



Nationaal
Psychotrauma
Centrum

ARQ Kenniscentrum
Impact van Rampen
en Crises

Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociaal Crisismanagement

Ondersteuning en zorg bij rampen en crises

Deelnemende organisaties



Nationaal
Psychotrauma
Centrum

Colofon

Opdrachtgever Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Verantwoordelijk uitvoerende ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises

Projectleider Wera van Hoof

Ontwerp en opmaak hollandse meesters

© 2023 ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum

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 beleidsrichtlijn inclusief bijlagen en bronvermelding is digitaal beschikbaar via www.arq.org of via impact@arq.org.

ISBN 9789078273288 | NUR 740

Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociaal Crisismanagement

Ondersteuning en zorg bij rampen en crises

Inhoudsopgave

Samenvatting	6
Voorwoord en dankwoord	12
1. Over deze richtlijn	14
1.1. Achtergrond	15
1.2. Doel en gebruikersdoelgroep	15
1.3. Aanpak	16
1.4. Status van de richtlijn	17
1.5. Leeswijzer	17
2. Visie op psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen en crises	20
2.1. Centrale begrippen	21
2.2. Psychosociale gevolgen van rampen en crises	25
2.3. Optimale psychosociale ondersteuning en zorg	32
3. Aanbevelingen en overwegingen bij psychosociaal crisismanagement ..	42
3.1. Doelen van psychosociaal crisismanagement, ondersteuning en zorg	44
3.2. Ondersteuning aan getroffen en	46
3.3. Inventariseren behoeften en problemen	49
3.4. Risicofactoren, risicogroepen en registratie	53
3.5. Zorg bij gezondheidsklachten	60
3.6. Collectieve psychosociale ondersteuning en zorg	66
3.7. Psychosociale ondersteuning en zorg op de werkvloer	74
3.8. Maatschappelijke onrust en sluimerende crises	75
3.9. Preparatie en implementatie	80
3.10. Evaluatie en onderzoek	85
4. Psychosociale ondersteuning en zorg per gebruikersdoelgroep en fase ..	90
4.1. De procesbomen voor de gebruikersdoelgroepen	91
4.2. Procesboom collectieve psychosociale ondersteuning en zorg	98
4.3. Procesboom individuele psychosociale ondersteuning en zorg	99
4.4. Procesboom organisatiegeoriënteerde psychosociale ondersteuning en zorg	101

Bronnen	104
Lijst met aanbevelingen	126
Bijlagen	132
Bijlage 1. Betrokkenen	134
Bijlage 2. Methode literatuurstudie	138

Samenvatting

Samenvatting

Over deze richtlijn

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is in 2022/2023 de Multidisciplinaire Richtlijn voor psychosociale hulp bij rampen en crises uit 2014 herzien. De herziene versie biedt handvatten en normen voor de organisatie van psychosociaal crisismanagement, met name ondersteuning en zorg tijdens rampen en crises en heeft daarmee ook een nieuwe naam gekregen. Deze richtlijn is gebaseerd op actuele wetenschappelijke inzichten en behoeften vanuit de praktijk. De richtlijn is tot stand gekomen in samenwerking met een werkgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van organisaties en experts op het gebied van psychosociale ondersteuning en zorg.

Doel en gebruikersdoelgroep

De multidisciplinaire richtlijn fungeert als referentiekader en hulpmiddel bij het opzetten en uitvoeren van psychosociaal crisismanagement, met name psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen en crises. Het doel is om met behulp van deze richtlijn de kwaliteit van psychosociaal crisismanagement te verbeteren en te optimaliseren. De richtlijn is bedoeld voor hulpverleners en overheden die betrokken zijn bij (collectieve) psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen en crises en organisaties die een verantwoordelijkheid dragen voor het psychisch welbevinden en de gezondheid van hun medewerkers. De richtlijn is van toepassing op situaties waarbij meerdere partijen samenwerken om passende ondersteuning en zorg te leveren. Hiermee beoogt de richtlijn tevens bij te dragen aan de professionalisering van de gebruikersdoelgroep.

Structuur

In het **eerste hoofdstuk** worden achtergrond, doelen, de gebruikersdoelgroep, en de status van de multidisciplinaire richtlijn beschreven. In het **tweede hoofdstuk** wordt ingegaan op de mogelijke gevolgen van een ramp voor getroffenenden, met in het verlengde daarvan de visie op optimale psychosociale ondersteuning en zorg. Tevens worden de uitgangspunten die de basis vormen van deze richtlijn besproken. In het **derde hoofdstuk** worden de aanbevelingen ten aanzien van de opzet en uitvoering van psychosociaal crisismanagement beschreven en onderbouwd. In het **vierde hoofdstuk** volgt een vertaalslag van de aanbevelingen naar de praktijk. Voor verschillende gebruikersdoelgroepen zijn hier procesbomen met inhoudelijke thema's uitgewerkt. De procesbomen kunnen ondersteunen bij het plannen, uitvoeren en evalueren van psychosociaal crisismanagement in de verschillende impact-fasen van een gebeurtenis.

Bijlage 1 biedt een overzicht van allen die betrokkenen waren bij de herziening van deze richtlijn. De volledige lijst aanbevelingen is opgenomen in bijlage 2. Bijlage 3 bevat een beschrijving van de methode voor de literatuurstudie.

Ingrijpende gebeurtenissen

Met een gebeurtenis wordt in de context van deze richtlijn bedoeld op een dreiging of ongewenste gebeurtenis die het voortbestaan of functioneren van een persoon, een organisatie, een gemeenschap, een ecosysteem, een bedrijfssector of een staatsbestel verstoort en waarbij maatschappelijke zaken onder druk staan. Om de balans weer te hervinden en herstel te bevorderen is een adequate aanpak van meerdere partijen nodig. Het kan gaan over rampen, crises, gewelddadige berovingen, ernstige auto-ongelukken tot verkrachting, maar ook om sluimerende crises. De impact van een dergelijke gebeurtenis is voor ieder individu in iedere situatie anders. Risico- en beschermende factoren beïnvloeden de veerkracht van getroffenen en spelen op elkaar in op individueel, gemeenschaps- en samenlevingsniveau. Bij een sluimerende crisis is in veel gevallen sprake van minder direct zichtbare, doch potentieel ingrijpende gebeurtenissen, zoals schade en verlies, procedurele last en gebrek aan erkenning, hoop en perspectief, waarbij vaak minder noodzaak gevoeld wordt om psychosociale ondersteuning en zorg in te zetten, terwijl getroffenen daar wel bij gebaat zouden zijn. Het is belangrijk dat mensen na iedere ingrijpende gebeurtenis goede hulp ontvangen.

Psychosociaal crisismanagement

Psychosociaal crisismanagement is crisismanagement waarin principes voor psychosociale ondersteuning en zorg richtinggevend zijn, bijvoorbeeld anticiperen op behoeften, problemen en risico's en anticiperen op beschikbare capaciteit, voorzien in ondersteuning en zorg, evalueren en implementeren van geleerde lessen. Psychosociale ondersteuning en zorg is 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.

Ondersteuning is in beginsel relevant voor alle getroffenen, maar hoeft niet per definitie gericht te zijn op de (mentale) 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, screenings/diagnosticerende en curatieve maatregelen. Gelet op de klachten die mensen kunnen ontwikkelen, is soms zorg nodig van professionele zorgverleners.

Behoeften en problemen van getroffenen en hun (mogelijke) reacties zijn altijd leidend bij psychosociaal crisismanagement en de inrichting van ondersteuning en zorg bij een ingrijpende gebeurtenis. Op basis daarvan kan de psychosociale ondersteuning en zorg verder onderverdeeld worden 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 modellen liggen ten grondslag aan de visie over zorg en ondersteuning die de basis vormt van deze richtlijn. Het kringenmodel laat zien welke mogelijke steunbronnen zich rondom de getroffene bevinden. Iedere mogelijke steunbron kan een rol vervullen in de psychosociale ondersteuning en zorg voor getroffenen. Het overgrote deel van de getroffenen kan voor ondersteuning terugvallen op mensen in de vertrouwde leefomgeving, en zal van hen ook de meeste steun ervaren. In de kringen daarbuiten bevinden zich de professionele hulpverleners en getrainde vrijwilligers waarop deze richtlijn zich richt. Pas als er sprake is van complexe, aanhoudende problemen komt de getroffene in de kring met specialistische zorg terecht. Met name de huisarts en de bedrijfsarts functioneren hier als poortwachter.

Het paraboolmodel geeft het spanningsveld tussen de houding van de hulpverlening en de kwaliteit van psychosociale ondersteuning en zorg weer. Optimale kwaliteit betekent een goede inschatting van de veerkracht van het individu en/of de gemeenschap. Te lang wachten met ingrijpen kan tijdig herstel in de weg zitten (lage kwaliteit). Bij te vroeg interveniëren worden beschikbare steunbronnen misschien onbenut gelaten (lage kwaliteit). Mensen kunnen dan onbedoeld in de rol van slachtoffer of patiënt geduwd worden. De optimale balans tussen afwachten en interveniëren is niet constant, maar kan in verschillende fasen van een crisis veranderen.

Het kwaliteitsmodel vult het kringenmodel en het paraboolmodel aan door de psychosociale ondersteuning en zorg weloverwogen te plannen, uit te voeren, te evalueren en waar nodig bij te sturen. Iedere ramp, iedere populatie en ieder individu is anders, en daarnaast veranderen behoeften en problemen met het verstrijken van de tijd. Voortdurende, zorgvuldige beeld- en oordeelsvorming door eenieder die bij de opzet en uitvoering van psychosociale ondersteuning en zorg betrokken is tijdens een ramp en in de nafase is noodzakelijk. Besluiten moeten worden afgestemd op de situatie, en dienen te worden gebaseerd op een zo accuraat mogelijke inschatting van behoeften en problemen van getroffenen.

Uitgangspunten

Tot slot kan volgens de visie, zoals uitgedragen in deze richtlijn, alleen sprake zijn van optimale psychosociale ondersteuning en zorg bij een ramp of crisis wanneer onderstaande uitgangspunten in acht genomen worden:

Sluit aan bij behoeften, problemen en risicofactoren

Psychosociale ondersteuning en zorg sluit aan bij behoeften en problemen van getroffen en. Bij het plannen en uitvoeren ervan dient bovendien rekening te worden gehouden met risicofactoren en risicogroepen.

Sluit aan bij dynamiek en fase

Iedere gebeurtenis is anders, de omstandigheden en de impact van een ramp zijn nooit hetzelfde. Behoeften, problemen en risicofactoren kunnen variëren over tijd en per fase. Tevens kennen verliesverwerking en herstel verschillende stadia. Iedere fase vraagt andere ondersteuning en zorg.

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 van getroffen en de steunbronnen die zij beschikbaar hebben.

Sluit aan bij de context van de getroffene

Ondanks algemene patronen is ieder individu uniek. Dit komt tot uiting in behoeften, herstelvermogen, kwetsbaarheden en problemen van de individuele getroffene. Psychosociaal crisismanagement dient aan te sluiten bij de behoeften van het individu. 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 de gebeurtenis zich heeft voorgedaan of in de omgeving van de getroffene al sociale steunbronnen of professionele capaciteit aanwezig zijn. Benut eerst deze capaciteit voordat wordt besloten tot aanvullende psychosociale ondersteuning en zorg.

Evalueer psychosociale ondersteuning en zorg

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.

Belang van implementatie

Het is van belang dat de verschillende gebruikersgroepen deze richtlijn goed implementeren. Om dit te bereiken kan de inhoud van de richtlijn verder worden uitgewerkt in praktische richtlijnen, handelingsperspectieven en protocollen die zijn afgestemd op specifieke gebruikersgroepen, toepassingen of domeinen. Het is essentieel dat deze richtlijn integraal onderdeel wordt van de voorbereiding op rampen en crises, en dat dit op regelmatige basis wordt geëvalueerd. Het is belangrijk dat betrokkenen gemotiveerd zijn, over de juiste capaciteit beschikken en voldoende gelegenheid hebben om de richtlijn na te leven. Dit kan worden bereikt door het belang van de richtlijn te communiceren, door ruimte te creëren voor de uitvoering ervan, knelpunten weg te nemen en de mate van naleving te controleren.

Voorwoord en dankwoord

Een ingrijpende gebeurtenis kan de (mentale) gezondheid van de mensen die deze meemaken en van de mensen om hen heen sterk beïnvloeden. Psychosociaal crisismanagement, zorg en ondersteuning kunnen ingezet worden om die gezondheidsrisico's zo mogelijk te voorkomen of op zijn minst te beperken.

Deze multidisciplinaire richtlijn bevat de visie over optimale psychosociale ondersteuning en zorg bij een ingrijpende gebeurtenis. Deze biedt daarnaast algemene principes en aanbevelingen die richting geven aan het opzetten en inrichten van ondersteuning en zorg. Dit document is samengesteld op grond van actuele wetenschappelijke kennis en ervaringskennis van deskundigen.

De historie sinds 2007

Aan de opzet van deze richtlijn gaat een geschiedenis vooraf: In 2007 verscheen de richtlijn *Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen*. In 2014 werd deze richtlijn herzien naar de *Multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises*. Om te waarborgen dat de richtlijn blijft aansluiten op huidige wetenschappelijke inzichten en behoeften vanuit de praktijk is de richtlijn in de periode van januari 2022 tot en met juni 2023 opnieuw herzien.

Ten opzichte van 2014 is het werkveld van de betrokken partijen verbreed. Waar de focus voorheen voornamelijk lag op acute crises, krijgen organisaties die betrokken zijn bij psychosociale ondersteuning en zorg vaker te maken met complexe, veelzijdige en langdurige crises. De richtlijn is verbreed naar actuele thema's in het sociaal domein, waardoor deze richting kan bieden aan verschillende type rampen, crises en incidenten.

Februari 2022: de werkgroep gaat aan de slag

Een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van verantwoordelijke organisaties binnen het veld en academische deskundigen ging op 10 februari 2022 aan de slag. Deze groep heeft het raamwerk van relevante onderwerpen aangevuld die spelen binnen de crisisbeheersing en de maatschappelijke nasleep van potentieel schokkende gebeurtenissen. Het is daarmee een visiedocument. Bij de ontwikkeling van de richtlijn zijn de behoeften uit het veld nadrukkelijk geïnventariseerd.

Werkmodel

Psychosociale ondersteuning en zorg vraagt maatwerk. Iedere gebeurtenis is anders, ieder mens is anders en gaat anders met gebeurtenissen om. Om dit mogelijk te maken bevat de richtlijn een werkmodel, waar de gebruikersdoelgroep – overheden en publieke diensten, hulpverleners en organisaties – mee uit de voeten kan. Dit model bevat 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.

Opnieuw overeenstemming

Met deze herziene richtlijn ligt er een document waarmee landelijk opnieuw overeenstemming bestaat over gedeelde uitgangspunten voor het bieden van optimale psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen en crises. De werkgroep ziet deze multidisciplinaire richtlijn als een vertrekpunt om invulling te geven aan aanvullende richtlijnen, handelingsperspectieven en protocollen voor specifieke gebruikers en toepassingen.

Mijn grote dank en waardering gaan uit naar:

- de werkgroepleden (voor een overzicht van de betrokken werkgroepleden zie bijlage 1) voor hun inbreng tijdens de bijeenkomsten, voor hun bevoegdheid en verstand van zaken.
- het projectteam van medewerkers van ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises en het RIVM, voor hun voorbereiding en afwikkeling van de werkgroepbijeenkomsten, voor het schrijven van teksten en het halen van onverbidelijke deadlines.
- de besturen van de werkgroepleden voor hun vertrouwen in de activiteiten van werkgroep en ondersteunend team.
- het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat destijds de opdracht verleende en het werk financieel mogelijk maakte.

Prof. dr. Guus Schrijvers, voorzitter van de werkgroep

Over deze richtlijn

Hoofdstuk 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 richtlijn 'Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen'. In 2014 werd deze richtlijn herzien naar de 'Multi-disciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises'. Dit is een basisdocument geworden met standaarden voor psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen, crises en kleinschalige ingrijpende gebeurtenissen. Een onderzoek waarbij meerdere internationale richtlijnen op het gebied van psychosociale ondersteuning en zorg zijn bekeken, laat zien dat de Nederlandse richtlijn zowel methodologisch als inhoudelijk van goede kwaliteit is (zie ook Dückers e.a., 2022; Te Brake e.a., 2022). Om te waarborgen dat de richtlijn blijft aansluiten op huidige wetenschappelijke inzichten en behoeften vanuit de praktijk kreeg ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises in 2021 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de opdracht de richtlijn te herzien.

1.2. Doel en gebruikersdoelgroep

Het doel van deze richtlijn is tweeledig. De richtlijn is bedoeld als referentiekader en hulpmiddel voor het verlenen van psychosociale ondersteuning en zorg. Daarnaast beoogt de richtlijn bij te dragen aan kwaliteitsverbetering. Hiermee is de richtlijn een instrument gericht op optimalisering van de ondersteuning en zorg en professionalisering van de gebruikersdoelgroep.

De gebruikersdoelgroep van deze richtlijn bestaat uit drie aparte doelgroepen. Ten eerste de hulpverleners – professionals en getrainde vrijwilligers – die worden ingezet ter bevordering van het welzijn en de gezondheid van individuele getroffen. Daarnaast omvat de gebruikersdoelgroep overheden die zich richten op de collectieve hulp en hulpverleners die in dat verband worden ingezet. Daarmee richt deze richtlijn zich op zowel de geneeskundige hulpverleningsketen als de keten openbare orde en veiligheid. Als laatste vallen organisaties onder de gebruikersdoelgroep omdat zij een verantwoordelijkheid dragen (als werkgever) voor het psychisch welbevinden en de gezondheid van hun medewerkers. Dit gaat niet alleen over

organisaties van hoogrisicoberoepen en van hulpverleners van psychosociale ondersteuning, maar ook over organisaties waar 'cliënten' verblijven zoals zorginstellingen (patiënten, bewoners), penitentiaire instellingen (gedetineerden), scholen (leerlingen) en vervoersorganisaties (reizigers).¹

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

1.3. Aanpak

Doel van de richtlijn herziening was om landelijk opnieuw consensus te bereiken over de (geactualiseerde) aanbevelingen voor het bieden van optimale psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen en crises.

Voor de richtlijnontwikkeling is met een multidisciplinaire werkgroep een consensustraject afgelegd volgens de fasen van de EBRO-methodiek. Daartoe is de werkgroep die in 2014 betrokken was bij de richtlijnherziening opnieuw bijeengebracht en aangevuld. De werkgroep bestaat uit mensen uit de ondersteunings- en zorgpraktijk, beleidsmakers en wetenschappers met deskundigheid op het gebied van psychosociale ondersteuning en zorg. Het gaat om hulpdiensten, de (Militaire) Geestelijke gezondheidszorg, de Veiligheidsregio en Gemeentelijke/gemeenschappelijke gezondheidsdienst (GGD), beroepsvereniging voor professionals in Sociaal Werk, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), kennisinstituten en universiteiten. Bijlage 1 biedt een overzicht van de diverse betrokkenen. De werkgroep vertegenwoordigt hiermee de gebruikersdoelgroep zoals gespecificeerd in paragraaf 1.2.

In de voorbereidingsfase van het richtlijnontwikkelingstraject, zijn hoofdthema's en aandachtspunten geïnventariseerd, voortbouwend op een literatuurverkenning en interviews met gebruikers. Op basis van deze inventarisatie zijn uitgangsvragen geformuleerd. Deze uitgangsvragen zijn in de ontwikkelingsfase beantwoord aan de hand van:

- resultaten uit een literatuuronderzoek, in combinatie met;
- informatie van experts op het gebied van een aantal specifieke thema's;
- overwegingen van de werkgroep.

¹ 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 gebruikt in relatie tot de derde gebruikersdoelgroep van de richtlijn: organisaties.

In de ontwikkelfase is de werkgroep in 2022 en 2023 vier keer bij elkaar gekomen om feedback te geven op antwoorden op de uitgangsvragen en conceptteksten. Aanbevelingen zijn geactualiseerd en aangevuld op basis van deze informatie (zie bijlage 3 voor de methode van de literatuurstudie). De richtlijntekst is vervolgens, waar nodig, aangepast. In de consultatiefase is de concept richtlijntekst aangeboden voor commentaar aan de werkgroep. Na het verwerken van het commentaar bestond de autorisatiefase uit het aanbieden van de definitieve richtlijntekst aan de werkgroep voor akkoord tot publicatie. In de disseminatiefase zijn zowel de werkgroep als de projectgroep verantwoordelijk voor de verspreiding van de richtlijn onder de gebruikers en anderen belanghebbenden.

1.4. Status van de richtlijn

Deze multidisciplinaire richtlijn weerspiegelt het actuele denken en de beschikbare wetenschappelijke kennis over het verlenen van psychosociale ondersteuning en zorg. Het document bouwt voort op aanbevelingen uit de richtlijn van 2014.

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.

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 de rol en verantwoordelijkheid die iemand of een partij neemt, zullen sommige aanbevelingen in meer of mindere mate van toepassing zijn. Voor de gebruikersdoelgroep dient de richtlijn als naslagwerk bij de voorbereiding, planning en implementatie van psychosociaal crisismanagement. De uitwerking ervan is afhankelijk van de taken, rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen. Inbedding in bestaande protocollen of draaiboeken kan ook tot een andere uitwerking leiden. Idealiter gaan relevante stakeholders hierover op nationaal, regionaal of lokaal niveau in gesprek en stemmen zij rollen en taken met elkaar af. De richtlijn kan daarbij dienen als gespreksdocument. De werkgroep beveelt aan deze richtlijn over 5 jaar te herzien. Een vervroegd herzieningstraject kan gestart worden als ontwikkelingen in het veld daar aanleiding toe geven.

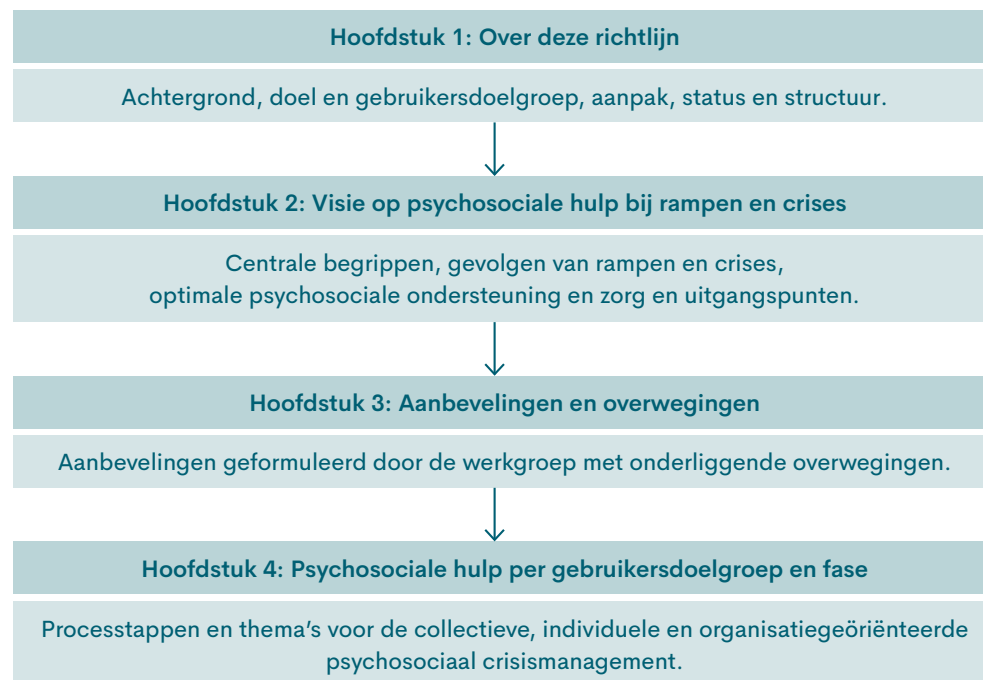
1.5. Leeswijzer

In hoofdstuk 1 is onder andere ingegaan op de achtergrond en gebruikersgroepen van de richtlijn. Hierna volgen nog drie hoofdstukken. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de mogelijke gevolgen van een ramp voor getroffen en met in het verlengde daarvan de visie op optimale psychosociale ondersteuning en zorg. Tevens worden de uitgangspunten die de basis vormen van deze richtlijn kort besproken.

Het derde hoofdstuk bevat de aanbevelingen ten aanzien van de inrichting en uitvoering van psychosociaal crisismanagement. De aanbevelingen die de werkgroep in 2014 heeft geformuleerd zijn in 2023 opnieuw vastgesteld door de (nieuwe) werkgroep. Er is ook een aantal nieuwe aanbevelingen opgenomen. Iedere aanbeveling wordt steeds onderbouwd met wetenschappelijke literatuur, aangevuld met andere overwegingen. Hierbij zijn ook de overwegingen van de werkgroep opgenomen.

Hoofdstuk 4 biedt een praktische vertaalslag van de aanbevelingen. Per gebruikersdoelgroep zijn procesbomen met inhoudelijke thema's uitgewerkt. De procesbomen kunnen overheden, hulpverleners en organisaties ondersteunen bij het plannen, uitvoeren en evalueren van het psychosociaal crisismanagement en de psychosociale ondersteuning en zorg in verschillende fasen na de gebeurtenis.

In de sectie met bijlagen staat een overzicht van alle betrokkenen, een overzicht van de aanbevelingen en een toelichting op de methode van de literatuurstudie.



Visie op psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen en crises

Hoofdstuk 2. Visie op psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen en crises

In dit hoofdstuk wordt de visie op psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen en crises besproken. Allereerste worden de centrale begrippen van deze richtlijn toegelicht. Vervolgens wordt ingegaan op de psychosociale gevolgen van rampen en crises en het tijdsverloop ervan. Als laatste wordt uiteengezet wat in deze richtlijn wordt verstaan onder optimale psychosociale ondersteuning en zorg middels drie modellen.

2.1. Centrale begrippen

Ramp

Deze richtlijn hanteert de definitie van ramp zoals omschreven in de Wet veiligheidsregio's: '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).

Crisis

Bij een crisis kan een onderscheid worden gemaakt in een lokale, regionale en nationale gebeurtenis. Onder een crisis wordt om die reden binnen deze richtlijn verstaan: 'een situatie waarin de nationale, regionale of lokale veiligheid in het geding is of kan zijn, of bij een andere situatie waarbij van een grote maatschappelijke impact sprake is of kan zijn.' Hier is de crisisomschrijving uit het Nationaal Handboek Crisisbeheersing (Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid NCTV, 2022) als uitgangspunt gehanteerd en aangevuld met regionale en lokale veiligheid. De crisisomschrijving kan ook opgaan voor (relatief) kleinschalige incidenten.

Gebeurtenis

Gebeurtenis is een centraal begrip binnen deze richtlijn. Het gaat om gebeurtenissen die een adequate aanpak van meerdere partijen vraagt en waar tal van maatschappelijke zaken onder druk staan. Binnen deze richtlijn wordt 'gebeurtenis' gedefinieerd als 'een dreiging of ongewenste gebeurtenis die het voortbestaan van een persoon, een organisatie, een gemeenschap, een ecosysteem, een bedrijfssector of een staatsbestel verstoort' (Boin e.a., 2021). Binnen de context van deze richtlijn wordt daarmee steeds 'een (potentieel) ingrijpende gebeurtenis of een serie aan gebeurtenissen (opvolgende gebeurtenissen of omstandigheden)' bedoeld.

Iedere gebeurtenis of situatie kan ervaren worden als een potentieel dreigende crisis of bron van onrust. Afhankelijk van de ernst van de dreiging en de vermoedelijke gevolgen voor getroffen en kan er behoefte zijn aan psychosociale ondersteuning en zorg. Dat zal niet snel ter discussie staan bij een flitsramp zoals een ernstige overstroming, terreuraanslag of vliegtuigramp, maar meer onduidelijk in een situatie waarin de dreiging voor (en door) mensen diffuser is, zoals in situaties van sociale onrust of een sluimerende crisis. Binnen deze richtlijn wordt een sluimerende crisis gedefinieerd als: 'Een situatie waarbij er een (latente) dreiging is voor breed gedeelde maatschappelijke waarden of vitale systemen die over tijd en plaats evolueert en wordt voorafgegaan door gebeurtenissen die in wisselende mate politiek en/of maatschappelijke aandacht krijgen, gedeeltelijk of onvoldoende geadresseerd door autoriteiten' (vertaald uit Boin e.a., 2021, p. 3)². Een sluimerende crisis kent veelal een chronisch karakter, is per definitie niet terug te voeren op één gebeurtenis maar betreft veelal een serie van gebeurtenissen. De aard en vorm van de dreiging en de gevolgen voor getroffen en veranderen naarmate de sluimerende crisis wordt aangevuld met nieuwe gebeurtenissen en risico's en problemen die daarmee samengaan (Dückers, 2022).

Deze richtlijn is ontwikkeld om zoveel mogelijk toepasbaar te zijn op al dit soort gebeurtenissen, al is de internationale en Nederlandse kennisbasis vooral gestoeld op het eerste type ramp. Ondanks dat de richtlijn is toegepast om de collectieve psychosociale ondersteuning in te vullen tijdens de COVID-19 pandemie (Dückers e.a., 2021a), kan het zijn dat nieuwe studies en voortschrijdend inzicht over onrust en sluimerende crisis uitwijzen dat een andere aanpak nodig is voor dit type crisis. Op dit moment is het uitgangspunt dat de richtlijn van toepassing is als referentiekader of leidraad bij beide typen rampen en crises.

² Originele tekst: "A creeping crisis is a threat to widely shared societal values or life-sustaining systems that evolves over time and space, is foreshadowed by precursor events, subject to varying degrees of political and/or societal attention, and impartially or insufficiently addressed by authorities" (Boin e.a., 2021, p.3).

Getroffene

Een andere centrale term in de richtlijn is getroffene. Daaronder wordt binnen de context van de richtlijn verstaan de persoon die is blootgesteld aan de gebeurtenis, hetzij als overlevende, nabestaande, naaste of toeschouwer.

Psychosociaal crisismanagement - ondersteuning en zorg bij rampen en crises

Het kernbegrip 'psychosociale hulpverlening' in de richtlijn uit 2014 laat zich lastig afbakenen. De discussie rondom de term psychosociale hulpverlening wordt al verschillende decennia gevoerd. Het is van belang dat er overeenstemming is over de terminologie en ervoor te zorgen dat dit resoneert bij de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn. De werkgroep heeft daarom gekozen voor een aanpassing naar psychosociaal crisismanagement – ondersteuning en zorg bij rampen en crises.

Psychosociale zorg en ondersteuning is gericht op het bevorderen van het gehele psychosociale welzijn van getroffen en na rampen, crises of incidenten. Relevant is dat in deze richtlijn een onderscheid wordt gemaakt tussen ondersteuning en zorg. Ondersteuning is in beginsel relevant voor alle getroffen en, maar hoeft niet per definitie gericht te zijn op de gezondheid. Wel is het goed mogelijk dat deze ondersteuning (mentale) gezondheid positief kan beïnvloeden. Zorg is juist primair gericht op zowel fysieke als mentale gezondheid en omvat preventieve, signalerende, diagnosticerende en curatieve interventies. Gelet op de klachten die een deel van de getroffen en (kan) ontwikkelen, is soms zorg nodig van professionele zorgverleners.

De richtlijn bevat inhoudelijke kennis over hoe ondersteuning en zorg georganiseerd kunnen worden om problemen en gevolgen van rampen en crises te minimaliseren. De richtlijn kan daarmee gebruikt worden om invulling te geven aan psychosociaal crisismanagement: het organiseren van ondersteuning en zorg op een doelmatige manier, waarbij de situatie van de getroffene centraal staat. Crisismanagement wordt gedefinieerd als het geheel van inspanningen dat erop gericht is de gevolgen van een ramp of crisis vóór, tijdens en na het ontstaan ervan aan te pakken (Boin e.a., 2021; Dücker e.a., 2017; Shrivastava e.a., 1988).

Van Loon (2008) en Van der Velden en collega's (2009) hebben eerder gepleit voor het opnemen van 'psychosociaal crisismanagement' in deze richtlijn. Zij wilden hiermee aangeven dat er bij een ingrijpende gebeurtenis aandacht moet zijn voor het begeleiden en ondersteunen van getroffen en met een bredere focus dan psychopathologie. Psychosociaal crisismanagement omvat hun insziens het identificeren van bronnen van stress en het reduceren daarvan, het bieden van informatie en praktische ondersteuning en het inzetten van 'watchful waiting', met de bedoeling het algemene welzijn van de getroffene(n) te bevorderen en ernstige mentale klachten te voorkomen. Deze zienswijze is sinds 2014 opgenomen in de richtlijn. Op basis van een analyse van internationale literatuur over psychosociaal crisismanagement concluderen Dücker en collega's (2017) dat crisismanagement en psychosociale ondersteuning en zorg gescheiden

kennisdomeinen zijn. Van integratie is geen sprake. Zij definiëren psychosociaal crisismanagement als 'crisismanagement waarin principes voor psychosociale ondersteuning en zorg richtinggevend zijn' (Dückers e.a., 2017, p. 101). Het gaat daarbij nadrukkelijk niet alleen om dienstverlening en ondersteuning vanuit professionals en vrijwilligers en experts maar ook strategisch: voor autoriteiten met een verantwoordelijkheid voor het welzijn en de gezondheid van getroffen en op landelijk en lokaal niveau in verschillende fasen van een crisis. De crisistaken en -uitdagingen zijn uitgewerkt in kader 2.1. Deze taken zijn samengebracht met principes voor psychosociale ondersteuning en zorg (zoals elders in deze richtlijn beschreven en uitgewerkt; bijvoorbeeld anticiperen op behoeften, problemen en risico's en anticiperen op beschikbare capaciteit; voorzien in ondersteuning en zorg; evalueren en implementeren van lessen).

Onder de veelomvattende paraplu van psychosociaal crisismanagement kunnen dus zowel strategisch, tactisch als operationeel verschillende soorten van ondersteuning en zorg voor getroffen worden aangeboden om de psychosociale impact van de crisis te adresseren, oog hebbend voor voorzienbare behoeften, problemen en risico's (zie hoofdstuk 2). Daarin kan worden voorzien door allerlei partijen, binnen en buiten de nabije kring van de getroffen. Psychosociaal crisismanagement is daarmee gericht op organisaties en hulpverleners met taken op zowel strategisch, tactisch als operationeel niveau. In deze richtlijn wordt dat nader uitgewerkt.

Kader 2.1 Ordeningsmodel psychosociaal crisismanagement

Psychosociaal crisismanagement komt erop neer dat crisismanagers of andere partijen de terugkerende taken en uitdagingen tijdens de aanpak van een crisis invullen op basis van principes van psychosociale ondersteuning en zorg (Dückers e.a., 2017). De zes crisistaken of -uitdagingen zijn: 1) beeld- en oordeelvorming, 2) besluitvorming, 3) coördinatie, 4) betekenisgeving, 5) verantwoording en 6) leren. Beeld- en oordeelvorming gaan over het in kaart brengen van wat er heeft plaatsgevonden en de daaruit volgende behoeften, problemen en risico's van de betrokkenen. Dit vormt de basis voor besluitvorming over een plan van aanpak dat zich kan richten op de korte, middellange en (bij voorkeur ook) lange termijn en het beschikbaar stellen van de benodigde middelen en andere randvoorwaarden. Coördinatie komt erop neer dat de juiste actoren en partijen worden gefaciliteerd om, in samenhang, te zorgen voor de uitvoering van dat plan. Betekenisgeving draait om gedenken en herdenken, om erkenning van de ramp en de gevolgen; centraal staat het verhaal naar getroffen toe in woord en zichtbare daad, namens organisatie, gemeenschap of samenleving. Verantwoording gaat over het duidelijk maken en accepteren van verantwoordelijkheden, waarbij ook schuldvragen en aansprakelijkheid mee kunnen spelen. Leren, tot slot, heeft betrekking op het evalueren van het eigen handelen om dat mee te nemen in toekomstige gebeurtenissen.

2.2. Psychosociale gevolgen van rampen en crises

Sinds de Tweede Wereldoorlog heeft Nederland verschillende rampen en crises meegemaakt. Deze ervaringen zijn tot het collectieve bewustzijn doorgedrongen als gebeurtenissen met verregaande psychosociale gevolgen. Dat maakt dat ze binnen de reikwijdte van deze richtlijn vallen. Enkele voorbeelden zijn de watersnoodramp (1953), de vliegcrash in de Bijlmermeer (1992), de vuurwerkramp in Enschede (2000), de cafébrand in Volendam (2001), de Q-Koorts (2006-2009), de aanslag tijdens Koninginnedag in Apeldoorn (2009), de vliegcrash in Tripoli (2010), het schietincident in Alphen aan den Rijn (2011), de MH17 vliegcrash in Oekraïne (2014), de tramsnoodramp in Utrecht (2019) en de overstromingen in Zuid-Limburg (2021). Dit soort gebeurtenissen vormen een bedreiging voor individuen, gemeenschappen en de maatschappij.

Hedendaagse crises zijn in toenemende mate complex, onvoorspelbaar en niet per definitie gebonden aan regio- of landgrenzen, zoals beschreven in de Evaluatie Wet veiligheidsregio's (Evaluatiecommissie Wet Veiligheidsregio's, 2020). Dit geldt niet alleen voor grootschalige crises. Ook lokale of regionale incidenten en situaties waarin sprake is van maatschappelijke onrust over gezondheid en veiligheid, kunnen gemeenschappen of de bredere samenleving verstoren. Naast flitsrampen of andere acute crises geldt dit voor langdurige of sluimerende crises. De COVID-19 pandemie is een voorbeeld van zo'n langdurige crisis (Manchia e.a., 2022; Muller e.a., 2020) waarvan de impact op welzijn en gezondheid inmiddels is vastgesteld (Bosmans e.a., 2022b). De problematiek rondom de gaswinning in Groningen is ook een voorbeeld van een sluimerende crisis. Deze illustreren dat de impact van indirecte gevolgen (in dit geval de procedurele last) op individuen en gemeenschappen niet onderdoet voor de primaire gevolgen (meemaken aardbeving, schade aan huis) (Stroebe e.a., 2022).

2.2.1 Impact: ontregeling, schade en verlies

Een ramp, crisis of incident is een onverwachte gebeurtenis die ingrijpend is voor betrokkenen, ontregelt en schade aanricht. Mensen leiden verliezen die voor hen van waarde zijn, in materieel of immaterieel opzicht. Denk aan dierbaren, bezit, werk, en relaties. De confrontatie met dergelijk verlies kan stress opleveren (Hobfoll, 1988). Het verlies kan een direct gevolg zijn van de gebeurtenis, of indirect, bijvoorbeeld door oplopende problemen in de relationele of professionele sfeer. Een ingrijpende gebeurtenis kan zo op een complexe manier zorgen voor bronnen van stress op meerdere leefgebieden, die allemaal op elkaar in kunnen spelen. Getroffenen staan voor de opgave om daarmee om te gaan.

Getroffenen kunnen hierop allerlei manieren op reageren. Voorbeelden van reacties zijn (Bleich e.a., 2003; Carlier & Gersons, 1997; Rubin e.a., 2005; Schonfeld & Gurwitsch, 2009; Schuster e.a., 2001; Silver e.a., 2002; Thoresen e.a., 2012):

- zich afgestompt voelen;
- minder interesse en plezier hebben in alledaagse gebeurtenissen;
- concentratieproblemen;

- moeite hebben met dingen onthouden;
- kampen met slaapproblemen;
- lichamelijke klachten zoals een gespannen gevoel, ernstige vermoeidheid of pijn, of het wegvallen van eetlust;
- gevoelens zoals angst, verdriet, rouw, woede, verontwaardiging, wrok, schuld, schaamte, hulpeloosheid en hopeloosheid.

Bovenstaande reacties kunnen gezien worden als 'normale reacties op een abnormale gebeurtenis' en nemen over het algemeen af met het verstrijken van de tijd. De meeste mensen zijn in staat om na verloop van tijd zelf te herstellen en hun leven weer op te pakken (Bonanno e.a., 2010; Bonanno & Malgaroli, 2020).

De reikwijdte van een ramp speelt ook mee bij de mate van impact op getroffenen. 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 getroffenen. Zodra de vitale infrastructuur – wegen, elektriciteit, drinkwatervoorziening, telefonie en dataverkeer, gezondheidszorg, openbaar bestuur etc. – wegvalt, is dit een ernstig obstakel voor de respons, het herstel en de nazorg (Dückers, 2012).

2.2.2 Tijdsverloop

Bij een ramp doorloopt een getroffen samenleving verschillende fasen die zich weliswaar niet strikt laten afbakenen in de tijd, maar wel duiden op wezenlijke situatiemerken waarmee collectief en individu worden geconfronteerd naarmate de tijd verstrijkt (Arcaya e.a., 2020; Raphael, 1986; U.S. Department of Health and Human Services, 2000; Yzermans & Gersons, 2002). De nafase ontwikkelt zich meestal als volgt: Na eventuele waarschuwingssignalen die wijzen op een naderende ramp (pre-fase) volgt de impact. De impactfase gaat over in een 'honeymoon' fase. De impactfase kan acuut en kortdurend zijn, maar ook langdurig en slepend waardoor de impactfase en honeymoonfase soms door elkaar heen kunnen lopen (Gersons e.a., 2020). Daarna volgt een langdurige fase van desillusie die moet worden overwonnen om tot herstel te kunnen komen (re-integratie fase). In kader 2.2 zijn de fasen verder uitgewerkt.

Afhankelijk van de persoonlijke situatie en omstandigheden verschillen de mogelijke gevolgen ook per individu. Bij de ontwikkeling van posttraumatische stress klachten kunnen vier patronen ('trajectories') worden onderscheiden. De meerderheid van de mensen reageert veerkrachtig en ontwikkelt geen posttraumatische stress klachten ('resilient'), anderen herstellen geleidelijk ('recovery'), en weer anderen ontwikkelen later posttraumatische stress klachten ('delayed onset') of chronische symptomen ('chronic') (Bonanno, 2004). Het gros van de mensen herstelt binnen 1 à 2 jaar. Een kleiner deel valt onder de laatste twee groepen met verlate of chronische posttraumatische stress klachten (Bonanno, 2004). Deze patronen zijn bevestigd in een recente overzichtsstudie (Galatzer-Levy e.a., 2018).

In studies naar specifiek traumatisch verlies worden ook verschillende beloopvormen van rouwreacties beschreven (Bonanno & Malgaroli, 2020; Galatzer-Levy e.a., 2018; Lenferink e.a., 2020; van de Schoot e.a., 2018). Hier blijkt ook dat het grootste deel van de nabestaanden op verlies reageert met milde tot matige en tijdelijke rouwreacties. Bij anderen kunnen heftige rouwreacties gepaard gaan met posttraumatische stressreacties en/of depressieklachten. Zij herstellen meestal in de loop van maanden tot jaren. Een veel kleinere groep kampt met rouwreacties, posttraumatische stressreacties en/of depressieklachten die langdurig ernstig zijn of zelfs toenemen door de tijd (Bonanno & Malgaroli, 2020; Lenferink e.a., 2020). Indien heftige rouwreacties na zes tot twaalf maanden gepaard gaan met ernstig lijden en/of beperkingen in functioneren kan sprake zijn van een persisterende-rouwstoornis waarvoor professionele hulp nodig is (American Psychiatric Association, 2022).

Kader 2.2 Tijdsfasen bij een ramp

Impact fase 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 ender de overlevenden totdat ze zijn herenigd.

Honeymoon fase 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 getroffenen en niet-getroffenen. 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 vervolgfasen.

Desillusie 🗣️ maanden tot jaren

Deze fase breekt aan wanneer niet-getroffenen 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. Getroffenen 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, 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.

2.2.3 Behoeften en problemen

Behoeften

Uit onderzoek blijkt dat de behoeften van getroffenen van rampen kwalitatief gezien, vaak niet wezenlijk verschillen van de behoeften van mensen met letselschade, of van mensen die zijn blootgesteld aan een misdrijf (Ammerlaan, 2009). Behoeften die bij getroffenen vaak worden gezien staan in kader 2.3.

Kader 2.3 Behoeften van getroffenen

BEHOEFTE VAN GETROFFENEN

- **Eerste hulpverlening en opvang**
Hieronder valt medische zorg voor gewonden, het overbrengen van niet-gewonden naar een veilige opvanglocatie, en psychosociale noodhulp.
- **Informatie**
In de acute fase informatie geven en ontvangen over het lot van dierbaren, praktische informatie rampenbestrijding en crisisbeheersing, opvanglocatie en aanwezige voorzieningen. Na de acute fase informatie geven en ontvangen 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. Daarnaast bestaat een behoefte aan betrouwbare informatie over het lot van dierbaren en betrouwbare informatie over de ramp, de gevolgen en de afwikkeling.
- **Immateriële steun en hulp**
Vanuit het eigen sociale netwerk, professionele psychosociale hulpverlening, en steun vanuit een belangenvereniging of lotgenotencontact. Het delen van ervaringen met anderen en een herdenkingsbijeenkomst zijn ook behoeften
- **Erkenning**
Erkenning en aandacht is een behoefte van getroffenen. 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**
- **Een veilige omgeving**
- **Hereniging of contact met verwanten en dierbaren**
- **Rust, controle en overzicht**

(bron: Ammerlaan (2009) en van der Velden e.a. (2006))

Problemen

De problemen waar getroffen mensen mee te maken kunnen krijgen, gaan verder dan de eerste stressreacties, rouw en behoeften die hiervoor zijn genoemd. Behoeften die niet gerealiseerd worden, kunnen een probleem vormen of een bron van stress zijn. Er is sprake van een probleem wanneer getroffen mensen na een ramp onvoldoende in staat zijn het evenwicht of de controle terug te vinden, of te maken hebben met (voortdurende) psychische klachten die het dagelijks functioneren hinderen. Op langere termijn bestaan de meest voorkomende gezondheidsproblemen uit neerslachtigheid, indringende herbelevingen, middelenmisbruik en aanhoudende lichamelijke klachten (ALK, voorheen SOLK). De prevalentie van deze reacties loopt sterk uiteen. Na rampen kunnen getroffen mensen te maken krijgen met verhoogde niveaus van psychologische stress, depressie en PTSS (Beaglehole e.a., 2018; Bonde e.a., 2016). Daarnaast is er na rampen een grotere kans op suïcide (Safarpour e.a., 2022). Ernstige problemen, zoals PTSS, worden gewoonlijk waargenomen bij een minderheid van de getroffen mensen. Voor een toelichting over mogelijke problemen en het inventariseren daarvan, zie paragraaf 3.2. Bonanno e.a. (2010) constateren dat het overgrote deel van de mensen binnen één of twee jaar gezond is en goed functioneert, of zich veerkrachtig toont.

2.2.4 Gezondheid

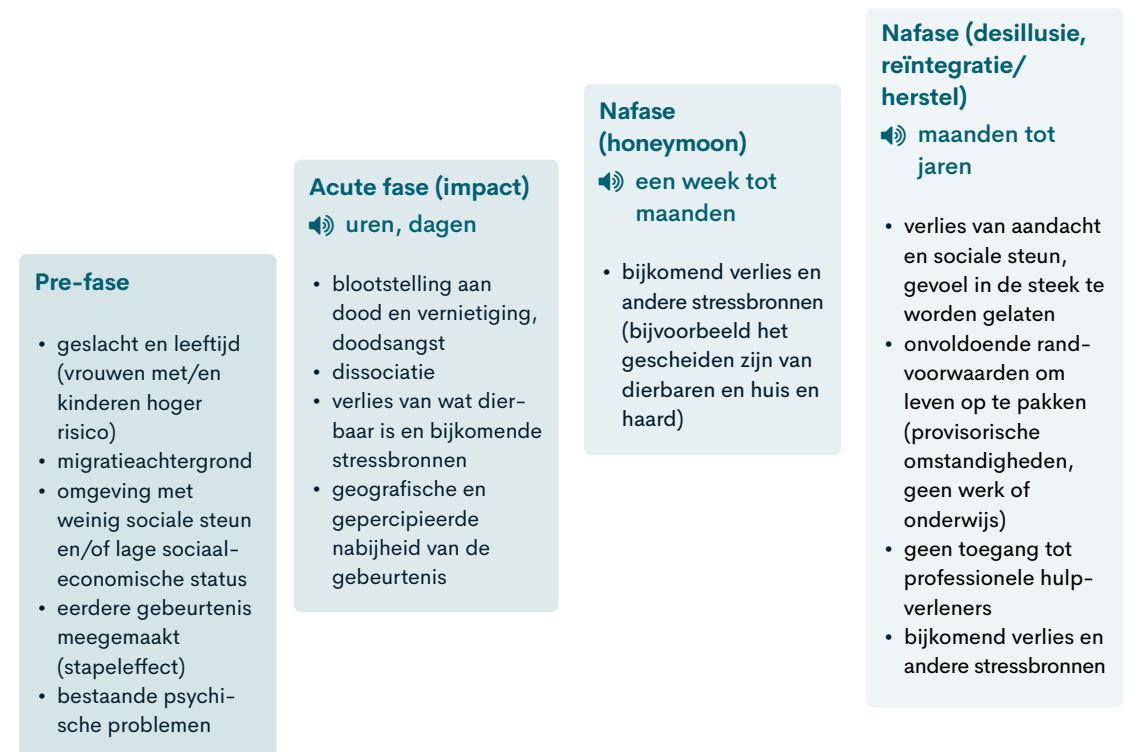
Welzijn en functioneren hangen sterk samen met de somatische en psychische gesteldheid en sociale context. Dit wordt ook meegenomen in gangbare diagnostische handboeken en classificaties. Daarom wordt in de context van deze richtlijn gezondheid gedefinieerd als de complete toestand van lichamelijk, mentaal en sociaal welbevinden (World Health Organization, 2020). De associatie tussen deze domeinen is herhaaldelijk vastgesteld, ook in relatie tot ingrijpende gebeurtenissen (Schnurr, 2022; Schnurr & Green, 2004; Scott e.a., 2013; Yzermans e.a., 2009). De samenhang is ook terug te zien in het positieve gezondheidsmodel van Huber en collega's (Huber e.a., 2011). Het model gaat uit van meerdere gezondheidsdimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Het model richt zich naast problemen ook nadrukkelijk op mogelijkheden. Met het model kan de toestand van mensen per dimensie beoordeeld worden. Het model overstijgt lichaamsfuncties en mentaal welbevinden en laat zien dat problemen of mogelijkheden binnen het ene leefgebied invloed kunnen hebben op andere leefgebieden.

2.2.5 Risicofactoren, beschermende factoren en veerkracht

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 (Atazadeh e.a., 2019; Lai e.a., 2014; Noel e.a., 2018). De literatuur laat verschillende risicofactoren zien die bijdragen aan het ontwikkelen en voortduren van PTSS-klachten na potentieel schokkende gebeurtenissen (Brewin e.a., 2000; Furr e.a., 2010; Lock e.a., 2012; Ozer e.a., 2003; Tortella-Feliu e.a., 2019). Zie figuur 2.1 voor risicofactoren per fase.

Risicofactoren gelden in omgekeerde vorm als beschermende factoren. Risico- en beschermende factoren op individueel, gemeenschaps- en samenlevingsniveau spelen op elkaar in (multi-layered principe, Dückers, 2017). Zie paragraaf 3.4 voor een uitgebreid overzicht van de risico- en beschermende factoren op individueel-, gemeenschaps- en samenlevingsniveau. Deze hebben invloed op het vermogen van getroffen mensen om de impact van een ingrijpende gebeurtenis te boven te komen. Dit wordt ook wel veerkracht genoemd. Welke factoren de veerkracht nu precies versterken is lastig te bepalen (Bonanno, 2021), temeer omdat uit de literatuur niet concreet volgt wat veerkracht is (Bonanno, 2021; Mochizuki e.a., 2018; Southwick e.a., 2014). Als het gaat om zelfredzaamheid dan heeft dat 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 getroffen mensen veerkrachtig of zelfredzaam en blijft na een ingrijpende gebeurtenis goed functioneren (Bonanno, 2021; Galatzer-Levy e.a., 2018). Een deel heeft belang bij professionele hulp. Het is van belang dat mensen deze hulp ontvangen, en dat deze van goede kwaliteit is.

Figuur 2.1 Risicofactoren per fase



2.3. Optimale psychosociale ondersteuning en zorg

In deze paragraaf wordt toegelicht wat wordt verstaan onder optimale psychosociale ondersteuning en zorg. Eerst wordt een differentiatie gemaakt in verschillende categorieën psychosociale ondersteuning en zorg. Daarna volgen drie modellen waarin de praktische waarde van de begrippen tot uiting komen.

2.3.1 Differentiatie binnen de psychosociale ondersteuning en zorg

Psychosociale ondersteuning en zorg zijn gericht op het bevorderen van het gehele psychosociale welzijn van getroffenen na rampen, crises of incidenten, zowel in de acute fase als in de nafase en zowel gericht op het collectief als op het individu. In paragraaf 2.2.2 zijn tijdsfasen van een ramp of crises beschreven, 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.

Ondersteuning is in beginsel relevant voor alle getroffenen. Het is gericht op praktische, emotionele of sociale ondersteuning en kan geboden worden door familie, vrienden, vrijwilligers en andere hulpverleners en heeft tot doel om de veerkracht van individuen en gemeenschappen te versterken en te herstellen.

Zorg is 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 getrainde of gekwalificeerde professionals zoals psychologen, psychiaters en andere medische hulpverleners.

Om te benadrukken dat het bij het bevorderen van psychosociaal welzijn niet alleen gaat om behandeling en preventie van psychiatrische stoornissen zoals depressie, angst en posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt in deze richtlijn gesproken over ondersteuning en zorg. De grote diversiteit aan behoeften en (gezondheids)problemen, zoals benoemd in paragraaf 2.2, brengt een breed scala aan mogelijkheden voor psychosociale ondersteuning en zorg met zich mee. Om hier ordening in aan te brengen is de ondersteuning en zorg onderverdeeld in de categorieën basishulp, informatie, emotionele en sociale steun, praktische hulp, en zorg gericht op gezondheidsklachten. Aan deze categorieën kunnen doelgroepen, rampfase(n) en uitvoerder gekoppeld worden die bij psychosociaal crisismanagement een rol hebben (zie kader 2.4). Bij zowel acute rampen en crises als langlopende, sluimerende crises kan deze categorisering van ondersteuning en zorg toegepast worden (Dückers e.a., 2021a).

Kader 2.4 Ondersteuning en zorg kan uitgewerkt worden in de onderstaande 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, professionele zorgverleners 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 kunnen voorzien	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 alle hulpverleners Diagnose en behandeling: alleen professionele zorgverleners (artsen, gespecialiseerde psychologen en therapeuten)

2.3.2 Kwaliteit

Kwaliteit is een kernbegrip binnen deze richtlijn. Psychosociale ondersteuning en zorg moet van optimale kwaliteit zijn. Idealiter voldoet dit 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 (gelijk).

Verder passen binnen het raamwerk van kwaliteit voor optimale psychosociale ondersteuning en zorg drie kwaliteitsmodellen:

- het kringenmodel (2.3.3)
- het paraboolmodel (2.3.4)
- het kwaliteitsmodel (2.3.5)

Kader 2.5 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: Berwick, 2002; Donabedian, 1988; Eccles e.a., 2009)

2.3.3 Kringenmodel: aanvullende kring aanboren waar nodig

In deze richtlijn staat de getroffene centraal bij het bieden van psychosociale ondersteuning en zorg na ingrijpende gebeurtenissen. Daarbij wordt altijd uitgegaan van de natuurlijke herstelcapaciteit en sociale steun in de persoonlijke omgeving van de getroffene. Waar nodig wordt aanvullende hulp geboden.

Het kringenmodel (Gersons, 2005; Impact, 2010) laat zien welke partijen zich rondom de getroffene bevinden die een rol kunnen vervullen in de ondersteuning en zorg (figuur 2.2). De eerste kring bestaat uit naasten, familie, lotgenoten (andere overlevenden en/of nabestaanden), vrienden en sommige collega's van de getroffene. Deze mensen behoren overwegend tot diens vertrouwde leefomgeving. De mensen in de eerste kring hebben een persoonlijke relatie met de getroffene. Zij kunnen en zullen ondersteuning bieden (denk aan de basishulp, sociale en emotionele steun, en praktische hulp). De algemene aanname is dat het overgrote deel van de getroffenen 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 getroffene, hoewel ze relatief goed benaderbaar zijn. Dit kan een leidinggevende zijn, een leraar, een geestelijke verzorger 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 getroffene – mits die dat zelf niet al doet – kunnen overreden om naar de huisarts 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 getroffenen door mensen in de eerste kring.

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

Stepped care

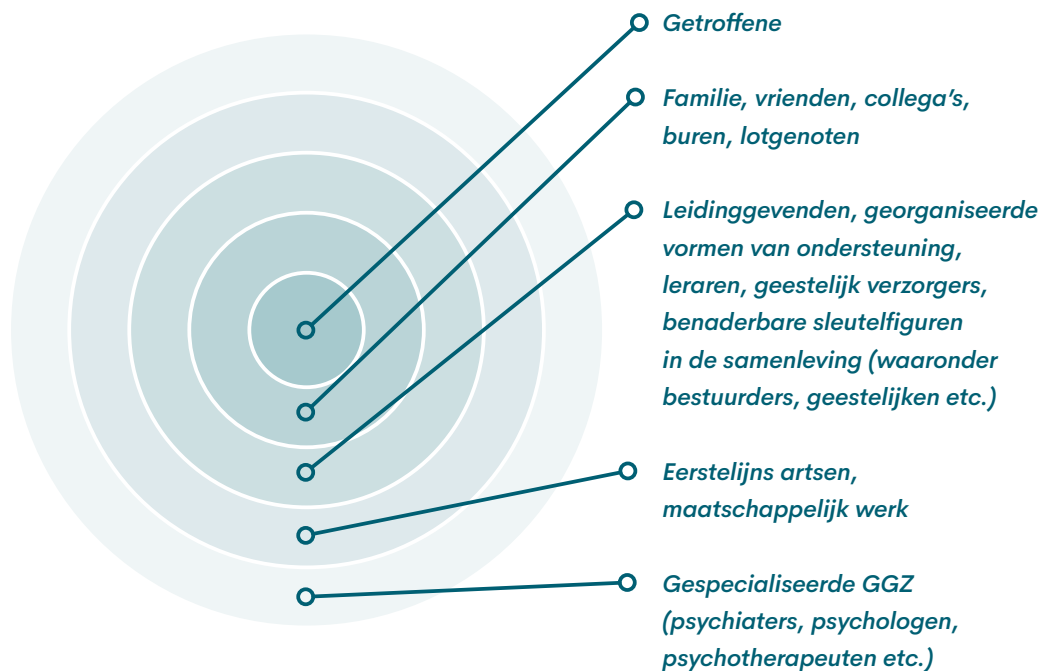
In het kringenmodel krijgt de zorgdimensie van binnen naar buiten toe steeds meer gewicht. Degenen die ondersteuning bieden kunnen eventuele problemen signaleren en adviseren professionele hulp te zoeken. Wel of niet gehoor geven aan dit advies, valt onder de verantwoordelijkheid van de getroffene zelf.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

Naast het kringenmodel is de internationaal gehanteerde interventiepiramide ook gebaseerd op stepped care (o.a. Inter-Agency Standing Committee – Guidelines, 2007; OPSIC Comprehensive Guideline, 2012).³ In deze piramide wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende prioriteiten, risico's en behoeften van getroffen en.

Uitgaan van bestaande zorgstructuren

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

Figuur 2.2 Kringenmodel



³ De interventiepiramide is niet opgenomen in deze richtlijn omdat het kringenmodel, samen met de vijf categorieën van zorg en ondersteuning (kader 2.4), hetzelfde doel beogen, namelijk het opbouwen van ondersteuning en zorg van laagdrempelige (collectieve) interventies naar meer gespecialiseerde (individuele) zorg. Het model wordt wel genoemd omdat het kan helpen bij het ordenen van ondersteuning en zorg die geboden kan worden.

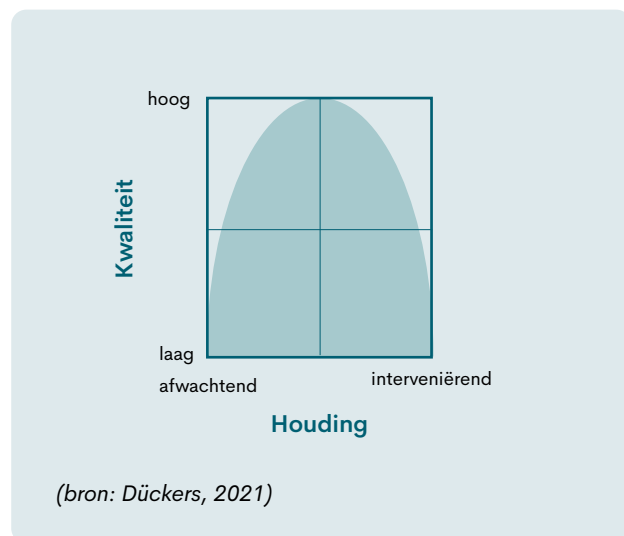
2.3.4 Paraboolmodel: weloverwogen afwachten of interveniëren

Belangrijke eerste vragen bij een ramp of crisis zijn: wat is er aan de hand? Zijn er mogelijk psychosociale gevolgen? Is het nodig om nu of op een later moment psychosociale ondersteuning en zorg te leveren? Hulpverleners kunnen in deze situatie twee houdingen aannemen: afwachtend of interveniërend. Afwachten ligt voor de hand bij klachten die redelijk 'normaal' zijn gezien de situatie, of bij klachten die dat niet zijn, maar waarvan aannemelijk is dat ze verdwijnen. Interviëren is aan de orde wanneer getroffen en onvoldoende in staat zijn hun evenwicht terug te vinden, ze te maken hebben met (voortdurende) psychische klachten die het dagelijks functioneren hinderen en die vermoedelijk niet vanzelf verbeteren, of zelfs kunnen verergeren.

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

Het paraboolmodel geeft het spanningsveld weer tussen de houding van de hulpverlening en de kwaliteit van psychosociale ondersteuning en zorg. Optimale kwaliteit betekent een goede inschatting van de veerkracht van het individu en/of de gemeenschap. Bij overschatting van de veerkracht bestaat de kans dat (te) lang wordt gewacht met ingrijpen en dat kan tijdig herstel in de weg zitten (lage kwaliteit). Bij (te) vroeg interveniëren wordt de veerkracht van getroffen en onderschat en worden beschikbare ondersteuningsbronnen in de eerste kringen (zie kringenmodel 2.3.3) misschien onbenut gelaten (ook lage kwaliteit). Mensen kunnen zo onbedoeld in de rol van slachtoffer of patiënt geduwd worden (Dückers, 2021). Aan beide kanten van de parabool kan dus sprake zijn van ineffectieve, inefficiënte, onveilige, niet behoeftegerichte, ongepaste en/of ongelijke psychosociale ondersteuning en zorg. De optimale balans tussen afwachten en interveniëren is niet constant, maar kan in verschillende fasen van de crisis veranderen. Tijdens de honeymoon-fase (zie kader 2.1) is er meestal sprake van overdaad aan steun en aandacht (verspilling), terwijl tijdens de desillusie-fase de pendule binnen de parabool de andere kant op kan slingeren (Dückers, 2021). Het is dus van belang om de veerkracht goed in te schatten en de juiste mate van psychosociale ondersteuning toe te passen die past bij de specifieke behoeften van het individu en/of de gemeenschap in verschillende fasen van de crisis.

Figuur 2.3 Paraboolmodel



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 (te Brake e.a., 2011; van der Velden e.a., 2006). 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) psychosociale 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.

2.3.5 Kwaliteitsmodel: geen psychosociale ondersteuning en zorg zonder evaluatie

De Gezondheidsraad pleit ervoor bij het opzetten van specifieke ramp-gerelateerde voorzieningen 'op voorhand evaluatiemomenten af te spreken' (Gezondheidsraad 2006). Hieruit volgt dat het van belang is dat evaluatie-instrumenten worden (door)ontwikkeld. Evaluatie maakt duidelijk of een andere aanpak nodig is en levert bovendien lessen op die kunnen

bijdragen aan betere toekomstige psychosociale ondersteuning en zorg. Deze werkwijze is overeenkomstig de vier stappen van een gangbaar kwaliteitsmodel: de Plan-Do-Study-Act (PDSA) cyclus (Berwick, 2002; Dückers e.a., 2017; Langley e.a., 1996; Taylor e.a., 2013). Zie paragraaf 3.10 voor meer informatie over evaluatieonderzoek en -instrumenten.

Naast het kringenmodel en het paraboolmodel, is het kwaliteitsmodel een derde model dat kan bijdragen aan optimale psychosociale ondersteuning en zorg. Niet alleen door achteraf te evalueren, maar door dit al tijdens de hulpverlening te doen. Waar het BOB-principe (zie 2.3.4) 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 volgens 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 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. Voor problemen vanuit een gezondheidskundig perspectief geldt hetzelfde; instrumenten en criteria zijn beschikbaar om klachten te meten.

Via een systematische methode zijn door deskundigen uit wetenschap en praktijk acht evaluatiecriteria vastgesteld. Vanuit het perspectief van de getroffene komt goede psychosociale ondersteuning en zorg tot uiting in (Holsappel e.a., 2013):

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.

2.3.6 Zes uitgangspunten van psychosociale ondersteuning en zorg

De visie op psychosociale ondersteuning, die de rode draad vormt voor deze richtlijn, kan worden samengevat in zes uitgangspunten:

1. Sluit aan bij de behoeften, problemen en risicofactoren

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

2. 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.

3. 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.

4. 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, herstelvermogen, en problemen van de individuele getroffene. Bij het verlenen van psychosociale ondersteuning en zorg dient zoveel mogelijk te worden aangesloten bij diens context. Het individu mag niet de dupe worden van groeps-aanpak.

5. Sluit aan bij aanwezige hulpverleningscapaciteit

De kans is groot dat er in het gebied waar de gebeurtenis zich 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 psychosociale ondersteuning en zorg.

6. Evalueer psychosociale ondersteuning en zorg

Evalueer of het besluit tot afwachten of interveniëren het verwachte effect heeft en of aan gangbare kwaliteitscriteria is voldaan (kader 2.5 en paragraaf 2.3.5). Analyseer mogelijke verklaringen en leer daarvan.

Aanbevelingen en overwegingen bij psycho- sociaal crisis- management

Hoofdstuk 3. Aanbevelingen en overwegingen bij psychosociaal crisismanagement

In hoofdstuk 2 is de visie op psychosociale zorg en ondersteuning beschreven vanuit een multidisciplinair perspectief. Hierop zijn aanbevelingen geformuleerd voor het inrichten en uitvoeren van psychosociaal crisismanagement, ondersteuning en zorg. In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen en bijbehorende overwegingen behandeld.

De onderbouwing en de aanbevelingen zijn ingedeeld in tien paragrafen:

- 3.1 Doelen van psychosociaal crisismanagement, ondersteuning en zorg
- 3.2 Ondersteuning van getroffen(e)n
- 3.3 Inventariseren van behoeften en problemen
- 3.4 Risicofactoren, risicogroepen en registratie
- 3.5 Zorg bij gezondheidsklachten
- 3.6 Collectieve psychosociale ondersteuning
- 3.7 Psychosociale ondersteuning op de werkvloer
- 3.8 Maatschappelijke onrust en sluimerende crises
- 3.9 Preparatie en implementatie
- 3.10 Evaluatie en onderzoek

Psychosociale ondersteuning en zorg dient ter bevordering van herstel en het voorkomen van ernstige gezondheidsklachten. Deze doelen dienen de verdere inrichting van psychosociale hulp (3.1). De eerste prioriteit is altijd om in te spelen op de basisbehoeften van getroffen(e)n en hen een omgeving te bieden waarin ze zich veilig en gesteund voelen (3.2). Daarna kan worden gestart met het inventariseren van behoeften en problemen (3.3). Om die goed te kunnen adresseren is inzicht nodig in risicofactoren en risicogroepen en dienen getroffen(e)n geregistreerd te worden (3.4). Bij het aanboren van mogelijke steunbronnen wordt het kringenmodel gevolgd. Een kleine groep getroffen(e)n heeft meer specifieke zorg nodig (3.5). In de paragrafen daarna wordt vervolgens aandacht besteed aan verschillende vormen van psychosociale ondersteuning (aan het collectief, 3.6 en binnen organisaties, 3.7) en situaties waarin zorgen bestaan over veiligheids- of gezondheidsrisico's onder een gemeenschap of de

samenleving (maatschappelijke onrust en sluimerende crises, 3.8). Voor het optimaal uitvoeren van psychosociaal crisismanagement is een goede voorbereiding van belang (preparatie en implementatie, 3.9). Als laatste is het leren van gebeurtenissen waarbij psychosociaal crisismanagement is ingezet een doorlopend onderdeel (evaluatie en onderzoek, 3.10).

3.1. Doelen van psychosociaal crisismanagement, ondersteuning en zorg

Er zijn vijf kernprincipes van psychosociale ondersteuning en zorg geformuleerd voor mensen die zijn geconfronteerd met een ramp of verlies: 1) veiligheid, 2) geruststelling, 3) zelfredzaamheid, 4) sociale verbondenheid en 5) hoop (zie ook figuur 3.1.). Hierover bestaat onder internationale experts consensus (Bisson e.a., 2010a). Bij een ramp, crisis of andere ingrijpende gebeurtenis dienen hulpverleners dan ook in de eerste plaats bij te dragen aan een gevoel van veiligheid, geruststelling, de zelfredzaamheid van individu en gemeenschap, sociale verbondenheid, en hoop bij de getroffen(e)n (Hobfoll e.a., 2007).

AANBEVELING

1. Bevorder bij het verlenen van psychosociale ondersteuning en zorg het natuurlijk herstel en het gebruik van hulpbronnen (veerkracht) door:
 - Bij te dragen aan (een gevoel van) controle, veiligheid, geruststelling, zelfredzaamheid (van individu en gemeenschap), sociale verbondenheid en hoop;
 - actuele behoeften en (mentale) gezondheidsproblemen te signaleren en erop in te spelen;
 - te anticiperen op risicofactoren, waaronder bronnen van stress.

Figuur 3.1 Vijf kernprincipes van psychosociale ondersteuning en zorg (vertaald uit Hobfoll, 2007)



Getroffenen kunnen na een ingrijpende gebeurtenis verschillende behoeften en problemen hebben. Het tijdig signaleren en inspelen op deze behoefte heeft invloed op de mate van herstel van getroffenen (zie paragraaf 2.2.3). De behoeften, problemen en algemene herstelpatronen van getroffenen zijn daarom richtinggevend voor de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn.

Twee bijpassende doelen van psychosociale ondersteuning en zorg zijn 'het benutten van het natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke herstelbronnen' en 'het aansluiten op actuele behoeften en problemen van getroffenen', volgens Europese experts en professionals in Nederland (Te Brake & Dückers, 2013). Deze doelen komen ook terug in internationale richtlijnen⁴ over psychosociale ondersteuning en zorg (Dücker e.a., 2022). Behoeften en problemen van getroffenen hangen samen met de genoemde risicofactoren (zie paragraaf 2.2). Daarom dient hier ook rekening mee gehouden te worden. De meeste mensen die getroffen worden door een ramp of ingrijpende gebeurtenis bezitten voldoende veerkracht om zich aan te passen aan de (nieuwe) situatie en hun leven weer op te pakken (Bonanno, 2021; Bonanno e.a., 2010; Galatzer-Levy e.a., 2018; Norris e.a., 2002). De Gezondheidsraad (2006) concludeert dat de meeste getroffenen erin slagen hun balans terug te krijgen zonder hulp van

⁴ In Dücker e.a. (2022) zijn de volgende drie internationale Richtlijnen meegenomen: 1) OPSIC (Operationalising Psychosocial Support in Crisis) Comprehensive Guideline on Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Disaster Settings (2012), 2) Inter-Agency Standing Committee – Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2007), en 3) Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support van het International Committee of the Red Cross (ICRC) (2018).

professionele hulpverleners. Voorkomende stressreacties zijn vaak van voorbijgaande aard, net zoals de bijkomende gezondheidsklachten (o.a. concentratie- of slaapproblemen, lichamelijke klachten of gevoelens van bijvoorbeeld angst). Uit overzichtsstudies blijkt dat de mogelijke ontwikkeling van langdurige (mentale) gezondheidsproblemen over het algemeen wordt beïnvloed door vergelijkbare risicofactoren (Brewin e.a., 2000; Kessler e.a., 2017; Knipscheer e.a., 2020; Ozer e.a., 2003). In hoofdstuk twee zijn deze risicofactoren ingedeeld in fasen (zie figuur 2.2) en in hoofdstuk 3 op individueel-, gemeenschaps- en samenlevingsniveau (zie paragraaf 3.4).

De gebeurtenissen waar deze richtlijn zich op richt gaan vaak gepaard met verlies en extra stressbronnen (van der Velden e.a., 2010), zoals onzekerheden, en praktische, juridische en financiële gevolgen. Het is belangrijk om te anticiperen op deze risicofactoren, aangezien deze stressoren vaak terugkeren in overzichten met behoeften van getroffen. Mensen kunnen baat hebben bij het verminderen van bronnen van stress.

Het herstel van evenwicht vindt, bij de mensen die na een ramp of andere ingrijpende gebeurtenis klachten ervaren, meestal binnen één tot twee jaar plaats (Bonanno e.a., 2010). Echter, sommige getroffen gaan langduriger gebukt onder gezondheidsklachten. De meest voorkomende reacties op langere termijn zijn verwerkingsklachten zoals depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS), fobische klachten, paniekstoornis, middelenmisbruik en aanhoudende lichamelijke klachten (ALK). Een duidelijk verband tussen enerzijds de aard van de psychische klachten en ALK en anderzijds de aard en oorzaak (natuurlijke of menselijke oorzaak) van de ramp ontbreekt (Gezondheidsraad, 2006).

3.2. Ondersteuning aan getroffen

In deze richtlijn worden psychosociale zorg en ondersteuning onderscheiden waarbij ondersteuning in beginsel relevant is voor alle getroffen, maar niet per definitie gericht is op de (mentale) gezondheid. Zorg is primair gericht op de gezondheid en omvat preventieve, signalerende, screenings/diagnosticerende en curatieve maatregelen. Er bestaan verschillende indelingen van ondersteuning en zorg bij rampen en crises, maar geen ervan biedt de mogelijkheid om alle relevante interventies passend in onder te brengen. In dit hoofdstuk is ervoor gekozen ondersteuning te onderscheiden die iedereen bij een ramp nodig heeft en die door steunbronnen in de eerste kringen rondom een getroffene kan worden verleend (zie kringenmodel), in één of meerdere van de vijf categorieën van psychosociale ondersteuning en zorg (kader 2.4). Interventies die in eerste instantie door overheden worden uitgevoerd voor het collectief zijn in een aparte paragraaf ondergebracht (3.6 Collectieve interventies), omdat het kringenmodel hier niet direct op van toepassing is. In die paragraaf gaat het ook meer over hoe de ondersteuning kan worden georganiseerd.

Bij een ramp dient de eerste prioriteit van de psychosociale hulp uit te gaan naar de basisbehoefte en de veiligheid van de getroffen, evenals het verlenen van laagdrempelige (mentale) ondersteuning, sociale en emotionele hulp, praktische hulp en informatie. Dit is overeenkomstig de doelen van psychosociale ondersteuning.

AANBEVELINGEN

2. Draag bij aan een steunende context voor getroffen door:
 - het bieden van een luisterend oor, steun en troost, met aandacht voor directe praktische (basis)behoefte van getroffen;
 - feitelijke en actuele informatie over de gebeurtenis te verstrekken;
 - steun uit de eigen sociale omgeving van de getroffene te mobiliseren of de getroffene daarbij te helpen;
 - hereniging met naasten te faciliteren en families zo mogelijk bij elkaar te houden;
 - getroffen die normale stressreacties vertonen gerust te stellen.
3. Bied geen vormen van ondersteuning waarvan (in sommige gevallen) negatieve gezondheidseffecten zijn aangetoond, zoals bij psychologische debriefing. Dring niet aan op praten over details van de gebeurtenis die emoties kunnen oproepen.

3.2.1 Steunende context

Om een omgeving steunend te laten zijn voor getroffen dient die ruimte te geven aan de volgende activiteiten (Te Brake & Dückers, 2013):

- het bieden van een luisterend oor, steun en troost, met aandacht voor directe praktische behoeften van getroffen;
- het bieden van feitelijke en actuele informatie over de gebeurtenis;
- het mobiliseren van steun uit de eigen sociale omgeving (conform het kringenmodel);
- het faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families;
- het geruststellen van getroffen die stressreacties vertonen.

Psychosociale ondersteuning en zorg bij ingrijpende gebeurtenissen zijn in deze richtlijn op grond van behoeften en problemen van getroffen ingedeeld in basishulp, informatie, emotionele en sociale steun, praktische hulp en zorg bij gezondheidsklachten (zie kader 2.4). Dergelijke ondersteuning past ook bij de wijze waarop de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) Psychological First Aid (PFA) of psychologische/mentale eerste hulp definieert: humane, ondersteunende en praktische hulp voor mensen die in nood verkeren, op een manier die hun waardigheid, cultuur en capaciteiten respecteert. PFA komt neer op basale, niet opgedrongen

hulp met een focus op luisteren, het vaststellen van behoeften en zorgen, het tegemoetkomen aan basale noden, het aanmoedigen van sociale steun van dierbaren en bescherming tegen de verdere ontwikkeling van (psychische) gezondheidsklachten (World Health Organization, 2013). Een systematische literatuur review laat zien dat PFA kan bijdragen aan de mentale gezondheid en het psychosociaal welzijn van getroffen en (Hermsilla e.a., 2022). Door de WHO (2013) wordt PFA aanbevolen waar eerder psychologische debriefing werd ingezet. Psychologische debriefing, en in het bijzonder de nadruk op het uiten van emoties, kunnen de kans op posttraumatische stress symptomen in sommige gevallen juist vergroten (Sijbrandij e.a., 2006). Om deze reden worden psychologische debriefing sessies voor getroffen en ontraden (Bonanno e.a., 2010; Roberts e.a., 2010; Roberts e.a., 2019b; Rose e.a., 2005; Sijbrandij e.a., 2006) (Roberts e.a. 2009). Recenter onderzoek naar opvanggesprekken voor iedereen die is blootgesteld liet geen preventieve effecten zien ten aanzien van PTSS-symptomen (Bisson e.a., 2021; Roberts e.a., 2019a).

Sociale steun en betrokkenheid van de omgeving geldt internationaal als een cruciaal element in de psychosociale ondersteuning en het herstel na ingrijpende gebeurtenissen (Bonanno e.a., 2010; Hobfoll e.a., 2007; Inter-Agency Standing Committee, 2007; Kaniasty & Norris, 2004; World Health Organization, 2010). Het wordt aanbevolen te investeren in het identificeren van de juiste steunbronnen, bijvoorbeeld familie, gemeenschap, school en vrienden (Bisson e.a., 2010a), overeenkomend met de binnenste kring in het kringenmodel (zie ook paragraaf 2.3.3). De hulpverlening die vanuit de overige kringen wordt ingezet dient complementair te zijn aan de eigen capaciteit en herstelbronnen. Getroffenen zijn ook verantwoordelijk voor hun eigen welzijn en gezondheid. Ze kunnen zélf toegang tot hulp zoeken, al dan niet aangespoord door hun steunbronnen. Het risico hierbij is dat getroffen en niet allemaal even goed in staat zijn hun behoeften en problemen te herkennen of op de hoogte zijn van waar zij voor hulp en ondersteuning terecht kunnen. Om sociale cohesie te bevorderen worden in de praktijk vaak sociale interventies, zoals het bevorderen van gezamenlijke activiteiten (bijvoorbeeld sport en spel), activiteiten gericht op het herstel of de bevordering van cohesie in de gemeenschap, toegepast, maar er is weinig tot geen onderzoek naar de werkzaamheid ervan (Haroz e.a., 2020).

Versillende studies wijzen erop dat in de eerste periode na een ramp vaak nog sprake is van voldoende gemobiliseerde steun, maar dat deze na een paar weken afneemt terwijl getroffen en hier nog onverminderd behoefte aan hebben. De zogenoemde 'honeymoon' fase gaat dan over in de desillusie fase (Raphael, 1986; U.S. Department of Health and Human Services, 2000; Yzermans & Gersons, 2002).

Tijdige en goede informatie is essentieel voor preventie van ernstige gezondheidsklachten (Te Brake & Dückers, 2013). Het wordt aanbevolen informatie over de situatie en zorgen van getroffen en op een open en eerlijke manier te verstrekken (Bisson e.a., 2010a). Het ontbreken van informatie of onjuiste informatie kan negatieve effecten hebben op het voorkomen van klachten. Het is van belang om betrouwbare informatie te bieden afkomstig van een geloofwaardige instantie. Bij een ramp of ingrijpende gebeurtenis kan snelle en doeltreffende informatievoorziening onzekerheid verminderen en bijdragen aan het herstelproces van getroffen en. Het is essentieel dat alle communicatie, informatie en voorlichting wordt afgestemd op begrip, taal en beleving van getroffen en, ongeacht wie er communiceert (zie ook paragraaf 3.6). De overheid heeft een bijzondere rol in crisiscommunicatie (Gezondheidsraad, 2006) (zie ook paragraaf 3.6.2.).

Ook in de nafase en bij de afhandeling van financiële en juridische gevolgen (onderdeel van praktische hulp op langere termijn) is een steunende omgeving van belang. Een 'behoorlijke' omgang met schadevergoedingen is een belangrijk onderdeel van de ondersteuning aan getroffen en. In het geval van de overheid kan volgens de ombudsman op vier manieren behoorlijk met schadevergoedingen voor getroffen en worden omgegaan: door een op conflictoplossing gerichte opstelling, een terughoudende opstelling ten aanzien van formele procedures (het zo veel mogelijk beperken of vermijden van juridische procedures), een proactieve houding, waarbij bijvoorbeeld uit eigen beweging wordt nagegaan of het overheids-handelen reden vormt tot 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 (De Nationale Ombudsman, 2012; Schijns, 2010). Een behoorlijke opstelling door aansprakelijke (of aansprakelijkgestelde) partijen komt tegemoet aan behoeften van getroffen en, waaronder de behoefte aan erkenning, genoegdoening, compensatie, en excuses wanneer deze terecht zijn.

3.3. Inventariseren behoeften en problemen

Het is essentieel om bij de psychosociale ondersteuning en zorg behoefte-gestuurd te werken. Het is wenselijk de behoeften van kwetsbare groepen mee te nemen in de voorbereiding op en in herstelplannen voor ingrijpende gebeurtenissen (Bessaha e.a., 2021; Johnson & Vindrola-Padros, 2017). Iedere gebeurtenis is uniek en kan specifieke kwetsbaarheden blootleggen op zowel individueel als op gemeenschapniveau (Holmes e.a., 2020; Pfefferbaum & North, 2013). Het is van belang bij iedere ingrijpende gebeurtenis opnieuw de kwetsbaarheden van getroffen en in kaart te brengen, terwijl tegelijkertijd de beschermende factoren die kunnen bijdragen aan het herstel in kaart gebracht worden (Noel e.a., 2018). Er is sprake van een probleem wanneer getroffen en na een ingrijpende gebeurtenis onvoldoende in staat zijn evenwicht of controle te hervinden, of te maken hebben met (voortdurende) psychische klachten die het dagelijks functioneren hinderen.

AANBEVELINGEN

4. Breng de behoeften en problemen van getroffen en in kaart. Verwerk die informatie in planvorming en beleid om het herstellend vermogen te bevorderen.
5. Stimuleer tijdige signalering van de zorgbehoefte van getroffen en. Dit heeft een functie in de preventie van (verdere) gezondheidsproblemen.
6. Maak bij screening van gezondheidsklachten binnen een getroffenengroep gebruik van gevalideerde meetinstrumenten, en zorg dat mensen met klachten terecht kunnen bij een professionele zorgverlener.

3.3.1 Inventariseren

Behoeften en problemen veranderen bij een ingrijpende gebeurtenis met het verstrijken van de tijd en per fase. Om al deze redenen zou het in kaart brengen van behoeften en problemen van getroffen en deel uit moeten maken van een doorlopend proces van het verzamelen en analyseren van gegevens in samenwerking met de belanghebbenden, met name de getroffene(n) of getroffen gemeenschap zelf. Er wordt geadviseerd samen met getroffen en behoeften en problemen in beeld te brengen en vervolgens in samenwerking de juiste aanpak en interventies te bepalen en vorm te geven (Dückers e.a., 2021b; Dückers e.a., 2022). Zie kader 3.2. voor de aspecten op grond waarvan een beeld van getroffen en gevormd kan worden, en kader 3.4. voor een overzicht van factoren die in beeld gebracht kunnen worden.

Het gezamenlijk bepalen van behoeften ('participatory assessment') wordt gezien als eerste stap in de dialoog met getroffen gemeenschappen (IASC-richtlijnen, 2007). Deze stap is ook onderdeel van psychosociale ondersteuning in de zin dat het getroffen en kan helpen hun situatie weer onder controle te krijgen. Het advies is om deze werkwijze op te nemen in de algemene crisisaanpak. Aansluiting bij lokale (hulp)organisaties, plaatselijke autoriteiten en (buurt)bijeenkomsten kan helpen de dialoog met getroffen en te bevorderen.

Nieuwe digitale technieken, zoals digitale vragenlijsten, sociale media en apps, kunnen de toegankelijkheid en snelheid waarmee de behoeften in kaart worden gebracht verbeteren. De precieze werking en betrouwbaarheid van digitale technieken voor dit doeleinde is echter nog nauwelijks onderzocht. Daarom wordt aangeraden gebruikte methoden systematisch te documenteren en te evalueren (Bathaei e.a., 2019), waarbij ook rekening wordt gehouden met de aard van de getroffen enpopulatie.

Om de behoeften van getroffen en in zicht te kunnen houden over de tijd en in verschillende fasen is het van belang hen te registreren. In praktijk is dit vaak ingewikkeld (zie paragraaf 3.4.3).

Een Informatie- en Verwijscentrum (IVC) kan hierbij ook een rol spelen (zie 3.6.3).

Behalve dat de behoeften van getroffen en inzichtelijk worden gemaakt, is inzicht in tevredenheid over de kwaliteit van de ontvangen ondersteuning van belang. Dit kan bijdragen aan een efficiënte behoefte-gestuurde inzet van psychosociale ondersteuning en zorg (zie ook 2.3.5 en 3.10).

Gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR) en Rapid Needs Assessment (RNA)

Gezondheidsonderzoek is een middel om de (potentiële) behoefte aan ondersteuning en zorg bij een ramp of crisis in kaart te brengen. Gezondheidsonderzoek kan nodig zijn bij feitelijke of gepercipieerde gezondheidsrisico's. Het is van belang alert te zijn op de mate waarin onrust ontstaat. Te lang wachten met gezondheidsonderzoek levert problemen op en blijvende ongerustheid (Gersons e.a., 2000; Wessely, 2005). Bij (dreigende) maatschappelijke onrust kan gezondheidsonderzoek ingezet worden wanneer mensen nadelige gevolgen voor hun gezondheid vrezen en zich niet gehoord voelen. Op individueel niveau kan met behulp van gezondheidsonderzoek nagegaan worden of de geleverde hulp aansluit op de behoeften en verwachtingen van getroffen en en die van de hulpverleners. Op collectief niveau zijn ook metingen mogelijk: bijvoorbeeld via vragenlijsten of het landelijk informatienetwerk huisartsen – dat onderzoek met een vergelijkingsgroep mogelijk maakt (na de vuurwerkramp in Enschede bijvoorbeeld vergeleken met Tilburg) (IJzermans, 2013). Voor gezondheidsonderzoek is een handreiking ontwikkeld (IJzermans e.a., 2014). Deze handreiking wordt in 2023 herzien op basis van de nieuwste inzichten en ervaringen. Een overzicht van methoden voor behoeftepeiling is opgenomen in kader 3.3.

Soms is het niet mogelijk om in de hectiek van een gebeurtenis een 'formeel' gezondheidsonderzoek uit te voeren of zijn daar de middelen niet voor beschikbaar. Om dan toch behoeften en problemen van getroffen en na te gaan kan gekozen worden voor een Rapid Needs Assessment (RNA). Hiervoor is ook een leidraad ontwikkeld waarmee behoeften en problemen van getroffen en snel en op min of meer eenduidige wijze in kaart gebracht kunnen worden (Dückers e.a., 2021b).

Kader 3.2 Inventarisatie per doelgroep

VORM PER DOELGROEP EEN BEELD VAN:

- Mentale weerbaarheid van de getroffen personen (zelfvertrouwen, zelfredzaamheid, discipline, gevoel van controle, ervaring in het hanteren van psychische klachten);
- omvang en capaciteit van het sociale netwerk - familie, omgeving, kerk, etc.
 - van de getroffen personen (mate waarin getroffen personen op dit netwerk terug kunnen vallen, activiteiten die zij daarbinnen ontplooiën);
- vertrouwen in de verstrekte informatie en in de overheid;
- de mate waarin de bestaande structuur van betrokken organisaties (zoals scholen, sportclubs, buurtorganisaties of de werkplek van getroffen personen) bestand is tegen de impact van de gebeurtenis;
- de mate waarin leidinggevendenden in staat zijn hun rol goed in te vullen;
- de mate waarin een instelling die verbonden is aan hulpverleners zoals schoolartsen, maatschappelijk werkers, vertrouwenspersonen, collegiaal ondersteuners en dergelijke in staat zijn om adequate opvang te bieden.

Kader 3.3 Methoden voor behoeftepeiling

VOORBEELDEN VAN METHODEN VOOR BEHOEFTEPEILING:

1. **Handreiking Gezondheidsonderzoek na Rampen:** onderzoek naar psychische en fysieke gezondheid en naar zorg- en ondersteuningsbehoeften na incidenten, crises, ongevallen en rampen (zie IJzermans e.a., 2014).
2. **Leidraad rapid needs assessment bij rampen en crises:** vertaalt kennis uit literatuur en de Nederlandse crisispraktijk naar een praktisch hulpmiddel voor GGD'en om 'rapid needs assessments' te plannen en uit te voeren (zie Dückers e.a., 2021b).
3. **Quality of Psychosocial Care (QPC):** zicht op kwaliteit van psychosociale hulpverlening met de QPC Vragenlijst Getroffenen. Deze wordt ingevuld door personen die getroffen zijn door een schokkende gebeurtenis. Door ervaringen van getroffen personen in kaart te brengen biedt de vragenlijst inzicht in de kwaliteit van psychosociale hulpverlening vanuit het perspectief van getroffen personen (zie Holsappel e.a., 2013).

3.4. Risicofactoren, risicogroepen en registratie

In deze paragraaf worden factoren beschreven die kunnen leiden tot verhoogd risico op het ontwikkelen van gezondheidsklachten als gevolg van een ramp. Mensen met verhoogd risico zijn vaker kwetsbaar, waarbij kwetsbaarheid gaat over de vatbaarheid voor de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen, het gebrek aan vermogen om hiermee om te gaan en zich hierop aan te passen, al dan niet met behulp van anderen. Het inspelen op risicofactoren zou daarom vanuit gezondheidsperspectief redelijkerwijs een preventieve werking kunnen hebben.

AANBEVELINGEN

7. Identificeer specifieke kwetsbare groepen onder de getroffen personen, zoals kinderen, ouderen, mensen met een migratieachtergrond (inclusief vluchtelingen) en hulpbehoevenden (mensen met beperkingen en al aanwezige problemen, patiënten in ziekenhuizen, cliënten en bewoners van verpleeghuizen). Verifieer verwachtingen. Monitor groepen en besteed daarbij aandacht aan mogelijke risicofactoren.
8. Breng bij iedere (nieuwe) ramp of crisis opnieuw (mogelijke) risicogroepen en hun kwetsbaarheden in beeld en blijf dit gedurende de nafase regelmatig doen. Iedere ramp is uniek en kwetsbaarheden bij groepen en individuen zijn in sterke mate afhankelijk van context (o.a. aard en plaats van de ramp, risico- en beschermende factoren) die in de nasleep van een ramp kunnen veranderen.
9. Verzamel bij de psychosociale ondersteuning en zorg aan kinderen niet alleen informatie bij het kind zelf, maar raadpleeg en betrek ook ouders, verzorgers of de leerkracht.
10. Benader mensen met een migratieachtergrond (inclusief vluchtelingen/ontheemden) zo regulier als mogelijk en zo cultuurspecifiek als nodig. Cultuurspecifieke elementen kunnen bestaan uit voorlichting in de moedertaal, rekening houden met voorkeuren en met het feit dat klachten, problemen, behoeften en rouw op een andere manier geuit kunnen worden. Het verdient aanbeveling sleutelpersonen met dezelfde migratieachtergrond te betrekken.
11. Houd er rekening mee dat juist kwetsbare groepen/individuen moeilijk te bereiken zijn, bijvoorbeeld bij het uitzetten van vragenlijsten (waaronder gezondheidsonderzoek). Zet zo nodig beter passende of alternatieve middelen in om hen toch te bereiken en blijf alert op (nieuwe) kwetsbare groepen/individuen in het verloop van een ramp of crisis.

12. Stimuleer bij een ramp of crisis registratie van direct en indirect getroffen en monitoring van hun gezondheid te faciliteren en psychosociale ondersteuning en zorg te kunnen verlenen:
- Besteed in de preparatie aandacht aan de inrichting van een registratiesysteem voor direct en indirect getroffen en;
 - Verstrek heldere en begrijpelijke informatie over het belang van registratie om te bewerkstelligen dat zoveel mogelijk getroffen en zich (laten) registreren;
 - Gebruik bij gebrek aan een 'officieel registratiesysteem' improvisatievermogen om direct en indirect getroffen en toch te registreren. Maak waar mogelijk gebruik van bestaande (media)kanalen;
 - Benut waar mogelijk bestaande registraties (nooddiensten, ziekenhuizen, Slachtofferhulp Nederland, ikbenveilig.nl);
 - Stel mensen in staat zich vrijwillig te (laten) registreren zodat zij benaderbaar zijn voor het verlenen van psychosociale ondersteuning;
 - Besteed, indien van toepassing, specifiek aandacht aan cross-border victims (en ongedocumenteerden).

3.4.1 Risicofactoren

Bij een ingrijpende gebeurtenis is een unieke combinatie van factoren van invloed op individuele verschillen in herstel en het ontwikkelen van psychische klachten (Bonanno e.a., 2010; Brewin e.a., 2000; Ozer e.a., 2003; Wohlfarth e.a., 2002). Getroffenen hebben een hoger risico op het ontwikkelen van (langdurige) klachten als ze te maken hebben met meerdere risicofactoren die mogelijk met elkaar samenhangen (o.a. Cadamuro e.a., 2021). In de wetenschap is voornamelijk onderzoek gedaan naar risicofactoren voor PTSS en depressie.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen kwetsbaarheden die al bestaan voor de gebeurtenis (pre-ramp factoren zoals sociale determinanten) en kwetsbaarheden die erna ontstaan (post-rampfactoren zoals financiële afwikkeling of verlies van werk) (Brooks e.a., 2018). Daarnaast is er sprake van een samenspel van risico- en beschermende factoren op zowel individueel-, interpersoonlijk- (tussen twee of meer personen) als gemeenschapsniveau. Op deze verschillende niveaus kan worden gekeken naar de sociale, economische, fysieke en organisatorische (institutionele) context. Met name sociale factoren zijn belangrijke determinanten die herstel beïnvloeden (Bhattarai e.a., 2020; Bonanno, 2021; Brooks e.a., 2018; Noel e.a., 2018). Het meetbaar maken van sociale factoren is echter ingewikkeld, onder andere omdat er in onderzoeken verschillende definities hiervan worden gebruikt.

Kader 3.4 toont een overzicht van de risicofactoren op individueel-, gemeenschaps- en samenlevingsniveau. Het gaat om factoren zoals geslacht (vrouwen lopen een groter risico), leeftijd, mate van blootstelling, gebrek aan sociale steun, lagere sociaaleconomische status

en reeds aanwezige psychische aandoeningen. Andere voorbeelden van risicofactoren zijn het verlies van een dierbare, context-gebonden kenmerken van de gebeurtenis zoals peri-traumatische stressreacties (directe reacties na een ingrijpende gebeurtenis, zoals een verhoogde hartslag of dissociatie), de mate van media-aandacht, en de fysieke afstand waarop men is blootgesteld (Bonanno e.a., 2010; Brewin e.a., 2000; Brooks e.a., 2018; Gezondheidsraad, 2006; Lai e.a., 2017; Lowell e.a., 2018; Norris e.a., 2002; Ozer e.a., 2003). Laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden (health literacy) zijn ook risicofactoren. Bij lage gezondheidsvaardigheden gaat het over de mogelijkheid van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen en te begrijpen en daarop beslissingen te nemen over de eigen gezondheid. Lagere gezondheidsvaardigheden worden geassocieerd met slechtere gezondheid en slechtere toegang tot zorg (Berkman e.a., 2011). Vaak is risicocommunicatie en voorlichting niet afgestemd op deze doelgroep en andere kwetsbare groepen (Brown e.a., 2014).

Daarnaast wordt een minder adaptieve copingstijl beschouwd als risicofactor. De gehanteerde copingstijl kan namelijk de impact van een mogelijk traumatische gebeurtenis beïnvloeden. Coping wordt omschreven als de cognitieve en gedragsmatige strategieën die mensen gebruiken om met probleemsituaties om te gaan (Schreurs e.a., 1993). Actieve oplossingsgerichte strategieën en het zoeken van sociale steun worden over het algemeen gezien als adaptieve copingstijlen. Minder adaptief zijn ontkenning, vermijdingsgedrag, en alcohol- en middelengebruik, ook al kunnen deze spanningen reduceren en het op de korte termijn mogelijk maken beter met de situatie om te gaan (Chudzicka-Czupala e.a., 2023; Lotzin e.a., 2020; Olff, 2012; Olff e.a., 2005b; Olff e.a., 2005a).

Tenslotte hangt de mate waarin een individu het risico op klachten kan verminderen, samen met de toegang tot en controle over verschillende middelen (o.a. onderwijs, sociaal netwerk, zorg, inkomen). De context van een getroffene, waarin in meer of mindere mate toegang is tot bepaalde middelen, is dus van belang (Bonanno e.a., 2010).

Kader 3.4 Risicofactoren en omgekeerd beschermende factoren van gezondheid ingedeeld op individueel, gemeenschaps-, en samenlevingsniveau

Risicofactoren op individueel niveau	Risicofactoren op gemeenschapsniveau	Risicofactoren op het niveau van de samenleving
<ul style="list-style-type: none"> Geslacht en leeftijd (vrouwen met/en kinderen hoger risico)^{1, 2, 3, 4} Migratieachtergrond⁵ Omgeving met weinig sociale steun en lage sociaaleconomische status⁶ Mate en nabijheid van blootstelling (feitelijk en gepercipieerd)^{7, 8, 9} Eerdere blootstelling aan schokkende gebeurtenissen^{10, 3} Bestaande (psychische) problemen³ Bestaande fysieke problemen of handicap³ Lagere gezondheidsvaardigheden¹¹ Voor kinderen: bestaande gezinsproblematiek en middelengebruik ouders¹² Verlies vertrouwen in de overheid¹³ Verlies van 'bronnen' (alles wat van waarde is voor mensen: relaties, bezit, huis, baan) en sociale steun¹⁴ Minder adaptieve oplossingsstrategieën (coping)¹⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> Aantasting gemeenschapswaarden en sociale cohesie Verstoord identiteitsgevoel en verbondenheidsgevoel met de omgeving Bezorgdheid en angst ten opzichte van zichzelf en de gemeenschap Problematische beschikbaarheid en verdeling van^{16, 17}: <ul style="list-style-type: none"> – sociaal kapitaal – economische bronnen 	<ul style="list-style-type: none"> Inadequaat functioneren van bestuur Onvoldoende financiële reserves Onvoldoende toegang tot drinkwater, voeding, gezondheidszorg Ongelijkheid in samenleving Geen toegang tot onderwijs Onvoldoende milieubeheer en omgevingsplanning <p>Deze kwetsbaarheid hangt samen met culturele kenmerken (mate van collectivisme, korte termijnfocus en ongelijke machtsafstand)</p>

1 Sohrabizadeh e.a. (2014); 2 Walton and Shepard Payne (2016); 3 Tortella-Feliu e.a. (2019); 4 Olff (2017); 5 Delaruelle e.a. (2021); 6 Reiss e.a. (2019); 7 Brooks e.a. (2017); 8 Lai e.a. (2017); 9 Lowell e.a. (2018); 10 Scott e.a. (2013); 11 Berkman e.a. (2011); 12 Seddighi e.a. (2021); 13 Stroebe e.a. (2022); 14 Hobfoll e.a. (2015); 15 owley (2009); 16 Kendra and Wachtendorf (2003); 17 Busch and Givens (2013)

Gebaseerd op tabel in: Holsappel e.a. (2017) en Bosmans e.a. (2022a). Risicofactoren zijn grotendeels afkomstig uit Bonanno e.a. (2010) en Dückers (2017). Actuelere referenties staan aangegeven.

3.4.2 Risicogroepen

Het is raadzaam na te gaan in hoeverre er zich onder getroffen en kwetsbare groepen bevinden. Sommige groepen lopen een aantoonbaar hoger risico op het ontwikkelen van klachten zoals PTSS en depressie. Dat geldt in het bijzonder voor de volgende groepen (Allen e.a., 2021; Atazadeh e.a., 2019; Bayraktar & Dal Yilmaz, 2018; Bonanno e.a., 2010; Brewin e.a., 2000; Cadamuro e.a., 2021; Jenkins e.a., 2014; Lai e.a., 2014; Ozer e.a., 2003; Ren e.a., 2014; Sohrabizadeh e.a., 2014):

- kinderen;
- ouderen;
- vrouwen; en specifieke risicogroepen zoals zwangere vrouwen;
- mensen met een migratieachtergrond;
- mensen die eerder zijn geconfronteerd met een potentieel ingrijpende gebeurtenis;
- mensen die al kampen met psychische problemen;
- mensen met een lage sociaaleconomische status;
- getroffenen met een gebrek aan sociale steun.

Daarnaast hebben vluchtelingen en mensen die zijn blootgesteld aan oorlog of andere humanitaire rampen een verhoogde kans op psychische klachten, waaronder PTSS, angst, depressie, rouw, en somatische klachten (Blackmore e.a., 2020; Charlson e.a., 2019). Denk ook aan mensen die op andere manieren hulpbehoevend zijn (mensen met beperkingen, patiënten in ziekenhuizen, cliënten en bewoners van verpleeghuizen).

Religie kan van invloed zijn op de houding van een individu ten aanzien van een ramp of crisis en mogelijk op de daaropvolgende klachten. Het kan positief bijdragen (vertrouwen in een God) of negatief ("God wilde dit"). Onderdeel zijn van een hechte (geloofs)gemeenschap kan sociale cohesie en ondersteuning met zich meebrengen, maar ook angst voor roddel (zie ook Drogendijk, 2012).

Ga de behoeften en problemen van de geïdentificeerde kwetsbare groepen na. Houd rekening met het feit dat behoeften per individu kunnen verschillen. Er bestaan zowel verschillen in behoeften tussen groepen als binnen groepen. Kwetsbare groepen/individuen zijn echter vaak moeilijk te bereiken, bijvoorbeeld met vragenlijsten voor gezondheidsonderzoek. In dergelijke gevallen kan overwogen worden beter passende of alternatieve middelen of methoden in te zetten om hen toch te bereiken, bijvoorbeeld door het betrekken van huisartsen, scholen of religieuze instellingen, of het ophalen van informatie bij sleutelpersonen of middels sociale media. Na verloop van tijd, of in een andere rampfase, kunnen (nieuwe) kwetsbare groepen ontstaan of zich aandienen. Houd in gedachten dat een individu dat bij één of meerdere kwetsbare groepen hoort, niet bij voorbaat kwetsbaar is. Door getroffen en te benoemen als kwetsbare groep, kunnen zij gestigmatiseerd worden (Kuran e.a., 2020).

Op basis van de behoeften kan bepaald worden welke psychosociale ondersteuning voor deze groepen nodig en passend is. Betrek zo nodig specialisten bij specifieke risicogroepen om na te gaan of een specifieke aanpak nodig is.

Kinderen

Kinderen kunnen na ingrijpende gebeurtenissen kwetsbaar zijn omdat ze te maken hebben met emotionele en psychologische ontwikkelingsfasen, coping mechanismen die nog in ontwikkeling zijn, en sterk afhankelijk zijn van bescherming van hun ouders of verzorgers (Baggerly & Exum, 2007; De Young e.a., 2011). Als de ouder of verzorger onvoldoende veiligheid kan bieden doordat zijzelf ook betrokken waren bij de ingrijpende gebeurtenis kan dat een kind extra raken. Kinderen en jongeren zijn altijd onderdeel van een gezin of ander systeem en maken groei- en ontwikkelstadia door (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH), 2013). Houd bij kinderen oog voor de mogelijke gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis later in hun leven, in gedachte houdend dat maar een klein deel van deze kinderen chronische klachten ontwikkelt (Lia, 2017). Behalve bij het kind zelf kan binnen wettelijke kaders ook informatie over het kind bij de ouders verzameld worden (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH), 2013; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2005). Hoewel problemen bij leerlingen ook door hun leerkrachten vaak niet herkend worden, hebben leerkrachten wel een rol bij de signalering van problemen en klachten (Alisic, 2011). Trauma bij kinderen vraagt een specialistische aanpak.

Mensen met een migratieachtergrond en cultureel sensitief werken

Mensen met een migratieachtergrond zijn eveneens kwetsbaar (Drogendijk, 2012) en vinden soms minder snel toegang tot hulpverleners (Abu-Ras e.a., 2008). Houd bij ondersteuning en zorg aan deze groep rekening met cultureel specifieke voorkeuren, zoals bijvoorbeeld eetgewoonten. Tevens kunnen klachten, problemen, behoeften en rouw op een andere manier geuit worden. Communicatie dient altijd aan te sluiten op de taal en beleving van de ontvanger en dat is bij mensen met een migratieachtergrond niet anders. Het kan bovendien raadzaam zijn sleutelpersonen met een migratieachtergrond te betrekken in het plannen en uitvoeren van de hulp, onderstrepen ook Europese experts (Te Brake & Dücker, 2013).

Mensen met een migratieachtergrond hebben in eerste instantie voornamelijk behoefte aan praktische ondersteuning. Ze weten soms de weg naar ondersteuning en zorg minder goed te vinden. Hierbij kan cultuur een rol spelen: soms is het gesprek over mentale klachten moeilijk en is men niet gewend daarvoor hulp te zoeken. Soms kan een taalbarrière het zoeken en vinden van hulp bemoeilijken.

Culturele aanpassing kan de acceptatie en effectiviteit van psychosociale ondersteuning bevorderen. Eventuele barrières kunnen overbrugd worden door bijvoorbeeld culturele mediators en sleutelpersonen in te zetten. Echter, niet alle behoeften en problemen bij

migranten kunnen en moeten aan culturele verschillen toegeschreven worden.

3.4.3 Registratie

Om getroffen en te houden is het essentieel om hen waar mogelijk zo volledig mogelijk te registreren. Registratie kan helpen om een compleet beeld te krijgen van de risicofactoren die een rol spelen of de kwetsbare groepen in kaart te brengen. Registratie is van belang om het bereik van gezondheidsonderzoek te optimaliseren of na te gaan wie er betrokken moeten worden bij een Rapid Needs Assessment, het in kaart brengen van hulp- en ondersteuningsbehoeften en de behoefte aan opvolging.

In Nederland houden verschillende instanties zich bezig met registratie van direct en indirect getroffen bij rampen en crises. Bij flitsrampen zijn dit voornamelijk noodhulpdiensten, zoals ambulance, Rode Kruis Nederland, Slachtofferhulp Nederland, politie en ziekenhuizen. Bij (sluimerende) crises hebben deze partijen niet per definitie een rol. Dat maakt registratie een uitdaging. Een team bevolkingszorg van de gemeente zorgt ervoor dat registratie van getroffen in elke situatie wordt uitgevoerd (art 2. Besluit Veiligheidsregio's).

Naast de registratie via dergelijke instanties bestaat de mogelijkheid tot zelfregistratie. Getroffen kunnen in dat geval gebruik maken van sociale media om zich te registreren of van een ander aangewezen fysiek of online registratiepunt of -systeem, bijvoorbeeld bij een opvanglocatie, via een éénloketfunctie (zie paragraaf 3.6.3) of het slachtofferinformatiesysteem (SIS) en andere initiatieven zoals ikbenveilig.nl.

In de praktijk blijkt goede registratie een terugkerend probleem (Jacobs e.a., 2019; Stene e.a., 2022). Het is niet eenvoudig om alle getroffen geregistreerd te krijgen: soms zijn zij niet beschikbaar voor registratie, bijvoorbeeld doordat zij de ramplocatie al snel verlaten of, wanneer meldingen en klachten in eerste instantie niet in verband gebracht worden met een (sluimerende) ramp. Vaak worden verschillende registratiesystemen gebruikt die niet gemakkelijk te combineren zijn en spelen er restricties door de 'Algemene verordening gegevensbescherming' (AVG). Ook (spel)fouten in registratiesystemen kunnen koppeling bemoeilijken, waardoor gegevens onherleidbaar kunnen zijn.

Het is van belang om in de preparatiefase al een systeem beschikbaar te hebben om getroffen te kunnen bereiken voor psychosociale ondersteuning en zorg. Registratie is ook van belang om achteraf te kunnen bepalen wie recht heeft op een eventuele schadevergoeding. Een voorbeeld is het voorbereiden van een snel in te richten online Informatie- en Verwijscentrum (IVC) waar getroffen zich kunnen (laten) registreren en actuele informatie kunnen vinden. Het is essentieel om getroffen en partijen die verantwoordelijk zijn voor het opzetten van een registratiesysteem het belang van- en laagdrempelige mogelijkheden tot (zelf)registratie goed uit te leggen. Idealiter wordt in de preparatiefase al rekening gehouden met de AVG

beperkingen. Uniforme registratie en de mogelijkheid om verschillende registratiesystemen aan elkaar te koppelen zou registratie makkelijker maken. In Nederland waren er verregaande ontwikkelingen rondom het nationaal slachtofferregistratiesysteem (SVS) dat werkt met een uitleesbare streepjescode. Dit systeem is (nog) niet op nationaal niveau geïmplementeerd. In België wordt gewerkt aan een systeem waarbij gegevens van getroffen personen verzameld, aangevuld en gekoppeld kunnen worden via een digitaal uitleesbare polsband. Om direct en indirect getroffen personen toch te registreren is bij gebrek aan een uniform nationaal registratiesysteem, improvisatievermogen van hulpverleners nodig.

Bij een ramp waarbij veel cross-border victims betrokken zijn (bijvoorbeeld in een toeristisch gebied of op een internationaal vliegveld) is registratie extra van belang. Cross-border victims zijn getroffen personen die geen inwoners zijn van het land waar de ramp of crisis plaatsvindt. Zij kunnen door (taal)problemen met registratie en/of bij terugkeer naar hun land van herkomst uit het zicht raken. In Nederland is het bij incidenten met veel cross-border victims de verantwoordelijkheid van de regionale crisisorganisatie om ambassades te informeren en hen toegang te verlenen tot getroffen staatsburgers. Dit verloopt via het Nationaal Crisiscentrum (NCC) en het Ministerie van Buitenlandse Zaken. De algemeen commandant Bevolkingszorg kan een actiecentrum voor ambassades en consulaten (AMCO) inrichten, als dit voor de afstemming zinvol is (NIPV, 2022).

3.5. Zorg bij gezondheidsklachten

Een deel van de getroffen personen zal na een ingrijpende gebeurtenis (mentale) klachten ontwikkelen waarbij betrokkenheid van een zorgprofessional gewenst is. In het geval van individuen of groepen die weinig natuurlijke steunbronnen tot hun beschikking hebben, kunnen bij milde klachten laagdrempelige interventies ingezet worden. Dergelijke interventies worden vaak in samenwerking met zorgprofessionals of getrainde vrijwilligers, al dan niet uit de eigen gemeenschap, uitgevoerd (geïndiceerde preventie). Individuen die na een maand (nog) ernstige klachten hebben, kunnen via een huisarts doorverwezen worden naar specialistische hulp, maar eerder als daar aanleiding voor is. Er bestaan screeningstools die kunnen helpen bij het inschatten van de ernst van de klachten. De volgende paragrafen gaan over zorg bij gezondheidsklachten en de signalering daarvan.

AANBEVELINGEN

13. Betrek mensen in de (directe sociale) omgeving bij het signaleren van aanhoudende psychische klachten en/of ernstige klinische symptomen bij getroffen(e)n en bij wie diagnostiek en/of behandeling noodzakelijk is. Denk hierbij aan familie, sleutelpersonen, docenten, burens, werkgevers en sportcoaches, maar ook aan (getrainde) vrijwilligers of professionele zorgverleners.
14. Adviseer mensen met ernstige en aanhoudende gezondheidsklachten contact op te nemen met de huisarts of de bedrijfsarts. Deze professionals kunnen bepalen of behandeling wenselijk is en eventueel doorverwijzen. Maak zo veel mogelijk gebruik van het reguliere zorgsysteem. Mocht dat tijdelijk niet mogelijk zijn, zorg dan voor adequate vervanging.
15. Verricht bij getroffen(e)n die kampen met ernstige (mentale) gezondheidsklachten of bij reeds in de voorgeschiedenis aanwezige psychische stoornissen direct adequate diagnostiek en behandeling. Maak voor diagnostiek en behandeling gebruik van *evidence based* richtlijnen voor desbetreffende stoornissen en problematiek.

Mensen die zijn blootgesteld aan een ingrijpende gebeurtenis kunnen last krijgen van een veelheid aan psychische problemen, inclusief een posttraumatische stress stoornis (PTSS), depressie, angst, stress-gerelateerde gezondheidsklachten, middelengebruik en suïcidale neigingen (Lowell e.a., 2018; Safarpour e.a., 2022; Stene e.a., 2022; Stroebe e.a., 2022). 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, vermijding van gedachten, gevoelens of activiteiten die samenhangen met de gebeurtenis, afstomping van gevoelens, verhoogde prikkelbaarheid. In Nederland varieert de gevonden PTSS-prevalentie bij volwassenen gedurende het hele leven tussen de 4% en 7.4% (de Graaf e.a., 2008; de Vries & Olff, 2009). Bij het interpreteren van PTSS-prevalentie is het altijd belangrijk om mee te nemen of het gaat om prevalentie gedurende de gehele levensduur, jaarlijks of maandelijks (Knipscheer e.a., 2020). Ook is het percentage afhankelijk van het type gebeurtenis en de gebruikte onderzoeksmethoden; vragenlijsten laten bijvoorbeeld hogere percentages zien dan een klinisch interview (Engelhard e.a., 2007).

3.5.1 Signaleren

Het is essentieel om tijdig zicht te krijgen op problemen van getroffen personen. Vanuit een zorgperspectief is (gespecialiseerde) zorg aan de orde zodra klachten langer dan ongeveer vier

weken aanhouden of wanneer ze een direct probleem vormen voor het functioneren van de getroffene. Hoewel er verschillende manieren zijn om invulling te geven aan de (vroeg) signalering, zal dit in veel gevallen worden uitgevoerd door een professional of getrainde vrijwilliger.

Hulpverleners kunnen alert zijn op wie mogelijk therapeutische behandeling nodig heeft en ervoor zorgen dat deze behandeling wordt geboden (Gezondheidsraad, 2006). Dit past bij de klassieke 'psychologische triage' waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen:

- getroffenen zonder psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Voor deze groep is een steunende context en voorlichting over (normale) stressreacties en mogelijke klachten (psycho-informatie) vaak voldoende;
- getroffenen bij wie twijfel bestaat over de aanwezigheid van psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Ook deze groep moet voorgelicht worden over mogelijke stressreacties en klachten en de zorgverlener moet een vervolgspraak maken met de getroffene in verband met voortgaande observatie;
- getroffenen 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).

Deze vorm van triage wordt aanbevolen door het overgrote deel van de geraadpleegde Europese experts en Nederlandse professionals (Te Brake & Dückers, 2013). Een kanttekening is dat het tijdens of direct na een ramp altijd afwachten is of er professionals of getrainde vrijwilligers in de nabijheid van getroffenen zijn om acute problemen te signaleren of mensen door te geleiden naar zorg. Zeker in het begin is die kans klein en dat geldt ook in een later stadium, mocht de toegang tot getroffenen belemmerd blijken. Zoals eerder opgemerkt kunnen ook mensen in de omgeving van de getroffenen een rol spelen bij signalering.

Triage gaat over het scannen en signaleren van klachten. In de fase daarna moet men blijven letten op behoeften en problemen van getroffenen. Dat is dus breder dan alleen klachten die betrekking hebben op PTSS.

Hulpverleners wordt overeenkomstig het parabool model (zie paragraaf 2.3.4) aangeraden in de daaropvolgende periode te blijven monitoren, en een afwachtende houding aan te nemen ten aanzien van de beslissing om te interveniëren. Meestal wordt hier de term 'watchful waiting' (waakzaam volgen) voor gebruikt. In principe kan iedereen in de kringen om de getroffene heen bijdragen aan monitoring en een rol spelen bij het signaleren van problemen en (onvervulde) behoeften.

Bij 'watchful waiting' is het van belang een klimaat te realiseren waarbij ernstige gezondheidsklachten tijdig worden gesignaleerd. Indien nodig kunnen mensen met klachten (door de

huisarts) doorverwezen worden naar specialistische zorg. Vanuit het perspectief van psychosociaal crisismanagement wordt aangeraden een structuur op te zetten waarbinnen planvorming, organisatie, coördinatie en implementatie plaatsvindt, gericht op het beantwoorden van de emotionele en psychosociale behoeften van de getroffenen. In dat plan wordt onder andere opgenomen hoe registratie en monitoring plaatsvindt, wanneer mogelijk preventieve interventies ter voorkoming van gezondheidsklachten ingezet kunnen worden en hoe mensen met een hoog risico op ernstige klachten geïdentificeerd kunnen worden.

3.5.2 Screening

Om mogelijke gezondheidsklachten binnen een getroffenpopulatie te signaleren kan gebruik gemaakt worden van screening ofwel het identificeren van mensen met een hoog risico op ernstige klachten/het ontwikkelen van PTSS of acute stressstoornis. Screeninginstrumenten kunnen hiervoor worden ingezet.

Formele screening van de gehele getroffen gemeenschap wordt ontraden (Bisson e.a., 2010a). Wel wordt het aangeraden screening te overwegen voor individuen met hoog risico op PTSS na een ingrijpende gebeurtenis (laatste herziening Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020). Er is vergelijkend onderzoek gedaan naar screeningsinstrumenten voor acute stressstoornis en PTSS (Brewin, 2005). Er bestaat een gebrek aan bewijs voor de effectiviteit en sensitiviteit van screening (zie Bisson e.a., 2010b; Brewin e.a., 2010). Bij het inzetten van screening dient ook rekening te worden gehouden met organisatorische implicaties, bijvoorbeeld met betrekking tot de inzet van beperkt beschikbare middelen, die wellicht beter elders kunnen worden ingezet. Daarnaast vragen een aantal instrumenten (getrainde) begeleiding.

Screening kan alleen ingezet worden als onderdeel van een breder ondersteuningsaanbod. Wanneer niet doorverwezen kan worden naar adequate ondersteuning en zorg voor degenen die dat nodig hebben, heeft screening geen toegevoegde waarde. Geadviseerd wordt alleen gebruik te maken van gevalideerde screeningsinstrumenten die aangepast zijn aan de laatste versie van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), zoals bijvoorbeeld de PCL-5 (Boeschoten e.a., 2014). Daarnaast is het van belang dat een instrument past bij de situatie en de getroffenpopulatie. Een niet passend instrument kan leiden tot over- of onderwaardering van psychische klachten (zie ook Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020). Methoden die betrouwbaar zijn gebleken voor het inschatten van de mentale gezondheid van volwassenen zijn bijvoorbeeld niet per definitie toereikend voor kinderen. Het lijkt raadzaam om ouders, leraren en professionals in te zetten bij het signaleren van gezondheidsklachten bij kinderen (Lee & Bhang, 2018).

Vroege signalering is ook bij kinderen van belang omdat vroege interventies bij deze groep een positief effect laten zien op de prevalentie van psychopathologische problemen. Bij

vluchtelingen of mensen met een migratieachtergrond kunnen klachten op een andere manier tot uiting komen. Zij hebben mogelijk baat bij een cultuursensitief screeningsinstrument. Er zijn meerdere (zelf)screeners digitaal beschikbaar (zoals MIRROR en Global Psychotrauma Screen (GPS)). Digitale beschikbaarheid maakt de toegankelijkheid van (zelf)screeners makkelijker, evenals de disseminatie van de resultaten.

3.5.3 Laagdrempelige Interventies

Sommige laagdrempelige interventies kunnen bijdragen aan afname van symptomen die duiden op PTSS (Birch & Cox, 2019; Figueroa e.a., 2022; Pandya, 2013). Ook voor kinderen die een interventie via school aangeboden krijgen geldt dit (Aucott & Soni, 2016; Fu & Underwood, 2015).

Om de geestelijke gezondheidszorg laagdrempelig toegankelijk te maken voor een grotere groep mensen die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, worden potentieel schaalbare interventies onderzocht door de WHO (2020). Dergelijke interventies, ook wel 'lage intensiteitsinterventies' genoemd, zijn aangepaste versies van beproefde psychologische behandelingen, zoals traumagerichte cognitieve gedragstherapie, en interpersoonlijke therapie die in combinatie met zelfhulpmateriaal en zelfhulpbegeleiding worden aangeboden. Deze interventies zijn schaalbaar omdat ze kunnen worden gegeven door leken hulpverleners na training, onder supervisie van GGZ-professionals of specialisten. Interventies uitgevoerd door leden van de gemeenschap zelf kunnen leiden tot minder stigma en efficiënte inzet van hoog-opgeleide hulpverleners (Barnett e.a., 2018). Er is evidentie voor de werking van dergelijke interventies (bijvoorbeeld Problem Management Plus en Self Help Plus) in specifieke situaties met specifieke groepen, afhankelijk van het moment waarop de interventie is uitgevoerd (De Graaff e.a., 2023; Purgato e.a., 2021). Bij inzet is het daarom van belang na te gaan of ze voldoen aan minimale kwaliteitscriteria (zie kader 2.5) en rekening te houden met beschikbare middelen en de behoeften van getroffen, zodat de keuze voor een interventie in ieder geval weloverwogen en te verantwoorden is.

Er is enig bewijs voor de werking van interventies op scholen om de mentale gezondheid van kinderen na een ingrijpende gebeurtenis te bevorderen. Vaak zijn dit soort interventies onderdeel van een breder programma waarin ook ondersteuning voor ouders, psycho-informatie en sport en spel zijn ingebed (Zakszeski e.a., 2017).

Curatieve zorg

Getroffenen kunnen van nuldelijnszorg hun weg vinden naar de poortwachters van de gezondheidszorg en vervolgens, indien nodig, naar meer specifieke of specialistische geestelijke gezondheidszorg (Nuijen e.a., 2012). Huisarts en bedrijfsarts fungeren beide als poortwachters. De positie van de huisarts heeft een aantal belangrijke voordelen. De landelijke 'netwerkdeking' is maximaal doordat iedere burger in principe beschikt over een huisarts. Huisartsen

kennen hun patiënt en diens voorgeschiedenis en kunnen daarom naar de meest passende (specialistische) zorg doorverwijzen. 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 (zie ook paragraaf 3.3.1). Kanttekening is dat mogelijke ramp-gerelateerde 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 de mogelijke effecten daarvan. De bedrijfsarts biedt een extra signaleringsmogelijkheid voor medewerkers van organisaties. Ook hier is extra informatie mogelijk gewenst. Bij mensen met klachten zou Stepped Collaborative Care (getrapte collaboratieve zorg) ingezet kunnen. Deze behandelstrategie is gebaseerd op het aanbieden van verschillende evidence-based behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) of motiverende gespreksvoering, onderdelen van casemanagement (sociaal werk) en psychofarmacotherapie voor diegenen die hiervoor geïndiceerd zijn. Een korte collaborative care interventie kan leiden tot reductie van PTSS symptomen (Zatzick e.a., 2013).

Voor depressie, angststoornissen en voor specifieke trauma-gerelateerde stressstoornissen, zoals PTSS, zijn effectieve behandelingen beschikbaar. De meeste evidentie is er voor cognitieve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Vooral kortdurende traumagerichte CGT (4-6 sessies) is effectief in de eerste weken tot drie maanden na trauma-blootstelling bij getroffen met een acute stressstoornis of PTSS. Ook EMDR en cognitieve therapie (CT) kunnen in een verkorte versie worden aangeboden (Bisson e.a., 2021; Roberts e.a., 2019b). Onderzoek naar de werking van psychofarmaca is in ontwikkeling en dus sterk aan verandering onderhevig. In geval eerstelijnsbehandeling niet mogelijk of niet gewenst is, kunnen specifieke psychofarmaca overwogen worden (Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020).

Voor traumagerichte CGT en EMDR geldt dat ze ook bij kinderen in het algemeen de kans op PTSS lijken te verminderen (Bisson e.a., 2021; Brown e.a., 2017; Pfefferbaum e.a., 2014), net als narratieve exposure-therapie (Brown e.a., 2017). Maar er is weinig bekend over verschillen tussen leeftijdsgroepen en de effecten bij specifieke typen rampen.

Voor de diagnostiek en behandeling van depressie, angststoornissen (en PTSS), en ALK (sinds 2021 de benaming voor SOLK) zijn evidence-based richtlijnen en Nederlandse standaarden ontwikkeld (kader 3.5 bevat voorbeelden). Naleving daarvan in de context van de gebeurtenissen waarop de onderhavige richtlijn zich richt wordt aanbevolen.

Mindfulness-technieken, meditatie en yoga worden genoemd als waardevolle interventies in aanvulling op de behandeling van trauma-gerelateerde psychiatrische aandoeningen met medicatie en/of psychotherapie (Bisson & Olff, 2021; Bisson e.a., 2020). Er zijn positieve effecten gevonden van het aanbieden van paraatheidstrainingen en psycho-informatie in een

virtuele leeromgeving (Boydston e.a., 2021) of gebruik van virtual reality voor exposuretherapie (Botella e.a., 2015). Er bestaan nog andere veelbelovende interventies, bijvoorbeeld een eenmalige interventie, waarbij gebruik wordt gemaakt van het computerspel Tetris. Deze interventie kan indringende gedachten en herinneringen voorkomen die sommige mensen ontwikkelen na een ingrijpende gebeurtenis (Iyadurai e.a., 2018; Kanstrup e.a., 2021).

Tabel 3.5 Overzicht met relevante evidence based standaarden*

Relevante NHG-standaarden

- M10 Problematisch alcoholgebruik
- M23 Slaapproblemen en slaapmiddelen
- M44 Depressie
- M62 Angststoornissen
- M102 Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)

Relevante GGZ-standaarden

- Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen
- Depressie
- Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)
(Update oktober 2021: De term Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) zal in de komende jaren worden vervangen door de term Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK).
- Angststoornissen en angstklachten

* De standaarden worden geregeld herzien.

Raadpleeg altijd de meest geactualiseerde versie.

3.6. Collectieve psychosociale ondersteuning en zorg

Collectieve psychosociale ondersteuning en zorg gaat over interventies die ingezet kunnen worden voor groepen getroffen en mogelijk voor een gehele bevolking. Voorbeelden van collectieve interventies zijn: risico- en crisiscommunicatie, voorlichting, gezondheidsonderzoek, éénloketfuncties, zelforganisaties, lotgenotencontact, herdenkingen en monumenten

AANBEVELINGEN

16. Geef bij een ingrijpende gebeurtenis voorlichting. Stem de voorlichting af op de behoeften, het begrip, de taal en de beleving van de ontvanger(s). Neem in de voorlichting in ieder geval onderstaande punten op:
 - een (geruststellende) uitleg over mogelijke stressreacties;
 - dat het oppakken van een dagelijkse routine aangeraden wordt (en hoe je dit kunt doen);
 - wat getroffen zelf kunnen doen en wanneer ze hulp moeten zoeken (voor zichzelf en/of voor anderen);
 - een korte uitleg van het zorgsysteem, zodat getroffen weten wat ze moeten doen bij gezondheidsproblemen en welke zorg zij (gratis) kunnen krijgen;
 - wanneer registratie relevant is: waar getroffen zich kunnen (laten) registreren en waarom dat belangrijk is.
17. Geef bij gebeurtenissen met grote(re) aantallen getroffen extra aandacht aan passende en gecoördineerde inzet van psychosociale ondersteuning en zorg, conform de aanbevelingen in deze richtlijn. Doe dit in samenwerking met hulpverleners, overheden, deskundigen, onderzoekers en getroffen.
18. Gebruik risico- en crisiscommunicatie om adequaat te informeren over de gebeurtenis, onzekerheden te minimaliseren en geruchten tegen te gaan. Sociale media en traditionele media moeten onderdeel zijn van een geïntegreerde communicatiestrategie, die afgestemd is op de doelgroep en de crisisfase.
19. Plan de psychosociale ondersteuning en zorg 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 bijvoorbeeld worden besloten tot (het faciliteren van) éénloketfuncties (informatie- en dienstverleningscentra in fysieke of digitale vorm), lotgenotencontact (zelforganisaties, ontmoetingspunten), herdenkingen en monumenten.
20. Waak ervoor dat het individu niet vermijdbaar lijdt onder de hulp aan het collectief.

3.6.1 Coördinatie van interventies bij collectieve psychosociale ondersteuning en zorg

Psychosociale ondersteuning na rampen en crises in Nederland heeft zich de afgelopen jaren ontwikkeld naar een multidisciplinaire aanpak. Veel verschillende partijen zijn betrokken bij het bieden van collectieve psychosociale ondersteuning en zorg. De coördinatie en samenwerking tussen deze partijen is een blijvend aandachtspunt (Jacobs e.a., 2019). Dit geldt in het bijzonder voor overheden en publieke diensten, die formeel belast zijn met coördinatietaken.

Wanneer de betrokken partijen met elkaar samenwerken en hun diensten in samenhang aanbieden, komt dat het collectieve psychosociale ondersteuning en zorg ten goede. Het oprichten van een multidisciplinaire programmagroep ('multi-agency planning group') wordt aanbevolen. Iedere regio zou moeten beschikken over een oproepbare multidisciplinaire programmagroep over psychosociale ondersteuning en zorg. Vanuit de GGD kan bijvoorbeeld het kernteam psychosociale hulpverlening regionaal aangesteld worden. Het kernteam bestaat uit leidinggevende vertegenwoordigers van een aantal uitvoerende organisaties en neemt besluiten op strategisch en tactisch niveau en coördineert bij grootschalige situaties. Een multidisciplinaire programmagroep bevat in ieder geval experts op het gebied van psychosociale ondersteuning en zorg, gespecialiseerd in traumatische stress. Daarnaast draagt deze groep verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de ondersteuning en zorg. De belangen van getroffen en niet getroffen mensen moeten door deze groep worden vertegenwoordigd (Bisson e.a., 2010a). Daarnaast wordt een gecoördineerde planning en samenwerking op langere termijn aanbevolen. Daarbij is het raadzaam ook getroffen en niet getroffen mensen te betrekken. Hierbij gaat het om een 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).

Bij een ramp kan extra zorgcapaciteit nodig zijn om alle getroffen en niet getroffen mensen die dat nodig hebben te ondersteunen. Afhankelijk van de benodigde hulp kunnen tijdelijke ramp-gerelateerde teams of instellingen worden opgericht. Dit heeft niet zozeer te maken met de aard van de klachten die getroffen en niet getroffen mensen mogelijk ontwikkelen, maar wel met de omvang van de gebeurtenis. Deze teams of organisaties worden beëindigd zodra dat mogelijk is gezien de omvang en aard van de hulpbehoefte (Gezondheidsraad, 2006).

Veel van de interventies beschreven in internationale richtlijnen en literatuur worden al ingezet als onderdeel van het bestaande aanbod van collectieve psychosociale ondersteuning en zorg. Omdat rampen en crises relatief zeldzaam zijn, is betrekkelijk weinig expertise en praktijkervaring beschikbaar. Deskundigen die ervaring hebben met eerdere gebeurtenissen zouden daarom betrokken moeten worden bij de planning van de collectieve psychosociale ondersteuning en zorg, geeft de werkgroep aan. In Nederland kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen van experts werkzaam bij verschillende organisaties die bij elkaar worden geroepen

binnen het Crisis Expert Team (CET) Psychosociale hulpverlening en Gezondheidsonderzoek (Staatscourant, 2022).

Om psychosociale ondersteuning en zorg te kunnen bieden is een zo compleet mogelijk overzicht van de getroffen en niet getroffen mensen en hun contactgegevens belangrijk en hiervoor is adequate registratie onmisbaar (zie paragraaf 3.4.3).

Welke interventies passend zijn, is afhankelijk van de situatie en behoeften van getroffen en niet getroffen mensen. Daarom moeten de behoeften en verwachtingen bij hen voortdurend geverifieerd worden, aangezien deze kunnen veranderen over de tijd. Weeg weloverwogen af wat de groep (niet) nodig heeft en waak ervoor dat het individu hier niet onder leidt.

Evaluaties van verschillende rampen laten zien dat een extern geïnitieerd en georganiseerd hulpaanbod vaak 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; Dückers, 2012). Het is belangrijk om waar mogelijk aan te sluiten en voort te bouwen op de aanwezige capaciteit in de omgeving van getroffen en niet getroffen mensen. Externe partijen kunnen ruimte geven en faciliteren (dienen) of juist ruimte inperken en ontmoedigen (dirigeren); een variant op weloverwogen interveniëren of afwachten (Dücker, 2021) passend bij het paraboolmodel.

3.6.2 Risico- en crisiscommunicatie

Het verstrekken van toegankelijke informatie aan getroffen en niet getroffen mensen na een ingrijpende gebeurtenis is essentieel. Bij voorlichting moet rekening worden gehouden met het begrip, de taal en beleving van de ontvanger, ongeacht wie de communicerende partij is, stelt de werkgroep. Europese experts en Nederlandse professionals vinden dat informatie ten minste moet bestaan uit (Te Brake & Dücker, 2013):

- (a) geruststellende uitleg over mogelijke reacties;
- (b) aanraden, voor zover mogelijk, de dagelijkse routine op te pakken;
- (c) aangeven wat men zelf kan doen en wanneer hulp te zoeken.

Risico- en crisiscommunicatie vormen een wezenlijk onderdeel van de crisisbeheersing. Overheden in het bijzonder dienen tijdig betrouwbare informatie te verschaffen over de gebeurtenis en eventuele risico's waar mensen aan zijn blootgesteld (Commissie Bevolkingszorg op orde, 2014). Dit wordt onderschreven in studies over psychosociale hulp bij chemische, biologische en nucleaire gebeurtenissen (Gouweloos e.a., 2014; Lemyre e.a., 2005; Rubin e.a., 2012).

Risico- en crisiscommunicatie heeft drie doelstellingen: informatievoorziening, schadebeperking en betekenisgeving.

Informatievoorziening betekent dat getroffen en informatie dienen te krijgen over de situatie, het verloop van de gebeurtenis en welke maatregelen er zijn genomen (Siepel & Regtvoort, 2009).

Bij de schadebeperking gaat het over communicatie tussen overheid en burgers dat kan bijdragen aan beperking of voorkoming van schade omdat getroffen en gewaarschuwd kunnen worden voor dreigende en gevaarlijke situaties (Bradley e.a., 2014; Regtvoort & Siepel, 2009) of handelingsperspectief krijgen. Een voorbeeld is de tramaanslag in Utrecht op 18 maart 2019. De politie deelde snel informatie via Twitter, waardoor burgers gewaarschuwd werden voor de dreiging (Inspectie Justitie en Veiligheid, 2021).

Sociale media kunnen ingezet worden voor het delen en ophalen van informatie met betrekking tot schadebeperking, bijvoorbeeld door burgers te waarschuwen over risico's en actuele informatie over de gebeurtenis, schadebeperking en informatie over gezondheid en hulp (Amiresmaili e.a., 2021; Brynielsson e.a., 2018; Freeman e.a., 2019; Muniz-Rodriguez e.a., 2020). Ook kunnen geruchten worden ontkracht via sociale media (Eckert e.a., 2018). Informatie kan opgehaald worden om te bepalen waar getroffen en zich bevinden of hoe groot een getroffen gebied is (Amiresmaili e.a., 2021; Freeman e.a., 2019; Iqbal e.a., 2021; Muniz-Rodriguez e.a., 2020).

De derde basisdoelstelling is betekenisgeving. Communicatie tussen overheid en burgers kan betekenisgeving bevorderen door de gebeurtenis in een breder perspectief te plaatsen (Siepel & Regtvoort, 2009). Daarnaast kan informatie opgehaald worden via sociale media over behoeften en het sentiment onder de bevolking en getroffen en (Brynielsson e.a., 2018; Freeman e.a., 2019; Karmegam e.a., 2020; Muniz-Rodriguez e.a., 2020). Sociale media kunnen in verschillende fasen van een ramp of crisis ingezet worden voor het delen van informatie, interactie met burgers, het faciliteren van lotgenotencontact en lokale hulp. Daarnaast kunnen geruchten, reacties en zorgen van burgers worden gemonitord (Van Duin e.a., 2016; World Health Organization, 2017).

Informatie dient te allen tijde eerlijk (ook als zaken onbekend of negatief zijn), geloofwaardig en toegankelijk te zijn. Informatie moet duidelijkheid geven over waarom maatregelen wel of niet genomen worden en handvatten bieden aan burgers en hulpverleners over hoe (niet) te handelen. Het is belangrijk dat informatie onzekerheid wegneemt en bijdraagt aan het verminderen van geruchten en maatschappelijke onrust, stelt de werkgroep.

Het bieden van informatie en voorlichting na een ingrijpende gebeurtenis kan om meerdere redenen van meerwaarde zijn voor getroffen en. Informatie en voorlichting zijn onderdelen van Psychological First Aid (PFA) en zouden de vijf principes van Hobfoll (2007) moeten volgen: het bevorderen van een gevoel van veiligheid, kalmte, verbondenheid, zelfredzaamheid en hoop (Brymer e.a., 2006; Sim & Wang, 2021). Het kan waardevol zijn om psycho-informatie

in te zetten na een ingrijpende gebeurtenis omdat:

- het gewaardeerd wordt door ontvangers;
- het een positieve bijdrage kan leveren aan de houding en kennis over mentale gezondheid;
- het ervoor zorgt dat getroffen en de gebeurtenis beter begrijpen;
- het bewustzijn kan verhogen over coping strategieën (Brooks e.a., 2021; Capurso e.a., 2022);
- psycho-informatie materiaal kan anoniem bekeken worden;
- de informatie kan op een later moment nogmaals bekeken worden wanneer mensen daar behoefte aan hebben;
- psycho-informatie materiaal kan in verschillende vormen verspreid worden bijvoorbeeld via sociale media en online, maar ook via traditionele media (Houston e.a., 2018).

Sociale media zijn niet weg te denken uit de huidige maatschappij en kunnen worden ingezet tijdens incidenten, rampen en crises door verschillende partijen zoals overheid en politie. In 2021 was 68,8% van de Nederlandse bevolking actief op sociale media-netwerken (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022), maar niet elke doelgroep is hiermee te bereiken. Crisiscommunicatie via sociale media zou daarom complementair moeten zijn aan de traditionele communicatiemiddelen en niet ter vervanging (Artman e.a., 2011; Eckert e.a., 2018; Veil e.a., 2011). Langdurige effecten van blootstelling aan (sociale) mediaberichten over rampen en grof geweld op het mentale welzijn zijn niet bewezen. Kortdurende negatieve effecten komen wel terug in de literatuur (Hopwood & Schutte, 2017; Houston e.a., 2018). Het inzetten van sociale media kent ook aandachtspunten, zoals het waarborgen van privacy en veiligheid van getroffen en (beeldmateriaal kan nog jarenlang blijven circuleren op het internet met mogelijke negatieve gevolgen voor (familie van) getroffen en en andere betrokkenen) (EU Centre of Expertise for Victims of Terrorism, 2021), het niet bereiken van sommige (kwetsbare) doelgroepen (Eckert e.a., 2018), weinig ervaring en kennis bij overheden of organisaties rondom de inzet van sociale media (Van Duin e.a., 2016; Eckert e.a., 2018; Miller e.a., 2017) en het gegeven dat informatie en beeldmateriaal bewerkt of nep kan zijn (EU Centre of Expertise for Victims of Terrorism, 2021). Dit maakt het belangrijk om zorgvuldig na te denken over passende communicatiestrategie en -kanalen, afhankelijk van het type ramp of crisis (Van Duin e.a., 2016).

3.6.3 Eénloketfunctie

Het inrichten van een éénloketfunctie ('one-stop shop') wordt aanbevolen: een centrale plek waar getroffen en een scala aan potentieel noodzakelijke diensten kunnen vinden (Bisson e.a., 2010a).

Getroffen en kunnen te maken krijgen met meerdere klachten en problemen die veelal met elkaar samenhangen. Bijvoorbeeld huisvestingsproblemen, problemen met werk, financiële problemen, problemen in de privésfeer en gezondheidsklachten. Daarom moet de hulpverlening geïntegreerd georganiseerd worden. Een éénloketfunctie kan een middel zijn om de vragen, problemen en behoeften van mensen te monitoren en het aanbod van hulpverlenende

instanties toegankelijker te maken. Eénloketfuncties moeten zo snel mogelijk (bij voorkeur binnen een week na de gebeurtenis) ingesteld worden en het informatie- en dienstenaanbod moet aangepast worden naarmate de tijd verstrijkt, adviseert de werkgroep.

Eénloketfuncties kunnen worden vormgegeven als een fysiek Informatie- en Adviescentrum (IAC), zoals na de vuurwerkramp in Enschede en de cafébrand in Volendam (voor informatie over het opzetten hiervan zie Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2004). Het kan ook digitaal in de vorm van een Informatie- en Verwijscentrum (IVC) zoals na de aanslag op Koninginnedag 2009, bij de vliegtuigramp in Tripoli in 2010 (Netten e.a., 2013) en de ramp met vlucht MH17 (van Herpen e.a., 2022). Zowel de fysieke als de digitale vorm verschaffen niet alleen informatie-, advies- en verwijsmogelijkheden, maar kunnen ook voorzien in een plek voor getroffen en om elkaar te ontmoeten en ervaringen uit te wisselen. Na de ramp met vlucht MH17 werd hier om verschillende redenen beperkt gebruik van gemaakt (van Herpen e.a., 2022). Ook kan een IAC de effecten van desillusie verminderen, denk hierbij aan afnemende sociale steun en bureaucratische procedures (Yzermans & Gersons, 2002). Een IAC is tijdelijk. Het is moeilijk in te schatten hoe de behoefte aan informatie en advies van getroffen zich zal ontwikkelen. Daarom moet dit op vooraf afgesproken momenten geëvalueerd worden.

3.6.4 Lotgenotencontact

Wetenschappelijke kennis op het gebied van lotgenotencontact is beperkt beschikbaar. Het is bekend dat sociale steun een beschermende factor is tegen het ontwikkelen van PTSS na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Dit wordt door de recente literatuur bevestigd. Echter spelen altijd meerdere factoren een rol bij de relatie tussen sociale steun en PTSS (Alipour & Ahmadi, 2020; Zalta e.a., 2021). Steun van gelijkgestemden (peer support) binnen een groep of één op één kan mogelijk positieve uitkomsten hebben op het psychosociaal welzijn, maar klinische evidentie blijft uit (Lyons e.a., 2021; Smit e.a., 2022; White e.a., 2020) (White e.a., 2020; Lyons e.a., 2021; Smid e.a. 2022).

Sociale steun na rampen, zoals een terroristische aanslag, is een complex concept. Onzekere communicatie en een niet op elkaar afgestemd begrip van tijd en emotionele overbelasting kan leiden tot barrières tussen de getroffen en hun netwerk (Dyregrov e.a., 2018). De relatie tussen sociale steun en PTSS lijkt sterker in bepaalde gevallen, bijvoorbeeld wanneer sociale steun geboden wordt na een ingrijpende gebeurtenis in vergelijking tot voor een gebeurtenis (Zalta e.a., 2021).

3.6.5 Zelforganisaties

Getroffenen kunnen zich organiseren in zelforganisaties. Dit heeft als voordeel dat getroffen via deze zelforganisaties de belangen namens een grotere groep kunnen vertegenwoordigen en aanspreekpunt zijn voor overheden. 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).

3.6.6 Herdenken en monumenten

Herdenken kan invloed hebben op de emoties van getroffenen. Op basis van onderzoek zijn drie factoren te onderscheiden die samenhangen met de emotionele consequenties van herdenken: 1) faciliterende mechanismen (expressie, betekenisgeving, herkenning, steun en persoonlijke herinneringen), 2) individuele kenmerken (eerdere ervaringen en demografie) en 3) contextuele factoren (rituelen, politieke- en culturele context). Betekenisgeving, (publieke) herkenning en sociale steun door herdenkingen zijn belangrijke factoren die kunnen bijdragen aan het herstel na een ingrijpende gebeurtenis. Het omgekeerde effect kan ontstaan wanneer bepaalde groepen uitgesloten worden van een herdenking. Herdenkingen hebben culturele, sociale en/of politieke betekenissen en functies. De mate waarin een individu zich hiermee verbonden voelt heeft invloed op hoe de herdenking ervaren wordt (Mitima-Verloop e.a., 2020). Meer onderzoek naar de effecten van herdenken is nodig.

Herdenkingen en monumenten zijn terugkerende elementen na rampen en crises; het zijn vormen van symboliek en rituelen waarmee een getroffen gemeenschap verliezen markeert. Dat kan een lokale aangelegenheid zijn, maar ook een nationale (zie de toolkit: Holsappel, 2012). Groepen ontwikkelen soms eigen rituelen bij 'spontane' monumenten. Deze rituelen voeden een collectief gevoel van solidariteit en verbondenheid. Vaak wordt in een volgende fase gekeken naar de langere termijn: jaardagen en een vast ritueel bij een monument op een passende locatie (Demant e.a., 2020).

Het is belangrijk om rekening te houden met mogelijke positieve én negatieve uitwerkingen als gevolg van herdenken op individueel- en groepsniveau. Om herdenken betekenisvol te laten zijn moet alles wat samenhangt met de fysieke uitvoering samenhangen met de situatie waarbinnen het ritueel plaatsvindt (context) en de uitwerking van het ritueel of wat het teweeg brengt (Demant e.a., 2020).

Rituelen zijn onderdeel van herdenken, de kracht ligt in herkenbaarheid. Rituelen moeten de mogelijkheid bieden om persoonlijke verbinding aan te gaan, emotie te uiten en een gevoel van verbondenheid te ervaren (Demant e.a., 2020). We verwijzen naar het Rituelenonderzoek 'Constant en in beweging' voor een veelomvattend overzicht en aanbevelingen op het gebied van herdenkingen (Demant e.a., 2020). Daarnaast biedt de Toolkit Herdenken praktische informatie en hulpmiddelen om een herdenking te organiseren.

3.7. Psychosociale ondersteuning en zorg op de werkvloer

Mensen kunnen tijdens het werk geconfronteerd worden met ingrijpende gebeurtenissen. Zeker bij hoog risicoberoepen waar de kans op het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis groter is – zoals hulpdiensten (waaronder hulpverleners van psychosociale ondersteuning en zorg en getrainde vrijwilligers), zorgverleners, openbaar vervoer en legeronderdelen – biedt de organisatie opvang en ondersteuning aan 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 werkgever moet begeleiding bieden wanneer een ingrijpende gebeurtenis plaatsvindt tijdens het werk of anderszins valt onder de verantwoordelijkheid van de organisatie. Deze begeleiding wordt uitgevoerd door een hulpverlener of getrainde vrijwilliger. Daarnaast draagt de opvang door collega's (peer support) bij aan een steunende context. Getrainde collega's kunnen praktische en emotionele ondersteuning bieden en het gebruik van de eigen sociale steunbronnen bevorderen binnen hoog risicoberoepen en hulpverleners (Te Brake & Dückers, 2013).

AANBEVELINGEN

21. Bied medewerkers en cliënten begeleiding (door een hulpverlener of getrainde vrijwilliger voor psychosociale ondersteuning en zorg) wanneer een gebeurtenis plaatsvindt tijdens het werk of anderszins valt onder de verantwoordelijkheid van de organisatie.
22. Ga in de rol van werkgever voor de psychosociale ondersteuning en zorg aan eigen medewerkers uit van de principes beschreven in deze richtlijn (denk aan peer support).
23. Ga in de rol van verantwoordelijke voor de psychosociale ondersteuning en zorg aan cliënten uit van de principes beschreven in deze richtlijn.

Los van organisaties van hoog risicoberoepen, heeft elke organisatie de verantwoordelijkheid om zorg te verlenen aan cliënten in geval van een crisis of incident. Voorbeelden van 'cliënten' zijn hier: leerlingen, patiënten van een ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum, gedetineerden en reizigers. Bij de psychosociale ondersteuning en zorg aan cliënten dient te worden uitgegaan van de principes zoals beschreven in deze richtlijn.

Voor een uitgebreide wetenschappelijke onderbouwing, overige overwegingen en aanbevelingen over psychosociale ondersteuning en zorg op de werkvloer verwijzen wij naar de volgende richtlijnen:

- 'Multidisciplinaire Beleidsrichtlijn voor psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionals'
- 'Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerd'

3.8. Maatschappelijke onrust en sluimerende crises

Professionals en autoriteiten kunnen te maken krijgen met situaties waarin (nog) geen sprake hoeft te zijn van concrete of zichtbare menselijke verliezen, maar waarin wel zorgen bestaan over veiligheids- of gezondheidsrisico's onder een gemeenschap of de samenleving: maatschappelijke onrust en sluimerende crises. De werkgroep vindt het van belang hier ook aanbevelingen voor te formuleren.

AANBEVELINGEN

24. Ga indien sprake is/likt van maatschappelijke onrust, binnen de betreffende groep, gemeenschap of bredere samenleving na waar de collectieve bezorgdheid of het ongenoegen uit bestaat, neem passende maatregelen en houd vinger aan de pols, waar mogelijk in samenspraak met de mensen waar de onrust speelt:
 - achterhaal hoe de onrust zich uit in emoties, gedachten en gedrag;
 - stel de risicobron en oorzaak/aanleiding zo precies mogelijk vast;
 - bepaal vervolgens welke vorm van communicatie (over risico's, de aanpak door autoriteiten en gedragsadvies) en eventuele aanvullende maatregelen van belang zijn met het oog op de publieke veiligheid en gezondheid;
 - als risico's serieus genoeg zijn, overweeg een onafhankelijke en voortdurende monitor en betrek betrokkenen uit de samenleving.
25. Onderzoek tijdig en onafhankelijk signalen van (en over) potentiële gedupeerden om (te) late onderkenning van een dreiging voor deze mensen, in de aanloop van een sluimerende crisis, te voorkomen. Dit kan o.a. worden gedaan door medewerkers van overheden en instanties met een beleids- toezichts- of uitvoeringstaak. Neem hierin de perspectieven van mensen die door de (dreigende) situatie worden geraakt mee. Werk in de combinatie met een sluimerende crisis interdisciplinair samen en houd continu oog voor problemen en behoeften van (potentiële) gedupeerden.

3.8.1 Maatschappelijke onrust

Ondanks dat er meerdere publicaties zijn gewijd aan het begrijpen en aanpakken van maatschappelijke onrust (Johannink & Gorissen, 2013; van Wonderen, 2021; Van Wonderen & Postmes, 2022), valt op dat maatschappelijke onrust niet duidelijk wordt gedefinieerd. Het is ook geen onderwerp dat uitgebreid terug te vinden is in internationale literatuur. Uit Nederlandse publicaties kan worden afgeleid dat het een bron is van zorg en aandacht, maar wat het is, zeker in relatie tot psychosociaal crisismanagement, wordt overgelaten aan de interpretatie van betrokkenen in praktijk, beleid en wetenschap. In de context van deze richtlijn geeft de term maatschappelijke onrust uiting aan de indruk dat er in een gemeenschap of bredere samenleving (dus bij meerdere individuen) zorgen bestaan over veiligheids- of gezondheidsrisico's voor mensen. Dit kan spelen bij een concrete ramp of acute crisis, maar ook in een situatie van dreiging zonder (waarneembare) schade, denk aan chemische of industriële uitstoot, een rondwarend virus of een sluimerende crisis (hierover later meer). Het kan ook gaan om groeiende onvrede over de aanpak van een probleem door de autoriteiten. In het eerste geval, een acute crisissituatie met getroffen en, zijn de principes en aanbevelingen voor psychosociale ondersteuning en zorg zoals beschreven in deze richtlijn van toepassing. In het tweede geval, een meer latente of sluimerende dreiging, kunnen ze eveneens aan de orde zijn, maar beperkt de opgave zich in eerste instantie tot het begrijpen van de bron en aanleiding van de onrust, evenals de mate waarin deze van invloed is op gedachten, emoties en gedrag van meerdere mensen en hun onderlinge dynamiek.

Dit onderscheid in gedachten, emoties en gedrag is relevant, omdat het met name de laatste is waar, vanuit het perspectief van openbare orde en veiligheid of vanuit een publieke gezondheidslens, maatregelen nodig kunnen zijn. Het onderscheid in gedrag enerzijds en emoties en gedachten anderzijds is terug te zien in de volgende omschrijving van maatschappelijke onrust door het ministerie van Justitie en Veiligheid: '(zichtbare) collectieve gedragingen in situaties die voortkomen uit maatschappelijk ongenoegen. Maatschappelijk ongenoegen is een gevoel van angst, onzekerheid, onvrede, of miskenning ten gevolge van ongrijpbare fenomenen, zoals onder andere globalisering, klimaatverandering, migratie en ongelijkheid. Het komt voort uit een gevoel van pessimisme.' (Nationaal Coördinator Terrorisbestrijding en Veiligheid, 2023). In dit geval worden er bredere voorbeelden van risicobronnen van de onrust genoemd. In de praktijk kunnen die bronnen verder variëren en samenhangen met specifieke situaties in de sociale en fysieke leefomgeving.

Binnen deze richtlijn is een uitgangspunt dat de collectieve bezorgdheid of het ongenoegen rondom gepercipieerde risico's een kernelement is van maatschappelijke onrust. Deze collectieve bezorgdheid of dit ongenoegen kan tot uiting komen in emoties, gedachten en gedrag. De risicobron zelf kan door menselijk handelen of nalatigheid zijn gecreëerd, wat van invloed kan zijn op de aard van de onrust. Experts geven aan dat de onrust kan worden geïnterpreteerd als 'een normale collectieve reactie op een abnormale gebeurtenis'. Het kan gaan om on-

zekerheid en angst, gebrek aan vertrouwen, woede, 'stoom afblazen', of zelfs 'een toestand die mogelijk alleen bestaat in de beleving van bestuurders of beleidsmedewerkers'. De werkgroep vindt het van belang om in geval van al dan niet vermeende onrust, vast te stellen of er daadwerkelijk emoties en gedachten leven rond een risicobron, waaruit deze bestaan en of dit zich uit in meer of minder risicovol gedrag. Vervolgens kan worden vastgesteld of risicocommunicatie of andere maatregelen nodig zijn. Het vaststellen of er sprake is van onrust en waar deze mee samenhangt kan via gericht contact met degenen waar de zorg zich op richt, of met een vertegenwoordiger. Hoe denkt men over een situatie, wat voor gevoelens heeft men erbij, uit men dit in ander gedrag dan voorheen? Ook kan gebruik worden gemaakt van (sociale) media-analyse. Veiligheidsautoriteiten hebben hier al ervaring mee.

Mocht gedrag worden vertoond in de vorm van rellen of onlusten, dan worden ook de andere aanbevelingen uit de richtlijn mogelijk relevant. Immers, onderzoek laat zien dat mentale gezondheidsproblemen bij rellen en polarisatie vergelijkbaar zijn met andere rampen en crises (Ni e.a., 2020).

Het serieus nemen van maatschappelijke onrust en het in gesprek blijven met (potentiële) getroffen en zal naar verwachting ook bijdragen aan erkenning. Getroffen en verwachten dat crisisautoriteiten eerlijk communiceren, problemen serieus nemen en hen betrekken bij vraagstukken waarover zij zich zorgen maken, zeker als maatregelen hen raken (Dückers, 2022; Jong & Dücker, 2019).

In het licht van het voorgaande beveelt de werkgroep de gebruikersdoelgroep van deze richtlijn het volgende aan:

- Indien sprake is/likt van maatschappelijke onrust, ga binnen de betreffende groep, gemeenschap of bredere samenleving na waar de collectieve bezorgdheid of het ongenoegen uit bestaat, neem passende maatregelen en houd vinger aan de pols, waar mogelijk in samenspraak met de mensen waar de onrust speelt:
 - achterhaal hoe de onrust zich uit in emoties, gedachten en gedrag;
 - stel de risicobron en oorzaak/aanleiding zo precies mogelijk vast;
 - bepaal vervolgens welke vorm van communicatie (over risico's, de aanpak van autoriteiten en gedragsadvies) en eventuele aanvullende maatregelen van belang zijn met het oog op de publieke veiligheid en gezondheid;
 - als risico's serieus genoeg zijn, overweeg een onafhankelijke en voortdurende monitor en betrek betrokkenen uit de samenleving.

3.8.2 Sluimerende crisis

Waar het bij een acute ramp om een zichtbare eenmalige blootstelling gaat, is er bij een sluimerende crisis sprake van een herhaalde of doorlopende blootstelling aan minder zichtbare maar niettemin potentieel ingrijpende gebeurtenissen. Toch kunnen uiteindelijk de gevolgen

voor getroffen en in beide gevallen vergelijkbaar zijn. Zowel bij een sluimerende crisis als in de nafase van een ramp kunnen getroffen en te maken krijgen met stapeling van problemen door voortdurende blootstelling, schade en verlies, procedurele last en gebrek aan erkenning, hoop en perspectief, met als verschil dat er bij een sluimerende crisis vaak onvoldoende momentum/noodzaak is om benodigde capaciteit vrij te maken (Dückers, 2022).

De onderscheidende elementen van de blootstelling bij sluimerende crises zijn ingewikkeld om te bepalen, net zoals de omvang, risico's, behoeften en problemen van de (potentiële) groep gedupeerden en de ontwikkeling daarvan. Er kan, net als bij een flitsramp, sprake zijn van (toenemende) maatschappelijke onrust. Wat een sluimerende crisis onderscheidt van de flitsramp, zeker in de aanloop, is dat de dreiging minder evident is en (te) laat wordt onderkend, soms zelfs genegeerd, gebagatelliseerd, ontkend of afgeschermd door concurrerende en conflicterende belangen (zie ook de parlementaire onderzoeken naar de toeslagenaffaire en de gaswinningsproblematiek). Bovendien is zowel het begin als het einde van de tijdslijn diffuus. In kader 3.6 zijn dergelijke uitdagingen samengevat.

De direct waarneembare menselijke verliezen (doden, gewonden), schade en vernietiging van de flitsramp ontbreken bij sluimerende crises. Ook de gebruikelijke piek en graduele daling over de tijd van mentale en fysieke gezondheidsproblemen en zorggebruik is daarmee evenmin aan de orde. Niettemin kunnen de gevolgen voor het welzijn, de gezondheid en de veiligheid voor gedupeerde burgers ingrijpend zijn, naarmate 'het verlies aan bronnen' (hoofdstuk 2) toeneemt. Sluimerende crises gaan aantoonbaar gepaard met verlies van controle, gebrek aan vertrouwen, boosheid, toekomstzorgen, onrecht, risicoperceptie en (ervaren) veiligheid, conflict en aantasting van de leefbaarheid, zo blijkt uit verschillende onderzoeken onder gedupeerden van de gaswinningsproblematiek in Groningen (T. Postmes e.a., 2017; Stroebe e.a., 2022). Het risico bestaat dat psychische en lichamelijke klachten, terug te voeren op acute stress, zich ontwikkelen tot chronische stress en mogelijk zelfs aandoeningen (zie ook T. Postmes e.a., 2017).

Daarnaast kan de situatie ontstaan dat de gevolgen van maatregelen om problemen op te lossen niet onderdoen voor de impact van de initiële dreiging. In het geval van de gaswinningsproblematiek is vastgesteld dat er 'systeemslachtoffers' ontstaan; getroffen en die verstrikt raken in ondoorzichtige procedures of goedbedoelde maar zeer langlopende en complexe schadevergoedingsregelingen en versterkingsprogramma's (zie ook McKenzie e.a., 2022; Stroebe e.a., 2022). Als mensen niet de juiste ondersteuning en hulp vinden, kan dit problemen verergeren. In Groningen weten gedupeerde burgers niet vanzelfsprekend de weg te vinden in het aanbod van regelingen en instanties (Stroebe e.a., 2022). Het complexe systeem blijkt bovendien schadelijk voor het vertrouwen van gedupeerden in overheden en instanties om problemen aan te pakken (Bovenhoff e.a., 2021). Daarnaast werkt onvrede over de wijze waarop andere crisisdossiers worden opgepakt door in dit vertrouwen in de regio waar de

problemen aan de orde zijn (Dückers, 2022). Met andere woorden: ook de dynamiek van een sluimerende crisis bevindt zich niet in een vacuüm, maar is onderdeel van een maatschappelijke context die van invloed is op de impact en de oplossingsmogelijkheden van organisaties en professionals.

Om te anticiperen op de uitdagingen van sluimerende crises en optimaal ondersteuning en zorg te bieden voor getroffen en kunnen de zes uitgangspunten van psychosociale ondersteuning en zorg (zie paragraaf 2.3.6) integraal vorm gegeven worden binnen de (tijdelijke) projectorganisatie die zal worden ingericht, al dan niet ingebed in meer formele crisisbesluitvormingsstructuren die zijn ontworpen met het oog op flitsrampen. Ondanks dat de kennisbasis over sluimerende crises in ontwikkeling is, gaat de werkgroep er vooralsnog van uit dat de principes en aanbevelingen in deze richtlijn ook van toepassing zijn op sluimerende crises, al zal de toepassing op maatwerk neerkomen. De werkgroep beveelt aan om dit maatwerk, inclusief de beeld- en oordeelsvorming en besluitvorming zoveel mogelijk in te vullen in dialoog met relevante betrokkenen vanuit beleid, praktijk (waaronder getroffen en) en wetenschap. De werkgroep realiseert zich dat een ambigu urgentiebesef en de andere uitdagingen inherent aan sluimerende crises (zoals samengevat in kader 3.6) in dit verband een obstakel vormen.

Om ervoor te zorgen dat een dreiging voor (potentiële) gedupeerden tijdig onderkend wordt, dienen signalen van (en over) deze mensen tijdig en onafhankelijk te worden onderzocht. Het gaat hierbij om signalen van bijvoorbeeld medewerkers van overheden en instanties met een beleids- toezichts- of uitvoeringstaak. Perspectieven van de mensen die door de (dreigende) situatie worden geraakt, dienen hierin te worden meegenomen. Het is bij een sluimerende crisis van belang om interdisciplinair samen te werken en continu oog te houden voor problemen en behoeften van (potentiële) gedupeerden.

Kader 3.6 Uitdagingen van een sluimerende crisis

1. Een sluimerende crisis wordt vaak (te) laat onderkend als crisis. Vroege signalen worden gemist, genegeerd of zijn op dat moment nog onvoldoende duidelijk om een beeld te vormen van de ernst en omvang. Zodra meerdere partijen betrokken zijn, lokaal en landelijk, vanuit meerdere sectoren en met meerdere rollen (beleid, toezicht, uitvoering) en verantwoordelijkheden niet eenduidig zijn belegd, is onduidelijk wie aan zet is. De werkgroep benadrukt dat onderkenning (zelfs ontkenning) een factor is die problemen kan opleveren, laat voortbestaan, toenemen en zelfs verergeren doordat het vertrouwen in overheden en instanties beschadigd raakt.
2. Als de sluimerende crisis uiteindelijk wel is onderkend als crisis, zal niet worden gewerkt via de formele crisisstructuur zoals deze regionaal en landelijk is ontworpen voor acute rampen en crises. Bij een sluimerende crisis moet worden bepaald welke partijen een rol vervullen en een passende structuur worden ingericht, met een coördinerende rol voor een aanspreekbare verantwoordelijke partij.
3. Een sluimerende crisis is in de regel in hoge mate complex en ongrijpbaar. Het is diffuus welke organisaties een rol hebben, hoe groot de problematiek is, om hoeveel en welke soorten getroffen en wat dit vraagt aan mensen, middelen en tijd. Kortom: hoe de benodigde projectorganisatie eruit moet zien, zal met het verstrijken van de tijd duidelijk worden. Het ligt daarbij voor de hand dat er nieuwe problemen zullen ontwikkelen en sprake zal zijn van maatschappelijke onrust. De zich ontwikkelende projectorganisatie zal flexibel moeten zijn om zich aan te kunnen passen aan veranderende omstandigheden en risico's, behoeften en problemen van getroffen en.
4. De afbakening van een sluimerende crisis in de tijd is zowel ingewikkeld aan het begin als aan het einde. Net als bij de nasleep van een flitsramp kunnen problemen (denk aan gebrek aan erkenning, gezondheidsproblemen, compensatie en schadevergoeding) op een later moment opnieuw opleven.

3.9. Preparatie en implementatie

Voor het optimaal uit kunnen voeren van psychosociaal crisismanagement is een goede voorbereiding van belang. Wat is daarvoor nodig? En waar moet je aan denken? Een goede preparatie helpt bij het implementeren van plannen en protocollen en uiteindelijk bij het goed implementeren van interventies. Een overzicht van aspecten om mee te nemen in de preparatie is te vinden in kader 3.7.

AANBEVELING

26. Met betrekking tot implementatie:
 - Vertaal deze richtlijn naar een protocol, handelingsperspectief of specifieke richtlijn voor elke discipline en/of deeltaak waarop hij van toepassing is;
 - Zorg dat deze richtlijn een integraal onderdeel wordt van de voorbereiding op rampen en crises, inclusief planvorming, opleiding, training en oefening;
 - Investeer in de motivatie, capaciteit en gelegenheid van betrokken partijen/disciplines op verschillende niveaus om deze richtlijn na te leven, o.a. door er binnen de werkzaamheden ruimte voor te creëren en knelpunten weg te nemen;
 - Maak de mate van voorbereiding en naleving van de richtlijn (periodiek) inzichtelijk/controleerbaar per discipline of betrokken partij, maar ook gezamenlijk.

Experts bevelen aan dat iedere regio beschikt over richtlijnen voor psychosociale ondersteuning en zorg, geïntegreerd in de bredere planvorming rondom rampen en crises, en regelmatig geactualiseerd (Bisson e.a., 2010a). Deze richtlijn is daarvan een concrete uitwerking. Uit een vergelijkend onderzoek naar internationale richtlijnen over psychosociale ondersteuning en zorg blijkt deze richtlijn goed te scoren op zowel methodologische als inhoudelijke kwaliteit (Te Brake e.a., 2022). Toch bestaat er in Nederland (net als in Europa) een kloof tussen enerzijds het aantal experts en professionals dat psychosociale ondersteuningsprincipes 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 richtlijn implementatie.

De implementatie van deze richtlijn, al dan niet in het kader van de preparatie, behoort 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 (zie paragraaf 3.10 over evaluatie), 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).

3.9.1 Vertaal deze richtlijn naar specifieke plannen en protocollen

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. Ook is het aan te bevelen de inhoud van deze richtlijn verder te vertalen naar (deel)taken waar dit wenselijk wordt geacht. Voorbeelden daarvan zijn de Richtlijn psychosociale opvang geüniformeerden (Impact 2010) en de **GGD Toolkit PSH** en het Crisisplan Publieke Gezondheid voor de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) over de specifieke werkzaamheden van de GGD. Daarnaast kent bevolkingszorg van de gemeente eigen plannen, evenals de huisartsen (Harop), het onderwijs (**Als een ramp de school treft**, Spee & Cornelissen, 2019) en ziekenhuizen (Zirop).

3.9.2 Integratie in algemene crisisbestrijdingsplannen

Daarnaast dient deze richtlijn (of de op maat gemaakte plannen en protocollen) een plek te krijgen in de planvorming voor de acute fase en de nafase van algemene crisisbestrijding, zowel op lokaal, regionaal als nationaal niveau (Dückers e.a., 2022). Een manier om te achterhalen of plannen en protocollen passen binnen de brede crisisbeheersingsplannen is om ze in praktijk te brengen tijdens oefeningen en een crisissituatie. In Nederland is de richtlijn bijvoorbeeld gebruikt na de MH17 vliegramp bij de planvorming, implementatie en evaluatie van de psychosociale ondersteuning en zorg, en om de collectieve psychosociale ondersteuning vorm te geven tijdens de COVID-19 pandemie (Dückers e.a., 2021a; van Herpen e.a., 2022).

3.9.3 Multidisciplinaire overlegvormen installeren

Het installeren en beschikbaar maken van mono- en multidisciplinaire overlegvormen zoals hiervoor is genoemd, is een belangrijk onderdeel van de preparatie en implementatie. Hierin ontmoet de wetenschap, praktijk en beleid elkaar in de koude, acute en nafase, om samen invulling te geven aan wat er nodig is tijdens een crisis. In Nederland hebben we daar voorbeelden van: het Programmacollege PSH en GOR is een samenwerkingsstructuur waarin landelijke partijen met een rol in de psychosociale ondersteuning en zorg en gezondheids-onderzoek na rampen op structurele basis bij elkaar komen. Ook komen afgevaardigden van elke GGD een aantal keer per jaar samen in de vakgroep PSH. Een structuur om experts tijdens een crisis of ramp snel bij elkaar te brengen voor advies, is het Crisis Expert Team (CET) Psychosociale hulpverlening en Gezondheidsonderzoek (Staatscourant, 2022).

3.9.4 Training

De individuele voorbereiding is van belang om te zorgen dat hulpverleners zijn uitgerust voor 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 (Regionaal Overleg Acute Zorgketen, 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 erop neer dat partijen zich gezamenlijk voorbereiden en de mate van voorbereiding regelmatig controleren. Betrek ook burgers bij de planning en implementatie van psychosociale zorg en ondersteuning (Dickson & Bangpan, 2018).

Het in de praktijk brengen van de inhoud van een richtlijn is een op zichzelf staand 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, 2010; Wensing & Grol, 2017). 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).

- **Motivatie** gaat over weten wat wordt verwacht en daarachter 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.

3.9.5 Verantwoordelijkheid van hulpverlener en werkgever

Het is van belang dat partijen die tot de gebruikersdoelgroep behoren, investeren in de bovenstaande factoren om de naleving van de richtlijn te bevorderen. Hulpverleners zijn, vanuit hun professionele rol, verplicht hun motivatie, capaciteit en gelegenheid te optimaliseren. Voor zover benodigde randvoorwaarden zich binnen de invloedssfeer van een organisatie bevinden, is die organisatie verantwoordelijk voor het bevorderen hiervan. 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 psychosociale ondersteuning en zorg aan getroffen, en moeten zich voorbereiden op de overkoepelende coördinatietaken die hen wacht bij rampen en crises. Overheden kunnen knelpunten in processen wegnemen en de gezamenlijke voorbereiding, uitvoering en evaluatie bevorderen.

PREPARATIE BESTAAT VOLGENS EXPERTS UIT HET VOLGENDE:

Wat is er minimaal nodig voor preparatie?

- Actuele kennis over psychosociale ondersteuning
- Stabiele financiering
- Een multidisciplinair psychosociale ondersteuning preparatieteam (expertise)
- Beschikbare hulpverlening voor psychosociale ondersteuning en zorg, op korte en lange termijn
- Toegang tot voldoende hulpverleners en mogelijk vrijwilligers
- Structurele training, intervisie voor hulpverleners en vrijwilligers
- Samenwerking met betrokken partijen
- Een plan voor het installeren van informatie en adviescentra en hulp- en ondersteuningsmogelijkheden voor getroffen
- Coördinatie voor preparatiefase
- Plannen en protocollen

Wat moet er minimaal gedaan worden in de preparatiefase?

- Vertaal deze richtlijn naar specifieke plannen en protocollen
- Integreer de plannen en protocollen in de brede planvorming van algemene crisisbestrijding
- Check de preparatie periodiek
- Investeer in de benodigde middelen (financiering, mensen, etc.) en motivatie van mensen
- Investeer in bewustwording voor een goede naleving van de plannen, bijvoorbeeld door het belang ervan uit te dragen en obstakels weg te nemen
- Opzetten van ondersteuningssysteem voor hulpverleners en vrijwilligers
- Ontwikkel een communicatiestrategie, waaronder (media) outreach om getroffen te informeren
- Betrek alle partijen bij de preparatie, waaronder burgers en eerder getroffen

(gebaseerd op Dückers e.a., 2022; Juen e.a., 2016)

3.10 Evaluatie en onderzoek

Evaluaties zijn nodig om psychosociale ondersteuning te kunnen verbeteren. Hiermee kan geleerd worden van gebeurtenissen en de hulp die (niet) is geboden. Evalueren is één van de uitgangspunten binnen de visie op optimale psychosociale ondersteuning van deze richtlijn

AANBEVELING WERKGROEP

27. Benut iedere gebeurtenis als een potentieel leermoment voor het verlenen van psychosociale ondersteuning en zorg.
28. Maak de geleverde psychosociale ondersteuning en zorg transparant en evalueer vanuit het perspectief van de ontvanger en de verlener van de hulp, met het doel de kwaliteit te verbeteren.
29. Ga na in hoeverre de psychosociale ondersteuning en zorg beantwoordt aan de doelen van deze richtlijn en voldoet aan kwaliteits- en evaluatiecriteria.
30. Evalueer en ontwikkel benaderingen, werkwijzen en instrumenten die de kwaliteit van de psychosociale ondersteuning en zorg kunnen verbeteren.
31. Wissel evaluatie- en onderzoeksmethoden en meetinstrumenten uit en ontwikkel ze door.
32. Voer evaluatie en onderzoek uit in samenwerking met hulpverleners, overheden, onderzoekers en getroffen. Leer gezamenlijk van de bevindingen.
33. Overweeg om een handreiking evalueren te ontwikkelen om evaluatieonderzoek op te zetten en uit te voeren, in samenwerking met wetenschap, beleid en praktijk.

3.10.1 Evaluatieonderzoek

Evaluatie is een vast element van diverse kwaliteitsmodellen, zoals Plan-Do-Study-Act (PDSA; Berwick, 2002; Langley e.a., 1996; Taylor e.a., 2013) en het European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model (Nabitz e.a., 2000). Enig bewijs is beschikbaar voor de positieve effecten van het werken volgens dergelijke modellen op zorguitkomsten (Minkman e.a., 2007; Nabitz e.a., 2006; Taylor e.a., 2013).

Onderzoek laat zien dat het terugkoppelen van informatie over de eigen dienstverlening een positief effect heeft op de kwaliteit (Ivers e.a., 2012). Er zijn geen actuele benaderingen,

werkwijzen of instrumenten beschikbaar om de uitkomst van psychosociale hulp (bij getroffen en betrokkenen) te toetsen. Wel is een kader ontwikkeld om de kwaliteit van psychosociale hulp te meten op basis van verschillende domeinen (Dückers e.a., 2018).

Evaluatieonderzoek is belangrijk om erachter komen welke ondersteuning wel of niet werkt om welke redenen (Dückers, 2021). Daarnaast is evaluatieonderzoek nodig om lessen ter verbetering van psychosociale ondersteuning in de toekomst te formuleren (Dückers, 2021; Dücker e.a., 2018; Reifels e.a., 2013). Door middel van evaluatieonderzoek kan op individueel niveau worden gecontroleerd of de geleverde hulp aansluit op de behoefte en verwachtingen van getroffen, maar ook op de verwachtingen van de hulpverlener. Op collectief niveau zijn ook metingen mogelijk. Elke gebeurtenis biedt aanknopingspunten voor verbetering en dient zoveel mogelijk benut te worden. In het belang van de betrokken hulpverleners en overheden, collega's elders, en toekomstige getroffen dienen de uitkomsten van evaluatieonderzoek transparant en bespreekbaar te zijn.

Ondanks de ontwikkeling van psychosociale ondersteuning na rampen in Nederland ontbreekt een systematische evaluatie van de effecten van de geboden ondersteuning (Jacobs e.a., 2019). Dit geldt niet alleen voor Nederland, ook internationaal is evaluatieonderzoek naar psychosociale ondersteuning en zorg schaars. Daarnaast verschillen studies op diverse gebieden (zoals doelstellingen, uitkomsten, interventies en methodologische betrouwbaarheid), richten ze zich met name op psychopathologie, en worden contextuele factoren onvoldoende meegenomen (Dückers, 2021; Massazza e.a., 2022). Enkele voorbeelden van evaluatiestudies van psychosociale ondersteuning en zorg na rampen zijn beschikbaar met een verschillende focus en/of aanpak (Bosmans e.a., 2022b; Stene e.a., 2022; van Herpen e.a., 2022).

Het model om gezondheidszorg te evalueren van Donabedian (1988) biedt vaste aandachtspunten om rekening mee te houden bij het evalueren van psychosociale ondersteuning en zorg. Op basis van dit model kan informatie verzameld worden op drie categorieën: structuur, proces en uitkomsten. Informatie op deze drie domeinen en de samenhang ertussen geeft inzicht in de kwaliteit van de geboden ondersteuning. De drie categorieën geven inzicht in of de mate van kwaliteit slecht, redelijk of goed is (Donabedian, 1988; Dücker, 2021; Dücker e.a., 2018; van Herpen e.a., 2022).

Structuur

Structuur verwijst naar de contextuele factoren voor het bieden van psychosociale ondersteuning en zorg. Denk hierbij ook aan middelen als geld en materiaal, inzetbaar en gekwalificeerd personeel en organisatiestructuren (Donabedian, 1988). Al tijdens de opzet van een programma moet rekening worden gehouden met de categorie structuur. Onder structuur valt ook een uitgewerkt plan van aanpak, waarin de taken en rollen helder omschreven zijn. Ook

zou vooraf bepaald moeten worden wanneer (tussentijdse) evaluaties plaatsvinden om te controleren of de aanpak optimaal is.

Proces

Proces betreft alle activiteiten die uitgevoerd worden in het kader van psychosociale ondersteuning en zorg. Hierbij gaat het ook om de interactie tussen de aanbieder en ontvanger (Donabedian, 1988). Bij proces kan gedacht worden aan het regelmatig doorlopen van de PDSA-cyclus om tussentijds bij te kunnen sturen wanneer de geboden ondersteuning en zorg niet aan blijkt te sluiten bij de behoeften van getroffen. Hiervoor kan *Rapid Needs Assessment* ingezet worden, waar een leidraad voor beschikbaar is (Dückers e.a., 2021b).

Uitkomsten

Uitkomsten gaan over de effecten van psychosociale ondersteuning en zorg op het welzijn en de gezondheid van getroffen. Hieronder valt ook de tevredenheid van de getroffen met de geboden ondersteuning en zorg (Donabedian, 1988)). De tevredenheid vanuit het perspectief van getroffen kan gemeten worden op basis van de evaluatiecriteria van Holsappel e.a. (2013) beschreven in paragraaf 2.3.5. Ook kunnen de kwaliteitscriteria uit paragraaf 2.3.2 hiervoor benut worden (Berwick, 2002; Donabedian, 1988; Eccles e.a., 2009).

Theoretisch kader

Een theoretisch kader is beschikbaar dat gebruikt kan worden om de kwaliteit van psychosociale ondersteuning en zorg te operationaliseren en meten (Dückers e.a., 2018). Het kader bestaat uit vier onderdelen: 1) planning- en uitvoeringssysteem; 2) maatregelen en interventies die zijn ingezet (van PFA tot behandeling), 3) psychosociale principes van Hobfoll (2007) en 4) algemene kwaliteitscriteria. Samenhang tussen deze vier domeinen kan inzicht geven in proces, structuur en uitkomsten van psychosociale ondersteuning en zorg. Verschillende algemene kwaliteitscriteria zijn te onderscheiden, deze zijn ook opgenomen in paragraaf 2.3.2 (Berwick, 2002; Donabedian, 1988; Dücker e.a., 2018; Eccles e.a., 2009): behoeftegericht, effectief, efficiënt, veilig, tijdig en gelijk.

De gebruikersdoelgroep van deze richtlijn is gebonden aan wet- en regelgeving met bepalingen over de kwaliteit van zorg. Daarnaast bestaan in organisaties vaak gecertificeerde kwaliteitsystemen. Deze factoren maken dat de gebruikersdoelgroep een plicht heeft om de psychosociale ondersteuning en zorg die zij bieden te evalueren. Een handreiking evalueren kan praktische handvatten bieden om evaluatieonderzoek op te zetten en uit te voeren.

3.10.2 Instrumenten

Enkele kwaliteitsmeetinstrumenten zijn ontwikkeld (zoals Holsappel e.a., 2013). Observaties, gesprekken of vragenlijsten kunnen verduidelijken in hoeverre de psychosociale ondersteuning en zorg aansluit bij de behoeften van getroffen, hun tevredenheid en perceptie van de

kwaliteit over de ondersteuning die zij hebben ontvangen (Holsappel e.a., 2013). Zie paragraaf 2.3.5 voor acht evaluatiecriteria vanuit het perspectief van getroffen en.

Het instrumentarium om te evalueren is sinds 2014 nauwelijks aangevuld. Samenwerking tussen beleid, praktijk en wetenschap is van belang om de expertise en kennis van alle domeinen te benutten en een gedegen evaluatie uit te voeren (Généreux e.a., 2019; Te Brake e.a., 2022). 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. Het kwaliteitsmodel kan geschikt zijn, overeenkomstig met de vier stappen uit de gangbare Plan-Do-Study-Act (PDSA) methode. PDSA is oorspronkelijk bedoeld als een instrument om veranderingen te evalueren in een dynamische, complexe omgeving (Taylor 2013). Het is waardevol om een handreiking evalueren te ontwikkelen, welke praktische handvatten kan bieden om evaluatieonderzoek op te zetten en uit te voeren.

Psychosociale ondersteuning en zorg per gebruikersdoelgroep en fase

Hoofdstuk 4. Psychosociale ondersteuning en zorg 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 optimaal psychosociaal crisismanagement geschetst die centraal staat in deze richtlijn.

In het vorige hoofdstuk zijn de aanbevelingen beschreven. In dit hoofdstuk wordt de inhoud vertaald naar procesbomen die iedere gebruikersdoelgroep van de richtlijn een format bieden voor de hulpverlening.

4.1. De procesbomen voor de gebruikersdoelgroepen

Hieronder volgt een toelichting op de structuur en invulling van de procesbomen.

4.1.1 Drie gebruikersdoelgroepen, drie procesbomen

Psychosociale ondersteuning en zorg is aan de orde bij rampen, crises of gebeurtenissen zoals omschreven in hoofdstuk 2. Voor de drie gebruikersdoelgroepen van deze richtlijn is een procesboom opgesteld:

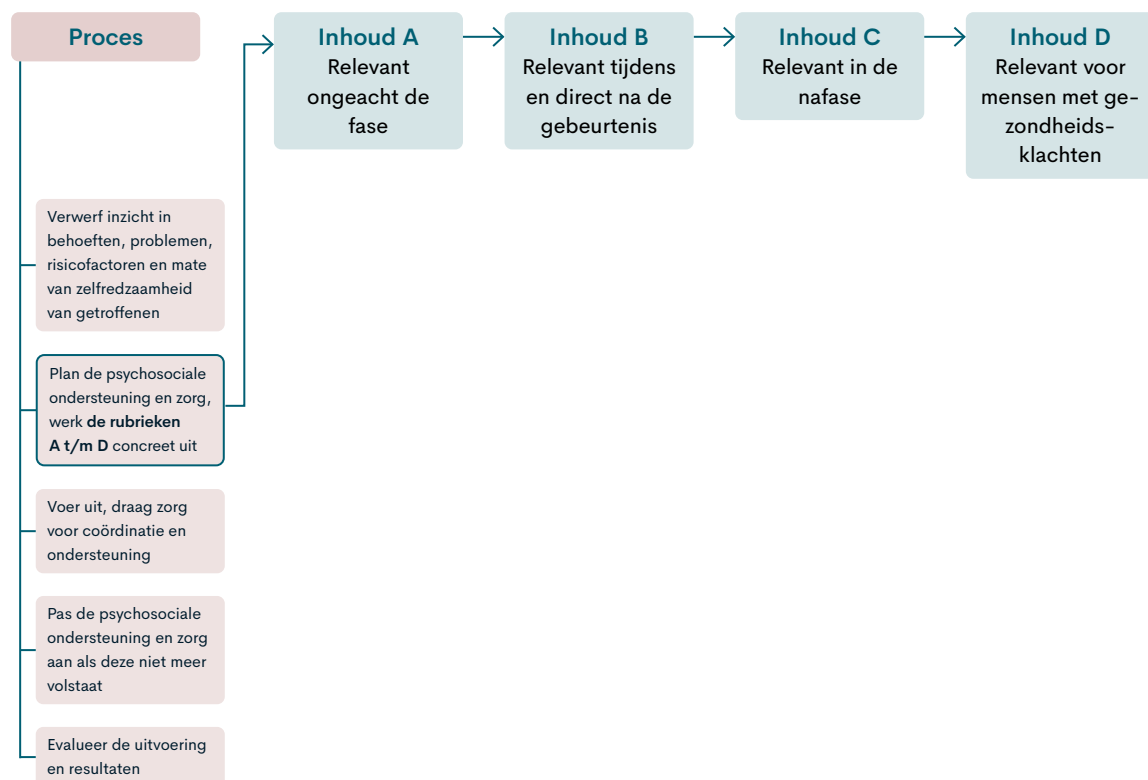
- overheden en publieke diensten met een verantwoordelijkheid voor het collectief (collectieve psychosociale ondersteuning en zorg, paragraaf 4.2);
- hulpverleners die zich richten op het individu (individuele psychosociale ondersteuning en zorg, paragraaf 4.3);
- organisaties met een verantwoordelijkheid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

Wanneer bij collectieve- en de organisatiegeoriënteerde psychosociale ondersteuning en zorg ook sprake is van ondersteuning aan individuen, kunnen deze procesbomen gecombineerd worden met de procesboom voor de individuele psychosociale ondersteuning en zorg.

4.1.2 Onderdelen van de procesbomen

In iedere procesboom zijn aanbevelingen uit hoofdstuk 3 uitgewerkt per gebruikersdoelgroep. Iedere procesboom is opgebouwd uit vergelijkbare onderdelen (zie figuur 4.1). Het betreft een procesbeschrijving met vier rubrieken (A t/m D). 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 en risicofactoren van getroffen. De inhoud van paragraaf 2.2 biedt een beeld van wat men kan verwachten. Daarna kan de concrete invulling van relevante psychosociale ondersteuning en zorgthema'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 geboden ondersteuning en zorg voldoet aan gangbare kwaliteits- en evaluatiecriteria (paragraaf 2.3.2 en 2.3.5). Het signaleren van knelpunten en de controle van criteria zijn vormen van evaluatie. In hoeverre wordt voldaan aan de verwachtingen rondom interventies, condities en uitkomsten? 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 gepercipieerde 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 (paragraaf 2.3.5).

Indien de omstandigheden dit toelaten doen overheden en hulpverleners er goed aan om op groepsniveau te verifiëren of het hulpaanbod aansluit bij de door hun ingeschatte behoeften en verwachtingen van getroffen. Op die manier kan men achterhalen of de gekozen vorm van ondersteuning aansluit bij verwachtingen of voorkeuren van individuele getroffen. 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-fase-gebonden behoeften van getroffen.

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 getroffen weten wat er precies is gebeurd, wat de oorzaken zijn en wat er nog gaat gebeuren. In kader 4.1 staan voorbeelden van vragen die mogelijk aan de orde zijn.

Kader 4.1 Voorbeelden van vragen na een ingrijpende gebeurtenis

Onderstaande vragen kunnen aan de orde zijn na een ingrijpende gebeurtenis:

- 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?
- 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. Hier is persoonlijk contact tussen brenger en ontvanger erg belangrijk. Bij kinderen kunnen ouders of verzorgers ontvangers zijn van het bericht, die het vervolgens op een (leeftijd) passende manier vertellen aan het kind. Het brengen van goed en slecht nieuws, de confrontatie met overledenen, de overdracht van bezittingen; het zijn emotionele aangelegenheden waarbij in de praktijk familierechercheurs, medewerkers van Slachtofferhulp Nederland of aanzeggings van Defensie betrokken zijn.

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

In de tweede plaats gaat rubriek A om de tot uiting gebrachte erkenning dat getroffen 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 getroffen en hulpverlener. Het uiten van deelneming en het luisteren naar het verhaal van de getroffen 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 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 psychosociale ondersteuning en zorg is op zichzelf een uiting van betrokkenheid namens het bestuur en de samenleving. De organisatiegeoriënteerde psychosociale ondersteuning en zorg is dat namens een organisatie, en de individuele psychosociale ondersteuning en zorg is dat namens een hulpverlener. In alle gevallen is het van belang dat realistische verwachtingen worden gewekt en beloften worden nagekomen, anders kan dit teleurstelling of desillusie bij betrokkenen veroorzaken of versterken.

B. Relevant tijdens en direct na de gebeurtenis

Rubriek B is gewijd aan de zogenoemde basishulp (zie kader 2.4) 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 medisch verzorgd kunnen worden. Mensen die niet (ernstig) gewond zijn kunnen naar een veilige opvanglocatie worden gebracht, voor zover zij de gevarenzone niet zelf kunnen verlaten. Als ze na een poging tot overreden weigeren naar een opvanglocatie te gaan, 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 getroffen een bedreiging vormt voor zichzelf of anderen (conflict, psychische decompensatie). Met name zal in deze fase behoefte zijn aan basishulp en praktische ondersteuning. De getroffen willen mogelijk contact opnemen met dierbaren of anderen, hebben misschien vervoer nodig om naar huis te gaan of naar een andere (tijdelijke) verblijfplaats. Als de omstandigheden het toelaten kan de hulpverlener getroffen voorzien van eten, drinken, bescherming tegen de elementen en medicatie, of daarin bemiddelen. Is de leefomgeving echt verwoest, dan zullen er voor de getroffen 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 getroffen 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 ontworpen infrastructuur. Praktische hulp bij huishouden en administratie kan aan de orde zijn als getroffen 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 getroffen – 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 éénloketfunctie te realiseren zoals een fysiek Informatie- en Adviescentrum (IAC) of een digitaal Informatie- en Verwijscentrum (IVC). Indien de geografische spreiding van getroffen beperkt is, ligt een IAC voor de hand, bij een grotere geografische spreiding is een IVC het meest aangewezen. Beide éénloketfuncties 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 éénloketfunctie is een vast vertrekpunt voor het contact met getroffen, helpt behoeften en problemen te volgen, kan lotgenotencontact bevorderen, en kan de juridische afwikkeling van de gebeurtenis voor getroffen ondersteunen zonder dat mensen naar de buitenwereld toe worden gestigmatiseerd.

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

Voor éénloketfuncties, zelforganisaties en herdenkingen (zie [Toolkit Herdenken](#), Holsappel 2012) 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 ([Handreiking Gezondheidsonderzoek na Rampen](#)) 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 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 2.3.3). 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 (eerstelings) behandeling voorgeschreven bijvoorbeeld volgens een van de standaarden in paragraaf 3.5, 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

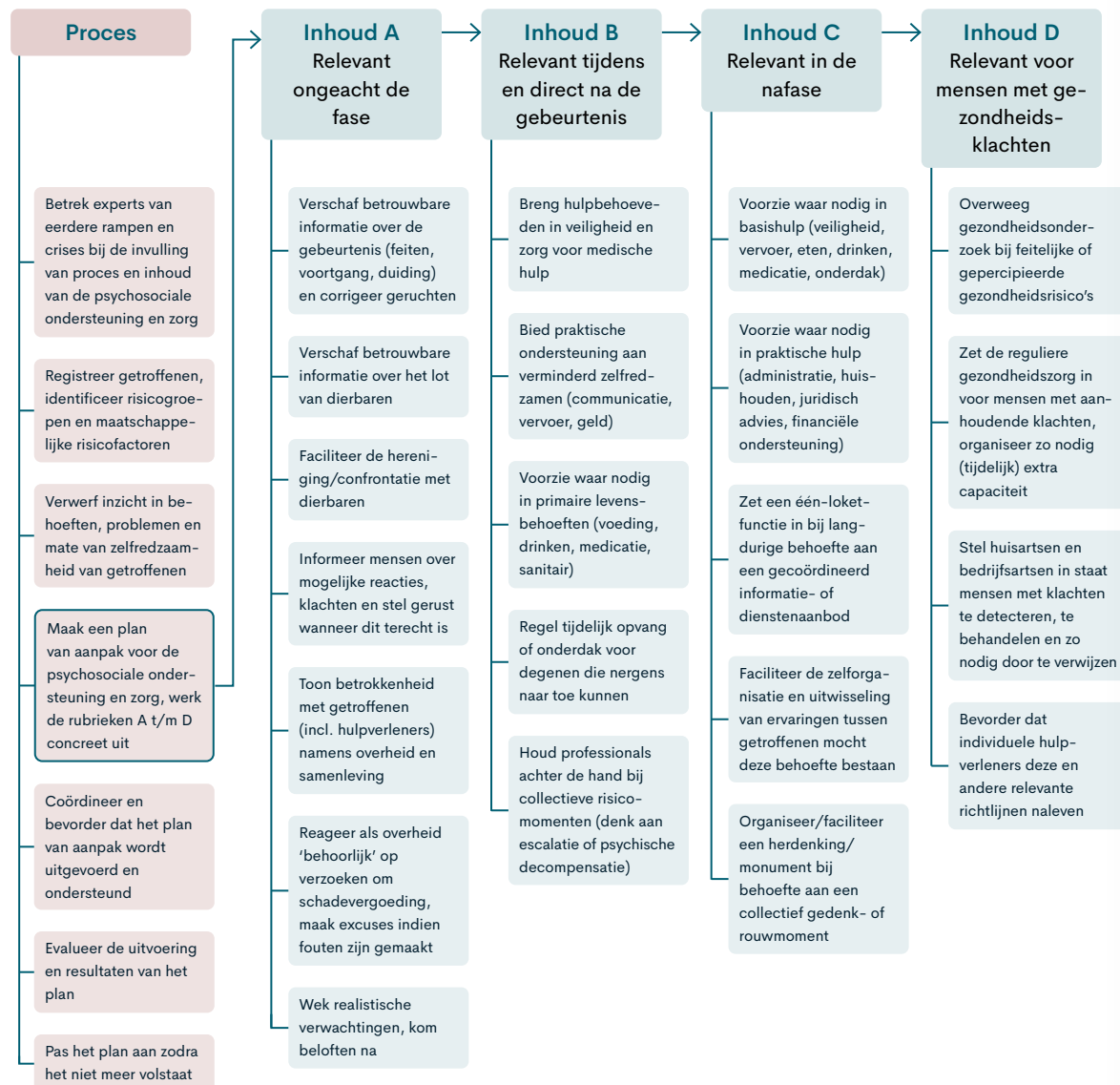
Psychosociale ondersteuning en zorg is geen eenmalige exercitie. De aanpak zal moeten meegroeien met veranderende behoeften en problemen van getroffen in de diverse fasen na een ramp. Dat betekent dat de collectieve en de organisatiegeoriënteerde procesbomen in ieder geval moeten worden doorlopen tijdens of direct na de acute fase (op rubriek B na omdat deze gaat over de acute fase), maar nog vaker tijdens de nafase. De individuele procesboom is aan de orde bij iedere afweging om wel of (voorlopig) geen (psychosociale) ondersteuning of zorg 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 is de collectieve procesboom relevant. Keuzes vanuit die overstijgende bomen hebben in beginsel consequenties voor de hulp aan het individu.

4.2. Procesboom collectieve psychosociale ondersteuning en zorg

Bij een calamiteit in het publieke domein met meerdere getroffen en is de collectieve procesboom van toepassing (figuur 4.2).

Figuur 4.2 Procesboom collectieve psychosociale ondersteuning en zorg



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 capaciteit beschikbaar is voor psychosociale ondersteuning en zorg, en dat de inzet daarvan 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 (Art. 1 Wet veiligheidsregio's 2023). De GHOR activeert de publieke gezondheid waartoe ook de infectieziektebestrijding, het gezondheidsonderzoek en de medische milieukunde behoren. Binnen de GGD ressorteren deze taken onder het Crisisplan Publieke Gezondheid.

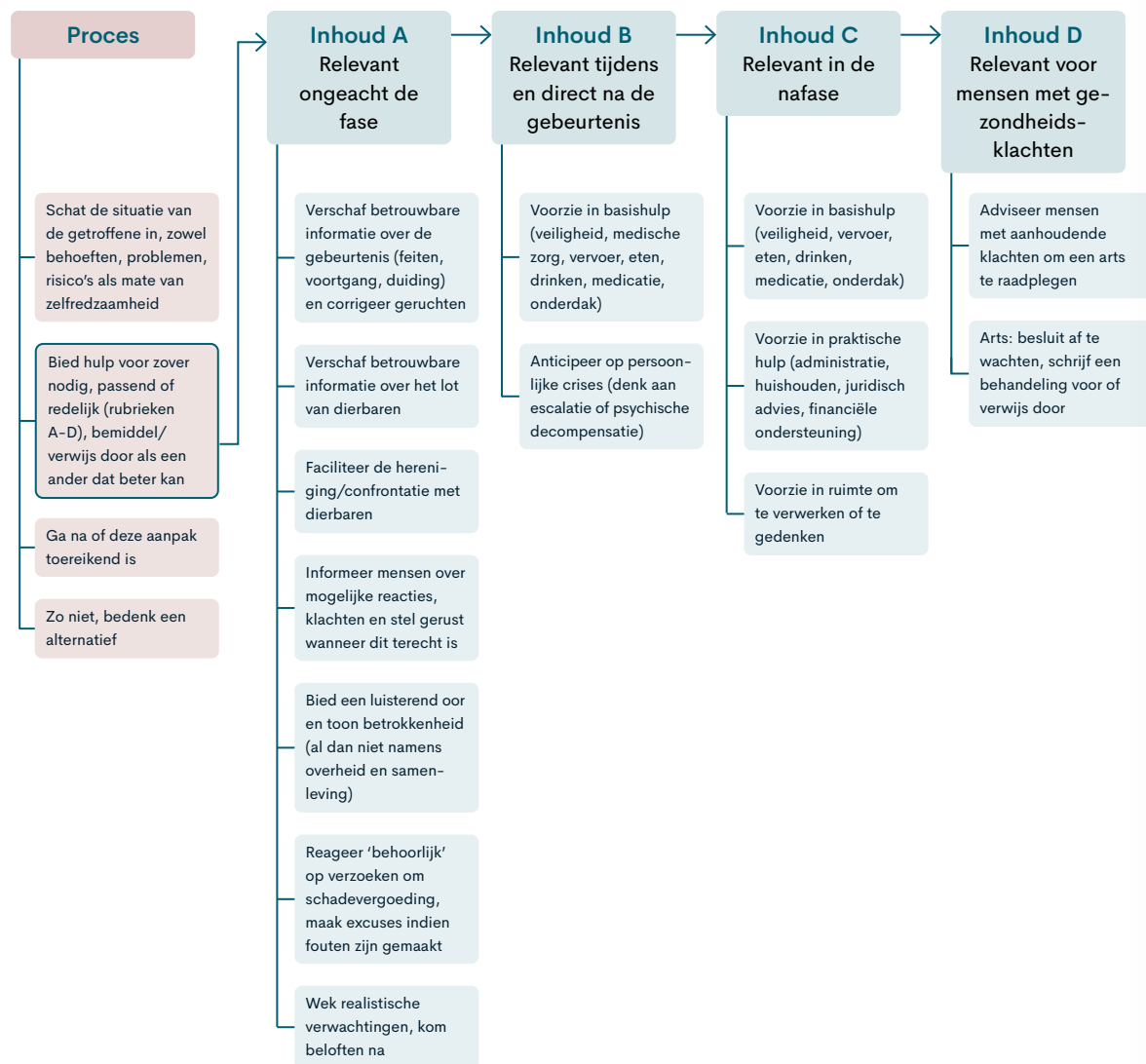
Of het nu lokaal is of landelijk, gelet op de beperkte ervaringskennis over de psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen en crises, is het raadzaam steeds experts te betrekken bij de planning, uitvoering en evaluatie, geeft de werkgroep aan. Het gaat bij voorkeur om experts met kennis over (a) groepsdynamieken en maatschappelijke onrust, (b) behoeften en problemen van getroffen, en (c) de aanbevolen vorm en voor- en nadelen van maatregelen en interventies.

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.

4.3. Procesboom individuele psychosociale ondersteuning en zorg

Binnen de individuele procesboom (figuur 4.3) staat het perspectief van de hulpverlener centraal. De procesboom kan worden benut voor een ingrijpende gebeurtenis die een individu raakt, maar ook worden gecombineerd met de procesbomen voor collectieve en organisatiegeoriënteerde psychosociale ondersteuning en zorg.

Figuur 4.3 Procesboom individuele psychosociale ondersteuning en zorg



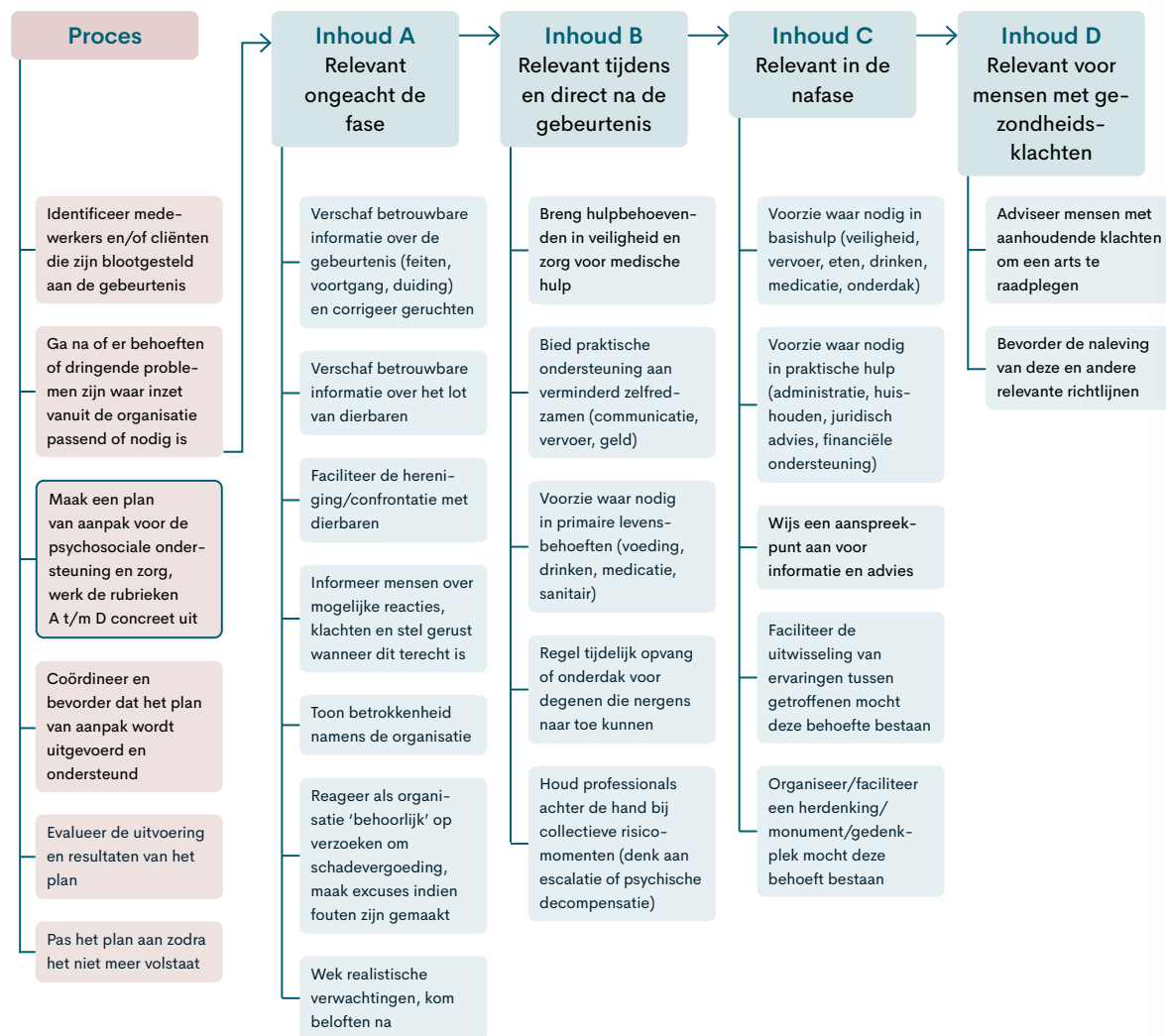
Bij individuele psychosociale ondersteuning en zorg gaat het voornamelijk om direct, één-op-één contact tussen hulpverlener en getroffene. Dat contact kan fysiek plaatsvinden, maar ook telefonisch of digitaal. Het proces bestaat uit vier stappen waarvan wordt verwacht dat iedere hulpverlener deze doorloopt. Bij individuele ondersteuning en zorg 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 ondersteuning en zorg is en wat niet. Ondersteuning 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 een organisatie of overheids(dienst). 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 is het van belang om te anticiperen op een (latente) zorgbehoefte. Aanhoudende gezondheidsklachten verdienen hoe dan ook aandacht.

4.4. Procesboom organisatiegeoriënteerde psychosociale ondersteuning en zorg

De derde procesboom (figuur 4.4) is opgesteld voor organisaties met een verantwoordelijkheid voor medewerkers en cliënten. Daartoe behoren geüniformeerde diensten zoals politie, brandweer, ambulance, defensie en reddingorganisaties. 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.

Figuur 4.4 Organisatiegeoriënteerde psychosociale ondersteuning en zorg



Van organisaties wordt verwacht dat ze mensen en middelen inzetten voor de psychosociale ondersteuning aan medewerkers en cliënten als deze zijn blootgesteld aan gebeurtenissen waarvoor deze richtlijn is bedoeld. De hulp kan worden verleend door medewerkers die hun primaire taak tijdelijk opschorten (leerkrachten 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 taken gerelateerd aan psychosociale ondersteuning en zorg (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 onder de rubrieken A t/m D waar dit passend en nodig is. De ondersteuning en zorg aan individuen moet worden ingericht volgens de procesboom van de individuele psychosociale ondersteuning en zorg (zie paragraaf 4.3).

Bronnen

Bronnen

1. 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*(2), 155-176. <https://doi.org/10.1080/15564900802487576>
2. Alexander, D. E. (2010). The L'Aquila earthquake of 6 April 2009 and Italian Government policy on disaster response. *Journal of Natural Resources Policy Research, 2*(4), 325-342. <https://doi.org/10.1080/19390459.2010.511450>
3. Alipour, F., & Ahmadi, S. (2020). Social support and posttraumatic stress disorder (PTSD) in earthquake survivors: A systematic review. *Social Work in Mental Health, 18*(5), 501-514. <https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1795045>
4. Alisic, E. (2011). *Children and trauma: A broad perspective on exposure and recovery* [dissertatie, Universiteit Utrecht]. Utrecht University Repository. <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/204926>
5. Allen, L., Jones, C., Fox, A., Copello, A., Jones, N., & Meiser-Stedman, R. (2021). The correlation between social support and post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 294*, 543-557. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.028>
6. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
7. Amiresmaili, M., Zolala, F., Nekoei-Moghadam, M., Salavatian, S., Chashmyzdan, M., & Soltani, A. (2021). Role of social media in earthquake: A systematic review. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 23*(5). <https://doi.org/10.32592/ircmj.2021.23.5.447>
8. Ammerlaan, V. C. (2009). *Na de ramp: De rol van de overheid bij de (schade) afwikkeling van rampen vanuit een belangenperspectief van de slachtoffers*. [dissertatie, Universiteit van Tilburg].
9. Appleseed. (2006). A continuing storm: The on-going struggles of Hurricane Katrina evacuees.
10. Arcaya, M., Raker, E. J., & Waters, M. C. (2020). The social consequences of disasters: individual and community change. *Annual Review of Sociology, 46*, 671-691. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-121919-054827>
11. Artman, H., Brynielsson, J., Johansson, B. J. E., & Trnka, J. (2011). Dialogical Emergency Management and Strategic Awareness in Emergency Communication. ISCRAM. Lisbon, Portugal, May 2011
12. Atazadeh, N., Mahmoodi, H., & Shaghghi, A. (2019). Posttrauma psychosocial effects in children: A systematic review of measurement scales. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing, 32*(3), 149-161. <https://doi.org/10.1111/jcap.12247>
13. Aucott, C., & Soni, A. (2016). Reflections on the use of Critical Incident Stress Debriefing

in schools. *Educational Psychology in Practice*, 32(1), 85-99. <https://doi.org/10.1080/02667363.2015.1112257>

14. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH). (2013). *Australian Guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. ACPMH.
15. Baggerly, J., & Exum, H. A. (2007). Counseling children after natural disasters: Guidance for family therapists. *The American Journal of Family Therapy*, 36(1), 79-93. <https://doi.org/10.1080/01926180601057598>
16. Barnett, M. L., Gonzalez, A., Miranda, J., Chavira, D. A., & Lau, A. S. (2018). Mobilizing community health workers to address mental health disparities for underserved populations: a systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(2), 195-211. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0815-0>
17. Bathaei, S. A., Abolghasem-Gorji, H., Delgoshaei, B., & Khankeh, H. R. (2019). Emergency health evaluation of affected population during disasters: Are there new approaches? *Journal of Education & Health Promotion*, 8, 2.
18. Bayraktar, N., & Dal Yilmaz, U. (2018). Vulnerability of elderly people in disasters: A systematic review. *Turk Geriatri Dergisi*, 21, 467-482.
19. Beaglehole, B., Mulder, R. T., Frampton, C. M., Boden, J. M., Newton-Howes, G., & Bell, C. J. (2018). Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 716-722. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.210>
20. Benedek, D. M., Holloway, H. C., & Becker, S. M. (2002). Emergency mental health management in bioterrorism events. *Emergency Medicine Clinics*, 20(2), 393-407. [https://doi.org/10.1016/S0733-8627\(01\)00007-4](https://doi.org/10.1016/S0733-8627(01)00007-4)
21. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
22. Berwick, D. M. (2002). A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health affairs*, 21(3), 80-90. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.80>
23. Bessaha, M., Hayward, R. A., & Gatanas, K. (2021). A scoping review of youth and young adults' roles in natural disaster mitigation and response: Considerations for youth wellbeing during a global ecological crisis. *Child and Adolescent Mental Health*. <https://doi.org/10.1111/camh.12517>
24. Bhattarai, S., Maycock, B., Alfonso, H., & Reid, A. (2020). Development of an integrated pathways model of factors influencing the progress of recovery after a disaster. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(5), 226-234. <https://doi.org/10.1177/1010539520935386>
25. 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*. (pp. 243-254). University of Pennsylvania Press.
26. Birch, P., & Cox, E. (2019). Immediate responses by service providers after a violent critical incident: a systematic review. *Aggression and violent behavior*, 46, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.01.003>

27. Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., Nordanger, D., Garcia, F. O., Punamaki, R.-L., & Schnyder, U. (2010a). TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 69-74. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066266>
28. Bisson, J., Weltch, R., Maddern, S., & Shepherd, J. (2010b). Implementing a screening programme for post-traumatic stress disorder following violent crime. *European Journal of Psychotraumatology*, 1(1), 5541. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v1i0.5541>
29. Bisson, J. I., van Gelderen, M., Roberts, N. P., & Lewis, C. (2020). Non-pharmacological and non-psychological approaches to the treatment of PTSD: results of a systematic review and meta-analyses. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1795361. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1795361>
30. Bisson, J. I., & Olf, M. (2021). Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1824381. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1824381>
31. Bisson, J. I., Wright, L. A., Jones, K. A., Lewis, C., Phelps, A. J., Sijbrandij, M., Varker, T., & Roberts, N. P. (2021). Preventing the onset of post traumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 86. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102004>
32. Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasingha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
33. Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Jama*, 290(5), 612-620. <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.612>
34. Boeschoten, M. A., Bakker, A., Jongedijk, R. A., Olf, M. (2014). PTSS Checklist for DSM-5 (PCL-5): Nederlandstalige versie. Stichting Centrum'45 & Arq Psychotrauma Expert Groep.
35. Boin, A., Ekengren, M., & Rhinard, M. (2021). *Understanding the Creeping Crisis*. Palgrave Macmillan Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-70692-0>
36. Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1942-9681.S.1.101>
37. Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & Greca, A. M. L. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological science in the public interest*, 11(1), 1-49. <https://doi.org/10.1177/1529100610387086>
38. Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses. *Depression and Anxiety*, 37(1), 17-25. <https://doi.org/10.1002/da.22902>
39. Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox. *European Journal of Psychotraumatology*,

- 12(1), 1942642. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1942642>
40. Bonde, J. P., Utzon-Frank, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N. H., Nordentoft, M., Olesen, K., Rod, N. H., & Rugulies, R. (2016). Risk of depressive disorder following disasters and military deployment: systematic review with meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 208(4), 330-336. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.157859>
 41. Bosmans, M., Vetten-Mc Mahon, M., de, A., E., van Duinkerken, A., van Leersum-Bekebrede, L., Heshusius, J., de Kort, E., Rahmon, I., Wentink, B., Willems, P., Stekelenburg, R., Moleman, Y., Marra, E., & Dückers, M. (2022a). *De gevolgen van de coronapandemie voor de gezondheid en het welzijn van de bevolking: deel 2: Een systematische literatuurstudie (2022-0124)*. Nivel & Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). <http://dx.doi.org/10.21945/Nivel-RIVM-2022-0124>
 42. Bosmans, M. W. G., Plevier, C., Schutz, F., Stene, L. E., Yzermans, C. J., & Dückers, M. L. A. (2022b). The impact of a terrorist attack: Survivors' health, functioning and need for support following the 2019 Utrecht tram shooting 6 and 18 months post-attack. *Frontiers in psychology*, 13, 981280-981280. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.981280>
 43. Botella, C., Serrano, B., Banos, R. M., & Garcia-Palacios, A. (2015). Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review of its efficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2533-2545. <https://doi.org/10.2147/NDT.S89542>
 44. Bovenhoff, M., Schoutens, L., Stroebe, K., & Postmes, T. (2021). Voortgang en voetangels in het gaswinningsdossier: professionals over een complex systeem. *Rijksuniversiteit Groningen*. <https://hdl.handle.net/11370/0bcde680-f73d-44e6-9d5f-fabde1c4af81>
 45. Boydston, C. D., Pandita, S., Finkelstein-Fox, L., & Difede, J. (2021). Harnessing virtual reality for disaster mental health: A systematic review. *Translational Issues in Psychological Science*, No Pagination Specified. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tps0000282>
 46. Bradley, D. T., McFarland, M., & Clarke, M. (2014). The effectiveness of disaster risk communication: a systematic review of intervention studies. *Effective Communication During Disasters*, 81-120. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.349062e0db1048bb9f-c3a3fa67d8a4f8>
 47. Bramer, W. M., Giustini, D., de Jonge, G. B., Holland, L., & Bekhuis, T. (2016). De-duplication of database search results for systematic reviews in EndNote. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 104(3), 240. <https://doi.org/10.5195/jmla.2016.24>
 48. Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(1), 53-62. <https://doi.org/10.1002/jts.20007>
 49. 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(5), 748 - 766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
 50. Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P., d'Ardenne, P., & Ehlers, A. (2010). Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. *Psychological Medicine*, 40(12), 2049-2057. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000206>
 51. Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2018). Training and post-disaster interventions for the psychological impacts on disaster-exposed employees: a systematic review. *Journal of mental health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437610>
 52. Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2017). Social and occupational factors associated with psychological wellbeing among occupational groups affected by disaster: a systematic review. *Journal of mental health*, 26(4), 373-384. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294732>
 53. Brooks, S. K., Weston, D., Wessely, S., & Greenberg, N. (2021). Effectiveness and acceptability of brief psychoeducational interventions after potentially traumatic events: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1923110. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1923110>
 54. Brown, L. M., Haun, J. N., & Peterson, L. (2014). A proposed disaster literacy model. *Disaster medicine and public health preparedness*, 8(3), 267-275. <https://doi.org/10.1017/dmp.2014.43>
 55. Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychological Medicine*, 47(11), 1893-1905. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000496>
 56. Brymer, M., Layne, C., Jacobs, A., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2006). Psychological first aid field operations guide. 2nd edition. *National Child Traumatic Stress Network*.
 57. Brynielsson, J., Granåsen, M., Lindquist, S., Narganes Quijano, M., Nilsson, S., & Trnka, J. (2018). Informing crisis alerts using social media: Best practices and proof of concept. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 26(1), 28-40. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12195>
 58. Busch, N. E., & Givens, A. D. (2013). Achieving resilience in disaster management: The role of public-private partnerships. *Journal of strategic security*, 6(2), 1-19. <http://dx.doi.org/10.5038/1944-0472.6.2.1>
 59. Cadamuro, A., Birtel, M. D., Di Bernardo, G. A., Crapolicchio, E., Vezzali, L., & Drury, J. (2021). Resilience in children in the aftermath of disasters: A systematic review and a new perspective on individual, interpersonal, group, and intergroup level factors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 31(3), 259-275. <https://doi.org/10.1002/casp.2500>
 60. Cancrinus, I., & Netten, J. (2008). *Samen slimmer, samen sterker! Handreiking voor zelf-organisaties van rampgetroffenen*. Impact. Geraadpleegd van <https://www.arq.org/publicaties/samen-slimmer-samen-sterker>
 61. Capurso, M., De Stasio, S., & Ragni, B. (2022). Universal crisis psychoeducational

- interventions in schools: A scoping review. *School psychology international*, 43(4), 339–380. <https://doi.org/10.1177/01430343221104986>
62. Carlier, I. V. E., & Gersons, B. P. R. (1997). Stress reactions in disaster victims following the Bijlmermeer plane crash. *Journal of Traumatic Stress*, 10(2), 329–335.
63. Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). *Internettoegang en internetactiviteiten; persoonskenmerken*. Geraadpleegd op 31 oktober van <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84888NED?q=internetgebruik>
64. Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
65. Chudzicka-Czupała, A., Hapon, N., Man, R. H. C., Li, D.-J., Żywiłok-Szeja, M., Karamushka, L., Grabowski, D., Paliga, M., McIntyre, R. S., Chiang, S.-K., Pudełek, B., Chen, Y.-L., & Yen, C.-F. (2023). Associations between coping strategies and psychological distress among people living in Ukraine, Poland, and Taiwan during the initial stage of the 2022 War in Ukraine. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), 2163129. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2163129>
66. Commissie Bevolkingszorg op orde. (2014). *Bevolkingszorg op orde 2.0: Eigentijdse bevolkingszorg, volgens afspraak*. Veiligheidsberaad. Geraadpleegd van https://nipv.nl/wp-content/uploads/2022/04/201404-vb-bevolkingszorg-op-orde-2_0.pdf
67. De Graaf, R., Ormel, J., ten Have, M., Burger, H., & Buist - Bouwman, M. (2008). Mental disorders and service use in the Netherlands: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). In R. C. Kessler & T. B. Üstün (Eds.), *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders* Cambridge University Press.
68. De Graaff, A. M., Cuijpers, P., Twisk, J. W., Kieft, B., Hunaidy, S., Elsayy, M., Gorgis, N., Bouman, T. K., Lommen, M. J., & Acarturk, C. (2023). Peer-provided psychological intervention for Syrian refugees: results of a randomised controlled trial on the effectiveness of Problem Management Plus. *BMJ Mental Health*, 26(1). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjment-2022-300637>
69. De Nationale Ombudsman. (2012). *"Het spijt mij": Over Q-koorts en de menselijke maat*. De Nationale Ombudsman. Geraadpleegd van <https://www.nationaleombudsman.nl/publicaties/onderzoeken/2012100-rapport-over-aanpak-overheid-rondon-q-koorts>
70. De Vries, G. J., & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 259–267. <https://doi.org/10.1002/jts.20429>
71. De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical child and family Psychology Review*, 14(3), 231–250. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0094-3>
72. Delaruelle, K., Walsh, S. D., Dierckens, M., Deforche, B., Kern, M. R., Currie, C., Maldonado, C. M., Cosma, A., & Stevens, G. W. (2021). Mental health in adolescents with a migration background in 29 European countries: the buffering role of social capital. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 855–871. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01423-1>
73. Demant, F., Erinkveld, B., de Groot- Reuvekamp, M., Hoenselaars, L., Holsappel, J., Mitima -Verloop, B., Mooren, T., Raaijmakers, I., de Regt, S., & Wilschut, A. (2020). *Constant en in beweging. Vorm en betekenis van herdenkingsrituelen* (F. Demant, Ed.). Nationaal Comité 4 en 5 mei/ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. Geraadpleegd van <https://www.4en5mei.nl/onderzoek/onderzoeken/rituelenonderzoek-constant-en-in-beweging>
74. Dickson, K., & Bangpan, M. (2018). What are the barriers to, and facilitators of, implementing and receiving MHPSS programmes delivered to populations affected by humanitarian emergencies? A qualitative evidence synthesis. *Global Mental Health*, 5. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.12>
75. Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
76. Drogendijk, A. N. (2012). *Long term psychosocial consequences for disaster affected persons belonging to ethnic minorities* [dissertatie, Universiteit Utrecht]. Utrecht University Repository. <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/260604>
77. Dückers, M. (2012). *Richting geven aan de laatste schakel: De nafase. Rijksbrede versterking van herstel en nazorg bij rampen en crises*. Ministerie van Veiligheid en Justitie.
78. Dückers, M. (2021). Capturing intervention in its context: the next frontier in disaster response evaluation and scale-up planning. *Intervention*, 19(1), 4.
79. Dückers, M., Bosmans, M., Baliatsas, C., Domsdorf, T., Vlieg-Mulder, M., & de Zwart, F. (2021b). *Rapid needs assessment bij rampen en crises. Snel inzicht in behoeften en problemen van getroffen*. Nivel. Geraadpleegd van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003924.pdf>
80. Dückers, M., Bosmans, M., & de Zwart, F. (2021a). *COVID-19: De psychosociale impact van een crisis in slow motion*. Boom Bestuurskunde.
81. Dückers, M., van Hoof, W., Willems, A., & Te Brake, H. (2022). Appraising evidence-based mental health and psychosocial support (MHPSS) guidelines—PART II: a content analysis with implications for disaster risk reduction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7798. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137798>
82. Dückers, M. L. A. (2017). A multilayered psychosocial resilience framework and its implications for community-focused crisis management. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 25(3), 182–187. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12183>
83. Dückers, M. L. A. (2022). *De beelden die ons bewegen: De voorspelbaarheid van de rampen die we samen creëren*. ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum / Rijksuniversiteit Groningen. <https://hdl.handle.net/11370/5ec1c799-60d2-4957-a24f-dbd151a33f42>
84. Dückers, M. L. A., Thormar, S. B., Juen, B., Ajdukovic, D., Newlove-Eriksson, L., & Olff,

- M. (2018). Measuring and modelling the quality of 40 post-disaster mental health and psychosocial support programmes. *PLoS One*, *13*(2), e0193285. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193285>
85. Dückers, M. L. A., Yzermans, C. J., Jong, W., & Boin, A. (2017). Psychosocial crisis management: The unexplored intersection of crisis leadership and psychosocial support. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, *8*(2), 94–112. <https://doi.org/10.1002/rhc3.12113>
86. Dyregrov, K., Kristensen, P., & Dyregrov, A. (2018). A relational perspective on social support between bereaved and their networks after terror: A qualitative study. *Global qualitative nursing research*, *5*, 1–12. <https://doi.org/10.1177/2333393618792076>
87. Eccles, M. P., Armstrong, D., Baker, R., Cleary, K., Davies, H., Davies, S., Glasziou, P., Iltis, I., Kinmonth, A.-L., & Leng, G. (2009). An implementation research agenda. *Implementation Science*, *4*(18), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-18>
88. Eckert, S., Sopory, P., Day, A., Wilkins, L., Padgett, D., Novak, J., Noyes, J., Allen, T., Alexander, N., & Vanderford, M. (2018). Health-related disaster communication and social media: mixed-method systematic review. *Health communication*, *33*(12), 1389–1400. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1351278>
89. Engelhard, I. M., Van Den Hout, M. A., Weerts, J. O. S., Arntz, A., Hox, J. J. C. M., & McNally, R. J. (2007). Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq: Prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(2), 140–145. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034884>
90. EU Centre of Expertise for Victims of Terrorism. (2021). *EU Handbook on Victims of Terrorism*. European Commission. Geraadpleegd van https://commission.europa.eu/system/files/2021-12/eu_handbook_on_victims_of_terrorism_december_2021_en.pdf
91. Evaluatiecommissie Wet Veiligheidsregio's (2020). *Evaluatie Wet veiligheidsregio's – naar toekomstbestendige crisisbeheersing en brandweerzorg*. Ministerie van Justitie en Veiligheid. Geraadpleegd van <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-ba7df199-91c7-4f4b-8469-5e775b4fc4aa/pdf>
92. Figueroa, R. A., Cortés, P. F., Marín, H., Vergés, A., Gillibrand, R., & Repetto, P. (2022). The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: results of a randomized-controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, *13*(1), 2031829. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031829>
93. Freeman, J. D., Blacker, B., Hatt, G., Tan, S., Ratcliff, J., Woolf, T. B., Tower, C., & Barnett, D. J. (2019). Use of big data and information and communications technology in disasters: an integrative review. *Disaster medicine and public health preparedness*, *13*(2), 353–367. <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.73>
94. Fu, C., & Underwood, C. (2015). A meta-review of school-based disaster interventions for child and adolescent survivors. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, *27*(3), 161–171. <https://doi.org/10.2989/17280583.2015.1117978>
95. 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*(6), 765. <https://doi.org/10.1037/a0021482>
96. Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical psychology review*, *63*, 41–55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>
97. Généreux, M., Lafontaine, M., & Eykelbosh, A. (2019). From science to policy and practice: A critical assessment of knowledge management before, during, and after environmental public health disasters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(4), 587. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040587>
98. Gersons, B. P. R. (2005). *Bijzondere missie: Geestelijke gezondheidszorg voor militairen en veteranen*. Ministerie van Defensie.
99. Gersons, B. P. R., & Burger, N. (2012). *Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie*. Arq Psycho-trauma Expert Groep.
100. Gersons, B. P. R., Carlier, I. V. E., & Jzermans, C. (2000). In de spiegel der emoties'. Onvoorziene langetermijnevolgen van de Bijlervliegramp. *Maandblad Geestelijke Gezondheid*, *55*(10), 876–888.
101. Gersons, B. P. R., Smid, G. E., Smit, A. S., Kazlauskas, E., & McFarlane, A. (2020). Can a 'second disaster' during and after the COVID-19 pandemic be mitigated? *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1815283. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1815283>
102. Gezondheidsraad. (2006). *Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn*. Gezondheidsraad.
103. Gouweloos, J., Dückers, M., Te Brake, H., Kleber, R., & Drogendijk, A. (2014). Psychosocial care to affected citizens and communities in case of CBRN incidents: a systematic review. *Environment international*, *72*, 46–65. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2014.02.009>
104. Gouweloos, J., Ten Brinke, J. M., Sijbrandij, M., Boele, I., & te Brake, H. (2013). *Bevindingen getroffen Poldercrash. Resultaten van drie belondes onder getroffen van het vliegtuig-ongeluk met de TK 1951 op 25 februari 2009*. Impact.
105. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The milbank quarterly*, *82*(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
106. Grol, R. P. T. M. (2010). *Kwaliteit van zorg. Variaties op een complex thema* [Radboud Universiteit, afscheidsrede]. Radboud Universiteit Nijmegen.
107. Haroz, E. E., Nguyen, A. J., Lee, C. I., Tol, W. A., Fine, S. L., & Bolton, P. (2020). What works in psychosocial programming in humanitarian contexts in low-and middle-income countries: a systematic review of the evidence. *Intervention*, *18*(1), 3.
108. Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P., & Pike, K. M. (2022). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress*, 1–12. <https://doi.org/10.1002/jts.22888>
109. Hobfoll, S. E. (1988). *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Physiology of*

Stress. Springer Science & Business Media.

110. Hobfoll, S. E., Stevens, N. R., & Zalta, A. K. (2015). Expanding the science of resilience: Conserving resources in the aid of adaptation. *Psychological inquiry, 26*(2), 174–180. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1002377>
111. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., De Jong, J. T. V. M., & Layne, C. M. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry, 70*(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
112. Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R. C., & Everall, I. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry, 7*(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
113. Holsappel, J. (2012). *Toolkit 'Herdenken na rampen'*. Impact. Geraadpleegd van <https://www.herdenkingorganiseren.org/>
114. Holsappel, J., Fassaert, T., Dorn, T., & Te Brake, H. (2013). *Quality of psychosocial care: Eindrapport*. Impact & GGD Amsterdam.
115. Holsappel, J., van Hoof, W., Jacobs, J., & Dückers, M. (2017). *Psychosociale impact van de aardbevingen in Groningen: een analyse van beschikbare onderzoeken*. Impact. Geraadpleegd van <https://psychotraumanet.org/sites/default/files/documents/Holsappel-Psychosociale%20impact%20van%20de%20aardbevingen%20in%20Groningen.pdf>
116. Hopwood, T. L., & Schutte, N. S. (2017). Psychological outcomes in reaction to media exposure to disasters and large-scale violence: A meta-analysis. *Psychology of violence, 7*(2), 316. <https://doi.org/10.1037/vio0000056>
117. Houston, J. B., Spialek, M. L., & First, J. (2018). Disaster media effects: A systematic review and synthesis based on the differential susceptibility to media effects model. *Journal of Communication, 68*(4), 734–757. <https://doi.org/10.1093/joc/jqy023>
118. Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., & Van der Meer, J. W. M. (2011). How should we define health? *Bmj, 343*. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
119. IJzermans, J. (2013). De huisarts als ankerpunt. *Cogiscope*(10), 11–15.
120. IJzermans, J., Claassen, T., & van der Ree, J. (2014). *Handreiking gezondheidsonderzoek na rampen: onderzoek naar psychische en fysieke gezondheid en naar zorg-en ondersteuningsbehoeften na incidenten, crises, ongevallen en rampen*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Geraadpleegd van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/200000003.pdf>
121. Impact. (2010). *Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden*. Impact.
122. Inspectie Justitie en Veiligheid. (2021). *Aanslag in een tram in Utrecht, 18 maart 2019: Een analyse door de Inspectie Justitie en Veiligheid*. Ministerie van Justitie en Veiligheid. Geraadpleegd van <https://www.inspectie-jenv.nl/Publicaties/rapporten/2021/05/26/>

rapport-aanslag-in-een-tram-in-utrecht-18-maart-2019

123. Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Inter-Agency Standing Committee. Geraadpleegd van <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>
124. Iqbal, U., Perez, P., & Barthelemy, J. (2021). A process-driven and need-oriented framework for review of technological contributions to disaster management. *Heliyon, 7*(11), e08405. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08405>
125. Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
126. Iyadurai, L., Blackwell, S. E., Meiser-Stedman, R., Watson, P. C., Bonsall, M. B., Geddes, J. R., Nobre, A. C., & Holmes, E. A. (2018). Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: a proof-of-concept randomized controlled trial. *Molecular Psychiatry, 23*(3), 674–682. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.23>
127. Jacobs, J., Oosterbeek, M., Tummers, L. G., Noordegraaf, M., Yzermans, C. J., & Dückers, M. L. A. (2019). The organization of post-disaster psychosocial support in the Netherlands: a meta-synthesis. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1544024. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1544024>
128. Jenkins, J. L., Levy, M., Rutkow, L., & Spira, A. (2014). Variables associated with effects on morbidity in older adults following disasters. *PLoS currents, 6*. <https://doi.org/10.1371%2Fcurrents.dis.0fe970aa16d51cde6a962b7a732e494a>
129. Johannink, R., & Gorissen, I. (2013). Sociale media: factor van invloed op onrustsituaties? *het Tijdschrift voor de Politie, 75*(7). Geraadpleegd van <https://www.politieacademie.nl/kennisonderzoek/kennis/mediatheek/pdf/88952.pdf>
130. Johnson, G. A., & Vindrola-Padros, C. (2017). Rapid qualitative research methods during complex health emergencies: a systematic review of the literature. *Social Science & Medicine, 189*, 63–75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.029>
131. Jong, W., & Dückers, M. L. A. (2019). The Perspective of the Affected: What People Confronted With Disasters Expect From Government Officials and Public Leaders. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy, 10*(1), 14–31. <https://doi.org/10.1002/rhc3.12150>
132. Juen, B., Warger, R., Nindl, S., Siller, H., Lindenthal, M. J., Huttner, E., & Thormar, S. (2016). The comprehensive guideline on mental health and psychosocial support (MHPSS) in disaster settings. *Innsbruck: OPSIC*.
133. 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: A. Norwood & C. Fullerton (Eds.), *Bioterrorism: Psycholo-*

- gical and public health interventions. (pp. 200–229). Cambridge University Press.
134. Kanstrup, M., Singh, L., Göransson, K. E., Widoff, J., Taylor, R. S., Gamble, B., Iyadurai, L., Moulds, M. L., & Holmes, E. A. (2021). Reducing intrusive memories after trauma via a brief cognitive task intervention in the hospital emergency department: an exploratory pilot randomised controlled trial. *Translational Psychiatry*, 11(1), 30. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01124-6>
 135. Karmegam, D., Ramamoorthy, T., & Mappillairajan, B. (2020). A systematic review of techniques employed for determining mental health using social media in psychological surveillance during disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 14(2), 265–272. <https://doi.org/10.1017/dmp.2019.40>
 136. Kendra, J. M., & Wachtendorf, T. (2003). Elements of resilience after the world trade center disaster: reconstituting New York City's Emergency Operations Centre. *Disasters*, 27(1), 37–53. <https://doi.org/10.1111/1467-7717.00218>
 137. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., & Ferry, F. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/2F20008198.2017.1353383>
 138. Knipscheer, J., Sleijpen, M., Frank, L., de Graaf, R., Kleber, R., Ten Have, M., & Dückers, M. (2020). Prevalence of potentially traumatic events, other life events and subsequent reactions indicative for posttraumatic stress disorder in the Netherlands: a general population study based on the trauma screening questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1725. <https://doi.org/10.3390/2Fijerph17051725>
 139. Kuran, C. H. A., Morsut, C., Kruke, B. I., Krüger, M., Segnestam, L., Orru, K., Nævestad, T. O., Airola, M., Keränen, J., & Gabel, F. (2020). Vulnerability and vulnerable groups from an intersectionality perspective. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 50, 101826. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101826>
 140. Lai, B. S., Auslander, B. A., Fitzpatrick, S. L., & Podkowirow, V. (2014). Disasters and depressive symptoms in children: a review. *Child & youth care forum*, 43(4), 489–504. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9249-y>
 141. Lai, B. S., Lewis, R., Livings, M. S., La Greca, A. M., & Esnard, A. M. (2017). Posttraumatic stress symptom trajectories among children after disaster exposure: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 30(6), 571–582. <https://doi.org/10.1002/jts.22242>
 142. 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*. Jossey-Bass Publishers.
 143. Lee, M.-S., & Bhang, S.-Y. (2018). Assessment tools for the mental health of school-aged children and adolescents exposed to disaster: a systematic review (1988–2015). *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(3), 88. <https://doi.org/10.5765/2Fjkacap.180002>
 144. Lemyre, L., Clément, M., Corneil, W., Craig, L., Boutette, P., Tyshenko, M., Karyakina, N., Clarke, R., & Krewski, D. (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(4), 316–330. <https://doi.org/10.1089/bsp.2005.3.316>
 145. Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., de Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety*, 37(1), 35–44. <https://doi.org/10.1002/da.22850>
 146. 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.
 147. Lotzin, A., Acquarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Böttche, M., Bondjers, K., Bragesjö, M., Dragan, M., Grajewski, P., Figueiredo-Braga, M., Gelezelyte, O., Javakhishvili, J. D., Kazlauskas, E., Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Makhashvili, N., Mooren, T., Sales, L., Stevanovic, A., & Schäfer, I. (2020). Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of the COVID-19 pandemic – study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1780832. <https://doi.org/10.1080/2F20008198.2020.1780832>
 148. Lowell, A., Suarez-Jimenez, B., Helpman, L., Zhu, X., Durosky, A., Hilburn, A., Schneier, F., Gross, R., & Neria, Y. (2018). 9/11-related PTSD among highly exposed populations: a systematic review 15 years after the attack. *Psychological Medicine*, 48(4), 537–553. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002033>
 149. Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC psychiatry*, 21(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>
 150. Manchia, M., Gathier, A. W., Yapici-Eser, H., Schmidt, M. V., de Quervain, D., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Cryan, J. F., Howes, O. D., & Pinto, L. (2022). The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *European Neuropsychopharmacology*, 55, 22–83. <https://doi.org/10.1016/2Fj.euroneuro.2021.10.864>
 151. Massazza, A., May, C. R., Roberts, B., Tol, W. A., Bogdanov, S., Nadkarni, A., & Fuhr, D. C. (2022). Process evaluations of mental health and psychosocial support interventions for populations affected by humanitarian crises. *Social Science & Medicine*, 303, 114994. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114994>
 152. McKenzie, J. W., Longman, J. M., Bailie, R., Braddon, M., Morgan, G. G., Jegasothy, E., & Bennett-Levy, J. (2022). Insurance Issues as Secondary Stressors Following Flooding in Rural Australia—A Mixed Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6383. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116383>
 153. Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new

method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

154. Miller, A. N., Sellnow, T., Neuberger, L., Todd, A., Freihaut, R., Noyes, J., Allen, T., Alexander, N., Vanderford, M., & Gamhewage, G. (2017). A systematic review of literature on effectiveness of training in emergency risk communication. *Journal of health communication*, 22(7), 612-629. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1338802>
155. 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(2), 90-104. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl071>
156. Mitima-Verloop, H. B., Boelen, P. A., & Mooren, T. T. M. (2020). Commemoration of disruptive events: a scoping review about posttraumatic stress reactions and related factors. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1701226. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1701226>
157. Mochizuki, J., Keating, A., Liu, W., Hochrainer-Stigler, S., & Mechler, R. (2018). An overdue alignment of risk and resilience? A conceptual contribution to community resilience. *Disasters*, 42(2), 361-391. <https://doi.org/10.1111/disa.12239>
158. Muniz-Rodriguez, K., Ofori, S. K., Bayliss, L. C., Schwind, J. S., Diallo, K., Liu, M., Yin, J., Chowell, G., & Fung, I. C.-H. (2020). Social media use in emergency response to natural disasters: a systematic review with a public health perspective. *Disaster medicine and public health preparedness*, 14(1), 139-149. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.3>
159. Nabitz, U., Klazinga, N., & Walburg, J. A. N. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 191-202. <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.3.191>
160. 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(5), 336-345. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl033>
161. Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid. (2023). *Maatschappelijke onrust* <https://www.nctv.nl/onderwerpen/maatschappelijke-onrust#:~:text=Maatschappelijk%20ongenoegen%20is%20een%20gevoel,verschillende%20vormen%20van%20maatschappelijke%20onrust>.
162. Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid NCTV. (2022). *Nationaal Handboek Crisisbeheersing*. Ministerie van Justitie en Veiligheid. Geraadpleegd van <https://www.nctv.nl/documenten/publicaties/2022/12/06/nationaal-handboek-crisisbeheersing>
163. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2005). *Post-Traumatic Stress Disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary Care*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
164. Netten, J., Sardemann, R., & Vermetten, E. (2013). Webportals: Nazorginstrument na grootschalige calamiteiten. *Magazine nationale veiligheid en crisisbeheersing*(11), 46-47.

165. Ni, M. Y., Yao, X. I., Leung, K. S. M., Yau, C., Leung, C. M. C., Lun, P., Flores, F. P., Chang, W. C., Cowling, B. J., & Leung, G. M. (2020). Depression and post-traumatic stress during major social unrest in Hong Kong: a 10-year prospective cohort study. *The Lancet*, 395(10220), 273-284. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)33160-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)33160-5)
166. NIPV. (2022). *Slachtofferinformatie systematiek (SIS) in de praktijk*. Nederlands Instituut Publieke Veiligheid (NIPV). Geraadpleegd van <https://nipv.nl/wp-content/uploads/2022/10/20220818-NIPV-Factsheet-SIS-en-buitenlandse-slachtoffers.pdf>
167. Noel, P., Cork, C., & White, R. G. (2018). Social capital and mental health in post-disaster/conflict contexts: a systematic review. *Disaster medicine and public health preparedness*, 12(6), 791-802. <https://doi.org/10.1017/dmp.2017.147>
168. 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(3), 240-260. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.240.20169>
169. Nuijen, J., Emmen, M., Smit, D., Stirbu-Wagner, I., Veerbeek, M., & Verhaak, P. (2012). *GGZ in de eerste lijn: de rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. Trendrapportage GGZ 2012 Deel 2A: toegang en zorggebruik*. Trimbo's Instituut. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1223-trendrapportage-ggz-2012-deel-2a-ggz-in-de-eerste-lijn/>
170. Olf, M. (2012). Bonding after trauma: on the role of social support and the oxytocin system in traumatic stress. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 18597. <https://doi.org/10.3402%2Fejpt.v3i0.18597>
171. Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(4), 1351204. <https://doi.org/10.1080%2F20008198.2017.1351204>
172. Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. P. R. (2005a). The psychobiology of PTSD: coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 974-982. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.04.009>
173. Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. P. (2005b). Effects of appraisal and coping on the neuroendocrine response to extreme stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(3), 457-467. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.12.006>
174. Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*, 5, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
175. 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(1), 52. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
176. Pandya, A. (2013). A review and retrospective analysis of mental health services provided after the September 11 attacks. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 58(3), 128-134. <https://doi.org/10.1177/070674371305800302>
177. Pfefferbaum, B., Newman, E., & Nelson, S. D. (2014). Mental health interventions for children exposed to disasters and terrorism. *Journal of Child and Adolescent Psycho-*

- pharmacology, 24(1), 24-31. <https://doi.org/10.1089/cap.2013.0061>
178. Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2013). Assessing children's disaster reactions and mental health needs: screening and clinical evaluation. *The Canadian Journal of Psychiatry, 58*(3), 135-142. <https://doi.org/10.1177/070674371305800303>
179. Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health. (2020). *The Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder (ASD), Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD*. National Health and Medical Research Council. Geraadpleegd van <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>
180. Postmes, T., Lekander, B., Stroebe, K. E., Greven, F., & Broer, J. (2017). *Aardbeving en Gezondheid 2016*. GGD Groningen. <https://hdl.handle.net/11370/dc08786c-d5fe-416b-a022-acc0fdd17bbe>
181. Postmes, T., Stroebe, K., Richardson, J., LeKander, B., Oldersma, F., Broer, J., & Greven, F. (2017). *Veiligheidsbeleving, gezondheid en toekomstperspectief van Groningers Wetenschappelijk Rapport 2*. Rijksuniversiteit Groningen, Gemeente Groningen en GGD Groningen. <https://hdl.handle.net/11370/7ee0af9a-4dd5-4f9c-8688-242d2d652c90>
182. Powley, E. H. (2009). Reclaiming resilience and safety: Resilience activation in the critical period of crisis. *Human relations, 62*(9), 1289-1326. <https://doi.org/10.1177/0018726709334881>
183. Purgato, M., Carswell, K., Tedeschi, F., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Bajbouj, M., Baumgartner, J., Biondi, M., & Churchill, R. (2021). Effectiveness of self-help plus in preventing mental disorders in refugees and asylum seekers in Western Europe: a multinational randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 90*(6), 403-414. <https://doi.org/10.1159/2F000517504>
184. Raphael, B. (1986). *When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe*. Basic Books.
185. Regtvoort, F. & Siepel, H. (2009). *Risico- en crisiscommunicatie: succesfactor in crisis-situaties* (2e herziene druk ed.). Coutinho.
186. Reifels, L., Pietrantonio, L., Prati, G., Kim, Y., Kilpatrick, D. G., Dyb, G., Halpern, J., Olff, M., Brewin, C. R., & O'Donnell, M. (2013). Lessons learned about psychosocial responses to disaster and mass trauma: an international perspective. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1), 22897. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22897>
187. Reiss, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Lampert, T., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2019). Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One, 14*(3), e0213700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>
188. Ren, J.-H., Chiang, C.-L. V., Jiang, X.-L., Luo, B.-R., Liu, X.-H., & Pang, M.-C. (2014). Mental disorders of pregnant and postpartum women after earthquakes: a systematic review. *Disaster medicine and public health preparedness, 8*(4), 315-325. <https://doi.org/10.1017/dmp.2014.62>
189. 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. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007944.pub2>
190. Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Robertson, L., Lewis, C., & Bisson, J. I. (2019a). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8), CD006869. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006869.pub3>
191. Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019b). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol, 10*(1), 1695486. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486>
192. Rose, S. C., Bisson, J. I., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD000560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
193. 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. *Bmj, 331*(7517), 606. <https://doi.org/10.1136/bmj.38583.728484.3A>
194. Rubin, G. J., Chowdhury, A. K., & Amlôt, R. (2012). How to communicate with the public about chemical, biological, radiological, or nuclear terrorism: a systematic review of the literature. *Biosecurity and bioterrorism: Biodefense strategy, practice, and science, 10*(4), 383-395. <https://doi.org/10.1089/bsp.2012.0043>
195. Safarpour, H., Sohrabzadeh, S., Malekyan, L., Safi-Keykaleh, M., Pirani, D., Daliri, S., & Bazayr, J. (2022). Suicide death rate after disasters: A meta-analysis study. *Archives of suicide research, 26*(1), 14-27. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1793045>
196. Schijns, A. J. J. G. (2010). *Het Ombudsmanrapport "Behoorlijk omgaan met schadeclaims" in het licht van de behoeften van slachtoffers van rampen*. Overheid en Aansprakelijkheid.
197. Schnurr, P. P. (2022). Understanding pathways from traumatic exposure to physical health. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians* (pp. 91-108). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97802-0_5
198. Schnurr, P. P., & Green, B. L. (Eds.). (2004). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10723-000>
199. Schonfeld, D. J., & Gurwitch, R. H. (2009). Addressing disaster mental health needs of children: Practical guidance for pediatric emergency health care providers. *Clinical Pediatric Emergency Medicine, 10*(3), 208-215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpem.2009.06.002>
200. Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *Handleiding Utrechtse Coping Lijst UCL (herziene versie)*. Swets & Zeitlinger.
201. Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., Zhou, A. J., Kanouse, D. E., Morrison, J. L., & Berry, S. H. (2001). A national survey of

- stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345(20), 1507–1512. <https://doi.org/10.1056/nejm200111153452024>
202. Scott, K. M., Koenen, K. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., De Girolamo, G., & Florescu, S. (2013). Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: a cross-national, cross-sectional study. *PLoS One*, 8(11), e80573. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080573>
203. Seddighi, H., Salmani, I., Javadi, M. H., & Seddighi, S. (2021). Child abuse in natural disasters and conflicts: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 176–185. <https://doi.org/10.1177/1524838019835973>
204. Shrivastava, P., Mitroff, I. I., Miller, D., & Miclani, A. (1988). Understanding Industrial Crises. *Journal of Management Studies*, 25(4), 285–303. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1988.tb00038.x>
205. Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. E., & Gersons, B. P. R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189(2), 150–155. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.021121>
206. 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*, 288(10), 1235–1244. <https://doi.org/10.1001/jama.288.10.1235>
207. Sim, T., & Wang, A. (2021). Contextualization of psychological first aid: An integrative literature review. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(2), 189–197. <https://doi.org/10.1111/jnu.12613>
208. Slachtofferhulp Nederland. (2010). *Kramp na de ramp. Een kritische nabeschuiving op de hulpverlening bij rampen*. Slachtofferhulp Nederland.
209. Smit, D., Miguel, C., Vrijssen, J. N., Groeneweg, B., Spijker, J., & Cuijpers, P. (2022). The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/s0033291722002422>
210. Sohrabizadeh, S., Tourani, S., & Khankeh, H. R. (2014). The gender analysis tools applied in natural disasters management: a systematic literature review. *PLoS currents*, 6.
211. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338. <https://doi.org/10.3402%2Ffejpt.v5.25338>
212. Spee, I., & Cornelissen, N. (2019). *Als een ramp de school treft. Omgaan met calamiteiten in het onderwijs*. Stichting School & Veiligheid. Geraadpleegd van <https://www.schooleveiligheid.nl/kennisbank/als-een-ramp-de-school-treft/>
213. Staatscourant. (2022). *Convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van het Crisis Expert Team Psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek*. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2022-10637.pdf>
214. Stene, L. E., Vuillermoz, C., Overmeire, R. V., Bilsen, J., Dückers, M., Nilsen, L. G., & Vandentorren, S. (2022). Psychosocial care responses to terrorist attacks: a country case study of Norway, France and Belgium. *BMC health services research*, 22(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07691-2>
215. Stroebe, K., Kanis, B., Boendermaker, M., de Jong, M., & Dückers, M. (2022). *De psychosociale impact van schade en versterking: Stand van zaken 2021*. Gronings Perspectief. <https://hdl.handle.net/11370/b29537e0-338d-42df-8133-4f9f7797a0ab>
216. 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*, 23, 290–298. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-qs-2013-001862>
217. Te Brake, H., & 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(1), 19093. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19093>
218. te Brake, H., Dückers, M., Klazinga, N., Rooze, M., Spreeuwenberg, C., & Swinkels, J. (2011). Richtlijnen voor het leveren van psychosociale zorg die aansluit op de behoeften van getroffen. De menselijke maat. *De Psycholoog*(46), 43–50.
219. Te Brake, H., Willems, A., Steen, C., & Dückers, M. (2022). Appraising Evidence-Based Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Guidelines—PART I: A Systematic Review on Methodological Quality Using AGREE-HS. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3107. <https://doi.org/10.3390/ijerph19053107>
220. Telford, J., Cosgrave, J., & Houghton, R. (2006). *Joint Evaluation of the international response to the Indian Ocean tsunami: Synthesis Report*. Tsunami Evaluation Coalition.
221. Thoresen, S., Flood Aakvaag, H., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., & Kristian Hjemdal, O. (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(1), 19709. <https://doi.org/10.3402%2Ffejpt.v3i0.19709>
222. Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., Solanes, A., Ramella-Cravarro, V., Vilar, A., & González-Parra, J. A. (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 154–165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>
223. U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Training manual for mental health and human service workers in major disasters* (Second ed.). SAMHSA.
224. Van de Schoot, R., Sijbrandij, M., Depaoli, S., Winter, S. D., Olf, M., & Van Loey, N. E. (2018). Bayesian PTSD-trajectory analysis with informed priors based on a systematic literature search and expert elicitation. *Multivariate Behavioral Research*, 53(2), 267–291. <https://doi.org/10.1080/00273171.2017.1412293>
225. Van der Velden, P., Loon, P. v., IJzermans, J., & Kleber, R. J. (2006). Psychosociale zorg direct na een ramp. *De Psycholoog*, 658–663.

226. Van der Velden, P. G., Kleber, R. J., Uhlenbroek, S., & Smit, J. (2010). Naar een brede visie op psychosociale interventies na schokkende gebeurtenissen: Suggesties voor een herziening van richtlijnen. *De Psycholoog*, 11, 568-575.
227. Van Duin, M., Wijkhuijs, V. & Eberg, J. (2016). De rol van sociale media bij rampen en (mini) crises. *Tijdschrift voor Veiligheid*, 15(4), 41-53. <https://doi.org/10.5553/TvV/187279482016015004003>
228. Van Herpen, M. M., Dückers, M. L. A., Schaap, R., Olf, M., & Te Brake, H. (2022). Online one-stop shop for disaster response services after the MH17 airplane crash: an evaluation study. *Frontiers in public health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.832840>
229. Van Wonderen, R. (2021). *Democratisch bewustzijn in Nederland: Over de ontvankelijkheid voor illiberaal en antidemocratisch gedachtegoed en de weerbaarheid daartegen*. Verwey-Jonker Instituut. Geraadpleegd van <https://www.verwey-jonker.nl/publicatie/democratisch-bewustzijn-in-nederland/>
230. Van Wonderen, R., & Postmes, T. (2022). *Casusonderzoek maatschappelijke onrust Noord-Nederland bij overheidsbeslissingen: Analyse en handelingsperspectief*. Rijksuniversiteit Groningen & Verwey Jonker Insituut. Geraadpleegd van <https://www.verwey-jonker.nl/publicatie/casusonderzoek-maatschappelijke-onrust-noord-nederland-bij-overheidsbeslissingen/>
231. Veil, S. R., Buehner, T., & Palenchar, M. J. (2011). A work-in-process literature review: Incorporating social media in risk and crisis communication. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 19(2), 110-122. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5973.2011.00639.x>
232. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2004). *Handreiking opzet informatie- en adviescentrum (IAC) na rampen*. VNG uitgeverij.
233. Walton, Q. L., & Shepard Payne, J. (2016). Missing the mark: Cultural expressions of depressive symptoms among African-American women and men. *Social Work in Mental Health*, 14(6), 637-657. <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1133470>
234. Wensing, M., & Grol, R. (2017). Implementatie. *Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
235. 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), 1-6. <https://doi.org/10.1080/09638230500048099>
236. White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J., & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>
237. Wohlfarth, T., Winkel, F. W., & Van Den Brink, W. (2002). Identifying crime victims who are at high risk for post traumatic stress disorder: developing a practical referral instrument. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(6), 451-460. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01099.x>
238. World Health Organization. (2017). *Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259807>
239. World Health Organization. (2010). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44406>
240. World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85119>
241. World Health Organization. (2020). *Basic documents, 49th ed.* World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339554>
242. Yzermans, C. J., van den Berg, B., & Dirkzwager, A. J. E. (2009). *Physical health problems after disasters*. In Y. Neria, S. Galea, & F. H. Norris (Eds.), *Mental health and disasters* (pp. 67-93). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511730030.005>
243. Yzermans, J., & Gersons, B. P. R. (2002). The chaotic aftermath of an airplane crash in Amsterdam. In J. M. Havenaar, J. G. Cwikel & E. J. Bromet (Eds.), *Toxic turmoil* (pp. 85-99). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0623-2_5
244. Zakszeski, B.N., Ventresco, N.E., & Jaffe, A.R. (2017). Promoting Resilience Through Trauma-Focused Practices: A Critical Review of School-Based Implementation. *School Mental Health* 9, 310-321. <https://doi.org/10.1007/s12310-017-9228-1>
245. Zalta, A. K., Tirone, V., Orłowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. R., Adkins, E., & Dent, A. L. (2021). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 147(1), 33. <https://doi.org/10.1037%2Fbul0000316>
246. Zatzick, D., Jurkovich, G., Rivara, F. P., Russo, J., Wagner, A., Wang, J., Dunn, C., Lord, S. P., Petrie, M., O'connor, S. S., & Katon, W. (2013). A randomized stepped care intervention trial targeting posttraumatic stress disorder for surgically hospitalized injury survivors. *Annals of surgery*, 257(3), 390-399. <https://doi.org/10.1097/sla.0b013e31826bc313>

Lijst met aanbevelingen

Lijst met aanbevelingen

Dit is een overzicht van alle aanbevelingen. De toelichting is terug te vinden in hoofdstuk 3 van deze richtlijn.

Doelen van psychosociale ondersteuning en zorg

1. Bevorder bij het verlenen van psychosociale ondersteuning en zorg het natuurlijk herstel en het gebruik van hulpbronnen (veerkracht) door:
 - bij te dragen aan (een gevoel van) controle, veiligheid, geruststelling, zelfredzaamheid (van individu en gemeenschap), sociale verbondenheid en hoop;
 - actuele behoeften en (mentale) gezondheidsproblemen te signaleren en erop in te spelen;
 - te anticiperen op risicofactoren, waaronder bronnen van stress.

Ondersteuning aan getroffen en

2. Draag bij aan een steunende context voor getroffen en door:
 - het bieden van een luisterend oor, steun en troost, met aandacht voor directe praktische (basis)behoeften van getroffen en;
 - feitelijke en actuele informatie over de gebeurtenis te verstrekken;
 - steun uit de eigen sociale omgeving van de getroffene te mobiliseren of de getroffene daarbij te helpen;
 - hereniging met naasten te faciliteren en families zo mogelijk bij elkaar te houden;
 - getroffen en die normale stressreacties vertonen gerust te stellen.
3. Bied geen vormen van ondersteuning waarvan (in sommige gevallen) negatieve gezondheidseffecten zijn aangetoond, zoals bij psychologische debriefing. Dring niet aan op praten over de gebeurtenis of het delen van details die gepaard gaan met emoties.

Inventariseren van behoeften en problemen

4. Breng de behoeften en problemen van getroffen en in kaart. Verwerk die informatie in planvorming en beleid om het herstellend vermogen te bevorderen.
5. Stimuleer tijdige signalering van de zorgbehoefte van getroffen en. Dit heeft een functie in de preventie van (verdere) gezondheidsproblemen.
6. Maak bij screening van gezondheidsklachten binnen een getroffenengroep gebruik van gevalideerde meetinstrumenten, en zorg dat mensen met klachten terecht kunnen bij een professionele zorgverlener.

Risicofactoren, risicogroepen en registratie

7. Identificeer specifieke kwetsbare groepen onder de getroffensten, zoals kinderen, ouderen, mensen met een migratieachtergrond (inclusief vluchtelingen) en hulpbehoevenden (mensen met beperkingen en al aanwezige problemen, patiënten in ziekenhuizen, cliënten en bewoners van verpleeghuizen). Verifieer verwachtingen. Monitor groepen en besteed daarbij aandacht aan mogelijke risicofactoren.
8. Breng bij iedere (nieuwe) ramp of crisis opnieuw (mogelijke) risicogroepen en hun kwetsbaarheden in beeld en blijf dit gedurende de nafase regelmatig doen. Iedere ramp is uniek en kwetsbaarheden bij groepen en individuen zijn in sterke mate afhankelijk van context (o.a. aard en plaats van de ramp, risico- en beschermende factoren) die in de nasleep van een ramp kunnen veranderen.
9. Verzamel bij de psychosociale ondersteuning en zorg aan kinderen niet alleen informatie bij het kind zelf, maar raadpleeg en betrek ook ouders, verzorgers of de leerkracht.
10. Benader mensen met een migratieachtergrond (inclusief vluchtelingen/ontheemden) zo regulier als mogelijk en zo cultuurspecifiek als nodig. Cultuurspecifieke elementen kunnen bestaan uit voorlichting in de moedertaal, rekening houden met voorkeuren en met het feit dat klachten, problemen, behoeften en rouw op een andere manier geuit kunnen worden. Het verdient aanbeveling sleutelpersonen met dezelfde migratieachtergrond te betrekken.
11. Houd er rekening mee dat juist kwetsbare groepen/individuen moeilijk te bereiken zijn, bijvoorbeeld bij het uitzetten van vragenlijsten (waaronder gezondheidsonderzoek). Zet zo nodig beter passende of alternatieve middelen in om hen toch te bereiken en blijf alert op (nieuwe) kwetsbare groepen/individuen in het verloop van een ramp of crisis.
12. Stimuleer bij een ramp of crisis registratie van direct en indirect getroffensten om monitoring van hun de gezondheid te faciliteren en psychosociale ondersteuning en zorg te kunnen verlenen.
 - Besteed in de preparatie aandacht aan de inrichting van een registratiesysteem voor direct en indirect getroffensten;
 - Verstrek heldere en begrijpelijke informatie over het belang van registratie om te bewerkstelligen dat zoveel mogelijk getroffensten zich (laten) registreren;
 - Gebruik bij gebrek aan een 'officieel registratiesysteem' improvisatievermogen om direct en indirect getroffensten toch te registreren. Maak waar mogelijk gebruik van bestaande (media)kanalen;
 - Benut waar mogelijk bestaande registraties (nooddiensten, ziekenhuizen, Slachtofferhulp Nederland, ikbenveilig.nl);
 - Stel mensen in staat zich vrijwillig te (laten) registreren zodat zij benaderbaar zijn voor het verlenen van psychosociale ondersteuning;
 - Besteed, indien van toepassing, specifiek aandacht aan cross-border victims (en ongedocumenteerden).

Zorg bij gezondheidsklachten

13. Betrek mensen in de (directe sociale) omgeving bij het signaleren van aanhoudende psychische klachten en/of ernstige klinische symptomen bij getroffene(n) en bij wie diagnostiek en/of behandeling noodzakelijk is. Denk hierbij aan familie, sleutelpersonen, docenten, burens, werkgevers en sportcoaches, maar ook aan (getrainde) vrijwilligers of professionele zorgverleners.
14. Adviseer mensen met ernstige en aanhoudende gezondheidsklachten contact op te nemen met de huisarts of de bedrijfsarts. Deze professionals kunnen bepalen of behandeling wenselijk is en eventueel doorverwijzen. Maak zo veel mogelijk gebruik van het reguliere zorgsysteem. Mocht dat tijdelijk niet mogelijk zijn, zorg dan voor adequate vervanging.
15. Verricht bij getroffene(n) die kampen met ernstige (mentale) gezondheidsklachten of bij reeds in de voorgeschiedenis aanwezige psychische stoornissen direct adequate diagnostiek en behandeling. Maak voor diagnostiek en behandeling gebruik van evidence based richtlijnen voor desbetreffende stoornissen en problematiek.

Collectieve psychosociale ondersteuning en zorg

16. Geef bij een ingrijpende gebeurtenis voorlichting. Stem de voorlichting af op de behoeften, het begrip, de taal en de beleving van de ontvanger(s). Neem in de voorlichting in ieder geval onderstaande punten op:
 - een (geruststellende) uitleg over mogelijke stressreacties;
 - dat het oppakken van een dagelijkse routine aangeraden wordt (en hoe je dit kunt doen);
 - wat getroffensten zelf kunnen doen en wanneer ze hulp moeten zoeken (voor zichzelf en/of voor anderen);
 - een korte uitleg van het zorgsysteem, zodat getroffensten weten wat ze moeten doen bij gezondheidsproblemen en welke zorg zij (gratis) kunnen krijgen;
 - wanneer registratie relevant is: waar getroffensten zich kunnen (laten) registreren en waarom dat belangrijk is.
17. Geef bij gebeurtenissen met grote(re) aantallen getroffensten extra aandacht aan passende en gecoördineerde inzet van psychosociale ondersteuning en zorg, conform de aanbevelingen in deze richtlijn. Doe dit in samenwerking met hulpverleners, overheden, deskundigen, onderzoekers en getroffensten.
18. Gebruik risico- en crisiscommunicatie om adequaat te informeren over de gebeurtenis, onzekerheden te minimaliseren en geruchten tegen te gaan. Sociale media en traditionele media moeten onderdeel zijn van een geïntegreerde communicatiestrategie, die afgestemd is op de doelgroep en de crisisfase.
19. Plan de psychosociale ondersteuning en zorg 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 bijvoorbeeld worden besloten tot (het faciliteren van) éénloketfuncties (informatie- en dienstverleningscentra in fysieke of

digitale vorm), lotgenotencontact (zelforganisaties, ontmoetingspunten), herdenkingen en monumenten.

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

Psychosociale ondersteuning en zorg op de werkvloer

De volgende aanbevelingen gelden voor organisaties

21. Bied medewerkers en cliënten begeleiding (door een hulpverlener of getrainde vrijwilliger voor psychosociale ondersteuning en zorg) wanneer een gebeurtenis plaatsvindt tijdens het werk of anderszins valt onder de verantwoordelijkheid van de organisatie.
22. Ga in de rol van werkgever voor de psychosociale ondersteuning en zorg aan eigen medewerkers uit van de principes beschreven in deze richtlijn (denk aan peer support).
23. Ga in de rol van verantwoordelijke voor cliënten voor de psychosociale ondersteuning en zorg aan cliënten uit van de principes beschreven in deze richtlijn.

Maatschappelijke onrust en sluimerende crises

24. Ga Indien sprake is/likt van maatschappelijke onrust, binnen de betreffende groep, gemeenschap of bredere samenleving na waar de collectieve bezorgdheid of het ongenoegen uit bestaat, neem passende maatregelen en houd vinger aan de pols, waar mogelijk in samenspraak met de mensen waar de onrust speelt:
 - achterhaal hoe de onrust zich uit in emoties, gedachten en gedrag;
 - stel de risicobron en oorzaak/aanleiding zo precies mogelijk vast;
 - bepaal vervolgens welke vorm van communicatie (over risico's, de aanpak van autoriteiten en gedragsadvies) en eventuele aanvullende maatregelen van belang zijn met het oog op de publieke veiligheid en gezondheid;
 - als risico's serieus genoeg zijn, overweeg een onafhankelijke en voortdurende monitor en betrek betrokkenen uit de samenleving.
25. Onderzoek tijdig en onafhankelijk signalen van (en over) potentiële gedupeerden om (te) late onderkenning van een dreiging voor deze mensen, onder wie medewerkers van overheden en instanties met een beleids- toezichts- of uitvoeringstaak, in de aanloop van een sluimerende crisis, te voorkomen. Neem hierin de perspectieven van mensen die door de (dreigende) situatie worden geraakt mee. Werk in de combinatie met een sluimerende crisis interdisciplinair samen en houd continu oog voor problemen en behoeften van (potentiële) gedupeerden.

Preparatie en implementatie

26. Met betrekking tot implementatie:

- Vertaal deze richtlijn naar een protocol, handelingsperspectief of specifieke richtlijn voor elke discipline en/of deeltaak waarop hij van toepassing is;
- Zorg dat deze richtlijn een integraal onderdeel wordt van de voorbereiding op rampen en crises, inclusief planvorming, opleiding, training en oefening;
- Investeer in de motivatie, capaciteit en gelegenheid van betrokken partijen/ disciplines op verschillende niveaus om deze richtlijn na te leven, o.a. door er binnen de werkzaamheden ruimte voor te creëren en knelpunten weg te nemen;
- Maak de mate van voorbereiding en naleving van de richtlijn (periodiek) inzichtelijk/ controleerbaar per discipline of betrokken partij, maar ook gezamenlijk.

Evaluatie en onderzoek

27. Benut iedere gebeurtenis als een potentieel leermoment voor het verlenen van psychosociale ondersteuning en zorg.
28. Maak de geleverde psychosociale ondersteuning en zorg transparant en evalueer vanuit het perspectief van de ontvanger en de verlener van de hulp, met het doel de kwaliteit te verbeteren.
29. Ga na in hoeverre de psychosociale ondersteuning en zorg beantwoordt aan de doelen van deze richtlijn en voldoet aan kwaliteits- en evaluatiecriteria.
30. Evalueer en ontwikkel benaderingen, werkwijzen en instrumenten die de kwaliteit van de psychosociale ondersteuning en zorg kunnen verbeteren.
31. Wissel evaluatie- en onderzoeksmethoden en meetinstrumenten uit en ontwikkel ze door.
32. Voer evaluatie en onderzoek uit in samenwerking met hulpverleners, overheden, onderzoekers en getroffen. Leer gezamenlijk van de bevindingen.
33. Overweeg om een handreiking evalueren te ontwikkelen om evaluatieonderzoek op te zetten en uit te voeren, in samenwerking met wetenschap, beleid en praktijk.

Bijlagen

Bijlagen

Bijlage 1.	Betrokkenen	134
Bijlage 2.	Methode literatuurstudie	138

Bijlage 1. Betrokkenen

Bijlage 1. Betrokkenen

Werkgroep

NAAM	ROL	ORGANISATIE
Dhr. prof. dr. G. Schrijvers (voorzitter)	Wetenschap	Universitair Medisch Centrum Utrecht (tot 2012)
Mw. dr. M. Bakker	Overheid	Nederlands Instituut Publieke Veiligheid (NIPV)
Mw. drs. O. Bloemberg	Hulpverlening	Nederlands Instituut van Psychologen
Dhr. dr. M. Bosmans	Wetenschap	NIVEL
Mw. dr. M. Bronner	Hulpverlening	Rode Kruis
Mw. A. Damveld	Hulpverlening	Beroepsvereniging voor professionals in Sociaal Werk (BPSW)
Mw. dr. G. Donker	Hulpverlening	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Dhr. prof. dr. M. Dückers	Wetenschap	ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum/ Rijksuniversiteit Groningen/ Nederlands Instituut Publieke Veiligheid (NIPV)
Lkol drs. J.J.J.M. van den Dungen	Hulpverlening	Militaire GGZ
Dhr. drs. W. Gijzen	Hulpverlening	GGD Zuid Holland Zuid
Mw. drs. T. van der Gulik	Hulpverlening	Politie
Mw. prof. dr. M. Olf	Wetenschap	ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum/ Amsterdam UMC
Dhr. drs. K. Pijls	Hulpverlening	Nederlands Instituut van Psychologen
Dhr. R. Sardemann	Hulpverlening	GGD IJsselland
Dhr. ing. E. Sas, MBA	Hulpverlening	ARQ Centrum'45
Mw. prof. dr. M. Sijbrandij	Hulpverlening/ Wetenschap	Vrije Universiteit
Mw. J. Stol	Hulpverlening	Slachtofferhulp Nederland
Dhr. drs. R. Stumpel	Hulpverlening	GGD Gooi en Vechtstreek
Dhr. drs. S. Timmermans	Hulpverlening	GGD GHOR Nederland
Mw. dr. M. de Vetten	Overheid	RIVM, centrum Gezondheid en Milieu
Mw. drs. K. Visser	Hulpverlening	Veiligheidsregio Utrecht
Dhr. drs. A. de Vries	Hulpverlening	Sociaal Werk Nederland

Expertgroep

NAAM	ORGANISATIE
Dhr. dr. W. Jong	Leiden Universiteit
Dhr. prof. dr. R. Kleber	ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum/Universiteit Utrecht
Dhr. dr. J. Knipscheer	ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum/Universiteit Utrecht
Dhr. prof. dr. T. Postmes	Rijksuniversiteit Groningen
Mw. dr. S. de la Rie	ARQ Centrum'45

Met medewerking van

NAAM	ORGANISATIE
Mw. drs. M. van der Ark	Nationale Politie
Dhr. drs. L. Bal	Veiligheidsregio Utrecht
Dhr. W. Bijlsma	GGD Rotterdam-Rijnmond
Dhr. dr. H. te Brake	ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises
Dhr. dr. J. Haagen	ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises
Mw. dr. J. Holsappel	Protestantse Theologische Universiteit
Dhr. drs. J. Keemink	Nederlands Genootschap van Burgemeesters
Dhr. drs. G. Lim	ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises
Dhr. drs. R. Smeets	Vereniging van Geestelijk Verzorger
Dhr. prof. dr. G. Smid	ARQ Centrum'45
Mw. mr. M.B. Spijkerman	Slachtofferhulp Nederland
Mw. drs. C. Straathof	Nederlands Genootschap van Burgemeesters

Projectgroep

NAAM	ORGANISATIE
Mw. drs. W. van Hoof (projectleider)	ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises
Mw. dr. E. Alblas	RIVM
Mw. dr. M. van Herpen	ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises
Mw. drs. N. Jansen	ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises
Mw. drs. A. Willems	ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises

Bijlage 2. Methode literatuurstudie

Bijlage 2. Methode literatuurstudie

In deze bijlage wordt de methode van de literatuurstudie toegelicht.

Om de uitgangsvragen te beantwoorden is een literatuuronderzoek uitgevoerd door ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises en de ARQ-bibliotheek. De literatuurstudie is op systematische wijze uitgevoerd op basis van een brede search om een overzicht te creëren van de meest recente literatuur rondom psychosociale ondersteuning en zorg. Daarvoor is de literatuurstudie uit 2013 geactualiseerd en herhaald. De focus lag op overzichtartikelen (Systematische Reviews, Meta-analyses en dergelijke) en (internationale) richtlijnen over psychosociale ondersteuning en zorg. Er is in vier databases gezocht naar onderzoek gepubliceerd tussen 2013 en eind 2021: PsycINFO, Ovid Medline, Embase en PTSDpubs.

Er is gezocht met behulp van thesaurustermen en met vrije termen in titel, abstract en andere trefwoorden. Thesaurustermen zijn trefwoorden die aan een artikel zijn toegevoegd ter indexatie in bijvoorbeeld Medline. De concept zoekstrategie is gereviewd door een informatiespecialist.

De zoektermen zijn gegroepeerd in clusters: (a) Stressoren (rampen, terrorisme, wapens); (b) Maatregelen en beschermende factoren (preventie, psychosociale hulpverlening, psychotherapie, psychofarmaca, mindfulness, meditatie en yoga, rampen-management en communicatie, veerkracht, welzijn, coping gedrag); en (c) Methode (verschillende vormen van reviews, meta-analyses, richtlijnen) (zie tabel 3 voor de setnummers en de details van de zoekstrategie). De zoekresultaten zijn geïmporteerd in Endnote en ontdebeld volgens de methode beschreven in Bramer en collega's (Bramer e.a., 2016). Deze gevonden artikelen zijn in Rayyan gescreend voor opname in deze richtlijn (Ouzzani e.a., 2016). Na het ontdebelen leverde de literatuursearch 3.845 artikelen op. Zie Tabel 1 voor een samenvatting van het aantal zoekresultaten.

Tabel 1. Samenvatting zoekresultaten. In deze tabel wordt het aantal opgehaalde, dubbele en unieke items getoond, per zoekstelsel en deelsearch.

Zoekstelsel	Opgehaalde items	Dubbele items	Unieke items
PsycInfo SR/MA	1175	9	1166
PsycInfo Guidelines	223	1	222
Ovid Medline SR/MA	1217	257	960
Ovid Medline Guidelines	402	40	362
Embase SR/MA	877	357	
Embase Guidelines	995	246	749
PTSDpubs SR/MA 56	28	28	
PTSDpubs Guidelines	1	0	1
Totaal	5303	1458	3845

Er is gekozen om de focus te leggen op systematische reviews gepubliceerd in peer-reviewed journals. Een nadeel is echter dat enkelvoudige studies niet zijn opgenomen in de huidige literatuurstudie. Losse relevante studies die tijdens de ontwikkelfase werden aangedragen door experts of werkgroepleden (zie de aanpak in paragraaf 1.3) zijn per relevante uitgangsvraag meegenomen in het werkdocument of opgenomen in de literatuurlijst van de richtlijn als studies los van de uitgangsvragen op een andere manier relevant bleken om op te nemen.

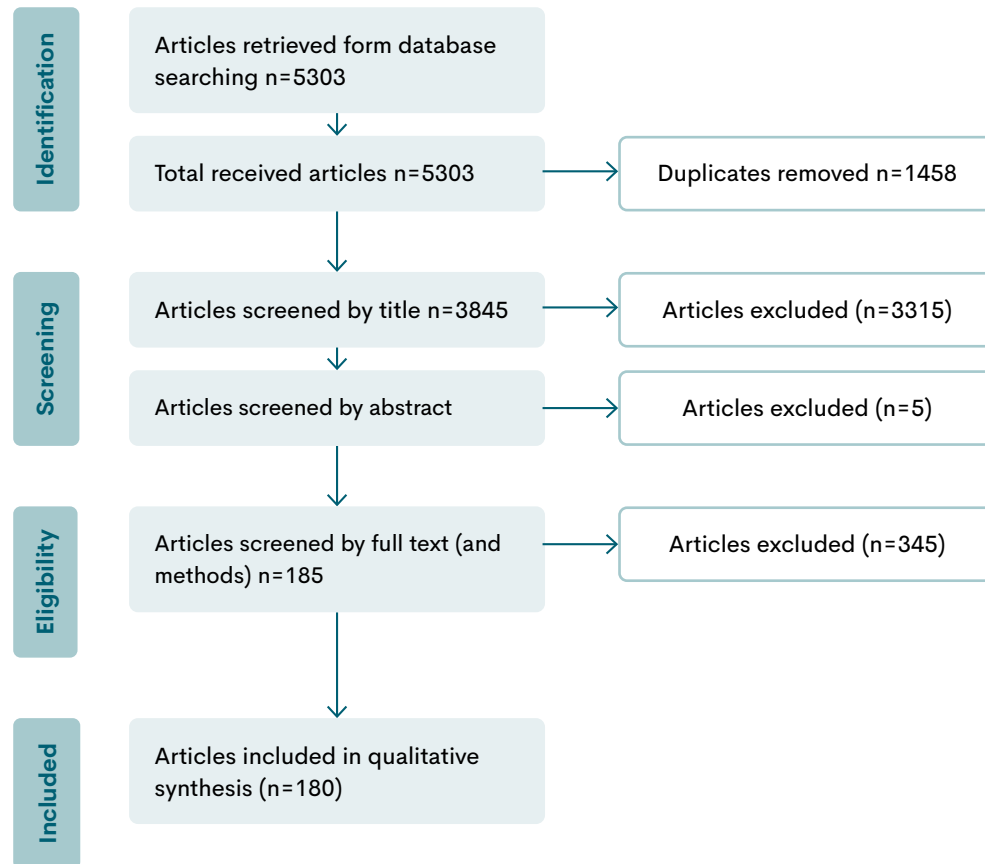
Aan de hand van de titel en abstract is beoordeeld of de artikelen relevante informatie zou bevatten voor de richtlijn. Voor de selectie van de studies zijn de criteria uit tabel 2 gebruikt.

Tabel 2. Inclusie en exclusiecriteria

Inclusie criteria	Exclusie criteria
<ul style="list-style-type: none"> Theorie/kaders/visie op MHPSS/PSH/mentale gezondheid beleid Fasering crisis/handlingsperspectief per fase Communicatie tijdens rampen/crises Risicofactoren Behandelmethode van psychische en sociale problemen na rampen etc. (klinische setting en steunende setting) MHPSS richtlijnen MHPSS/mental health/psychosocial support interventies, beleid, strategie Veerkracht bevorderen (individu, groep) Specifieke doelgroepen, bijv. kinderen en ouderen Algemene bevolking Cultureel specifieke benadering Effecten van een (specifiek type) ramp op gezondheid van getroffen 	<ul style="list-style-type: none"> Artikel gaat niet over context rampen, crises, schokkende gebeurtenissen of noodgevallen Artikel is gepubliceerd vóór 2013 In een andere taal dan Nederlands of Engels De context is niet vergelijkbaar met Nederland/Europa. Specifieke rampen die misschien wel vertaalbaar zijn (zoals aardbevingen) zijn wel meegenomen Gericht op oorlogssituatie of humanitaire hulp Doelgroep: geïnformeerden, bijv. veteranen of ambulancepersoneel Doelgroep: mensen met specifieke medische aandoening, maar de bredere doelgroep met een chronische ziekte is wel meegenomen Doelgroep: vluchtelingen Methode: niet transparante methode, lage n etc., weinig wetenschappelijke referenties Studie type: geen systematische review of meta-analyse, bijv. narratieve review of een boek

In de eerste fase werden op basis van titel 530 publicaties geselecteerd. In de tweede fase bleven er op basis van de abstracts 185 publicaties over. Vervolgens zijn op basis van de volledige tekst 180 studies geïncludeerd. Figuur 1 laat een overzicht zien van het vinden, ontdebelen, excluderen en includeren van publicaties.

Figuur 1. Flowchart van het vinden, ontdebelen, excluseren en includeren van publicaties



Tabel 3. Zoekstrategie PsycINFO

De zoekactie is uitgevoerd op 23 februari 2022.

APA PsycInfo <2002 to November Week 4 2021>

Search history sorted by search number ascending

#	Searches	Results	Type
1	exp disasters/ or accidents/ or industrial accidents/ or exp transportation accidents/ or crises/ or (disaster* or Earthquake* or fire* or flood* or Hurricane* or Tornado* or tsunami* or drought* or aircrash* or CBRN or CBRNe or explos* or NBC or (critical adj3 (incident* or situation*)) or (mass adj3 (casualt* or incident* or fatalit*)) or ((accident or accidents or hazard* or crash* or emergenc* or calamit* or catastroph*) adj3 (natural or biologic* or Human-induced or anthropogenic or Societal or Technological or chemic* or "atomic power" or nuclear or radiation or radioactive or radiologic* or reactor* or electric* or Industrial or Transportation or traffic* or aeroplane* or aircraft* or airline* or airplane* or aviation or road* or railroad* or railway* or ship* or ferry or ferries)) or (collapse* adj3 (roof* or bridge* or building* or structure*)) or (oil adj3 spill*) or ((cyber* or security) adj3 (crisis or crises or emergenc* or calamit* or catastroph*))).ti,ab,id.	43989	Advanced
2	exp terrorism/ or (terroris* or Bioterrorism or Antiterrorism or Counterterrorism or attack* or kill* or shoot* or bombing*).ti,ab,id.	40918	Advanced
3	exp weapons/ or (bioweapon* or bomb or bombs or firearm* or fire-arm* or gun or guns or weapon or weapons).ti,ab,id.	6930	Advanced
4	preventive mental health services/ or ((prevent* or prophyla* or ((primary or early) adj5 (intervention* or care or service* or treatment))) and (mental* or psych* or social*)).ti,ab,id.	115114	Advanced
5	exp mental health services/ or exp mental health programs/ or community mental health centers/ or exp community services/ or outreach programs/ or exp psychiatric hospital programs/ or "quality of care"/ or exp "quality of services"/ or exp school counseling/ or exp social casework/ or exp social services/ or exp support groups/ or Social Support/ or Empowerment/ or exp self help techniques/ or exp Self Care Skills/ or exp Rehabilitation/ or exp intervention/ or anxiety management/ or stress management/ or exp behavior modification/ or exp cognitive techniques/ or exp Counseling/ or exp virtual reality/ or exp Social Services/ or (psycho-social or Psychosocial or MHPSS or intervention* or therap* or psychiatrist* or psychologist* or support or Psycho-education* or psychoeducation or PFA or communities or community* or empower* or counsel* or casework* or (mental adj1 health) or (Mental adj3 (center* or centre* or program*)) or (social adj3 (work* or psycholog* or service* or therap*)) or (psycholog* adj3 aid) or (psychiatric adj3 (hospital* or service*))).ti,ab,id.	1305853	Advanced

#	Searches	Results	Type
6	exp Psychotherapy/ or exp Cognitive Therapy/ or (Psychotherap* or CBT or CGT or EMDR or NET or KIDNET or BEPP or ((Group or psych* or Desensitization or Family or Exposure or Cognitive or Narrative or Behavio* or Systematic or Trauma*) adj3 (Therap* or intervention*)) or (Family adj3 Counseling) or (Stress adj3 Treatment) or (Virtual adj3 Exposure)).ti,ab,id.	241320	Advanced
7	exp Psychopharmacology/ or drug therapy/ or (Psychopharma* or Neuropsychopharma* or drug* or (psycho* adj3 (agent* or drug*))).ti,ab,id.	219311	Advanced
8	exp Mindfulness-Based Interventions/ or Meditation/ or Mindfulness/ or yoga/ or (Mindful* or meditation* or yoga*).ti,ab,id.	24016	Advanced
9	exp emergency management/ or exp emergency preparedness/ or exp Emergency services/ or exp risk management/ or exp communication/ or exp Mass Media/ or (DRM or "disaster risk management" or ((disaster* or emergenc* or risk* or catastroph*) adj3 (management or prepare* or service* or control or plan or plans or planning)) or communicat* or media).ti,ab,id.	407992	Advanced
10	exp "Resilience (Psychological)"/ or exp well being/ or exp Quality of Life/ or exp mental health/ or exp psychosocial factors/ or exp endurance/ or exp coping behavior/ or exp emotional control/ or exp emotional adjustment/ or (well-being or wellbeing or resilien* or coping or ((Emotional or Psychological or mental* or behavio*) adj3 (adapt* or Adjust*)) or ((Posttraumatic or post-trauma*) adj3 Growth) or ((adapt* or coping or cope) adj3 (stress* or trauma* or event* or experience*)) or (positive adj3 (health* or psycholog*)) or (protect* adj3 factor*) or (quality adj3 life)).ti,ab,id.	427084	Advanced
11	(meta-analysis/ or meta analysis.md. or (metaanaly* or meta-analy* or metanaly*).ti,ab,id. or systematic review/ or cochrane.jw. or (prisma or prospero).ti,ab,id. or ((systemati* or scoping or umbrella or "structured literature") adj3 (review* or overview*).ti,ab,id. or (systemic* adj1 review*).ti,ab,id. or ((systemati* or literature or database* or data-base*) adj10 search*).ti,ab,id. or ((structured or comprehensive* or systemic*) adj3 search*).ti,ab,id. or ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*).ti,ab,id. or (("data extraction" or "data source") and "study selection").ti,ab,id. or ("search strategy" and "selection criteria").ti,ab,id. or ("data source*" and "data synthesis").ti,ab,id. or (medline or pubmed or embase or cochrane).ab. or ((critical or rapid) adj2 (review* or overview* or synthes*).ti. or (((critical* or rapid*) adj3 (review* or overview* or synthes*)) and (search* or database* or data-base*).ab. or (metasynthes* or meta-synthes*).ti,ab,id.) not ((comment or editorial or letter).dt. or ((exp animals/ or exp Animal Models/ or animal.po.) not human.po.))	139500	Advanced

#	Searches	Results	Type
12	exp treatment guidelines/ or (protocol* or guideline* or recommendation* or cpg).ti,id.	25772	Advanced
13	1 or 2 or 3	84663	Advanced
14	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	1824946	Advanced
15	13 and 14	52697	Advanced
16	limit 15 to yr="2013 -Current"	26372	Advanced
17	16 and 11	1175	Advanced
18	(16 and 12) not 17	223	Advanced

