

# Goed voorbereid op nazorg na rampen

Toolkit Samenwerking tussen huisartsen en GHOR





# Bent u voorbereid op nazorg na rampen?

Een ramp kan grote impact hebben op de levens van de slachtoffers, nabestaanden, familie en vrienden. Van het ene op het andere moment is alles anders: er is chaos, bezittingen gaan verloren, er is een groot verdriet om het verlies van dierbaren, de toekomst is onvoorstelbaar en onbeheersbaar, er is geen controle meer, het leven is ruw verstoord. Dit kan leiden tot psychosociale problemen bij de getroffensten. Voor slachtoffers met zwaar letsel geldt bovendien dat ze terecht kunnen komen in een lang revalidatieproces. Dit alles wordt ook wel 'de ramp na de ramp' genoemd en vraagt integrale, gecoördineerde nazorg van vele betrokken instanties.

Gemeenten dragen in Nederland de primaire verantwoordelijkheid voor de coördinatie in de 'nafase' na een ramp. Zij coördineren bijvoorbeeld de opvang van slachtoffers, schadeafhandeling en financiële en juridische bijstand. Het coördineren van de psychosociale nazorg na rampen is een taak van de GGD (Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst) en de GHOR (geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio), onderdeel van de veiligheidsregio. Zij zorgen ervoor dat de nulde-, eerste- en tweedelijns psychosociale nazorg in de verschillende nazorgfasen goed op elkaar worden afgestemd.

Huisartsen hebben in de nazorg een zeer centrale rol. Na de acute hulpverlening in de eerste uren en dagen, kunnen slachtoffers van een ramp met psychosociale klachten bij de huisarts aankloppen. Psychische problemen, zoals depressie, angststoornissen en PTSS, kunnen nog jaren na dato voortduren of ontstaan. De huisarts doet in dat geval wat hij ook normaal kan: de hulpvraag exploreren, hulpvraag verhelderen, een diagnose stellen, behandelingen aanbieden en indien nodig doorverwijzen. De veelheid aan betrokken organisaties maakt echter dat de nazorg na rampen anders is dan normaal.

Deze toolkit helpt huisartsen om zich voor te bereiden op de psychosociale nazorg na rampen. Het is een implementatiehulpmiddel bij de Handreiking 'Samenwerking tussen huisartsenzorg en GHOR' en is ontwikkeld in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), GHOR Nederland, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN). Op de website van het NHG zijn verder een webcast over de samenwerking tussen huisartsen en GHOR, alsmede een Programma voor Individuele Nascholing (PIN) over nazorg na rampen te vinden.

## 1. Checklist

6

## 2. Psychosociale klachten na rampen

9

## 3. Vroegtijdige psychosociale interventies

13

## 4. Organisatie van de acute rampenopvang

18

## 5. Organisatie van de eerste nazorgfase

20

## 6. Organisatie van de tweede nazorgfase

23

## Voorbeeld slachtofferinformatie

26

## Literatuur

29

## Contactgegevens

30

# Vorbereid op nazorg na rampen

## Zo pakt u het aan

### **Checklist**

Wat kan in uw praktijk nog beter?  
De checklist is een wegwijzer voor de rest van de toolkit.

### **Psychosociale klachten na rampen**

Weet welke soorten klachten kunnen optreden en hoe deze kunnen worden gediagnosticeerd.

### **Psychosociale interventies**

Weet welke soorten psychosociale interventies kunnen worden ingezet.

### **Organisatie van de drie fase van nazorg**

Weet met welke instanties u samenwerkt en wat uw rol is.

### **Literatuur**

Sla deze documenten na voor meer informatie.

### **Contactgegevens betrokken instanties**

Weet waar u terecht kunt.

## En dit levert het op

- U kent de rol van de huisarts in de nazorg.
- U weet hoe de drie fasen van nazorg na rampen zijn georganiseerd en met welke organisaties u te maken kunt krijgen.
- U weet welke soorten psychosociale klachten kunnen optreden.
- U weet hoe de meest voorkomende psychosociale aandoeningen na rampen kunnen worden gediagnosticeerd.
- U weet welke soorten psychosociale interventies kunnen worden ingezet.

# 1. Checklist

Vul de checklist volledig in en bekijk vervolgens welke informatie u kan helpen bij de voorbereiding op nazorg na rampen. Deze checklist is een wegwijzer voor de rest van de toolkit.

## Psychosociale klachten na rampen

- |   |  |       |
|---|--|-------|
| 1. Ik weet welke soorten psychosociale klachten na rampen kunnen optreden.              | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 9  |
| 2. Ik weet welke groepen een verhoogde kans op psychosociale klachten na rampen hebben. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 9  |
| 3. Ik weet hoe ik een acute stressstoornis kan diagnosticeren.                          | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 9  |
| 4. Ik weet hoe ik een posttraumatische stressstoornis kan diagnosticeren.               | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 10 |

## Vroegtijdige psychosociale interventies

- |   |  |       |
|---|--|-------|
| 1. Ik ken de doelen van vroegtijdige psychosociale interventies na rampen.                              | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 13 |
| 2. Ik ken de beperkingen van vroegtijdige opsporing van psychosociale klachten na rampen.               | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 13 |
| 3. Ik ken het belang van een steunende context na rampen.   | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 13 |
| 4. Ik weet hoe slachtoffers van rampen het beste kunnen worden voorgelicht.                             | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 14 |
| 5. Ik weet dat psycho-educatie na rampen niet wordt aanbevolen.   | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 14 |
| 6. Ik ken de mogelijkheden en beperkingen van psychologische triage.                                    | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 14 |
| 7. Ik weet dat psychologische debriefing na een ramp niet wordt aanbevolen.                             | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 15 |
| 8. Ik weet in welke gevallen cognitieve gedragstherapie kan worden toegepast.                           | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 15 |
| 9. Ik weet in welke gevallen Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) kan worden toegepast. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 15 |

---

10. Ik ken de beperkingen van farmacotherapie als vroegtijdige interventie bij een trauma. Ja  Nee  p. 16

---

11. Ik ken de richtlijnen voor werkplekgerichte psychosociale interventies bij een trauma. Ja  Nee  p. 16

---

12. Ik ken de specifieke aanpak voor etnische minderheden. Ja  Nee  p. 17

---

13. Ik ken de behandelmethodes voor PTSS bij kinderen. Ja  Nee  p. 17

---

### Organisatie van de acute rampenopvang

---

1. Ik ken de duur van de fase van acute psychosociale rampenopvang. Ja  Nee  p. 18

---

2. Ik weet welke organisaties zijn betrokken bij de fase van acute psychosociale rampenopvang. Ja  Nee  p. 18

---

3. Ik weet welke rol de GHOR heeft in de fase van acute psychosociale rampenopvang. Ja  Nee  p. 18

---

4. Ik weet welke rol het Kernteam PSHOR heeft in de fase van acute psychosociale rampenopvang. Ja  Nee  p. 18

---

5. Ik weet welke rol de psychosociale opvangteams hebben in de fase van acute psychosociale rampenopvang. Ja  Nee  p. 19

---

6. Ik weet wat de rol van de huisarts is in de fase van acute psychosociale rampenopvang. Ja  Nee  p. 19

---

### Organisatie van de eerste nazorgfase

---

1. Ik ken de duur van de eerste nazorgfase. Ja  Nee  p. 20

---

2. Ik weet welke organisaties zijn betrokken bij de eerste nazorgfase. Ja  Nee  p. 20

---

3. Ik weet welke rol de GHOR heeft in de eerste nazorgfase. Ja  Nee  p. 20

---

4. Ik weet welke rol de GGD heeft in de eerste nazorgfase. Ja  Nee  p. 20

---

- |  |  |       |
|--|--|-------|
| 5. Ik weet welke rol het Kernteam PSHOR heeft in de eerste nazorgfase.                     | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 21 |
| 6. Ik weet welke rol het Informatie- en Adviescentrum (IAC) heeft in de eerste nazorgfase. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 21 |
| 7. Ik weet wat de rol van de huisarts is in de eerste nazorgfase.                          | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 22 |

### Organisatie van de tweede nazorgfase

- |  |  |       |
|--|--|-------|
| 1. Ik ken de duur van de tweede nazorgfase.  | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 23 |
| 2. Ik weet welke organisaties zijn betrokken bij de tweede nazorgfase.                     | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 23 |
| 3. Ik weet welke rol de GGD heeft in de eerste nazorgfase.                                 | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 23 |
| 4. Ik weet welke rol het Informatie- en Adviescentrum (IAC) heeft in de tweede nazorgfase. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 24 |
| 5. Ik weet de rol van een eventueel gespecialiseerd GGZ-team in de tweede nazorgfase.      | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 24 |
| 6. Ik weet hoe een gezondheidsonderzoek wordt uitgevoerd in de tweede nazorgfase.          | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 24 |
| 7. Ik ken de rol van een eventueel platform voor slachtoffers in de tweede nazorgfase.     | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 25 |
| 8. Ik weet wat de rol van de huisarts is in de tweede nazorgfase.                          | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 25 |

- |  |  |       |
|--|--|-------|
| Ik weet welke informatie ik slachtoffers kan geven. >> VOORBEELD | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 26 |
| Ik weet waar ik meer informatie kan vinden. >> LITERATUUR        | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 29 |
| Ik weet bij welke instanties ik terecht kan. >> CONTACTGEGEVENS  | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 30 |



## 2. Psychosociale klachten na rampen

Na rampen, terroristische aanslagen en schokkende gebeurtenissen herstellen de meeste getroffen en op eigen kracht. Toch ontwikkelt een aanzienlijke groep getroffen en lange termijn rampgerelateerde psychische klachten en/of psychische stoornissen (Norris e.a. 2002). Het risico om na een ingrijpende gebeurtenis bijvoorbeeld PTSS te ontwikkelen varieert van ongeveer 2% na een auto-ongeval tot ongeveer 54% na een gijzeling of ontvoering met geweld (Breslau e.a. 1998). Dit onderdeel van de toolkit helpt u om de Acute Stressstoornis (ASS) en de Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) te herkennen en onderscheiden.

### 1. Meest voorkomende aandoeningen

De meest voorkomende aandoeningen na rampen, die behandeling behoeven zijn:

- angststoornissen
- depressieve stoornissen
- lichamelijke onverklaarde klachten
- de acute stress-stoornis (ASS)
- de posttraumatische stress-stoornis (PTSS)
- middelenmisbruik

Voor de diagnose van angststoornissen, depressie en alcoholmisbruik zijn NHG-standaarden beschikbaar. In de volgende paragrafen worden de kenmerken van ASS en PTSS behandeld.

### 2. Kwetsbare groepen

Onder getroffen en van een ramp komen meer gezondheidsproblemen voor, waaronder psychische aandoeningen, dan onder de gewone populatie. Het meemaken van een traumatische gebeurtenis is dus per definitie een risicoverhogende factor voor psychopathologie.

Uit recent Nederlands onderzoek is gebleken dat twee groepen de meest verhoogde kans hebben op gezondheidsproblemen:

- betrokkenen met bestaande psychische problemen van vóór de ramp;
- betrokkenen die gedwongen moesten verhuizen als gevolg van een ramp.

Betrokkenen met deze beide risicofactoren zijn het meest kwetsbaar (bron: Soeteman, J.H., Health problems of Enschede residents in the aftermath of the fireworks disaster: a longitudinal study with a pre-disaster assessment in general practice. Utrecht: NIVEL, 2009).

Ook bij betrokkenen met een lagere socio-economische status, betrokkenen van het vrouwelijk geslacht en betrokkenen uit etnische minderheden moet de huisarts rekening houden met een grotere kwetsbaarheid dan andere groepen. Deze verhoogde kwetsbaarheid is echter hetzelfde als in de normale populatie en niet significant meer verhoogd door een ramp dan bij andere groepen. Dit zijn dus reguliere kwetsbare groepen voor psychische aandoeningen.

### 3. Diagnose acute stress-stoornis (ass)

De acute stress-stoornis (ASS) is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. De stoornis kan optreden als iemand is blootgesteld aan een ernstige traumatische ervaring. De reacties op dit trauma zijn sterke gevoelens van angst, afschuw, machteloosheid en hulpeloosheid.

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor de aandoening:

- De persoon is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij sprake is van de volgende twee criteria:
  - de persoon is met een gebeurtenis geconfronteerd die levensbedreigend is, waarin een ernstig letsel zou kunnen optreden of die de lichamelijke integriteit van de persoon of anderen in gevaar brengt
  - de reactie van de persoon is intense angst, hulpeloosheid of afschuw
- Tijdens de confrontatie met het trauma of onmiddellijk daarna heeft de persoon drie of meer van de volgende dissociatieve symptomen:
  - een subjectief gevoel van verdoofdheid of onthechting of de afwezigheid van emotionele reacties
  - een verminderd bewustzijn van de omgeving (reageert als in een waas)
  - derealisatie
  - depersonalisatie
  - dissociatieve amnesie (het onvermogen zich essentiële delen van het trauma te herinneren)
- De persoon herbeleeft het trauma voortdurend op minstens één van de volgende manieren: terugkerende beelden, gedachten, dromen, illusies, flashbacks, het gevoel het trauma opnieuw te beleven of onrust bij zaken die herinnering aan het trauma veroorzaken.
- Duidelijke vermijding van stimuli die herinnering aan het trauma oproepen (bijvoorbeeld gedachten, gevoelens, gesprekken, bezigheden, locaties, mensen).
- Duidelijke symptomen van angst, spanning of een verhoogde staat van opwinding (bijvoorbeeld slaapproblemen, prikkelbaarheid, concentratieverlies, overmatige waakzaamheid, schrikreacties en motorische rusteloosheid).
- De stoornis veroorzaakt significant lijden of problemen in de sociale omgang, op het werk of op andere belangrijke terreinen of verhindert het uitvoeren van noodzakelijke taken, bijvoorbeeld het vragen van medische of juridische bijstand of het inlichten van de familie over het trauma.
- De stoornis duurt minimaal 2 dagen en maximaal vier weken en treedt op binnen vier weken na de traumatische gebeurtenis.
- De stoornis is geen direct gevolg van het innemen van een substantie (bijvoorbeeld drugs of geneesmiddelen) of een somatische aandoening. De stoornis is niet toe te schrijven aan een kortdurende psychotische stoornis en is niet uitsluitend een verergering van een aandoening uit As I of As II.

### Verschil ASS en PTSS

Het belangrijkste verschil tussen een acute stress-stoornis en een posttraumatische stress-stoornis is de tijdsduur: acute stress-stoornis duurt twee dagen tot vier weken en treedt binnen vier weken na de gebeurtenis op. Bij posttraumatische stress-stoornis duren de symptomen langer dan een maand en kan de stoornis ook veel later nog ontstaan. Voorts duiden dissociatieve symptomen doorgaans op ASS.

Voor de diagnose van ASS is geen NHG-standaard beschikbaar of anderszins algemeen geaccepteerde stappenplannen of vragenlijsten. Voor de diagnose kan worden teruggevallen op de DSM-IV.

## 4. Diagnose post-traumatische stress-stoornis (ptss)

Een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) heeft de volgende kenmerken:

- Extreem verlies aan controle. Mensen zijn hun greep op het dagelijks leven kwijt. Veel slachtoffers voelen zich machteloos.
- Ontwrichting: vanzelfsprekende verwachtingen gelden niet meer. Het vertrouwen in zichzelf, andere mensen en het dagelijkse bestaan is verdwenen. Men wordt geconfronteerd met eigen kwetsbaarheid.

Zo'n schokkende gebeurtenis kan een verstoring van het psychobiologische evenwicht veroorzaken. Mensen blijven ingesteld op gevaar. De angst is permanent. Deze toestand verstoort hun dagelijkse leven, met als mogelijke gevolgen:

- chronische stress
- overmatige waakzaamheid
- lichamelijke klachten

Een “zuivere” PTSS komt vrijwel nooit voor. Vrijwel altijd is er sprake van co-morbiditeit met depressie, angststoornissen en/of verhoogd middelengebruik. Volgens de DSM-IV-TR gelden voor posttraumatische stressstoornis de volgende criteria:

- Blootstelling aan een gebeurtenis (trauma) die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebrengt, of die een bedreiging vormt voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen. De betrokkenen reageren op deze gebeurtenis met intense angst, hulpeloosheid of afschuw.
- Voortdurende herbeleving van deze traumatische gebeurtenis op minstens een van de volgende vijf manieren:
  - terugkerende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis
  - terugkerende akelige dromen over de gebeurtenis
  - handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt
  - intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
  - fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
- Aanhoudende vermijding van prikkels die bij het trauma horen, of afstomping van de algemene reactiviteit wat blijkt uit minstens drie van de volgende zeven symptomen:
  - pogingen om gedachten, gevoelens of gesprekken te vermijden die horen bij het trauma
  - pogingen om activiteiten, plaatsen of mensen te vermijden die herinneringen oproepen aan het trauma
  - onvermogen om zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
  - duidelijk verminderde belangstelling voor of deelname aan belangrijke activiteiten
  - gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
  - beperkt uiten van gevoelens
  - gevoel een beperkte toekomst te hebben
- Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid die voorafgaand aan de traumatische gebeurtenis niet aanwezig waren, wat blijkt uit minstens twee van de volgende vijf symptomen:
  - moeite met inslapen of doorslapen
  - prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
  - moeite met concentreren
  - overmatige waakzaamheid
  - overdreven schrikreacties
- De bovengenoemde symptomen duren langer dan één maand.
- De stoornis veroorzaakt in belangrijke mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Behalve de genoemde verschijnselen van PTSS komen ook vaak schuldgevoelens voor, of ingehouden kwaadheid. Ingehouden kwaadheid komt vaak tot uiting als een verwijt aan anderen of aan autoriteiten dat zij onvoldoende zorg hebben gedragen om de gebeurtenis te voorkomen.

Patiënten kunnen hun naasten van zich vervreemden wanneer ze niet willen/kunnen praten over de gevoelens, maar ook wanneer ze erg emotioneel blijven of zijn voortdurend achterdochtig.

Vanwege de angsten en heftige emoties, die bij een PTSS voorkomen, gaan sommige mensen te veel alcohol, drugs of rustgevende middelen (benzodiazepinen) gebruiken. Zo kan een verslaving ontstaan. Samen met de woede-uitbarstingen en prikkelbaarheid kan dit ook leiden tot (huiselijk) geweld. Zie voor meer informatie de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik.

Door de uitputting die mensen kunnen ervaren, o.m. door slecht en onrustig slapen, wordt werken moeilijk. Doordat men amper meer kan genieten van het dagelijkse leven en soms geen toekomst meer ziet, kunnen mensen zich in zichzelf terugtrekken, sociale contacten verbreken en vereenzamen.

Soms durven mensen zich niet te laten behandelen, of omdat ze bang zijn voor hun eigen emoties, of niet over het trauma kunnen praten, of omdat ze denken dat behandeling toch geen zin meer heeft.

## Onderscheid PTSS en andere angststoornissen

Bij veel psychische stoornissen spelen negatieve gebeurtenissen op de een of andere manier een rol. Bij post-traumatische stress-stoornis is er echter altijd een direct verband met een trauma. PTSS verschilt van andere angststoornissen doordat men bij deze stoornis niet het trauma zelf, maar een herinnering aan het trauma probeert te vermijden.

## Diagnose-instrumenten

Voor de diagnose van PTSS is geen NHG-standaard beschikbaar of anderszins algemeen geaccepteerde stappenplannen of vragenlijsten. De Clinician Adminstrated PTSD Scale (CAPS), in het Nederlands bekend als het Klinisch Interview voor PTSS (KIP; Hovens 1994), wordt binnen de GGZ beschouwd als de gouden standaard om de diagnose te stellen. Daarnaast worden in het KIP dimensionaal de frequentie en de intensiteit van de symptomen vastgelegd, waardoor deze uitermate geschikt is voor het volgen van het beloop. Een ander voorbeeld van een diagnose-instrument is de Schokverwerkingslijst (Impact of Events Scale, IES, Horowitz e.a., 1979; Brom & Kleber, 1985). Deze vragenlijst beoogt de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen in kaart te brengen en betreft de periode van de afgelopen week. Interne validiteit en betrouwbaarheid zijn goed. Gevoeligheid voor verandering is aangetoond. Symptomen van arousal ontbreken echter in de schaal. Verder is er de Zelfinventarisatielijst PTSD (ZIL, Hovens et al, 1994). Deze vragenlijst is speciaal ontwikkeld om de DSM-III-R criteria van PTSD te meten. De vragen zijn geformuleerd zonder verwijzing naar een trauma. Betrouwbaarheid van de dimensies en totaalscore is goed. De lijst kan gebruikt worden voor epidemiologische en klinische doeleinden.

# 3. Vroegtijdige psychosociale interventies

Wanneer sprake is van ernstige klinische symptomen of psychische stoornissen, zoals gedefinieerd in DSM-IV-TR, hebben professionals een scala aan interventies tot hun beschikking. Deze interventies worden ook wel acute psychische traumahulp genoemd. Individuele (BIG-geregistreerde) hulpverleners, non-profit instellingen en ook particuliere organisaties houden zich bezig met deze vorm van opvang. Er is een toenemende vraag naar vroegtijdige psychosociale interventies. Rampen in Nederland, zoals de vliegcrash Bijlmermeer, de vuurwerkramp Enschede en de cafébrand in Volendam, hebben aangetoond dat de psychosociale effecten en de gezondheidseffecten van een ramp langer duren dan aanvankelijk werd gedacht – soms wel jaren. Psychosociale zorg is dus essentieel, maar moet wel volgens de laatste aantoonbaar werkzame methoden worden aangeboden. Deze methoden, zoals in 2007 beschreven in de multidisciplinaire richtlijn “Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen”, worden in dit deel van de toolkit nader toegelicht.

## 1. Doelen psychosociale interventies

Vroegtijdige psychosociale interventies worden aangeboden om het welbevinden van getroffen en psychopathologie te voorkomen. Vroegtijdige psychosociale interventies dienen de volgende doelen:

- Bevorderen van natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen zoals familie, vrienden en collega's.
- Signaleren van getroffen en die behoefte hebben aan acute psychische hulp.
- Zo nodig doorverwijzen en zo nodig behandelen van getroffen en die behoefte hebben aan acute psychische hulp.

## 2. Screening

Van screening wordt gesproken wanneer een specifieke onderzoeksmethode voor vroegtijdige opsporing van bepaalde aandoeningen op grote schaal aan de bevolking wordt aangeboden. Op basis van de huidige wetenschappelijke stand van zaken wordt vroegopsporing van getroffen en met een verhoogd risico op een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) niet aanbevolen. Screening aan de hand van de diagnose acute stress-stoornis (ASS) en PTSS vragenlijsten wordt momenteel niet zinvol geacht. Voor de opsporing van latente klachten en vroegtijdige symptomen in de eerste zes weken bestaat namelijk onvoldoende bewijs. In veel gevallen zijn stressreacties in deze periode 'normale reacties op abnormale gebeurtenissen'. Daarnaast spreekt de literatuur zich niet eenduidig uit over de waarde van de diagnose ASS in de eerste maand na een schokkende gebeurtenis als voorspeller voor een latere PTSS.

## 3. Steunende context

Mensen die getroffen worden door rampen, terrorisme of grote calamiteiten moeten ondersteuning kunnen krijgen. Onder een 'steunende context' wordt verstaan:

- Een rustige, veilige en gestructureerde omgeving.
- Aandacht en troost voor de betrokkenen.
- Met vaste regelmaat betrouwbare informatie geven.
- Omstandigheden creëren waardoor de zelfredzaamheid van betrokkenen wordt bevorderd.
- Praktische hulp en structuur geven.

Het is aannemelijk dat dit het eigen herstelvermogen bevordert. Een steunende context moet in de eerste zes weken doorlopend beschikbaar en toegankelijk zijn. Het vormt de basis van waaruit vroegtijdige psychosociale interventies worden uitgevoerd.

## 4. Voorlichting

Aanbevolen wordt om na een ramp alle getroffen personen voorlichting aan te bieden. De voorlichting is kort, basaal en draagt bij aan het herstel van controle en het bevorderen van zelfredzaamheid van getroffen personen. De volgende drie componenten zijn in de voorlichting opgenomen:

- Geruystellende uitleg over normale reacties na een schokkende ervaring en over het zelfherstellend vermogen van de menselijke geest.
- Aangeven hulp te zoeken wanneer de reacties langer dan vier weken aanhouden of verergeren.
- Aanraden om zo snel mogelijk na de schokkende gebeurtenis de dagelijkse routine op te pakken of indien niet mogelijk een nieuwe routine te ontwikkelen.

Voorts kan bij angststoornissen uitleg over de vicieuze cirkel, uitlokkende en instandhoudende factoren bijdragen aan een vermindering van de klachten.

Voor een optimale verspreiding van de informatie is het nodig om na te gaan wat de sociale kaart van de omgeving van een ramp is. Op basis van deze sociale kaart kan nagegaan worden via welke kanalen de informatie verspreid dient te worden om de getroffen bevolking zo goed mogelijk te bereiken. Hierbij kan gedacht worden aan verspreiding via: folders, internet, tv, lokale zenders, buurthuizen, werkgevers, scholen, kerken en moskeeën. Bij schokkende gebeurtenissen die plaatsvinden binnen de werkomgeving kan gedacht worden aan interne informatiekkanalen, zoals intranet, interne tv en/of radio (ziekenhuizen), bedrijfskranten. Wanneer bij een ramp kinderen zijn betrokken, dienen er voorlichtingsuitingen te zijn die specifiek op het begripniveau en de belevingswereld van kinderen zijn afgestemd.

Voor de voorlichting door de huisarts aan zijn/haar patiënten is in deze toolkit een voorbeeld opgenomen.

## 5. Psycho-educatie

Het is niet aanbevolen om preventieve psycho-educatie aan te bieden. Psycho-educatie bestaat uit gestructureerde (vaak herhaalde) informatie en training aan getroffen personen en familieleden en wordt soms in cursusvorm gegeven. Doel is om verandering te bereiken in trauma gerelateerd gedrag met behulp van voorlichting en psychosociale strategieën. Voorlichting wordt in tegenstelling tot psycho-educatie niet gestructureerd of herhaald gegeven.

## 6. Psychologische triage

Psychologische triage heeft als doel pathologie te onderscheiden van 'normale stressreacties'. De meeste getroffen personen zullen enigerlei vorm van stressreacties vertonen. Dit zijn normale reacties. Het gaat om het opsporen van getroffen personen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen (zoals gedefinieerd in DSM-IV-TR) die diagnostiek en/of behandeling behoeven.

Bij psychologische triage dient onderscheid gemaakt te worden tussen:

- Betrokkenen die een normale stressreactie laten zien op de ingrijpende gebeurtenis die ze hebben meegemaakt. Dit is de grootste groep. Zij herstellen met hulp van hun eigen sociale netwerk en gebruik makend van hun eigen herstelvermogen.
- Betrokkenen die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van verwerkingsproblematiek. Deze groep is klein. Het wil niet zeggen dat deze mensen inderdaad een stoornis ontwikkelen, maar dat ze "at risk" zijn. Actieve monitoring zodat de betrokkene op tijd begeleid of behandeld kan worden, kan een stoornis voorkomen. Deze monitoring begint bij registratie door de psychosociale opvangteams en zal vervolgens door het Kernteam PSHOR worden gecoördineerd binnen de gehele keten van psychosociale nazorg.
- Betrokkenen die acuut uitgesproken psychosociale problematiek ontwikkelen als gevolg van de ingrijpende gebeurtenis. Deze groep is zeer klein en moet direct psychosociale hulpverlening krijgen.

In de acute fase zullen de psychosociale opvangteams van de PSHOR bij een deel van de getroffen en de eerste psychologische triage uitvoeren: de getroffen en die in een gemeentelijke opvanglocatie of eventueel bij het ziekenhuis bereikt kunnen worden door het opvangteam.

Psychologische triage vindt verder vooral plaats in de periode hierna, wanneer een betrokkene zelf een zorgverlener consulteert. De huisarts vervult dan een spilrol. In de huisartsenpraktijk kunnen de standaarden van het NHG voor angststoornissen (NHG 2004) en voor depressie (NHG 2003) handvatten bieden voor signalering en diagnostiek.

In het algemeen dienen professionals, maar ook anderen, zoals partners van getroffen en, leidinggevend en scholen, in de eerste zes weken af te wachten en uitsluitend de getroffen en oplettend te volgen, tenzij er sprake is van evidente klinische problematiek.

## 7. Psychologische debriefing

Onder psychologische debriefing worden routinematige crisisinterventies verstaan die het voorkomen en verminderen van ongewenste psychische gevolgen van traumatische gebeurtenissen beogen. Psychologische debriefing kent veel verschijningsvormen zoals de Critical Incident Stress Debriefing (CISD). Vaak wordt een eenmalige semigestructureerde interventie onder verstaan. Het is sterk aanbevolen om eenmalige psychologische debriefing (waaronder CISD) met als doel het voorkomen van PTSS en andere psychiatrische problemen bij getroffen en te vermijden, omdat er nog onvoldoende bewijs is voor het effect daarvan.

## 8. Cognitieve gedragstherapie (CGT)

De combinatie van cognitieve en gedragsmatige therapeutische procedures wordt cognitieve gedragstherapie genoemd. De cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat gedachten, gevoelens en gedrag op een bepaalde manier met elkaar verbonden zijn. Iemands gedachten beïnvloeden zijn/haar gevoelens en gedrag.

CGT wordt aanbevolen als een effectieve behandelmethode voor getroffen en met een acute stressstoornis of ernstige symptomen van acute posttraumatische stress-stoornis gedurende de eerste maand na een schokkende ervaring. Relaxatie kan als onderdeel van een cognitief gedragstherapeutische behandeling worden aangeboden, maar is niet zinvol als een opzichzelfstaande (niet-traumagerichte) interventie.

Een psychologische interventie als CGT moet pas aangeboden worden nadat mensen in veiligheid zijn, en in een stabielere situatie terecht zijn gekomen. Getroffen en van rampen, terrorisme of andere schokkende gebeurtenissen hebben waarschijnlijk geen baat bij traditionele psychologische interventies gericht op symptomen van angst en somberheid als ze terechte zorgen hebben over hun lichamelijke welzijn, veiligheid, onderdak of financiële problemen.

## 9. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

EMDR is een psychotherapeutische procedure die expliciet gericht is op de behandeling van PTSS en andere angstklachten na een schokkende gebeurtenis. EMDR werd in 1989 geïntroduceerd door de Amerikaanse psychologe Francine Shapiro. Een opvallend verschil met andere behandelmethoden, zoals 'imaginaire exposure', is dat bij EMDR na het activeren van de traumatische herinnering een externe stimulus wordt geïntroduceerd (meestal de heen-en-weer bewegende hand van de therapeut, die door de patiënt wordt gevolgd met de ogen). De patiënt wordt na elke set oogbewegingen gevraagd zich te concentreren op de opvallendste verandering in zijn beleving, waarna een nieuwe set volgt (van ongeveer 45 seconden). Hoewel het element van de oogbewegingen de meeste aandacht heeft gekregen, benadrukt Shapiro (1996, 2001) dat EMDR een behandeling is die meer componenten omvat.

Er is inmiddels evidentie voor de effectiviteit van EMDR als behandeling van chronische PTSS. Zo hebben een aantal meta-analyses en systematische reviews het effect van EMDR op de chronische PTSS-klachten vastgesteld (Maxfield & Hyer 2002; Van Etten & Taylor 1998). Een recente meta-analyse van Seidler & Wagner (2006) toont

geen verschil in effectiviteit tussen traumagerichte CGT en EMDR als behandeling van chronische PTSS. Ook de richtlijnen van de International Society for Traumatic Stress Studies (Foa e.a. 2000) concludeerden dat EMDR een effectieve behandeling is voor PTSS.

Wetenschappelijke steun voor het inzetten van EMDR gedurende de eerste zes weken na een ingrijpende gebeurtenis ontbreekt nog.

## 10. Farmacologische interventies

Er is geen wetenschappelijk bewijs waaruit blijkt dat enige vorm van farmacotherapie als vroegtijdige interventie effectief is bij de behandeling van PTSS-symptomen of andere traumagerelateerde klachten, zoals angststoornissen en depressie.

Bij slaapstoornissen als gevolg van een trauma kan farmacotherapie worden overwogen. In dat geval kan men kiezen voor niet-benzodiazepinen (mirtazapine, zolpidem, zopiclon). Wanneer toch wordt gekozen voor een benzodiazepine, verdient het de voorkeur medicatie met een korte halfwaardetijd te nemen, de inslaapmedicatie (NICE-richtlijn, NHG Standaard slaapproblemen en slaapmiddelen, 2005). Benzodiazepinen als behandeling van ASS is nadrukkelijk niet geïndiceerd. (Gelpin e.a. 1996). Wanneer medicatie voor langere duur is vereist, kunnen antidepressiva worden overwogen om het risico van afhankelijkheid te verkleinen.

Andere stoornissen die kunnen ontstaan na een traumatische gebeurtenis, zijn depressie of angststoornissen. Voor de medicamenteuze behandeling van deze stoornissen wordt verwezen naar:

- Richtlijnen Depressie (NVVP, Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ)
- Richtlijnen Angststoornissen (NVVP, Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ)

## 11. Werkplekgerichte interventies

Werkplekgerichte interventies zijn interventies die plaatsvinden na schokkende gebeurtenissen die gerelateerd zijn aan de werkzaamheden of de arbeidsomstandigheden. Bij individuele psychologische interventies wordt door de begeleidende bedrijfsarts gewerkt met de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB): Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische Klachten.

Behalve de acute opvang te midden van collega's na een schokkende gebeurtenis, kunnen werknemers die opvallen door persisterende klachten of langdurig arbeidsverzuim via het Sociaal Medisch Overleg onder de aandacht van bedrijfsarts en eventuele andere bedrijfshulpverleners gebracht worden.

Zo nodig vindt overleg plaats volgens de NVAB-LHV-leidraad (Leidraad voor bedrijfsartsen bij samenwerking met huisartsen, NVAB en Landelijke Huisartsen Vereniging) plaats. Verwijzing naar een (bedrijfs)psycholoog of ander behandelend instituut is eveneens mogelijk. Op deze wijze kan tijdens de behandeling van klachten na rampen, terrorisme of andere schokkende gebeurtenissen ook met de factor arbeid rekening gehouden worden.

Bij (terugkerende) schokkende gebeurtenissen op het werk kunnen werkplekgerichte interventies ontwikkeld worden. De aard van de schokkende gebeurtenis speelt een belangrijke rol bij het ontwikkelen van interventies. Te beoordelen individuele aspecten zijn onder meer het optreden van beperkingen, arbeidsverzuim en het vaststellen van een mogelijke beroepsziekte bij de werknemer(s) als gevolg van blootstelling aan één of herhaalde schokkende gebeurtenissen. In algemene zin wordt aandacht besteed aan eventuele maatschappelijke en economische gevolgen. Bovenstaande resultaten kunnen leiden tot werkplekonderzoek (Risico Inventarisatie en Evaluatie) in samenwerking met andere disciplines zoals veiligheidsdeskundigen en arbeidshygiënist. In de Blauwdruk voor de aanpak van werkgerelateerde interventies in CBO-richtlijnen van de NVAB wordt een algemene methodiek beschreven op basis waarvan ook interventies ontwikkeld kunnen worden om blootstelling van de werknemer aan schokkende gebeurtenissen te beperken of zelfs te voorkomen.



## 12. Etnische minderheden

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat etnische minderheden geen grotere of kleinere kans hebben op psychische klachten na een ramp. Wanneer bij een ramp etnische minderheden zijn betrokken, is het uitgangspunt deze groepen zo regulier als mogelijk en zo cultuurspecifiek als nodig te benaderen. Er kan gedacht worden aan extra aandacht voor taalproblemen, cultuurspecifieke (rouw)rituelen of een meer actieve benadering bij het aanbieden van vroegtijdige psychosociale interventies.

Omdat door veel migranten de Nederlandse taal zeker in stressvolle omstandigheden met moeite wordt gehanteerd, geuit of verstaan wordt, is voorlichting in de moedertaal belangrijk. Daarnaast dienen sleutelfiguren uit etnische minderheidsgroepen ingeschakeld te worden om de hulpverlening toegankelijk te maken en te laten aansluiten bij de cultuur.

## 13. PTSS bij kinderen

Bij kinderen met ernstige symptomen van PTSS gedurende eerste maand na een schokkende gebeurtenis wordt CTG aanbevolen. Naar de waarde van EMDR als curatieve vroegtijdige interventie bij kinderen is nader onderzoek nodig.

# 4. Organisatie van de acute rampenopvang

Direct na een ramp kunnen speciale psychosociale opvangteams worden ingezet. Dit deel van de toolkit beschrijft de organisatie van deze fase van acute psychosociale rampenopvang.

## 1. Duur

De acute fase beslaat de periode direct na de gebeurtenis en duurt in principe 3 x 24 uur, met een verlengingsmogelijkheid tot maximaal 7 x 24 uur.

## 2. Betrokken organisaties

In de acute fase zijn bij de psychosociale rampenopvang betrokken:

- de GHOR
- de GGD
- de instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
- Slachtofferhulp Nederland
- instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk
- (eventueel) categoriale hulpverleningsinstellingen.

## 3. Coördinatie GHOR

De hulpverlening na rampen staat onder het 'opperbevel' van de burgemeesters, of – in het geval van een ramp over meer gemeenten – de voorzitters van de veiligheidsregio (de burgemeesters van de centrumgemeenten van de 25 veiligheidsregio's). De burgemeester/voorzitter verzamelt daartoe een beleidsteam om zich heen, waarin de diensthoofden van brandweer, politie, GHOR en gemeente zitting hebben. Namens de GHOR is dit de 'directeur GHOR', tevens lid van de directie van de GGD. Hij/zij heeft in de acute fase de operationele leiding over het geheel van geneeskundige hulpverlening, waaronder de psychosociale nazorg.

Onder de bestuurlijke leiding van het beleidsteam, wordt de multidisciplinaire operationele aansturing van de hulpverlening door brandweer, politie, gezondheidszorg en gemeente georganiseerd vanuit het Regionaal Operationeel Team (ROT). Onder het ROT hangt een Actiecentrum GHOR, dat zorgt voor de informatievoorziening en logistieke ondersteuning binnen de geneeskundige hulpverlening.

## 4. Kernteam PSHOR

Speciaal voor de psychosociale hulpverlening wordt een Kernteam PSHOR in gesteld. In dit kernteam zijn de genoemde betrokken organisatie vertegenwoordigd. De leider en medewerkers van het Kernteam zijn regulier als directeur of manager werkzaam bij een van deze ketenpartners. De taken van het Kernteam zijn:

- Het aansturen en ondersteunen van de psychosociale opvangteams.
- Het voorbereiden van de hulpverlening na de acute fase (eerste nazorgfase).
- Het adviseren van het beleidsteam over strategische beleidsbeslissingen omtrent het voorgaande.

## 5. Psychosociale opvangteams

Voor de acute psychosociale rampenopvang worden op locatie – d.w.z. in een gemeentelijk opvangcentrum voor slachtoffers en/of bij ziekenhuizen – een of meerdere psychosociale opvangteams ingezet. Deze teams bestaan uit een speciaal getrainde Leider en een aantal medewerkers. De taken van het opvangteam zijn:

- Het bieden van een steunende context en signaleren waar die ontbreekt.
- Het identificeren van betrokkenen die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een verwerkingsstoornis (psychosociale triage) en het registreren van deze betrokkenen.
- Indien nodig, het bieden van acute psychosociale hulp.

Onder een 'steunende context' wordt verstaan:

- Een rustige, veilige en gestructureerde omgeving.
- Aandacht en troost voor de betrokkenen.
- Met vaste regelmaat betrouwbare informatie geven.
- Omstandigheden creëren waardoor de zelfredzaamheid van betrokkenen wordt bevorderd.
- Praktische hulp en structuur geven.

Regulier is de Leider van het opvangteam als coördinator of teamleider werkzaam bij een van de ketenpartners (vaak een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) van de crisisdienst van een GGZ-instelling). Een Psychosociaal opvangteam bestaat uit medewerkers afkomstig uit de nulde, eerste en tweede lijn. Dit betekent dat er een gevarieerd hulpaanbod is voor lichte tot ernstige psychosociale problematiek. Het kernteam bepaalt aan de hand van informatie over de gebeurtenis en de betrokkenen hoe de verhouding in aantal nulde-, eerste- en tweedelijns medewerkers in een opvangteam is.

## 6. Rol van de huisarts

In de acute fase hebben huisartsen in beginsel geen rol op het rampterrein of in een gemeentelijk opvangcentrum. Huisartsen zullen dus doorgaans pas in aanraking komen met een slachtoffer als deze naderhand op consult komt in de praktijk. Dan wordt al gesproken over de eerste nazorgfase, waarin de huisarts een centrale spilrol vervult. Zie onderdeel 5.

Belangrijk om te weten, is dat de psychosociale opvangteams slachtoffers kunnen doorverwijzen naar de huisarts. Regionaal kunnen nadere afspraken worden gemaakt over het vooraf informeren van huisartsen in een dergelijk geval.

Voorts kan de GHOR regionaal een contract sluiten over de inzet van huisartsen in een behandelcentrum voor lichtgewonde slachtoffers, bij het gemeentelijk opvangcentrum. Huisartsen die een dergelijke (niet-verplichte) rol vervullen, moeten hun rol goed kennen en kunnen samenwerken met de psychosociale opvangteams. De GHOR zal bij het sluiten van een dergelijk optioneel contract afspraken maken over het opleiden, trainen en oefenen hiervoor.

# 5. Organisatie van de eerste nazorgfase

Na de eerste acute psychosociale opvang moet de verdere hulpverlening door alle betrokken instanties goed op elkaar worden afgestemd. Ook kunnen in deze eerste nazorgfase diverse collectieve psychosociale interventies worden georganiseerd. Dit deel van de toolkit beschrijft de organisatie van deze eerste fase van acute rampenopvang.

## 1. Duur

Nadat het gemeentelijke opvangcentrum/centra is/zijn gesloten, wordt de inzet van de psychosociale opvangteams gestaakt. Dit betekent afronding van de acute fase en start van de eerste nazorg fase. Tijdsduur van deze fase is ongeveer drie maanden (maximaal).

## 2. Betrokken organisaties

In de eerste nazorgfase zijn bij de psychosociale hulpverlening betrokken:

- de GHOR
- de GGD
- de instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
- Slachtofferhulp Nederland
- instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk
- (eventueel) categoriale hulpverleningsinstellingen
- (eventueel) instellingen voor jeugdgezondheidszorg
- huisartsen.

## 3. Coördinatie GHOR

Bij rampen die veel nazorg vragen (psychosociaal en anderszins), staat veelal ook na de acute fase de hulpverlening nog onder het 'opperbevel' van de burgemeester, of de voorzitter van de veiligheidsregio. De vergaderfrequentie van de burgemeester/voorzitter met het beleidsteam, waarin de diensthoofden van brandweer, politie, GHOR en gemeente zitting hebben, zal wel afnemen ten opzichte van de acute fase. Ook het Regionaal Operationeel Team (ROT) en Actiecentrum GHOR zullen minder frequent vergaderen en minder werkzaamheden uitvoeren.

Zolang de rampenorganisatie operationeel blijft, zal de GHOR namens de gemeente de totale coördinatie van de geneeskundige hulpverlening verzorgen, waaronder de psychosociale hulpverlening.

## 4. Coördinatie GGD

Naast de GHOR komt in de eerste nazorgfase ook de GGD nadrukkelijk in beeld. De GGD is wettelijk verantwoordelijk voor de coördinatie van de nazorg na rampen, binnen de kaders van de gemeente en GHOR. De GGD zal in deze fase het voorzitterschap van het Kernteam PSHOR overnemen.

## 5. Kernteam PSHOR

Ook na de acute fase blijft het Kernteam PSHOR operationeel. De taken van het Kernteam zijn in de eerste nazorgfase:

- Het afstemmen van de psychosociale hulpverlening door de betrokken instanties, met als doel:
  - het identificeren van personen die dringend psychologische of psychiatrische hulp nodig hebben en deze hulp verlenen of regelen.
  - het identificeren van slachtoffers die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een verwerkingsstoornis.
  - het vroegtijdig onderkennen van verwerkingsstoornissen en het stimuleren van een adequate behandeling ervan.
  - het organiseren, mobiliseren en versterken van sociale steun uit de directe omgeving van de getroffen.
- Het informeren van andere hulp- en dienstverleners over diagnostiek, behandeling en samenwerking.
- Het zorgen voor een goede toegankelijkheid van de eerste- en tweedelijns hulpverlening voor de slachtoffers.
- Het adviseren over en mede-organiseren van vormen van collectieve preventieve psychosociale interventies, zoals:
  - voorlichting via folders, media etc.
  - informatiebijeenkomsten voor diverse doel- en taalgroepen en het inschakelen van deskundigen die deze bijeenkomsten begeleiden.
  - herdenkingsbijeenkomsten.
- Het afstemmen met het Informatie- en Adviescentrum (IAC).
- Voorbereidingen treffen voor de overdracht van de nazorg aan de reguliere hulpverlening (tweede nazorgfase).
- Het adviseren van het beleidsteam over strategische beleidsbeslissingen omtrent het voorgaande.

## 6. Informatie- en Adviescentrum

Na een ramp komen er veel zaken op de slachtoffers af. Naast psychosociale nazorg, kunnen zij ook behoefte hebben aan vormen van materiële (huisvesting), financiële (schadeafhandeling), juridische (aansprakelijkheid) en werkgerelateerde (arbeidsongeschiktheid, re-integratie) nazorg. Dit is een verantwoordelijkheid van de gemeente. De ervaring leert, dat het geheel van de nazorg het beste vanuit één loket kan worden georganiseerd: het gemeentelijk Informatie- en Adviescentrum (IAC).

Een IAC is de enige organisatie die speciaal voor een ramp wordt opgericht. Een IAC dient in de week na een ramp operationeel te worden en is verantwoordelijk voor het wel en wee van de getroffen. Het IAC levert zelf geen hulp. Daar worden de hulpverleningsinstellingen voor aangewezen, waaronder de geestelijke gezondheidszorg. Een IAC dient daarom steeds op de hoogte te zijn van hoe het met de getroffen is, om op basis daarvan de hulpverlening te activeren en bij te sturen. Het IAC moet dus voortdurend informatie verwerven, maar ook informatie en advies geven aan de getroffen en hulpverleningsinstanties.

Een ramp is te vergelijken met een epidemie, waarbij ook een bepaalde aanpak nodig is om grote aantallen mensen te bereiken. De getroffen zijn groot in aantal, maar ze zitten doorgaans wel met dezelfde vragen. Door het gebruik van de media kan men in korte tijd alle getroffen goed bereiken. De termijn waarin een IAC actief is kan variëren. In Noorwegen is ervaring opgedaan met een kortdurend IAC (Weisath, 1991), in Enschede en Volendam met een IAC voor een termijn van 3-5 jaar (Gersons e.a., 2004; Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2004; Gezondheidsraad, 2006). Na de vuurwerkramp in Enschede werd gekozen voor een lange termijn in de verwachting dat de extra structuur die het IAC vormt voor het controleherstel van getroffen dan voldoende effect heeft gesorteerd. In hoeverre een IAC op de lange duur van nut is om de gevolgen van een ramp te beperken zal uit verder onderzoek moeten blijken.

De belangrijkste werkzaamheden van een IAC zijn:

- Het bereiken en contact onderhouden met alle getroffen (outreach).
- Het verzamelen van alle vragen van de getroffen.
- Het zoeken naar en het geven van antwoorden op de vragen.
- De monitoring van de toestand van de getroffen.
- Het adviseren over welke hulp wanneer gewenst is.

## 7. Rol van de huisarts

De huisartsenzorg heeft in de nazorg een hele centrale rol. De huisarts is de meest aangewezen hulpverlener om, eventueel in samenwerking met de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg (POH) GGZ, aan de eigen patiënten eerstelijns psychosociale nazorg te bieden na een ramp. Voorwaarde is wel dat de huisarts goed op de hoogte is van de organisatie van de hulp na rampen en de samenwerkingsrelaties die daarbij met andere organisaties worden aangegaan.

In het algemeen dient in de eerste zes weken na de ramp (circa de eerste helft van de eerste nazorgfase) afwachting te worden opgetreden, omdat moeilijk met zekerheid is te voorspellen of psychische klachten blijvend zijn. De huisarts dient daarom bovenal de getroffen patiënten, die op consult komen, tips te geven voor het herstel van de routine en organiseren van steun in de eigen omgeving en ze verder oplettend te volgen. Wanneer echter toch al sprake is van evidente klinische problematiek kan doorverwijzing aan de orde zijn.

De taken, die de huisarts in het consult uitvoert, wijken niet af van de reguliere taken en betreffen in elk geval:

- Bieden van een begeleiding.
- Herkennen van lichte psychische problemen en hier informatie over geven.
- Herkennen van potentieel ernstige psychische problemen en hier informatie over geven.
- Herkennen van risicofactoren voor een slechte uitkomst van psychische gezondheid en dit risico verkleinen door een verhoogde alertheid.
- Herkennen en inzetten van informele en formele bronnen voor inter-persoonlijke steun.
- weten wanneer en hoe te verwijzen naar meer formele vormen van geestelijke gezondheidszorg.

De taak van de huisarts is voorts om niet alleen de psychische problemen te herkennen, maar daarbij ook onderscheid te maken tussen drie groepen (psychologische triage):

- Betrokkenen die een normale stressreactie laten zien op de ingrijpende gebeurtenis die ze hebben meegemaakt. Dit is de grootste groep. Zij herstellen met hulp van hun eigen sociale netwerk en gebruik makend van hun eigen herstelvermogen.
- Betrokkenen die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van verwerkingsproblematiek. Deze groep is klein. Het wil niet zeggen dat deze mensen inderdaad een stoornis ontwikkelen, maar dat ze "at risk" zijn. Actieve monitoring zodat betrokkene op tijd begeleid of behandeld kan worden, kan een stoornis voorkomen.
- Betrokkenen die acuut uitgesproken psychosociale problematiek ontwikkelen als gevolg van de ingrijpende gebeurtenis. Deze groep is zeer klein en moet direct psychosociale hulpverlening krijgen.

Om de hulpverlening door de huisartsenzorg goed af te kunnen stemmen met de andere hulpverleningsinstanties, zoals Slachtofferhulp en de tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg, maar ook met het 'loket' van het Informatie- en Adviescentrum, kunnen vertegenwoordigers van de huisartsen worden uitgenodigd om zitting te nemen in het Kernteam PSHOR. Dit maakt het bijvoorbeeld mogelijk om goede afspraken te maken over het voor de huisartsenzorg ontsluiten van de gegevens uit de eerste psychologische triage ter plaatse, door de psychosociale opvangteams.

# 6. Organisatie van de tweede nazorgfase

Na de eerste acute psychosociale opvang en de eerste nazorgfase wordt het Kernteam PSHOR stopgezet en gaat de verantwoordelijkheid voor de nazorg over naar de reguliere hulpverleners, onder coördinatie van de GGD. Dit deel van de toolkit beschrijft de organisatie van deze tweede nazorgfase.

## 1. Duur

De start van deze fase is afhankelijk van de behoefte van de getroffen en de hulpverleningsinstanties. Wanneer in de eerste nazorgfase wordt gesignaleerd dat er een grote behoefte is aan gecoördineerde hulpverlening, zal dit worden voorbereid door het Kernteam PSHOR en direct na de eerste nazorgfase (drie maanden na de ramp) worden gestart. Het kan ook zijn dat er geen behoefte is aan extra coördinatie, of dat deze behoefte pas later optreedt. De tweede nazorgfase kan jaren duren.

## 2. Betrokken organisaties

In de tweede nazorg fase zijn bij de psychosociale hulpverlening betrokken:

- de GGD
- de instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
- Slachtofferhulp Nederland
- instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk
- (eventueel) categoriale hulpverleningsinstellingen
- (eventueel) instellingen voor jeugdgezondheidszorg
- huisartsen.

## 3. Coördinatie GGD

De GGD is, namens de gemeenten, wettelijk verantwoordelijk voor de coördinatie van de nazorg na rampen, ook in deze tweede nazorgfase. In de eerste nazorgfase heeft de GGD al de uitvoerende coördinatie overgenomen van de GHOR, maar heeft de GHOR wel namens de gemeente de totale coördinatie van de geneeskundige hulpverlening behouden. In deze tweede nazorgfase heeft de GHOR geen rol meer. Ook het Kernteam PSHOR wordt stopgezet. In plaats daarvan onderhoudt de GGD een structureel overleg met de betrokken organisaties.

De rol van de GGD is in de tweede nazorgfase:

- Het afstemmen van de psychosociale hulpverlening door de betrokken instanties.
- Het zorgen voor een goede toegankelijkheid van de eerste- en tweedelijns hulpverlening voor de slachtoffers.
- Het signaleren van knelpunten in de hulpverlening (capaciteit).
- Het adviseren over het eventueel instellen van een gespecialiseerd GGZ-team (zie hierna).
- Het coördineren van eventueel gezondheidsonderzoek onder de bevolking.
- Belangenbehartiging namens de betrokken instanties over de financiering van de hulpverlening.
- Het afstemmen met het Informatie- en Adviescentrum (IAC).
- Adviseren van particuliere initiatieven, zoals een platform voor getroffen, over voorlichting omtrent de psychologische gevolgen.

## 4. Informatie- en Adviescentrum

Als in de eerste week een gemeentelijk Informatie- en Adviescentrum (IAC) is ingericht, zal dit veelal ook in de tweede nazorgfase nog operationeel zijn. Het IAC vervult, zolang als dat nodig wordt geacht, de taken zoals beschreven in het vorige deel van de toolkit.

## 5. Gespecialiseerd GGZ-team

De kerntaak van de GGZ bij de nazorg na een ramp is de diagnostiek en behandeling van door de ramp teweeggebrachte psychische stoornissen, in het bijzonder PTSS, angst, depressie, lichamelijk onverklaarde klachten en verslavingsproblematiek. De GGZ kan, in overleg met de GGD, overwegen om een gespecialiseerd team in te stellen. Na de vuurwerkramp in Enschede heeft de lokale GGZ-organisatie Mediant daartoe een gespecialiseerd 'Vuurwerkteam' van circa dertig GGZ-hulpverleners opgericht. Deze zijn geschoold in specifieke op PTSS gerichte behandelingsvormen (Gersons & Carlier, 1998) voor volwassenen en kinderen. Door de hulpverleners niet meer dan twee tot drie dagen per week intakes te laten doen is getracht secundaire traumatisering van de hulpverleners en op den duur 'eentonigheid' te vermijden.

Behalve deze kerntaak kan een GGZ-team na een ramp een veelheid aan taken hebben, zoals: bijscholing voor andere hulpverleners, organiseren van een interdisciplinair casuoverleg, preventieactiviteiten in de vorm van praatgroepen voor volwassenen, ondersteuning van allochtonen, activiteiten voor jongeren, ondersteuning van leerkrachten en scholen en andere vormen van publieksvoorlichting. In 2003 is een campagne gehouden via 'Loesje' om meer mensen die last hebben van klachten te motiveren voor behandeling. Deze activiteiten kunnen worden opgezet en uitgevoerd in samenwerking met andere zorgverleners.

## 6. Gezondheidsonderzoek

Een onderdeel van de tweede nazorgfase kan zijn om een gezondheidsonderzoek onder de bevolking uit te voeren. In een dergelijk gezondheidsonderzoek wordt informatie verzameld over de gezondheidstoestand van getroffenen en over de eventuele blootstelling aan gevaarlijke stoffen tijdens en na de ramp. Er wordt onderscheid gemaakt in gezondheidsonderzoek rechtstreeks bij getroffenen, gezondheidsmonitoring op basis van bestaande registraties en georganiseerd individueel medisch onderzoek. In het eerste geval wordt op individueel niveau, rechtstreeks bij de getroffenen, informatie verzameld. In het tweede geval wordt gebruik gemaakt van bestaande gegevens uit registraties van zorgverleners, zoals huisartsen, geestelijke gezondheidszorg, arbodiensten, apotheken en specialisten. Georganiseerd individueel medisch onderzoek, tot slot, richt zich vooral op het (vroeg) herkennen van aandoeningen en signalering van gezondheidsrisico's, zodat voor individuele slachtoffers kan worden bepaald welke preventieve interventie, behandeling of nazorg het meest geschikt is.

Voor de getroffenen kan gezondheidsonderzoek bijdragen aan erkenning en herkenning van hun problematiek. Voor de hulpverleners levert het informatie op die kan bijdragen aan verbetering van het beleid voor de behandeling van de getroffenen. Daarnaast levert gezondheidsonderzoek informatie voor lokale en landelijke beleidsmakers om passende maatregelen te kunnen nemen voor de organisatie en inrichting van de nazorg. Tenslotte kan gezondheidsonderzoek bijdragen aan de systematische verzameling en ontsluiting van kennis over de gevolgen van rampen.

De gemeente en GGD zullen gezamenlijk beslissen over het al of niet instellen van een gezondheidsonderzoek. Voor de uitvoering wordt vaak gebruik gemaakt van het Centrum Gezondheidsonderzoek bij Rampen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).



## 7. Platform voor getroffen en

Getroffen en van een ramp verkeren ongewenst in een afhankelijke en soms gehandicapte situatie. In Enschede zijn 1.250 mensen huis en haard kwijtgeraakt. Het IAC heeft geholpen om de getroffen en niet afhankelijk te maken van een veelvoud aan instanties. De ervaringen met de Bijlmerramp en ook de Faro vliegramp (Ten Hove, 2002) hebben duidelijk gemaakt dat de getroffen en een georganiseerd verband nodig hebben als spreekbuis. Bij de Enschede ramp is de vorming van een bewoners/getroffen envereniging met professionele ondersteuning daarom actief gestimuleerd. Deze 'empowerment' heeft ertoe bijgedragen dat de bewoners bij overheden en instanties actief hun belangen hebben behartigd. De Belangenvereniging Slachtoffers Vuurwerk-ramp Enschede vervult ook een rol in de voorlichting over de materiële, lichamelijke en psychische gevolgen van de ramp en wat daaraan gedaan kan worden. Deze bewonersvereniging is actief betrokken geweest bij de schadeafhandeling en de plannen voor de herbouw van de wijk. Verder is ze actief betrokken bij de herdenkingen. Het opzetten van een dergelijk platform voor getroffen en dient na elke ramp gestimuleerd te worden.

## 8. Rol van de huisarts

Ook in deze tweede nazorgfase hebben huisartsen een hele centrale rol. De eerste psychologische hulp is achter de rug, maar nu draait het om het diagnosticeren, behandelen en doorverwijzen van patiënten die blijvende klachten ontwikkelen. Dit wijkt niet wezenlijk af van de hulpverlening die huisartsen aan 'reguliere' patiënten bieden, behalve dat de huisarts bekend moet zijn met de specifieke organisatievormen die na de ramp zijn ingesteld, zoals een IAC of een gespecialiseerd GGZ-team. Voor goede afstemming van de hulpverlening en informatievoorziening richting de huisartsen, is het wenselijk om een huisartsenvertegenwoordiger zitting te laten nemen in het nazorgoverleg van de GGD.

Verder kan de huisarts door de GGD gevraagd worden om medewerking te verlenen aan een grootschalig gezondheidsonderzoek.

# Voorbeeld slachtofferinformatie

Na de schok... de draad weer oppakken.

Informatie voor jongeren en volwassenen die betrokken zijn geweest bij een schokkende gebeurtenis.

Betrokken raken bij een schokkende gebeurtenis, dat laat niemand onberoerd. Niemand is er echt op voorbereid en als het gebeurt, kan dat ingrijpende gevolgen hebben. De emotionele en lichamelijke reacties kunnen zeer hevig zijn. Deze brochure geeft informatie over het verwerken van een schokkende gebeurtenis. Hij is bedoeld voor betrokkenen, maar ook voor hun partner, familie of vrienden.

## Tijdens en vlak na de gebeurtenis

Op het moment zelf reageren de meeste mensen als vanzelf, zonder erbij na te denken. Je schakelt als het ware de automatische piloot in. Dit zorgt er voor dat je geen domme of gevaarlijke dingen doet. Het stelt mensen in staat de situatie zo goed mogelijk door te komen, om te overleven. Je sluit je gevoelsmatig af. De een voelt zich onwerkelijk en anders dan normaal of heeft het idee naar een film te kijken. De ander voelt juist niets en staat verstijfd aan de grond genageld. Een enkeling raakt in paniek of kan zijn gevoelens van woede niet onderdrukken. Als de eerste schok voorbij is ontstaat er eerst ongeloof en verbijstering. Daarna komen vaak heftige reacties zoals angst, boosheid, verdriet, trillen of beven. Deze reacties duren een tijdje. Bij de één een paar minuten, bij de ander een paar uur of zelfs een paar dagen.

De reacties na een schokkende gebeurtenis verschillen van persoon tot persoon. Hieronder volgt een aantal klachten die kunnen voorkomen. Alle stressreacties, zoals ermee bezig blijven, bang zijn, vermoeidheid en verlies van geduld en concentratie zijn normale reacties op abnormale schokkende gebeurtenissen. Iedereen heeft er in meer of mindere mate mee te kampen.

## Alles opnieuw beleven

De indruk die een gebeurtenis nalaat kan zo sterk zijn dat die later als het ware opnieuw beleefd wordt, zelfs lange tijd daarna. De een beleeft vaak 's nachts opnieuw wat er gebeurd is in dromen of nachtmerries. De ander neemt steeds levendige beelden waar of geluiden of geuren, met alle bijbehorende emoties. Het opnieuw beleven van de gebeurtenis kan leiden tot veel spanning en angst. Dit zijn echter heel normale reacties. Ook kunnen herinneringen aan schokkende gebeurtenissen uit het verleden weer naar boven komen en emoties oproepen.

## Ontkennen

Veel mensen proberen de gebeurtenis te vergeten of doen alsof er eigenlijk niets is gebeurd. Ze gaan daarom alle herinneringen uit de weg. Sommige mensen vermijden bijvoorbeeld situaties die lijken op die waarin de schokkende gebeurtenis plaatsvond. Dat kan nodig zijn om de vreselijke ervaring stukje bij beetje te verwerken. Er zijn ook mensen die zich afsluiten voor anderen. Dat geeft een eenzaam en wanhopig gevoel of er wordt juist helemaal niets gevoeld of gewild. De toekomst lijkt somber.

## Spanningen

Een schokkende gebeurtenis kan spanningen tot gevolg hebben. Mensen worden prikkelbaar, argwanend en schrikachtig of kunnen niet meer slapen. Ook geheugenproblemen en moeite met concentreren kunnen voorkomen. Huilbuien, een gevoel van onwerkelijkheid en het leven niet meer aankunnen, machteloosheid, zinloosheid, een uitgeblust gevoel, boosheid: het zijn allemaal natuurlijke uitingen van spanningen na een ingrijpende, schokkende ervaring. Ook relaties kunnen onder druk komen te staan. Soms krijgen betrokkenen het gevoel dat ze te weinig of op verkeerde momenten aandacht krijgen of dat ze anderen te weinig aandacht geven.

## Lichamelijke klachten

Soms uiten spanningen zich in lichamelijke klachten zoals slapeloosheid, misselijkheid, lusteloosheid, een beklemd gevoel, ademhalingsmoeilijkheden of een koud en verdoofd gevoel. Meestal verminderen deze klachten op den duur.

## Overigens

Verjaardagen van de gebeurtenis of van overleden betrokkenen kunnen hevige emoties losmaken. Ook wanneer er een andere ramp gebeurt, kan dit herinneringen aan de eigen ervaringen oproepen.

## Praten helpt

Het belangrijkste is om gevoelens niet op te kroppen, hoe geschokt of geschrokken iemand ook is. Praten of schrijven over de ervaringen is erg belangrijk. Het geeft woorden aan een gebeurtenis waar men eigenlijk sprakeloos van is.

### Onderstaande adviezen kunnen helpen bij het verwerken:

- Praat met anderen die hetzelfde hebben meegemaakt. Het helpt om te weten wat er precies is gebeurd en om te weten dat ook anderen moeite hebben alles te verwerken.
- Huilen lucht op. Het is beter om gevoelens te uiten dan te vechten tegen de tranen.
- Pak beetje bij beetje de vertrouwde routine van elke dag weer op en wees actief. Door afleiding te zoeken en anderen te helpen, kunnen veel mensen de schok een beetje opvangen.
- Alcohol helpt niet, integendeel. Zelf medicijnen kiezen lost ook niets op.

### Tips voor de naaste omgeving:

- Toon belangstelling en geef serieuze aandacht.
- Wees echt in uw reacties en voorkom sensaties.
- Besef dat iedereen op zijn eigen manier reageert.
- Besef dat getroffen vaak hun verhaal willen vertellen.
- Biedt praktische hulp als men dat nodig heeft; zorg voor enig overzicht en structuur.
- Laat ongevraagde adviezen achterwege.
- Let op dat men voldoende rust of ontspanning neemt.
- Vermijd sensatie en flauwe grappen.
- Laat wat van je horen en toon medeleven.
- Vraag in de weken of maanden erna hoe het gaat.
- Laat verwijten en beschuldigingen achterwege.
- Betuttel de persoon niet.

## Hulp vragen

Een verwerkingsproces kost tijd en inspanning. De reacties op aangrijpende ervaringen zullen na verloop van tijd afnemen, maar soms blijft een schokkende gebeurtenis iemand nog lang bezighouden. In dat geval kan extra hulp nodig zijn. Veel mensen zoeken en vinden steun in hun directe omgeving. Het vragen om professionele hulp is aan te raden als de reacties en klachten na drie maanden niet verminderen. Dan is het goed om contact op te nemen met de huisarts en uit te leggen dat ze te maken hebben met de schokkende gebeurtenis. Dat is voor een huisarts namelijk niet altijd meteen duidelijk.

### Professionele hulp is aan te bevelen als na drie maanden nog enkele van onderstaande reacties aanwezig zijn:

- Actief met de gebeurtenis bezig blijven.
- Moeilijk kunnen geloven wat er gebeurd is.
- In gedachten steeds met de gebeurtenis bezig zijn of er juist niet aan willen denken.
- De plaats van de gebeurtenis vermijden, of steeds weer opzoeken.
- Zich momenten tijdens de schokkende gebeurtenis niet kunnen herinneren.

- Geïrriteerd of zonder reden boos zijn.
- Schrikachtig, overbezorgd of angstig zijn.
- Neerslachtig zijn.
- Geen fut meer hebben en weinig belangstelling.
- Zich kwetsbaar voelen.
- Zich moeilijk kunnen concentreren, thuis, op het werk of op school.
- (Zichzelf) verwijten maken.
- Nachtmerries hebben of slecht slapen.
- Zich onhandig voelen.
- Een eenzaam gevoel.
- Geen waarde meer hechten aan relaties.
- Meer gaan eten, roken, drinken of medicijnen gebruiken.
- Lichamelijke klachten zoals hoofd-, spier- of maagpijn, vermoeidheid of hartkloppingen.

## Professionele hulp

Voor hulp kan men terecht bij de huisarts, Slachtofferhulp Nederland of het Algemeen Maatschappelijk Werk. Wanneer dat nodig is kan men voor specialistische hulp naar een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

### Sensor Telefonische Hulpdienst

0900 – 0767 (dag en nacht bereikbaar)

*Bron: Overleg Psychosociale Rampen Opvang Nederland (OPRON)*

# Literatuur

Voor meer informatie over psychosociale nazorg kunt u de volgende literatuur raadplegen.

## NHG-Standaarden

- NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik, 2009.
- NHG Standaard slaapproblemen en slaapmiddelen, 2005.
- NHG-Standaard Angststoornissen, 2004.
- NHG-Standaard Depressie, 2003.

## Diagnose-instrumenten PTSS

- Brom, D. en Kleber, R.J. (1985). De Schok Verwerkings Lijst (SVL). Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 40, 164-168.
- Hovens, J.E., B.A. Luinge en A. van Minnen (vert.), Klinisch interview PTSS. Cure & Care Publishers, Nijmegen, 2005.
- Hovens, J.E., I. Bramsen en H.M. van der Ploeg, Zelfinventarisatielijst PTSD, 2001.

## Documentatie over nazorg na rampen

- Handreiking huisartsenzorg en GHOR, 2009 (LHV, NHG, VHN, GHOR).
- Handreiking voor zelforganisaties van rampgetroffenen: 'Samen slimmer, samen sterker'. Uitgave van Impact, Amsterdam, mei 2008, Imkje Cancrinus & Josée Netten.
- Multidisciplinaire richtlijn: vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (GGZ).
- Landelijk Model procesplan PSHOR, GHOR Nederland (voorheen Raad van RGF'en), in samenwerking met OPRON en IPSHOR, 2004.

## Gerelateerde documentatie

- Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten (NVAB).
- Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim (NVAB en LHV)
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen: richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis, 2003.

## Wetenschappelijke publicaties

- Bokhoven, I. van en L. Grievink, *Vragenlijsten voor algemene en psychosociale gezondheid voor gezondheidsonderzoek na rampen*. Psychologie en gezondheid: 2008, 36/3.
- Dorn, T., P.M.H. ten Veen en C.J. IJzermans, *Gevolgen van de Nieuwjaarsbrand in Volendam voor de gezondheid. Eindrapport van de monitoring in huisartsenpraktijken en apotheken*. NIVEL, 2007.
- Drogendijk, A.N. en J.C.M. Netten, *Culturele context en nazorg bij rampen*. Psychologie en gezondheid: 2008, 36/3.
- IJzermans, J., Soeteman, R., *Gezondheidsproblemen en zorggebruik na drie rampen in Nederland: monitoring in de huisartspraktijk*. Psychologie & Gezondheid: 2008, 36(3), 141-146.
- Netten, J.C.M., *Cultuur sensitieve nazorg na rampen. Lessons learned & good practices*. Stichting Impact: 2002.
- Soeteman, J.H., *Health problems of Enschede residents in the aftermath of the fireworks disaster: a longitudinal study with a pre-disaster assessment in general practice*. Utrecht: NIVEL, 2009. 179 p. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.
- Velden, P.G. van der, A.N. Drogendijk, L. Grievink, *Gezondheidsklachten bij allochtone getroffen van de vuurwerkbrand Enschede*. Nederlands Tijdschrift voor Behavioral Medicine, jaargang 18, nummer 1, juni 2007.
- AMC Magazine, C. Engelsberts, *Afwachten beter dan snelle hulp* (interview met Marit Sijbrandij).

Op de LHV-website kunt u doorlinken naar deze literatuur (Huisartsenzorg > Samenwerking > Bij ongevallen en rampen).

# Contactgegevens

In geval van een ramp kunt u bij de volgende landelijke instanties terecht voor meer informatie.

## Met vragen over de rol van de huisartsen:

Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)  
www.lhv.nl  
(030) 282 3723

## Met vragen over het toezicht op psychosociale hulpverlening:

Inspectie voor de Gezondheidszorg  
(IGZ) www.igz.nl  
(088) 120 5000

## Met vragen over nazorg na rampen:

Stichting Impact  
www.impact-kenniscentrum.nl  
(020) 566 2102

## Met vragen over het landelijke beleid van de GGD'en:

GGD Nederland  
www.ggd.nl  
(030) 252 3004

## Met vragen over het landelijke beleid van de GHOR:

GHOR Nederland  
www.ghor.nl  
(030) 252 5077

## Met vragen over gezondheidsonderzoek na rampen:

RIVM Centrum Gezondheid en Milieu  
www.rivm.nl/gor  
(030) 274 4569

## Met vragen over NHG-Standaarden:

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)  
www.nhg.org  
(030) 282 3500

## Met vragen over nazorg in de huisartsenpost:

Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)  
www.vhned.nl  
(030) 282 3788

# Om in te vullen

Vul zelf de regionale contactgegevens in, zodat u na een ramp snel weet bij wie u regionaal terecht kunt voor informatie over de nazorg.

## **GHOR**

Telefoon:

---

www

---

Contactpersonen:

---

---

## **GGD**

Telefoon:

---

www

---

Contactpersonen:

---

---

## **Huisartsenkring**

Telefoon:

---

www

---

Contactpersonen:

---

---

## **Huisartsenpost**

Telefoon:

---

www

---

Contactpersonen:

---

---

## **GGZ**

---

Telefoon:

---

www

---

Contactpersonen:

---

---

## **Slachtofferhulp Nederland**

---

Telefoon:

---

www

---

Contactpersonen:

---

---

## **Maatschappelijk Werk**

---

Telefoon:

---

www

---

Contactpersonen:

---

---

## **Gemeente**

---

Telefoon:

---

www

---

Contactpersonen:

---

---









