een getroffene in het besluit om nog even te wachten, misschien wordt een behandeling voorgeschreven, maar het kan ook dat de arts doorverwijst naar meer specialistische zorg. Voor verschillende diagnoses en behandelingen zijn evidence based richtlijnen ontwikkeld. In de eerste maand wordt overwegend terughoudendheid geadviseerd. Bovendien kunnen sommige psychische problemen pas na een maand adequaat worden gediagnostiseerd. Bij kinderen is het beleid niet te lang af te wachten omdat klachten interfereren met de ontwikkeling en tot stagnatie kunnen leiden in emotioneel, sociaal en cognitief opzicht.

4.1.3 Toepassing van de procesbomen

PSH is geen eenmalige exercitie. De aanpak zal moeten meegroeien met veranderende behoeften en problemen van getroffen en in de diverse fasen na een ramp. Dat betekent dat de collectieve en de organisatiegeoriënteerde procesbomen in ieder geval moeten worden doorlopen tijdens of direct na de acute fase en (op rubriek B na omdat deze gaat over de acute fase), maar nog vaker tijdens de nafaase. De individuele procesboom is aan de orde bij iedere afweging om wel of (voorlopig) geen hulp te verlenen.

Tot slot moet worden opgemerkt dat de procesbomen niet op zichzelf staan. Bij een relatief kleine gebeurtenis volstaat de individuele procesboom, bij een gebeurtenis binnen een organisatie komt daar de organisatiegeoriënteerde procesboom bovenop. Bij een calamiteit in het publieke domein met meerdere getroffen en is er de collectieve procesboom. Keuzes vanuit die overstijgende bomen hebben in beginsel consequenties voor de hulp aan het individu.

4.2 Procesboom collectieve PSH

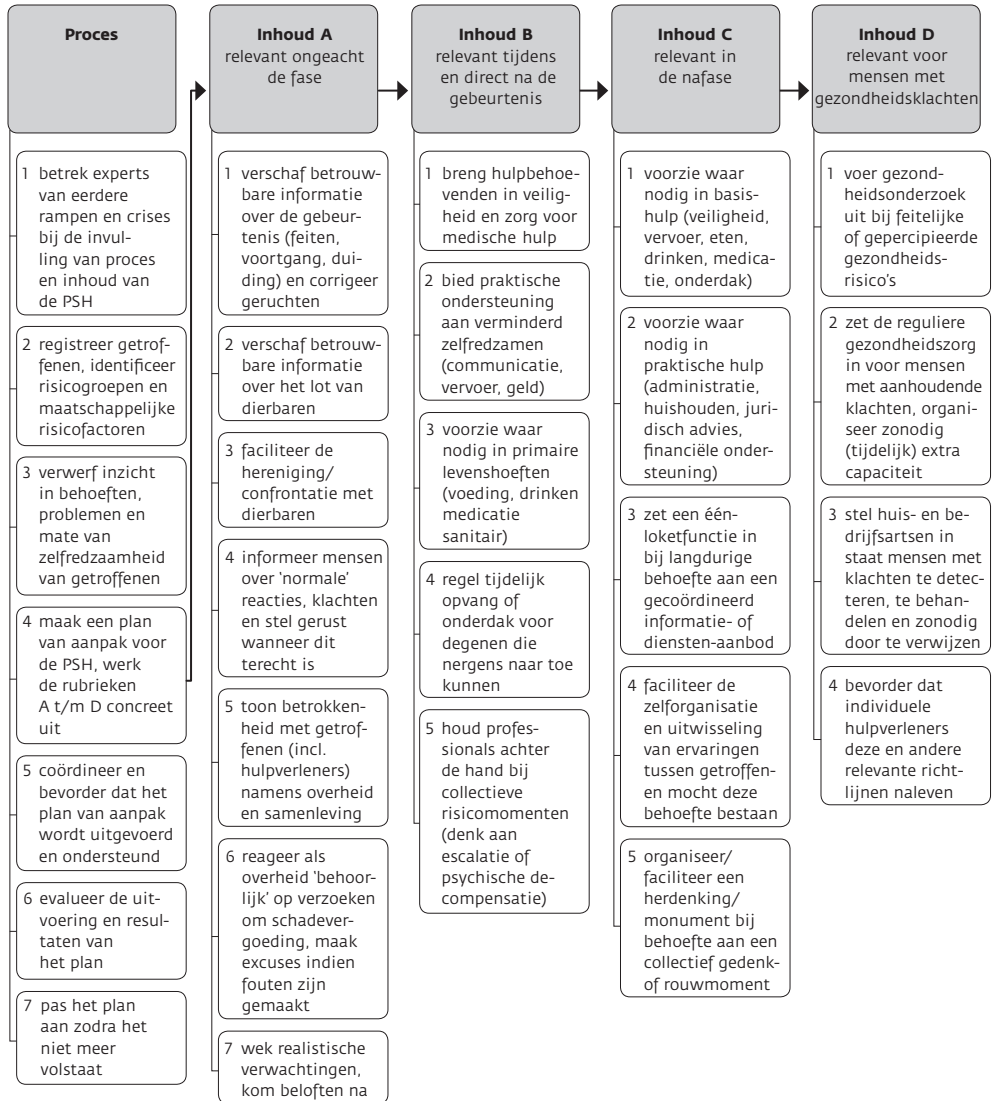
Overheden en publieke diensten zijn medeverantwoordelijk voor de veiligheid, het welbevinden en de gezondheid van burgers. Gemeentelijk en regionaal is die verantwoordelijkheid wettelijk verankerd in de Wet veiligheidsregio's en de Wet publieke gezondheid. Daarnaast is het Rijk verantwoordelijk voor gebeurtenissen waar vitale belangen van de samenleving in gevaar zijn en waar maatschappelijke ontwrichting dreigt. Dat is het geval bij rampen en crises met grote aantallen doden en gewonden (Dückers 2012).

De uitdaging op het niveau van het collectief is maatschappelijke onrust te minimaliseren, te waarborgen dat er voldoende PSH-capaciteit beschikbaar is, en dat de PSH-inzet wordt gecoördineerd en gefaciliteerd. Uiteindelijk is het lokale openbare bestuur verantwoordelijk voor de aanpak van de crisis en de nazorg. De Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (Ghor) vervult in de eerste periode een sleutelrol. De Ghor activeert de publieke gezondheid waartoe naast de PSH, ook de infectieziektebestrijding, het gezondheidsonderzoek en de medische milieukunde behoren. Binnen de Gemeentelijke/gemeenschappelijke gezondheidsdienst (GGD) ressorteren deze taken onder het GGD Rampenopvangplan (GROP).

Of het nu lokaal is of landelijk, gelet op de beperkte ervaringskennis over de PSH bij rampen en crises acht de werkgroep het raadzaam steeds experts te betrekken bij het plannen, uitvoeren en evalueren van de PSH. Het gaat bij voorkeur om experts met kennis over (a) groepsdynamieken en maatschappelijke onrust, (b) behoeften en problemen van getroffen en, en (c) de aanbevolen vorm en voor- en nadelen van maatregelen.

Overheden moeten keuzes maken over de concrete invulling van relevante thema's per rubriek. Ook moeten zij oog hebben voor de mate waarin de aanpak bijdraagt aan het minimaliseren van eventuele maatschappelijke onrust. Bij de daadwerkelijke uitvoering kunnen meerdere overheden en hulpverleners betrokken zijn.

Figuur 4.2 Procesboom collectieve PSH



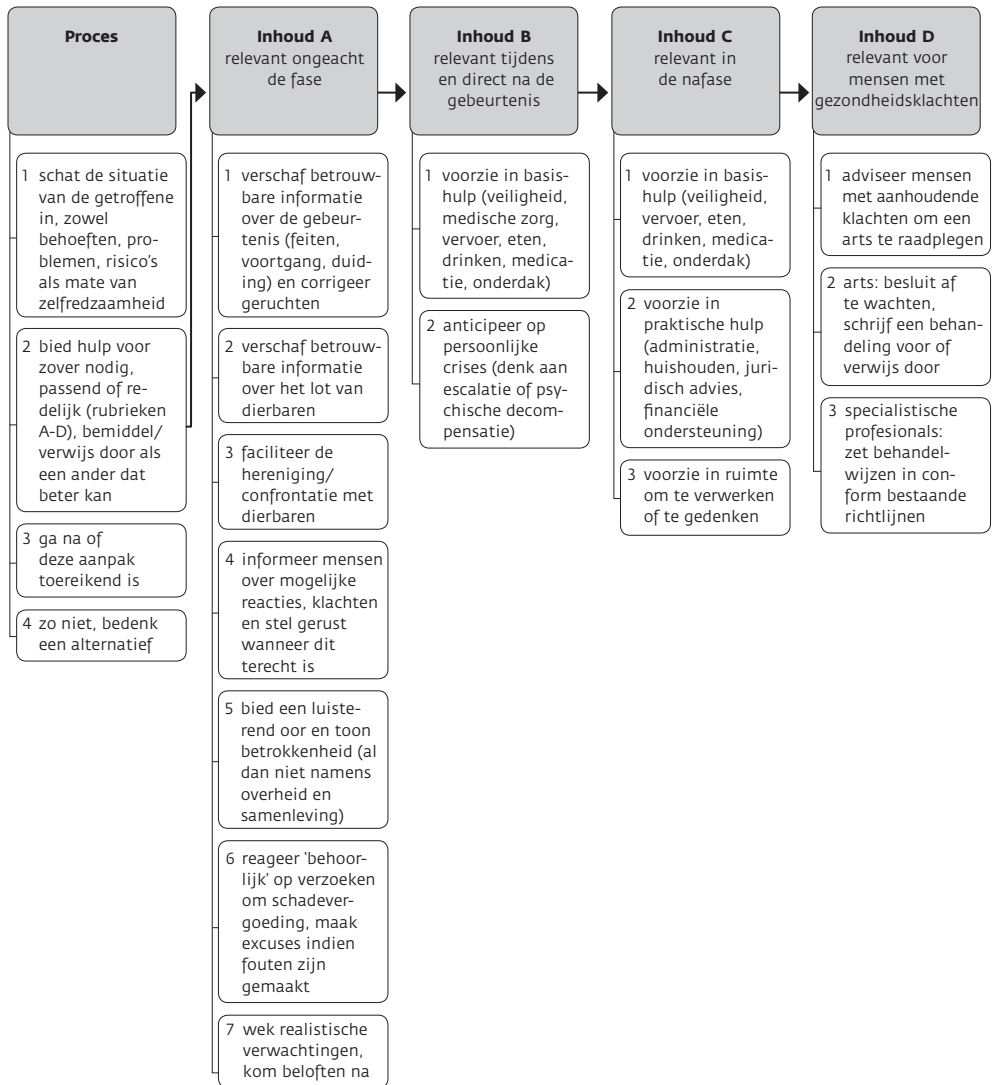
4.3 Procesboom individuele PSH

Binnen de individuele procesboom staat het perspectief van de hulpverlener centraal. De procesboom kan worden benut voor gebeurtenissen met of zonder collectieve PSH. Dat wil zeggen, het proces en de inhoud zijn evenzeer relevant voor rampen als voor potentieel schokkende gebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld een gewelddadige overval of een verkrachting.

Het proces gaat hier grotendeels gepaard met direct, één-op-één contact tussen hulpverlener en getroffene. Dat contact kan fysiek plaatsvinden, maar ook telefonisch of digitaal. Het proces bestaat uit vier stappen waarvan wordt verwacht dat iedere hulpverlener deze doorloopt. Bij individuele hulp kunnen meerdere hulpverleners betrokken zijn, ieder met een eigen rol. Elke hulpverlener kan zelf bepalen welk thema er per rubriek op dat moment relevant is voor de getroffene. Dat kan per persoon verschillen. Voor de burgemeester of een brandweerman zijn andere thema's aan de orde dan voor de huisarts of maatschappelijk werker. Ieders rol kan bepalend zijn, net als iemands inschatting over wat gepaste hulp is en wat niet. Hulp kan bijvoorbeeld bestaan uit iemand in veiligheid brengen, informatie verschaffen, luisteren of geruststellen. Maar ook betrokkenheid tonen is van belang, of dat nu op persoonlijke titel gebeurt of namens iets groters zoals een organisatie of overheid(sdienst). Medeleven en erkenning zijn belangrijke zaken, net als – voor zover het aan de orde is – het maken van excuses.

De hulpverlener moet de getroffene ruimte bieden voor diens herstel en het hervinden van controle na de gebeurtenis. Mensen kunnen baat hebben bij het wegnemen van onzekerheden, praktische, juridische, financiële of andere stressbronnen. Soms heeft een getroffene vooral behoefte aan praktische hulp, of wordt er gevraagd om te anticiperen op een (latente) zorgbehoefte. Aanhoudende gezondheidsklachten verdienen hoe dan ook aandacht.

Figuur 4.3 Procesboom individuele PSH

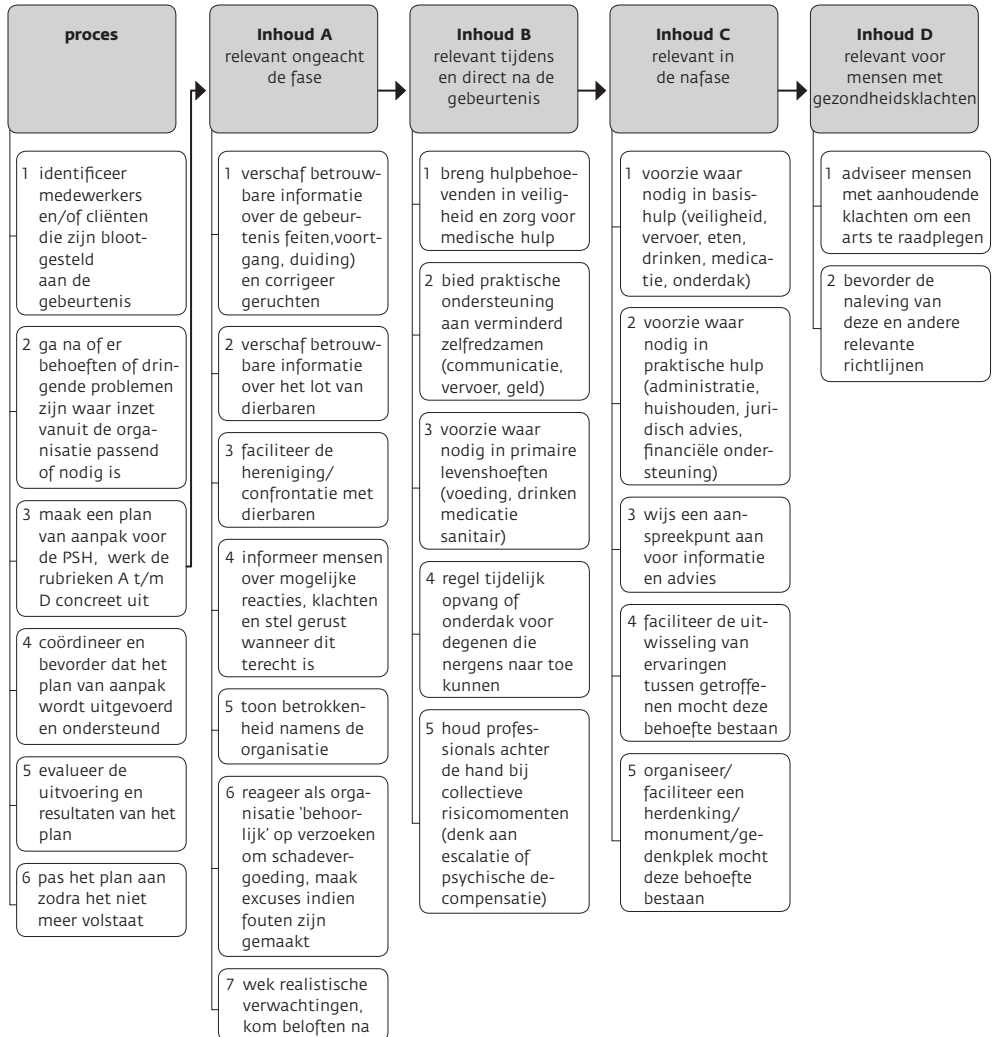


4.4 Organisatiegeoriënteerde PSH

De derde procesboom is opgesteld voor organisaties met een verantwoordelijkheid voor medewerkers en cliënten. Daartoe behoren geüniformeerde diensten zoals politie, brandweer, ambulance, defensie en redding-organisaties. Maar de procesboom is ook bedoeld voor organisaties waar behalve medewerkers regelmatig 'cliënten' verblijven. Scholen (leerlingen), zorginstellingen (patiënten), penitentiaire inrichtingen (gedetineerden) en vervoersbedrijven (reizigers) zijn voorbeelden hiervan.

Wat deze procesboom onderscheidt van de andere procesbomen is dat organisaties mensen, middelen en methoden zullen moeten inzetten voor de PSH aan medewerkers en cliënten, in het geval deze zijn blootgesteld aan gebeurtenissen waarvoor deze richtlijn is bedoeld. De hulp kan worden verleend door medewerkers die hun primaire taak tijdelijk opschorten (docenten die leerlingen of collega's opvangen), medewerkers die al een formele rol vervullen als collegiale ondersteuner (bedrijfsopvangteams bij geüniformeerde diensten), professionals waarvan het dagelijkse werk bestaat uit PSH-gerelateerde taken (schoolpsychologen, geestelijk verzorgers), en het management (leidinggevenden en bestuurders met een verantwoordelijkheid naar medewerkers, cliënten en de omgeving van de organisatie). De organisatie kan invulling geven aan de diverse thema's waar dit passend en nodig is.

Figuur 4.4 Organisatiegeoriënteerde PSH





Literatuurlijst

- Abu-Ras, W., Gheith, A. & Cournos, F. (2008). The imam's role in mental health promotion: A study at 22 mosques in New York City's Muslim community. *Journal of Muslim Mental Health*, 3, 155-176.
- Alexander, D. (2010). The L'Aquila Earthquake of 6 April 2009 and Italian Government Policy on Disaster Response. *Journal of Natural Resources Policy Research*, 2, 325-342.
- Alexander, D. (2012). Disasters: Lessons learned? *Journal of Geography & Natural Disasters*, 2, 1000e102.
- Alisic, E. (2011). *Children and trauma: A broad perspective on exposure and recovery*. Utrecht: Universiteit Utrecht (dissertatie).
- Ammerlaan, K. (2009). *Na de ramp: De rol van de overheid bij de (schade) ontwikkeling van rampen vanuit een belangenperspectief van de slachtoffers*. Tilburg: Universiteit van Tilburg (dissertatie).
- Applesseed (2006). A continuing storm: The on-going struggles of Hurricane Katrina evacuees.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH) (2013). *Australian Guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. ACPMH, Melbourne Victoria.
- Beerens, R., Stalenhoef-Willemsen, E. & Tonnaer, C. (2009). *10 jaar Rampenbestrijding in Nederland: evaluaties nader beschouwd*. NIFV, Arnhem.
- Benedek, D.M., Holloway, H.C., & Becker, S.M. (2002). Emergency mental health management in bioterrorism events. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 20, 393-408.
- Berwick, D.M. (1998). Developing and testing changes in delivery of care. *Annals of Internal Medicine*, 128, 651-656.
- Berwick, D.M. (2002). A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Affairs*, 21, 80-90.
- Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, 2012.
- Bier, V. (2006). Hurricane Katrina as a Bureaucratic Nightmare. In: R. Daniels, D. Kettl & H. Kunreuther (Eds.). *On Risk and Disaster: Lessons from Hurricane Katrina*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 243-254.
- Bisson, J.I., Tavakoly, B., Witteveen, A.B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V.J., et al. (2010). TENTS guidelines: Development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *British Journal of Psychiatry*, 196, 69-74.
- Bisson, J.I., Welch, R., Maddern, S. & Shepherd, J.P. (2010b). Implementing a screening programme for post-traumatic stress disorder following violent crime. *European Journal of Psycho-traumatology*, 1, 5541.
- Black, N. (1996). Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *British Medical Journal*, 312, 1215-1218.
- Bleich, A., Gekopf, M. & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 290, 612-620.
- Bonanno, G.A., Brewin, C.R., Kaniasty, K. & La Greca, A.M. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11, 1-49.
- Bout, J. van den, Boelen, P.A. & Keijser, J. de (1998). *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brake, H. te, Dückers, M., Klazinga, N., Rooze, M., Spreeuwenberg, C. & Swinkels, J. (2011). Richtlijnen voor het leveren van psychosociale zorg die aansluit op de behoeften van getroffenen. De menselijke maat. *De Psycholoog*, 46, 43-50.
- Brake, H. te & Dückers, M. (2013). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events: Is there a gap between norms and practice in Europe? *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 19093.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748.
- Brewin, C.R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 53-62.
- Brewin, C.R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P., et al. (2010). Outreach and screening following the 2005 London bombings: Usage and outcomes. *Psychological Medicine*, 40, 2049.
- Broekman, B.F., Olf, M., & Boer, F. (2007). The genetic background to PTSD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31, 348-362.
- Carlier, I.V.E. & Gersons, B.P.R. (1997). Stress reactions in disaster victims following the Bijlmermeer plane crash. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 329-335.
- Cancrinus, I., Netten, J. (2008). *Samen slimmer, samen sterker! Handreiking voor zelforganisaties van rampgetroffenen*. Amsterdam: Impact.
- De Nationale Ombudsman (2009). *Behoorlijk omgaan met schadeclaims*. Den Haag: De Nationale Ombudsman. Rapportnummer: 2009/135.
- De Nationale Ombudsman (2012). *"Het spijt mij": Over Q-koorts en de menselijke maat*. Den Haag: De Nationale Ombudsman. Rapportnummer: 2012/100.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Drogendijk, A.N. (2012). *Long term psychosocial consequences for disaster affected persons belonging to ethnic minorities*. Utrecht: Universiteit Utrecht (dissertatie).
- Dückers, M.L.A. (2009). *Changing hospital care: Evaluation of a multi-layered organisational development and quality improvement programme*. Utrecht: Universiteit Utrecht (dissertatie).
- Dückers, M.L.A. & Frerks, G.E. (2011). Internationale lessen over de organisatie van de nazorg bij rampen. *Magazine nationale veiligheid en crisisbeheersing*, 9, 34-36.

- Dückers, M. & Pröpper, I. (2011). Zelfredzaamheid in crisistijd. *Openbaar Bestuur. Tijdschrift voor beleid, bestuur en politiek*, 21, 24-28.
- Dückers, M. (2012). *Richting geven aan de laatste schakel: De natase. Rijksbrede versterking van herstel en nazorg bij rampen en crises*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Dückers, M. (2013). Veerkracht: Bakken of dwaallicht? *Cogiscope*, 10, 16-19.
- Dückers, M., Banus, S., Mennen, M. & Stom, C. (2013). Investeren in de capaciteit voor psychosociale hulpverlening. *Magazine nationale veiligheid en crisisbeheersing*, 10, 36-37.
- Eccles, M., Grimshaw, J., Campbell, M., & Ramsay, C. (2003). Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 47-52.
- Eccles, M., Armstrong, D., Baker, R., Cleary, K. et al. (2009). An implementation research agenda. *Implementation Science*, 4, 18.
- Engelhard, I.M., Hout, M. A. van den, Weerts, J.O.S., Arntz, A., Hox, J.J. & McNally, R.J. (2007). Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq: Prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 140-145.
- Furr, J.M., Comer, J.S., Edmunds, J.M., & Kendall, P.C. (2010). Disasters and youth: A meta-analytic examination of posttraumatic stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 765-780.
- Gersons, B., Carlier, I. & IJzermans, J. (2000). 'In de spiegel der emoties': Onvoorziene langetermijngevolgen van de Bijlmer-vilegramp. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 10, 876-888.
- Gersons, B.P.R. (2005). *Bijzondere missie: Geestelijke gezondheidszorg voor militairen en veteranen*. Den Haag, Ministerie van Defensie.
- Gersons, B.P.R. & Burger, N.R.R. (2012). *Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie*. Diemen: Arq Psychotrauma Expert Groep.
- Gezondheidsraad (2006). *Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn*. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienummer: 2006/18.
- Gouweloos, J., Ten Brinke, J.M., Sijbrandij, M., Boele, I. & Brake, H. te (2013). *Bevindingen getroffen en Poldercrash. Resultaten van drie belondes onder getroffenen van het vliegtuigongeluk met de TK 1951 op 25 februari 2009*. Diemen: Impact.
- Gouweloos J., Dückers, M., Brake, H. te, Kleber, R., & Drogendijk, A. (2014). Psychosocial care to affected citizens and communities in case of CBRN incidents: A systematic review. *Environment International*. In druk.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82, 581-629.
- Grol, R.P.T.M. (2010). *Kwaliteit van zorg. Variaties op een complex thema*. Nijmegen: Radboud Universiteit (afscheidsrede).
- Grol R. & Wensing, M. (2006). Implementatie: *Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Groseilliers, D., Bousquet, I., Marchand, A., Cordova, M.J., Ruzek, J.I., & Brunet, A. (2013). Two-year follow-up of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 462-469.
- Guay S., Bilette V. & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 327-338.
- Helsloot, I., Schollens, A. (2007). *Nationale crisisbeheersing beschreven*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum.
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315.
- Holsappel, J. (2012). *Handreiking herdenken. Aandachtspunten bij het organiseren van een herdenking kort na schokkende gebeurtenissen, rampen en calamiteiten*. Diemen: Impact.
- Holsappel, J., Fassaert, T., Dorn, T. & Brake, H. te (2013). *Quality of psychosocial care. Eindrapport. Impact/GGD Amsterdam: Diemen/Amsterdam*.
- Impact (2010). *Richtlijn psychosociale ondersteuning geïnformeerden*. Amsterdam: Impact.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Genève: IASC.
- IJzermans, J. (2013). De huisarts als ankerpunt. *Cogiscope*, 10, 11-15.
- IJzermans, J., Van der Ree, J. & Classen, T. (2013). *Handreiking gezondheidsonderzoek na rampen: Onderzoek naar psychische en fysieke gezondheid en naar zorg- en ondersteuningsbehoeften na incidenten, crises, ongevallen en rampen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S.D., et al. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD000259.
- Kearns, M.C., Ressler, K.J., Zatzick, D., Rothbaum, B.O. (2012). Early intervention for PTSD: A review. *Depression and Anxiety*, 29, 833-842.
- Langley, G.L., Nolan, K.M., Nolan, T.W., Norman, C.L., Provost, L.P. (1996). *The improvement guide: A practical approach to enhancing organisational performance*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lemyre, L., Clément, M., Cornell, W., Craig, L., Boulette, P., Tyshenko, M., et al. (2005). A psychosocial risk assessment and management framework to enhance response to CBRN terrorism threats and attacks. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 3, 316-330.
- Kaniasty, K., Norris, F.H. (2004). Social support in the aftermath of disasters, catastrophes, and acts of terrorism: Altruistic, overwhelmed, uncertain, antagonistic, and patriotic communities. In: R. Ursano, A. Norwood, C. Fullerton. (Eds.). *Bioterrorism: Psychological and public health interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 200-229.
- Kwaliteitswet zorginstellingen*, 1996.
- Lock, S., Rubin, G.J., Murray, V., Rogers, M.B., Amlôt, R., & Williams, R. (2012). Secondary stressors and extreme events and disasters: A systematic review of primary research from 2010-2011. *PLoS Currents*, 4.
- Michie, S., Stralen, M. van, West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42.
- Minkman, M., Ahaus, K., & Huijsman, R. (2007). Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 90-104.
- Nabitz, U., Klazinga, N. & Walburg, J. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. European Foundation for Quality Management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 191-201.
- Nabitz, U., Schramade, M. & Schippers, G. (2006). Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. *International Journal for Quality in Health Care*, 18, 336-345.
- Netten, J., Sardemann, R., Vermetten, E., (2013). Webportals: Nazorginstrument na grootschalige calamiteiten. *Magazine nationale veiligheid en crisisbeheersing*, 11, 46-47.
- NICE (2005). *Post-Traumatic Stress Disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary Care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Norris, F.H., Friedman, M.J. & Watson, P.J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65, 240-260.

- Nuijen, J. (Red.) (2013). *Trendrapportage GGZ 2012 Deel 2A - GGZ in de eerste lijn: De rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Polesz, T. (1999). *Gedragsmanagement. Waarom mensen zich (niet) gedragen*. Wormer: Inmerc.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38, 403-417.
- Prigerson, H.G., Horowitz, M. J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K., et al. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6, e1000121.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe*. New York: Basic Books.
- Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J. & Bisson, J.I. (2009). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD006869.
- Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J. & Bisson, J.I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD007944.
- Rose, S., Bisson, J. I., Churchill, R., Wessely, S. (2005). A systematic review of brief psychological interventions ("debriefing") for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of posttraumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000560.
- Rothbaum, B.O., Kearns, M.C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., et al. (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry*, 72, 957-963.
- Rubin, G.J., Brewin, C.R., Greenberg, N., Simpson, J. & Wessely, S. (2005). Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: Cross sectional survey of a representative sample of Londoners. *British Medical Journal*, 331, 606.
- Schijns, A.J.J.G. (2010). Het Ombudsmannrapport "Behoorlijk omgaan met schadeclaims" in het licht van de behoeften van slachtoffers van rampen. *Overheid en Aansprakelijkheid*, 1, 24-33.
- Schonfeld, D. J., & Gurwitsch, R.H. (2009). Addressing disaster mental health needs of children: Practical guidance for pediatric emergency health care providers. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 10, 208-215.
- Schuster, Mark A., et al. (2001) A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V., & Gersons, B.P.R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 150-155.
- Silver, R.C., Holman, E.A., McIntosh, D.N., Poulin, M. & Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.
- Slachtofferhulp Nederland (2010). *Kramp na de ramp. Een kritische nabeschuiving op de hulpverlening bij rampen*. Utrecht: Slachtofferhulp Nederland.
- Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M.S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review*, 25, 395-414.
- Taylor, S.E. (2011). Social support: A review. In: Friedman, M.S. *The handbook of health psychology*. (189-214). New York: Oxford University Press.
- Taylor, M.J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D. & Reed, J.E. (2013). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*. Published online first. doi:10.1136/bmjqs-2013-001862.
- Telford, J., Cosgrave, J. & Houghton, R. (2006). Joint Evaluation of the international response to the Indian Ocean tsunami: Synthesis Report. London: Tsunami Evaluation Coalition.
- Thoresen, S., Aakvaag, H.F., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G. & Hjemdal, O.K. (2012). The day Norway cried: Proximity and distress in Norwegian citizens following the 22nd July 2011 terrorist attacks in Oslo and on Utøya Island. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 19709.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2000). *Training manual for mental health and human services workers in major disasters (second edition)*. Washington, DC: SAMHSA.
- Velden, P. van der, Loon, P. van, IJzermans, J. & Kleber, R. (2006). Psychosociale zorg direct na een ramp. *De Psycholoog*, 40, 658-663.
- Velden, P.G. van der, Loon, P. van, Kleber, R.J., Uhlenbroek, S. & Smit, J. (2009). Naar een brede visie op psychosociale interventies na schokkende gebeurtenissen. Suggesties voor een herziening van richtlijnen. *De Psycholoog*, 43, 568-575.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) (2004). *Handreiking opzet informatie- en adviescentrum (IAC) na rampen*. Den Haag: VNG uitgeverij.
- Vries, G.J. de, & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- Wessely, S. (2005). Don't panic! Short and long term psychological reactions to the new terrorism: The role of information and the authorities. *Journal of Mental Health*, 14, 1-6.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), 1993.
- Wet publieke gezondheid, 2008.
- Wet veiligheidsregio's, 2010.
- Withuis, J. (2002). *Erkenning: Van oorlogstrauma naar klaagcultuur*, De Bezige Bij: Amsterdam.
- Wohlfarth, T., Winkel, F.W. & Brink, W. van den (2002). Identifying crime victims who are at high risk for post traumatic stress disorder: Developing a practical referral instrument. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 451-460.
- World Health Organization (WHO) (2010). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Genève: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Genève: WHO.
- Witteveen, A.B., Bisson, J.I., Ajdukovic, D., Arnberg, F.K., Bergh Johannesson, K., Bolding H.B., et al. (2012). Post-disaster psychosocial services across Europe: The TENTS project. *Social Science & Medicine*, 75, 1708-1714.
- Yehuda, R., McFarlane, A., & Shalev, A. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological psychiatry*, 44, 1305-1313.
- IJzermans, C.J., Gersons, B.P.R. (2002). The chaotic aftermath of an airplane crash in Amsterdam: A second disaster. In: Havenaar, J. M., Cwikel, J.G., Bromet, E.J. (Eds.). *Toxic turmoil: Psychological and societal consequences of ecological disasters*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 85-100.



Bijlage 1

Verantwoording en reflectie

Opzet herzieningstraject

De multidisciplinaire richtlijn 'Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen' is gepubliceerd in 2007. Het centrum Gezondheid en Milieu van het RIVM heeft Impact opdracht gegeven voor een herzieningstraject. In oktober 2012 is een projectteam gevormd met het doel de herziening te coördineren. Een werkgroep is ingesteld met vertegenwoordigers van de gebruikersdoelgroep en deskundigen met kennis uit wetenschap en praktijk. Daarnaast zijn verschillende andere experts gevraagd mee te denken. Het gaat om experts met uiteenlopende specialismen, zoals: psychosociale hulp bij rampen, gezondheidsonderzoek bij rampen, de sociaal-maatschappelijke impact van rampen, richtlijnen en richtlijnontwikkeling, en klinische zorg voor getroffen en.

De rolverdeling was als volgt: de werkgroep heeft de vorm en inhoud van de richtlijn bepaald. De experts zijn gevraagd vanuit hun specialisme te adviseren en gedurende het traject teksten te becommentariëren. Het projectteam heeft de coördinatie van het herzieningsproces verzorgd en de werkgroep ondersteund middels:

- faciliteren van werkgroepbijeenkomsten;
- literatuuronderzoek en analyseren van beschikbare evaluaties;
- opstellen conceptteksten en deze voorleggen aan de werkgroep en experts;
- problemen identificeren en oplossingen voorstellen.

De werkgroep heeft vier keer vergaderd. In januari 2013, in april 2013, in juni 2013 en in september 2013. Voorafgaand aan de bijeenkomsten zijn de stukken steeds toegezonden aan de experts, maar ook aan anderen. Er is gekozen voor een open traject om de werkgroep tijdens de herziening in de gelegenheid te stellen kennis te nemen van relevante invalshoeken en potentiële knelpunten. De leden van de werkgroep zijn expliciet gevraagd teksten te delen met anderen en eventuele feedback te richten aan het projectteam. Van iedere bijeenkomst is een verslag opgesteld met besluiten en opdrachten voor het projectteam. Het projectteam heeft alle binnengekomen commentaren gebundeld, van een reactie voorzien, en verspreid binnen de werkgroep.

Bijlage 3 biedt een overzicht van de betrokkenen. Hierna wordt de voorbereidingsfase kort beschreven, gevolgd door een overzicht met belangrijke besluiten en overwegingen van de werkgroep tijdens de herzieningsperiode, een toelichting op het literatuuronderzoek en een reflectie op het wetenschappelijke bewijs.

Vorbereidingsfase

In de laatste maanden van 2012 en begin 2013 is de oorspronkelijke werkgroep gereactiveerd en aangevuld. Prof. dr. C. Spreeuwenberg was bereid opnieuw de werkgroep voor te zitten.

In het laatste kwartaal van 2012 is een voorverkenning uitgevoerd om evidente verbeterpunten al aan het begin van het traject te identificeren. Er zijn workshops gehouden met vertegenwoordigers van Ghor en GGD. Tevens zijn gesprekken gevoerd met experts en ervaringsdeskundigen. Lessen zijn getrokken uit eerdere discussies over de richtlijn uit 2007 (waaronder in het tijdschrift *De Psycholoog*, zie Van der Velden e.a. 2009

en Te Brake e.a. 2011). Een vergelijking tussen de aanbevelingen uit de eerste richtlijn met de basisaanbevelingen uit de TENTS-richtlijnen (Bisson e.a. 2010a) laat een hoge mate van overeenkomst zien. Geconstateerd wordt bovendien dat de aanbevelingen uit de richtlijn van 2007 grosso modo kunnen rekenen op een breed draagvlak onder Europese experts en professionals uit Nederland (Te Brake & Dückers 2013). Dat rechtvaardigt de keuze om de bestaande richtlijn als vertrekpunt te hanteren. Wel volgen uit de voorbereidingsfase verschillende punten die het projectteam wil meenemen in de herziening:

- 'Rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen' oogt willekeurig. Een andere titel is wenselijk.
- Sommige experts vinden dat de richtlijn uit 2007 onvoldoende aansluit op de dynamiek van de ramp en de context van het individu.
- Sommige experts vinden dat de richtlijn uit 2007 onvoldoende oog heeft voor bronnen van stress en de ondersteuning die mogelijk is ter reductie daarvan.
- Een kritiekpunt op de richtlijn uit 2007 is dat deze te zeer geënt is op klinische klachten en te zeer focust op PTSS. PSH bestaat echter voor een groot deel uit ondersteuning die in principe relevant is voor alle getroffen, terwijl 'slechts' een deel van de getroffen kampt met psychische problemen waar professionele hulp nodig is.
- De richtlijn uit 2007 is een GGZ richtlijn terwijl de geestelijke gezondheidszorg in de eerste periode een marginale rol speelt. De richtlijn biedt onvoldoende aanknopingspunten voor andere partijen, waaronder de GGD'en.

Belangrijke werkgroepbesluiten

Tijdens de herzieningsperiode heeft de werkgroep een aantal besluiten genomen die bepalend zijn geweest voor de vorm en inhoud van de herziene richtlijn:

- De titel wordt gewijzigd in 'psychosociale hulp bij rampen en crises'. In die titel komt de keuze tot uiting om 'zorg' te verbreden tot 'hulp'. De werkgroep vindt het belangrijk om het collectieve element van de gebeurtenis te benadrukken. De termen rampen en crises zijn in dit opzicht behulpzaam. Het zijn tevens gebruikelijke begrippen binnen de rampenbestrijding en crisisbeheersing.
- Deze richtlijn moet nadrukkelijk een multidisciplinaire richtlijn blijven. Vele partijen dragen een verantwoordelijkheid in de acute fase en de nafase.
- Een gedetailleerde omschrijving van de rol van iedere partij overstijgt de scope van deze richtlijn. De richtlijn bevat algemene principes die richtinggevend zijn bij het plannen, uitvoeren en evalueren van de hulp. Het oogmerk is niet een praktische handreiking te bieden voor afzonderlijke partijen. Het is een document dat principes en aanbevelingen bevat voor de brede multidisciplinaire gebruikersdoelgroep. De werkgroep pleit ervoor, op basis van deze multidisciplinaire richtlijn, aanvullende richtlijnen, handelingsperspectieven en protocollen te ontwikkelen voor specifieke gebruikersdoelgroepen en toepassingen.
- Het tijdvak van zes weken (met daarin de periode waarin sprake is van vroegtijdige interventie) wordt losgelaten. De gevolgen van gebeurtenissen waar de richtlijn over gaat, bestrijken een langere periode. Behoeften, problemen en risicofactoren moeten nader worden omschreven.
- De richtlijn richt zich op behoeften en problemen van getroffen die betekenisvol zijn vanuit een psychosociale blik. De diversiteit aan mogelijke risicofactoren, stressbronnen, en welzijns- en gezondheidsproblemen na een potentieel schokkende gebeurtenis maakt de richtlijn breed.
- De richtlijn bevat een definitie van PSH, al beaamt de werkgroep dat het domein zich lastig laat definiëren. De essentie van PSH komt neer op het bieden van ondersteuning en zorg aan mensen die een potentieel schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt. PSH is gericht op het hervinden van controle, en op de veiligheid, het welzijn en de gezondheid van getroffen. Deze zaken zijn subjectief. De inhoud van die ondersteuning en zorg wordt nader uitgewerkt. Ook wordt het onderscheid en de relatie tussen ondersteuning en zorg beschreven.

- De gebruikersdoelgroep wordt aangescherpt en omvat overheden, hulpverleners en organisaties. Enerzijds hangt dat samen met de keuze om collectieve maatregelen een meer zichtbare plek te geven in het document. Anderzijds met het besluit dat de principes en aanbevelingen niet alleen van toepassing zijn op 'getroffenen' (overlevenden, nabestaanden, toeschouwers etc.) maar ook op de PSH vanuit organisaties aan medewerkers en de 'cliënten' waarvoor organisaties verantwoordelijk zijn (zoals scholieren, gedetineerden, patiënten en reizigers).
- Het voortbouwen op en versterken van veerkracht moet vooral een van de uitgangspunten blijven. Daarnaast formuleert de werkgroep aanvullende uitgangspunten, waaronder het bevorderen van de kwaliteit van PSH, het belang van evaluatie en het zogenoemde 'kringenmodel' (aan het slot van hoofdstuk 2 zijn in totaal zes uitgangspunten uitgewerkt).
- De werkgroep constateert dat de verantwoordelijkheid voor PSH geen resultaatsverplichting met zich meebrengt. Het resultaat van de hulpverlening is zeer moeilijk te beïnvloeden. Het is een inspanningsverplichting waarvan de uitkomsten niet zomaar kunnen worden toegeschreven aan het besluit om wel of geen hulp te verlenen.

Literatuuronderzoek

Tijdens het traject is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Vanwege de omvang van het aantal bronnen heeft dit onderzoek zich primair beperkt tot bestaande richtlijnen, reviews en meta-evaluaties. In vijf databases is gezocht naar Engelstalige en Nederlandstalige artikelen en rapporten die gepubliceerd zijn tussen 2002 en juni 2013: PsycINFO, Medline, The Cochrane Library, Embase en Pilots. Voor richtlijnen zijn zoektermen gehanteerd die te maken hebben met rampen, calamiteiten, ongelukken, terrorisme, pandemische uitbraken, zoönosen, milieuvervuiling en geologische processen. Die termen zijn gebruikt in combinatie met zoektermen gerelateerd aan kwaliteit van leven, publieke gezondheid, geestelijke gezondheid, sociale steun, maatschappelijk werk, zelfredzaamheid, veerkracht, herstel, crisisinterventie, medicatie, rampenmanagement, opvang, en reddingswerk. Naar reviews en meta-evaluaties is gezocht met uitvoerige combinaties van zoektermen omtrent risico's, klachten, problemen, therapieën en andere maatregelen. De gedetailleerde zoekstrategie is op te vragen bij Impact.

De zoektocht leverde 2.756 referenties op. Vijf personen hebben de titels en abstracts gescreend. Studies over suïcide en overlijden door ziekte zijn verwijderd. Systematische prevalentiestudies zijn meegenomen als achtergrondinformatie. Daarnaast zijn onderzoekpublicaties aangereikt door leden van de werkgroep en experts. Conclusies en aanbevelingen uit deze studies zijn opgenomen in de (wetenschappelijke) overwegingen in het derde hoofdstuk.

Ook al is deze richtlijn in principe ontwikkeld om handvatten te bieden voor de PSH bij rampen en andere grootschalige gebeurtenissen, er is vooral gebruik gemaakt van literatuur over kleinschaligere gebeurtenissen. De werkgroep heeft als uitgangspunt gehanteerd dat deze literatuur bruikbaar is voor deze richtlijn. Dat uitgangspunt is gebaseerd op de vergelijkbaarheid van de effecten die kleinschalige en grootschalige gebeurtenissen sorteren en de afwezigheid van onderzoek waaruit het tegendeel blijkt.

In de literatuur valt op dat veel van het effectonderzoek binnen het domein van de PSH hoofdzakelijk is gericht op de preventie of behandeling van psychische stoornissen (met name PTSS, angst en depressie), en minder op andere problemen.

Wetenschappelijk bewijs

Hoewel de inhoud van deze richtlijn de meest actuele wetenschappelijke inzichten weerspiegelt, kan er een kritische kanttekening worden geplaatst bij het wetenschappelijke bewijs voor verschillende aanbevelingen. De huidige richtlijn leunt sterk op geaggregeerde expertopvattingen en consensusdocumenten. In het bijzonder gaat het om het rapport van de Gezondheidsraad over gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn (Gezondheidsraad 2006), peilingen onder experts en professionals over de aanbevelingen uit de eerste richtlijn (Te Brake & Dückers 2013), systematische initiatieven om PSH kernbeginselen vast te stellen – waaronder de vijf essentiële principes van Hobfoll e.a. (Hobfoll e.a. 2007) en de Quality of Psychosocial Care principes (Holsappel e.a. 2013) – en evidence informed richtlijnen van TENTS (Bisson e.a. 2010a) en het Inter-Agency Standing Committee (IASC 2007).

In dergelijke documenten zijn vergelijkbare principes en aanbevelingen terug te vinden. Vele studies zijn beschikbaar die de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn een indicatie geven van wat te verwachten qua risicofactoren, gezondheidsklachten en herstel (zie paragraaf 2.1.). Echter, het gebrek aan robuuste wetenschappelijke evaluaties brengt met zich mee dat terughoudendheid gepast is bij advisering over wat wel en niet te doen en hoe dit te doen. Opgemerkt moet worden dat, ondanks de maatregelen die zijn genomen om dit te voorkomen, er altijd een zeker risico bestaat dat groepsdenken de besluitvorming tijdens richtlijnontwikkelingstrajecten beïnvloedt. Een hoge mate van instemming onder experts verandert immers niets aan de relatieve schaarste aan wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van maatregelen en andere kwaliteitsaspecten zoals efficiëntie en veiligheid.

Het is een probleem dat eveneens speelt bij andere richtlijnen die internationaal beschikbaar zijn. Enkele aanbevelingen in de huidige richtlijn zijn bijvoorbeeld in overeenstemming met, of zelfs ontleend aan, aanbevelingen uit de WHO richtlijn voor stress gerelateerde aandoeningen uit 2013. Deze WHO richtlijn is ontwikkeld volgens strikte procedures. Het beschikbare wetenschappelijke bewijs is systematisch geïnventariseerd en gewogen. De kwaliteit van dit bewijs is bij vrijwel iedere aanbeveling als 'laag' tot 'zeer laag' gewaardeerd, en nergens 'sterk'. De bewijskracht is 'gemiddeld' voor traumagerichte cognitieve gedragstherapie bij acute stress symptomen. Voor aanvullende curatieve maatregelen in geval van acute stress symptomen is het bewijs zo beperkt dat geen aanbevelingen worden geformuleerd. Ook is de bewijskracht 'gemiddeld' voor aanbevelingen omtrent het afraden van het verstrekken van benzodiazepines en antidepressiva (WHO 2013). Het patroon in de Australische richtlijn voor acute en posttraumatische stress is vergelijkbaar (ACPMH 2013).

Kortom, het is nodig om kritisch te blijven bij het plannen en uitvoeren van de PSH, en de PSH systematisch te evalueren.



Bijlage 2

Aanbevelingen

De werkgroep heeft de volgende aanbevelingen geformuleerd. De toelichting is terug te vinden in hoofdstuk 3 van deze richtlijn.

Doelen van PSH

- 1 PSH heeft tot doel het natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen (veerkracht) te bevorderen. PSH aan getroffen en moet:
 - bijdragen aan een gevoel van controle, veiligheid, geruststelling, de zelfredzaamheid van individuen en gemeenschap, sociale verbondenheid en hoop;
 - signaleren en inspelen op actuele behoeften en (psychische) problemen;
 - anticiperen op risicofactoren, waaronder bronnen van stress.

Ondersteuning van getroffen en

- 2 Getroffen en hebben belang bij een steunende context, ook op langere termijn. Draag hieraan bij door het:
 - bieden van een luisterend oor, steun en troost, en het openstaan voor directe praktische behoeften van getroffen en;
 - bieden van feitelijke en actuele informatie over de gebeurtenis;
 - mobiliseren van steun uit de eigen sociale omgeving;
 - faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families;
 - geruststellen van getroffen en die normale stressreacties vertonen.
- 3 Dwing mensen niet om te praten over de gebeurtenis en bied geen vormen van ondersteuning waarvan negatieve gezondheidseffecten zijn aangetoond zoals psychologische debriefing.
- 4 Bied na de gebeurtenis voorlichting aan, afgestemd op het begrip, de taal en de beleving van de ontvanger. Deze voorlichting moet bestaan uit:
 - geruststellende uitleg over mogelijke stressreacties;
 - aanraden, voor zover mogelijk, de dagelijkse routine op te pakken;
 - aangeven wat men zelf kan doen en wanneer hulp te zoeken.

Zorg gericht op gezondheidsklachten

- 5 Naast ondersteuning van getroffen en heeft ook tijdige detectie een functie in de preventie van gezondheidsproblemen.
- 6 In de acute fase hebben getrainde vrijwilligers en professionele zorgverleners een rol in het signaleren en zo nodig doorgeleiden van mensen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen die diagnostiek en/of behandeling behoeven.
- 7 Adviseer mensen met aanhoudende klachten na ongeveer een maand na de gebeurtenis contact op te nemen met de huisarts of de bedrijfsarts. Deze professionals kunnen bepalen of een vorm van behandeling wenselijk is en in dat geval eventueel doorverwijzen.

- 8 Bij reeds in de voorgeschiedenis aanwezige psychische stoornissen moet adequate diagnostiek en behandeling worden verricht. Maak voor diagnostiek en behandeling gebruik van bestaande evidence based richtlijnen.
- 9 Traumatische stress is een belangrijk thema binnen de PSH. Buiten de huidige richtlijn zijn er geen Nederlandse evidence based richtlijnen voor de zorgverlening in de eerste vier weken na de gebeurtenis. Om die reden wordt het volgende aanbevolen:
 - psychologische debriefing in eenmalige of meermalige sessies wordt afgeraden;
 - voor mensen met acute traumatische stresssymptomen wordt het gebruik van benzodiazepinen en antidepressiva in de eerste maand afgeraden;
 - voor mensen met acute traumatische stresssymptomen is traumagerichte cognitieve gedragstherapie vooralsnog de geprefereerde behandelwijze.

Risicogroepen

- 10 Verzamel bij de PSH aan kinderen niet alleen informatie bij het kind zelf, maar raadpleeg en betrek ook ouders of verzorgers.
- 11 Benader etnische minderheden zo regulier als mogelijk en zo cultuurspecifiek als nodig. Cultuurspecifieke elementen kunnen bestaan uit voorlichting in de moedertaal en het betrekken van sleutelfiguren uit etnische minderheidsgroepen.

Organisatiegeoriënteerde PSH

- 12 De organisatie dient medewerkers en cliënten begeleiding te bieden (uit te voeren door een hulpverlener of PSH getrainde vrijwilliger) wanneer een gebeurtenis plaatsvindt tijdens het werk of anderszins valt onder de verantwoordelijkheid van de organisatie.
- 13 De organisatie dient in de rol van werkgever voor de PSH aan eigen medewerkers uit te gaan van de principes beschreven in deze richtlijn (denk aan peer support).
- 14 De organisatie dient in de rol van verantwoordelijke voor cliënten voor de PSH aan cliënten uit te gaan van de principes beschreven in deze richtlijn.

Collectieve PSH

- 15 Draag bij gebeurtenissen met grote(re) aantallen getroffen mensen zorg voor een passende en gecoördineerde inzet van PSH, conform de aanbevelingen in deze richtlijn. Doe dit in samenspraak met experts.
- 16 Gebruik risico- en crisiscommunicatie om adequaat te informeren over de gebeurtenis, onzekerheden te minimaliseren en geruchten tegen te gaan.
- 17 Benut waar mogelijk bestaande registraties. Stel mensen in staat zich vrijwillig te registreren zodat zij benaderbaar zijn voor het verlenen van PSH.
- 18 Maak een inschatting van de behoeften, problemen, risico's, veerkracht en zelfredzaamheid van getroffen mensen. Identificeer specifieke kwetsbare groepen onder de getroffen mensen, zoals kinderen, ouderen, etnische minderheden en hulpbehoevenden (mensen met beperkingen en al aanwezige problemen, patiënten in ziekenhuizen, cliënten en bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen). Verifieer verwachtingen. Monitor groepen zo nodig.
- 19 Screening van gezondheidsklachten binnen de getroffen populatie is alleen aangewezen indien gebruik wordt gemaakt van gevalideerde meetinstrumenten en indien onderdeel van het hulpaanbod zodat mensen met klachten worden benaderd door een professionele zorgverlener.

- 20 Plan de PSH op basis van de verzamelde informatie en voer het plan uit, waar mogelijk gebruikmakend van beschikbare lokale structuren en inzetbare capaciteit. Gelet op de omstandigheden kan worden besloten tot (het faciliteren van):
 - éénloketfuncties (informatie- en dienstverleningscentra in fysieke of digitale vorm);
 - lotgenotencontact (zelforganisaties, ontmoetingspunten);
 - herdenkingen en monumenten.
- 21 Waak ervoor dat het individu niet vermijdbaar lijdt onder de hulp aan het collectief.

Preparatie en implementatie

- 22 Implementeer deze richtlijn onder meer door:
 - deze richtlijn te vertalen naar specifieke richtlijnen, handelingsperspectieven en/of protocollen per partij en/of deeltaak;
 - deze richtlijn integraal onderdeel te maken van de voorbereiding op rampen en crises (in de planvorming, via opleiden, trainen en oefenen), individueel per partij maar ook gezamenlijk, en de mate van voorbereiding periodiek inzichtelijk te maken/te controleren);
 - in brede zin te investeren in de motivatie, capaciteit en gelegenheid van betrokkenen op verschillende niveaus om deze richtlijn na te leven (onder andere door het belang ervan uit te dragen, door ruimte te creëren binnen de werkzaamheden, knelpunten weg te nemen en door de mate van naleving periodiek inzichtelijk te maken/te controleren).

Evaluatie en onderzoek

- 23 Benut iedere gebeurtenis als een potentieel leermoment voor het verlenen van PSH.
- 24 Maak de geleverde PSH transparant en evalueer vanuit het perspectief van de ontvanger en de verlener van de hulp, met het doel de kwaliteit te verbeteren.
- 25 Ga na in hoeverre de PSH beantwoordt aan de doelen van deze richtlijn en voldoet aan kwaliteits- en evaluatiecriteria.
- 26 Onderzoek en ontwikkel benaderingen, werkwijzen en instrumenten die de kwaliteit van de PSH kunnen verbeteren.
- 27 Wissel evaluatie- en onderzoeksmethoden en meetinstrumenten uit en ontwikkel ze door.
- 28 Voer evaluatie en onderzoek uit in samenwerking met hulpverleners, overheden en wetenschappers. Leer gezamenlijk van de bevindingen.



Bijlage 3

Betrokkenen

Werkgroep

Naam	Rol	Organisatie
Dhr. prof. dr. C. Spreeuwenberg (voorzitter)	Wetenschap	Universiteit Maastricht
Dhr. dr. ing. S. Banus	Overheid	RIVM, centrum Gezondheid en Milieu
Dhr. drs. S. Berendsen	Hulpverlening	Instituut voor Psychotrauma
Dhr. J. Berkhout	Hulpverlening	Instituut voor Maatschappelijk Welzijn, MO-groep
Mw. drs. I. Bicanic	Wetenschap/ hulpverlening	UMC Utrecht
Dhr. J. Bot	Hulpverlening	Rode Kruis
Mw. drs. Y. Broeren	Hulpverlening	CGD West-Brabant
Mw. drs. T. Claassen MBA	Overheid	Projectleider modelconvenant PSH
Dhr. C. Dekkers MPM	Overheid	Veiligheidsregio Zuid-Holland-Zuid
Dhr. drs. R. van Dijk	Hulpverlening	GGZ Delfland
Dhr. drs. R. van Doesburgh	Hulpverlening	Nederlands Huisartsen Genootschap
Mw. dr. A. Drogendijk	Wetenschap	Impact
Dhr. drs. W. Frankenmolen	Hulpverlening	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs- geneeskunde
Dhr. mr. drs. W. Jong	Overheid	Nederlands Genootschap van Burgemeesters
Dhr. drs. J. Knops	Overheid	Ministerie van Veiligheid en Justitie
Mw. drs. W. Koning	Hulpverlening	Nederlands Instituut van Psychologen – Crisisinterventienetwerk Schoolpsychologen (NIP-CINS)
Dhr. drs. T. Koopmans	Hulpverlening	Nederlandse Vereniging voor GZ-psychologie, Curium-LUMC Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie
Mw. drs. J. Nellissen	Overheid	GHOR Nederland

Naam	Rol	Organisatie
Dhr. W. van Roessel	Overheid	GHOR Nederland
Mw. drs. C. de Roos	Wetenschap/ hulpverlening	GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen
Dhr. drs. R. Sardemann	Hulpverlening	Slachtofferhulp Nederland
Mw. dr. M. Sijbrandij	Wetenschap	Vrije Universiteit
Mw. dr. A. Smit	Wetenschap	Nationale politie, Programma Versterking Professionele Weerbaarheid
Mw. drs. C. Stom	Overheid	RIVM, centrum Gezondheid en Milieu
Dhr. Ikol drs. B. van Tussenbroek	Hulpverlening	Militaire GGZ
Mw. drs. S. Verschoor	Hulpverlening	Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland
Mw. dr. H. Visser – van Balen	Hulpverlening	Nederlands Instituut van Psychologen – Crisisinterventienetwerk Schoolpsychologen (NIP-CINS)

Participeert in herziening, zonder vertegenwoordiger in de werkgroep

Nederlandse vereniging van maatschappelijk werkers
GGZ Nederland

Participeert niet in de herziening (wel benaderd)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Expertgroep

Dhr. dr. H. Te Brake

Dhr. prof. dr. B. Gersons

Dhr. dr. J. IJzermans

Dhr. prof. dr. A. de Jongh

Dhr. prof. dr. N. Klazinga

Mw. prof. dr. M. Olf

Dhr. prof. dr. E. Vermetten

Impact

Arq Psychotrauma Expert Groep

NIVEL

Vrije Universiteit, Universiteit van Amsterdam

Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Academisch Medisch Centrum Amsterdam,

Arq Psychotrauma Expert Groep

Leids Universitair Medisch Centrum, Militaire Geeste-

lijke Gezondheidszorg – ministerie van Defensie,

Arq Psychotrauma Expert Groep

Met medewerking van

Mw. drs. M. Beun

Mw. I. Boele

Dhr. dr. S. de Gouw

Mw. drs. J. van den Hoek

Mw. dr. J. Holsappel

Mw. drs. J. Lind

Mw. drs. K. Matlung

Dhr. drs. R. Stumpel

Mw. dr. F. Zwenk

Nederlandse vereniging van maatschappelijk werkers

GGD Kennemerland

GGD Hollands Midden

GGZ Nederland

Impact

Cogis

IPSHOR

GGD Gooi en Vechtstreek

Impact

Projectgroep

Dhr. dr. M. Dückers (projectleider)

Mw. drs. M. Oosterbeek

Mw. L. Reek

Impact

Impact

Impact

Impact is het landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen. Impact heeft tot doel het bevorderen van kwalitatief hoogwaardige en adequaat georganiseerde psychosociale zorg na rampen. Tot het takenpakket van Impact horen het bundelen van ervaring en wetenschappelijke kennis, het inzichtelijk maken en beschikbaar stellen hiervan voor uiteenlopende doelgroepen en het bevorderen van samenwerking tussen betrokken partijen. De activiteiten van Impact zijn er uiteindelijk op gericht om het rampenbewustzijn en de 'disaster preparedness' te bevorderen. Daarnaast zet Impact de psychosociale zorg bij rampen prominent op de agenda van crisis management. Impact is partner in Arq Psychotrauma Expert Groep.

Impact

Landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen

Nienoord 5
1112 XE Diemen
T 020 660 1901

www.impact.arq.org

info@impact.arq.org



Multidisciplinaire Richtlijn

psychosociale hulp
bij rampen en crises

ISBN/AEN 978-90-78273-22-6 | NUR 740



partner in

