

Bij psychosociale zorg aan getroffen en van een ramp of schokkende gebeurtenis, is het van belang dat hulpverleners zich laten leiden door de best beschikbare informatie over de effecten van die zorg. Om hen hierbij te ondersteunen, is de evidence-based multidisciplinaire richtlijn 'Vroegtijdige psychosociale interventies' ontwikkeld. Eind 2009 is in dit tijdschrift commentaar geleverd op deze richtlijn. Hans te Brake en collega's juichen een constructieve discussie toe, en gaan daarom in op dat eerdere commentaar.

RICHTLIJNEN VOOR HET LEVEREN VAN PSYCHOSOCIALE ZORG DIE AANSLUIT OP DE BEHOEFTE VAN GETROFFENEN

DE MENSELIJKE MAAT

In de nasleep van de vliegcrash in de Bijlmermeer, de Herculesramp, de vuurwerkramp in Enschede en de cafébrand in Volendam, is psychosociale nazorg prominenter op de beleidsagenda geplaatst. Hij is een essentieel onderdeel geworden van de nafsfe en in toenemende mate onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. Dit is noodzakelijk, want in de schaduw van de veerkrachtige en zelfredzame meerderheid van de getroffen, staat een kleinere maar significante groep getroffen, circa 20-25%, die kampt met rampgerelateerde psychische klachten en/of stoornissen die bovendien lang kunnen duren, soms wel jaren (Norris, Friedman & Watson, 2002).

Psychosociale zorg na (grootschalige) schokkende gebeurtenissen is dus essentieel, maar moet wel worden aangeboden volgens de laatste aantoonbaar werkzame praktijken. Dat lijkt een open deur, maar is het niet. De invulling, uitvoering en eventuele follow-up van vroegtijdige psychosociale interventies, zijn afhankelijk van de inzichten van organisaties, individuele hulpverleners en soms van commerciële

belangen. Dit leidt ertoe dat deze vorm van nazorg op veel verschillende manieren wordt geboden. Getroffenen ontvangen lang niet altijd optimale zorg of worden ten onrechte belast met niet-passende interventies.

Daarom heeft Impact in samenwerking met het Trimbos-instituut en met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, een evidence-based multidisciplinaire richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies ontwikkeld (Impact, 2007, hierna te noemen 'de richtlijn').

De richtlijn beschrijft drie doelstellingen van vroegtijdige psychosociale interventies: 1) het bevorderen van natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen; 2) signaleren van getroffen die behoefte hebben aan acute psychische hulp; 3) zo nodig doorverwijzen en zo nodig behandelen van getroffen die behoefte hebben aan acute psychische hulp. De richtlijn biedt handvatten voor de psychosociale zorgverlening in de eerste zes weken na een ramp, een terroristische aanslag of andere schokkende gebeurtenis. Een richtlijn als deze helpt hulpverleners de crisis te beheer-

De aanbevelingen zijn gebaseerd op consensus onder experts en 'best practices'

sen en de zorg aan getroffen en optimaal te laten verlopen. Daarbij geldt dat bij de toepassing van een richtlijn rekening moet worden gehouden met de specifieke omstandigheden en de mogelijkheden en beperkingen die daaruit volgen. Een richtlijn geeft richting en is geen voorschrift. De richtlijn is geautoriseerd door zeventien partijen die werkzaam zijn in het veld. Voor een uitgebreide beschrijving van het ontwikkeltraject, de betrokken partijen, en de inhoud van de richtlijn verwijzen we naar Te Brake et al. (2009).

Met de richtlijn is een start gemaakt met het formaliseren van aanbevelingen; daarmee biedt zij een uitgangspunt voor nadere discussie, concretisering en uitwerking. In dit artikel willen wij deze discussie op constructieve wijze aangaan. Wij doen dat in reactie op de bijdrage van Van der Velden et al. (2009 – hierna te noemen 'het commentaar') dat in november 2009 in dit tijdschrift verscheen. Naar ons idee geeft het commentaar hier en daar een onvolledige voorstelling van zaken, en bestaat (mede daardoor) de kans dat eerder gevoerde discussies worden herhaald. Gezien het belang van het onderwerp lijkt dit ons een bijzonder onwenselijke zaak. Het doel van dit artikel is de inhoud van de richtlijn zoals deze in 2007 is ontwikkeld naar voren te brengen, en daarbij ook mogelijke verbeterpunten voor de toekomst te bespreken.

EEN REACTIE OP HOOFDPUNTEN Hoewel we een polemiek louter voor ingewijden willen voorkomen, leek het ons verstandig deze reactie op te bouwen rond de negen 'Hoofdpunten herziene richtlijn', zoals die op pagina 571 van het commentaar worden opgesomd. Deze punten moeten volgens Van der Velden et al. gezien worden als 'wijzigingsvoorstel' voor de huidige richtlijn. Op voorhand moet worden vastgesteld dat de negen punten deels overlappend zijn geformuleerd. Tegelijkertijd zijn ze niet genoeg 'dekkend' om recht te doen aan de veelheid aan opmerkingen die elders in het commentaar wordt gegeven. Niettemin denken wij dat de geïnteresseerde lezer op deze manier voldoende houvast heeft om de discussie op waarde te schatten.

HOOFDPUNT 1

De herziene richtlijn 'richt zich op de brede categorie van psychosociale problemen en behoeften, en niet alleen op PTSS'

De richtlijn houdt zich zeker niet alleen bezig met posttraumatische stressstoornis (PTSS). Deze misvatting komt waarschijnlijk voort uit het feit dat de beschikbare wetenschappelijke literatuur zich overwegend op PTSS richt. De richtlijn is echter niet alleen gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Sterker nog, veel van de aanbevelingen zijn gebaseerd op consensus onder experts en zogenoemde *best practices*. PTSS is een serieus te nemen effect na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen, en vormt daarmee een belangrijke uitkomstmaat. Maar de voorkomende psychosociale problemen en behoeften zijn omvangrijker en diverser dan PTSS alleen. Denk hierbij onder meer aan middelenmisbruik, depressieve klachten, angstsymptomen en -stoornissen, en lichamelijk onverklaarde klachten (De Vries et al., 2007). Comorbiditeit is eerder regel dan uitzondering. Verder zijn er psychosociale gevolgen die niet direct gerelateerd zijn aan psychopathologie, zoals materiële problematiek en normale menselijke gevoelens zoals boosheid en onzekerheid. De richtlijn stelt expliciet vast (Impact, 2007, p. 12) dat aan de term psychosociale interventies meer recht wordt gedaan als naast PTSS ook aandacht wordt besteed aan deze psychosociale gevolgen (en daaraan gerelateerde behoeften). Het is derhalve wat eigenaardig dat in het commentaar wordt gesteld dat het gaat om de 'zeer principiële' vraag of '[...] een psychosociale richtlijn voor allerlei typen schokkende gebeurtenissen zich (alleen) moet richten op (dreigende) psychopathologie, en dan met name PTSS, of zich juist moet richten op de ontstane en de veel bredere categorie van psychosociale problemen en behoeften?' (p. 570). Binnen de huidige richtlijn is dit geen principiële kwestie, en zijn de doelstellingen nadrukkelijk gericht op een brede psychosociale nazorg.

HOOFDPUNT 2

De herziene richtlijn 'wekt niet de indruk dat alle schokkende gebeurtenissen (van rampen tot roofovervallen, dood et cetera) vanuit psychosociaal perspectief eenzelfde benadering behoeven'

Elke ramp is anders. Anders in omvang, duur en dynamiek. Ook betrekkelijk kleine gebeurtenissen kunnen rampzalige gevolgen hebben op individueel niveau. Dit kunnen gebeurtenissen zijn die op andere betrokkenen geen enkele indruk hebben gemaakt, en over het algemeen genomen door de buitenwereld niet als 'schokkend' zouden worden aangemerkt. Voor een getroffene doet dat er niet toe. Indien een getroffene verwerkingsproblemen ervaart, moet zo tijdig mogelijk adequate psychosociale hulp aangeboden worden. De precieze concrete aanleiding en omstandigheden zijn van ondergeschikt belang. De menselijke maat moet worden genomen, compassie en gezond verstand zijn hierbij belangrijke richtinggevendende menselijke principes. Gezien de enorme diversiteit van mogelijke situaties is het voor een richtlijn onwenselijk hier al te gedetailleerd op in te gaan. Het bieden van een steunende context en tijdige en juiste signalering van de getroffenen die behandeling behoeven, blijft in alle gevallen de aangewezen interventie. De exacte context van een schokkende gebeurtenis voegt hier niets aan toe, noch doet hij er iets aan af. Het ligt bovendien meer voor de hand om uit te gaan van de overeenkomsten tussen groot- en kleinschalige gebeurtenissen, dan de verschillen te benadrukken (zie ook hoofdpunt 7, hieronder). De richtlijn beargumenteert deze keuze door te wijzen op 'de vergelijkbaarheid van effecten die kleinschalige en grootschalige gebeurtenissen sorteren en de afwezigheid van onderzoek waaruit het tegendeel blijkt' (Impact, 2007, p. 11). Dit is overigens in overeenstemming met het in het commentaar genoemde principe van *evidence informed* conclusies zoals geformuleerd door Hobfoll et al. (2007).

HOOFDPUNT 3

De herziene richtlijn 'is een algemene richtlijn ten behoeve van welbevinden van getroffenen en geen ggz-richtlijn. (Indien het een ggz-richtlijn blijft, beperk deze dan tot het ggz-domein (psychopathologie))'

Ook een (multidisciplinaire) ggz-richtlijn kan het welbevinden van getroffenen centraal stellen; de richtlijn 'Vroegtijdige interventies' doet dat in haar doelstellingen expliciet. Het belangrijkste uitgangspunt is het gegeven dat een ruime meerderheid van getroffenen voldoende veerkracht vertoont om op eigen kracht te herstellen, dat wil zeggen, zonder interventie vanuit het ggz-domein (Te Brake, Van der Post & De Ruyter, 2008). In het commentaar wordt melding gemaakt van bestaande richtlijnen of trends waarin het pathologiseren van getroffenen centraal staat. Voor zover dit al het geval is, wil de richtlijn hier juist iets tegenover zetten,

door de nadruk te leggen op het eigen herstelvermogen en de veerkracht van getroffenen. De richtlijn zou daarmee bovendien een ongewenste commercialisering van de zorg kunnen tegengaan.

HOOFDPUNT 4

De herziene richtlijn 'bevat aanbevelingen hoe te komen tot een adequate inschatting (taxatie) van de opgeroepen psychosociale problemen en behoeften, om zodoende gericht te kunnen bepalen of en welke psychosociale interventies door welke hulpverleners of functionarissen en/of organisaties wenselijk zijn'

Ongeacht de complexe dynamiek direct na een schokkende gebeurtenis, zijn er interventies die op basis van wetenschap en/of praktijk niet blijken te werken of zelfs een averechts effect hebben. Een goed voorbeeld hiervan is de zogenaamde eenmalige psychologische debriefing, waarvan is aangetoond dat deze het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis niet voorkomt en dat deze interventie het effect van traumatische stress niet vermindert (Arendt & Elklit, 2001; Sijbrandij et al., 2007; Marchand et al., 2006). Hierover doet de richtlijn uitspraken, waarbij deze niet pretendeert een pasklaar antwoord (c.q. interventie) te hebben op iedere mogelijke situatie. Het vooraf beschrijven van een concreet vastgestelde handelwijze zou zelfs belemmerend kunnen werken, gezien het feit dat elke grootschalige gebeurtenis weer een eigen dynamiek kent en moet worden toegepast op het individu. De richtlijn moet gezien worden als richtinggevend principe, waarbij zo concreet mogelijk wordt geadviseerd, en tegelijkertijd de professionele autonomie in stand wordt gehouden. Zij moet gezien worden als halffabricaat. Op deze manier is invulling te geven aan de complexe situatie die vrijwel per definitie ontstaat na een (grootschalige) schokkende gebeurtenis. Vanuit training en opleiding moet de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen (PSHOR – hieronder vallen maatschappelijk werk, slachtofferhulp, de GGD en ggz)

Comorbiditeit is
eerder regel dan
uitzondering

in staat zijn om zelf een antwoord te formuleren op concrete vragen als 'hoe kom ik tot een goede beoordeling van de situatie?' en 'hoe kan ik bepalen bij wie het aan steunende context ontbreekt?' Een richtlijn moet niet gezien worden als een vervanging van die opleiding. De 'concrete en praktische vragen' zoals die (op p. 571 van het commentaar) worden genoemd, zijn dus juist gezien de dynamiek van de situatie onmogelijk op voorhand te beantwoorden.

Wel wijst de richtlijn er op dat een aanzienlijke groep getroffen (20-25%) adequate hulp nodig heeft. Deze groep moet tijdig geïdentificeerd worden en naar juiste zorg worden verwezen. Juist aan dit laatste schort het nog weleens (Brewin et al., 2002) en een actieve benadering voor deze groep is dan ook aanbevolen. Na de Schipholcrash van 25 februari 2009 heeft de GGD Kennemerland een dergelijke actieve houding aangenomen door alle getroffen (voor zover bereikbaar) telefonisch te benaderen. Uit deze nazorg kwam naar voren dat ook op langere termijn nog vele getroffen behoefte hadden aan psychosociale zorg, en dat lang niet alle getroffen tijdig deze zorg hebben gekregen (nu.nl, 2009).

Daarnaast is het aannemelijk dat de grote 'veerkrachtige' groep wel enige ondersteuning nodig heeft, en in het algemeen geldt voor alle getroffen dat zij in de acute fase voorzien moeten worden van een steunende context. De richtlijn beveelt dan ook expliciet aan te voorzien in een steunende omgeving aan getroffen. Die bestaat uit het bieden van een luisterend oor, steun en troost, maar ook uit het geven van praktische ondersteuning, feitelijke en juiste informatie, en het zo spoedig mogelijk herenigen van getroffen met de eigen sociale omgeving.

HOOFDPUNT 5

De herziene richtlijn 'heeft expliciet aandacht voor samenwerking met de vele andere actoren bij een ramp of calamiteit. Een integrale aanpak verdient sterke voorkeur'

Dat in het voorgaande betoogd wordt dat een al te concrete uitwerking van de richtlijnen onmogelijk en zelfs onwenselijk is, wil niet zeggen dat een herziening niet tot een aanvullende focus kan leiden. Een aandachtspunt is bijvoorbeeld de uitwerking van de coördinatie van acute psychosociale zorg

BOX 1. ONDERZOEKSAGENDA

De werkgroep beveelt aan:

het vertalen en vervolgens valideren van niet-Nederlandstalige (veelal Engelstalige) screeningsinstrumenten. Validering moet plaatsvinden in Nederlandse populaties van getroffen van rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen (2)
aanvullend onderzoek in populaties van getroffen van rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen naar de bruikbaarheid van screeningsinstrumenten die zijn gebaseerd op risicofactoren (5)
verder onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van populatiebrede screening na traumatische gebeurtenissen (6)
verder onderzoek naar het meest geschikte moment van screening na een ramp, terroristische aanslag of andere schokkende gebeurtenis (8)
verder onderzoek naar de potentieel negatieve gevolgen van screening bij slachtoffers van rampen, terroristische aanslagen en andere ingrijpende gebeurtenissen (9)
nader onderzoek naar de effectiviteit van Critical Incident Stress Management (CISM) (19)
nader onderzoek naar de effectiviteit van de psychologische eerstehulpmodule (20)
nader onderzoek naar de effectiviteit van een gestructureerd opvangprotocol als preventieve interventie voor kinderen (22)
nader onderzoek naar de effectiviteit van EMDR als curatieve vroegtijdige interventie gedurende de eerste zes weken na ingrijpende gebeurtenissen (25)
nader onderzoek naar de effectiviteit van EMDR als vroegtijdige curatieve interventie bij kinderen (29)
verder onderzoek naar farmacologische interventies bij kinderen (30)

Noot: het cijfer verwijst telkens naar het nummer van de betreffende aanbeveling

Een ruime meerderheid vertoont voldoende veerkracht om op eigen kracht te herstellen

binnen het netwerk van hulpverleners en ondersteunende organisaties (cf. het commentaar op p. 570). Een organisatie als samenwerkingsverband van mensen (hulpverleners) en middelen (interventies) gericht op doelbereiking (adequate psychosociale zorg aan getroffenen) heeft volgens de netwerktheorie behoefte aan een coördinator (Klijn & Koppenjan, 2001). Die coördinatie is een punt van aandacht en een bekend thema binnen de rampen- en crisisbeheersing (Beerens, Stalenhoef-Willemsen & Tonnaer, 2008). Redenerend vanuit de richtlijn zou het netwerk van hulpverleners op zodanige wijze moeten worden ingevuld en gecoördineerd dat zij een zo effectief en efficiënt mogelijke rol spelen in het bieden van een steunende context en psychologische triage. Dit laatste heeft als doel pathologie te onderscheiden van 'normale stressreacties'. De richtlijn onderkent hierbij het belang van zowel nulde- als eerstelijnsactoren in de acute fase. Een ander aandachtspunt is de bruikbaarheid van aanbevelingen voor bijzondere doelgroepen, al dan niet in de vorm van beroeps- of doelgroepspecifieke multidisciplinaire richtlijnen of aanbevelingen (dit is in de richtlijn opgenomen als aanbeveling 36) voor bijvoorbeeld de opvang van kinderen en geüniformeerde hulpverleners (politie, brandweer, ambulance). Om richting te geven aan het handelen van hulpverleners kan niet worden volstaan met de notie maar 'te zien hoe het gaat, afhankelijk van de omstandigheden'. Het commentaar om tot heldere aanbevelingen te komen is dan ook lovenswaardig. Concreter is beter.¹

HOOFDPUNT 6

De herziene richtlijn 'bestedt expliciet aandacht aan context, dynamiek, en nasleep van de schokkende gebeurtenis en koppelt aanbevelingen daaraan. Een zesweken criterium² is daarmee van ondergeschikt belang'

Dit is een variant op het tweede hoofdpunt uit het commentaar, over de 'eenzelfde benadering' van allerlei typen schokkende gebeurtenissen. Het feit dat direct na een gebeurtenis een grote diversiteit aan klachten ontstaat onder getroffenen, wordt deels veroorzaakt door de grote variëteit aan schokkende gebeurtenissen waarmee getroffenen geconfronteerd wor-

den. Een aanvullende en minstens zo belangrijke verklaring ligt in de verschillende reacties van getroffenen zelf. Door te stellen dat de inhoud van de hulpverlening na schokkende gebeurtenissen idealiter bepaald wordt door de consequenties ervan (zie p. 569 van het commentaar) komen we niet dichterbij een beschrijving van de handelwijze in de acute fase. Immers, klachten die samenhangen met de ervaren gebeurtenissen openbaren zich vaak geruime tijd na de gebeurtenis zelf. In de acute fase kan het handelen van de hulpverlener zich per definitie niet richten op wat mogelijk nog gaat gebeuren. Het 'zesweken criterium' heeft hier inhoudelijk niet veel mee te maken. De richtlijn geeft zelf al aan dat deze afbakening min of meer arbitrair is. Een beter onderbouwde afbakening voor 'vroegtijdige interventies' zou inderdaad wenselijk zijn. Dat de richtlijn deze termijn aanhoudt, wil bovendien niet zeggen dat het daarna klaar is. Het gaat erom wat er gedurende die acute fase wél moet gebeuren.

HOOFDPUNT 7

De herziene richtlijn 'is dermate flexibel dat naar gelang de aange troffen situatie gehandeld kan worden'

Zoals hierboven al op verschillende momenten verwoord is een gedetailleerd en pasklaar antwoord op de vraag welke interventies aangeboden moeten worden na een schokkende gebeurtenis, niet mogelijk. Deze constatering ontslaat ons echter niet van de plicht zo goed mogelijk voorbereid te zijn. Er zijn in hoofdlijnen wel zeker conclusies te trekken, niet zozeer gebaseerd op de situationele omstandigheden, maar gebaseerd op de noden van de getroffenen zelf. Dit is niet alleen het uitgangspunt van de richtlijn, maar het wordt ook geaccepteerd als algemeen uitgangspunt voor de hulpverlening: de getroffene staat centraal (zie bijvoorbeeld de TENTS Richtlijn, 2004). Het commentaar neigt zelf ook naar deze conclusie als gesteld wordt dat 'los van alle specifieke bijzonderheden van allerlei schokkende gebeurtenissen, [ongeloof, verbijstering, onzekerheid en stress, en bij grootschaligere gebeurtenissen is er altijd sprake van chaos en crisis] steeds min of meer terugkerende verschijnselen [zijn]' (p. 569). Er zit een gemeenschappelijke factor achter de variatie, er is een

De richtlijn mag nooit als dwingend protocol worden gebruikt

redelijk voorspelbaar continuüm. Ook hier lijkt het verstandiger uit te gaan van de overeenkomsten, in plaats van de verschillen. Dit maakt het mogelijk maatregelen aan te wijzen en voorbereidingen te treffen voor de uitvoering daarvan.

Het commentaar dat psychosociale zorg meer omvat 'dan interventies of activiteiten vanuit de professionele psychosociale zorg' (p. 572) is waar, maar spreekt voor zich. Immers, uit bovenstaande wordt duidelijk, en de richtlijn onderschrijft dit ook, dat nulde- en eerstelijns hulpverleners een belangrijke taak hebben in het behalen van de doelstellingen die in de inleiding genoemd worden. Minder voor de hand liggend is de opmerking dat 'het risico bestaat en ook al zichtbaar is, dat de richtlijn als dwingend protocol wordt gehanteerd' (p. 571). Op basis van welke waarneming wordt dit geconcludeerd? De richtlijn mag nooit als dwingend protocol worden gebruikt. Iets verder volgt het commentaar: 'in de huidige richtlijnen worden afwijkingen van de regels [...] alleen geaccepteerd, indien beargumenteerd en gedocumenteerd'. Dat is conform de standaard hoe gewerkt wordt met richtlijnen. Men moet zich toetsbaar opstellen. De achterliggende gedachte hierbij is dat organisaties zich dienen te verantwoorden over hun handelen en niet alleen naar eigen inzicht optreden. Organisaties zouden zich juist moeten conformeren aan transparant werken en het afleggen van verantwoording. Voorkomen moet worden dat commercieel of publiek gefinancierde instituten zich onttrekken aan toezicht door het professionele veld. Dit verhoogt helderheid in werken, wat we allemaal zouden moeten nastreven. Alleen dan kan worden nagegaan of getroffen en de juiste zorg krijgen. Overigens kan juist door een dergelijke doorzichtige manier van werken naar voren komen dat richtlijnen aangepast of verbeterd moeten worden.

HOOFDPUNT 8

De herziene richtlijn 'verwijst voor behandeling van psychische stoornissen direct en consequent naar bestaande ggz-richtlijnen'

De richtlijn is gericht op vroegtijdige psychosociale interventies. Voor de behandelingen die de acute fase overstijgen verwijst de huidige richtlijn al naar bestaande richtlijnen en protocollen. In de acute fase zal de aandacht vooral gaan naar een tijdige en juiste signalering van de hulpbehoevende getroffen en. Psychologische triage wordt aanbevolen om een meer concrete invulling te geven aan de vroege identificatie van getroffen en die acute en actieve hulp nodig hebben. Voor hen worden curatief toepasbare psychotherapeutische methoden beschreven. Ten slotte is de organisatie van de acute en vroegtijdige zorg cruciaal. Ook daar geeft de richtlijn invulling aan, waarbij de oprichting van een toegankelijk loket voor het afhandelen van allerlei vragen van getroffen en expliciet wordt besproken (de ook in het commentaar genoemde één-loketfunctie, het Informatie- en Adviescentrum).

HOOFDPUNT 9

De herziene richtlijn 'beperkt zich tot rampen en calamiteiten (grootschalige gebeurtenissen) en maakt een duidelijk onderscheid met incidenten (verkeersongevallen en dergelijke)'

Dit laatste hoofdpunt overlapt grotendeels met punt twee, vier en zes over context en eenduidigheid van aanpak. Zoals hierboven uiteengezet is een messcherp onderscheid tussen rampen, calamiteiten en incidenten niet te maken, en er is ook geen (wetenschappelijk verantwoorde) aanleiding om dit onderscheid te maken. Wel kan het forceren van een dergelijk onderscheid leiden tot een hernieuwde versnippering van kennis en informatie, en daarmee voor de hulpverlening tot onduidelijkheid en onzekerheid leiden. Dit zijn juist de zaken die een richtlijn zou moeten voorkomen.

TOEKOMSTIGE HERZIENING EN IMPLEMENTATIE

De richtlijn is bedoeld om handvatten te bieden voor de psychosociale zorgverlening na schokkende gebeurtenissen. Het document geeft de kennis weer van het moment van schrijven, en om deze reden moet tijdige herziening plaatsvinden – bij het opstellen van de richtlijn werd 2010 als haalbaar jaartal genoemd. Een dergelijke herziening kan gebaseerd worden op twee inzichten. Ten eerste is het mogelijk dat nieuwe (wetenschappelijke) literatuur beschikbaar komt waarmee openstaande vragen beantwoord kunnen worden of reeds bestaande antwoorden op andere wijze ingevuld moeten worden. Zoals gezegd is bij het ontwikkelen van de richtlijn gezocht naar wetenschappelijke onderbouwing. Het ontbreken van empirische steun van hoog niveau maakt duidelijk waar aanvullend onderzoek nodig is. Dit is

een belangrijke uitkomst van iedere richtlijnontwikkeling: zij levert een onderzoeksagenda op voor vragen die er toe doen (zie Box 1). In een herzieningstraject zouden in eerste instantie de vragen uit Box 1 als uitgangspunt kunnen dienen. Ten tweede kan het zijn dat er nieuwe vragen worden opgeworpen, die in de huidige richtlijn nog niet aan de orde gekomen zijn. Nieuwe terreinen en prioriteiten moeten worden vastgesteld in een ontwikkeltraject met sleutelpartijen uit het veld. De agenda die daaruit voortvloeit is het startpunt voor aanvullend literatuuronderzoek en discussies met de experts uit wetenschap en praktijk. Zo kan in dialoog met deze experts worden ingegaan op de vraag over de reikwijdte van het begrip 'schokkende gebeurtenis' en of het wenselijk is ingrijpende zaken zoals seksueel misbruik en terminale ziekten hiertoe te rekenen.

De richtlijn *Vroegtijdige interventies* is een gezagvol basisdocument dat op basis van het sterkste bewijs beschikbaar aanbevelingen doet voor vroegtijdige psychosociale interventies. In een vergelijkend onderzoek vond Taal (2008) dat een vergelijkbare richtlijn die onafhankelijk in Australië is ontwikkeld (ACPMH, 2007 – tevens aangehaald in het commentaar) in bewijskracht en geformuleerde aanbevelingen sterk overeenkomt met de hier besproken richtlijn. Dit onderstreept eens te meer dat de beschreven interventies in de richtlijn een goede weerslag vormen van de huidige wetenschappelijke kennis. De legitimiteit van de richtlijn zit hem in het feit dat de richtlijn is ontwikkeld met, en is geautoriseerd door, een groot aantal veldpartijen. Bovendien heeft de minister van vws op 3 december 2007 zijn standpunt inzake het advies *Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn* (2006/18) aan de Tweede Kamer kenbaar gemaakt. Daarin benadrukte de minister het belang van de implementatie van de richtlijn. Het ministerie van vws heeft Impact expliciet gevraagd de inhoud van deze richtlijn te implementeren. Dit laatste geeft aan dat er draagvlak is op verschillende niveaus, van praktijk tot beleid.

Het is helaas een bekend fenomeen dat ontwikkelde richtlijnen onvoldoende worden toegepast. Dacht men in de jaren tachtig en negentig nog dat richtlijnen 'zichzelf wel invoeren', de laatste twintig jaar is er systematisch aandacht gekomen voor het implementatievraagstuk, ofwel het werkzaam krijgen en toepassen van de aanbevelingen uit een richtlijn zoals bedoeld door de ontwikkelaars (Fleuren et al., 2009). De implementatie van de aanbevelingen uit de richtlijn heeft enerzijds al plaatsgevonden door de richtlijn doorlopend onder de aandacht te brengen van bij praktijkdoelgroepen. Daarnaast worden de aanbevelingen uit de richtlijn stevast

meegenomen in iedere richtlijn, handreiking of modelplan die Impact bij wijze van maatwerk, en in samenspraak met belanghebbenden en veldpartijen ontwikkelt voor specifieke doelgroepen. Een belangrijke exponent daarvan is de *Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerd* (waaronder politie, brandweer, Koninklijke Marechaussee, Reddingsbrigade Nederland, Ambulancezorg Nederland en defensie) die eind 2010 is voltooid en waarover betrokken organisaties direct kunnen beschikken (Impact, 2010). Andere voorbeelden zijn de herziene handreiking voor geestelijk verzorgers (Dückers & Rooze; in druk), de handreiking voor zelforganisaties van

Noten

1. Het valt overigens te betwijfelen dat een richtlijn concreter wordt door de introductie van termen als 'psychosociaal crisismanagement'. Onduidelijk is wat de vijf 'algemene taken voor betrokken hulpverleners' die hieronder vallen (p. 570) toevoegen aan de al in de richtlijn beschreven steunende context en psychologische triage. Concreter zijn deze taken in ieder geval niet. Ook terminologie zoals 'flexibele aanpak' en 'integrale aanpak' is voor de hulpverlener in het veld lastig uit te leggen.
2. Het 'zesweken criterium' verwijst naar het gegeven dat de richtlijn expliciet refereert aan 'vroegtijdige psychosociale interventies in de eerste zes weken na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen' [red.]

Summary

Guidelines for providing psychosocial care in response to the needs of victims of disasters, terrorism and other shocking events
J.H.M. te Brake, M.L.A. Dückers, N.S. Klazinga, M.W. Rooze, C. Spreunenberg, J.A. Swinkels

Psychosocial support to victims of shocking events should be offered in accordance with scientific literature and based on practical experience that has been shown to be effective. To this end, in 2007 the Dutch evidence-based multidisciplinary guidelines on early psychosocial interventions after disasters, terrorism or other shocking events were developed. However, guidelines are not to be considered as a permanent golden standard. Instead, they provide a basis for ongoing discussion and refinement triggered by new insights or new scientific evidence. In reaction to a recent publication, this paper aims to pursue a constructive discussion on behalf of future update initiatives.

getroffenen (Cancrinus & Netten, 2008) en het Modelplan Nafase, gericht op lokale netwerken en samenwerkingsverbanden tussen betrokkenen in de nafase (Rooze, De Ruyter & Koopmans, 2008). Voor deze op concrete doelgroepen toegespitste kennisproducten worden afzonderlijke implementatietrajecten, simulaties en trainingen opgezet. Dat is noodzakelijk. Zoals in het voorgaande meerdere malen aan de orde is geweest, is de richtlijn bruikbaar binnen zeer uiteenlopende contexten. Dit geldt voor de hulpverlener zelf, die vanuit zijn eigen expertise en professionele autonomie vaststelt welke psychosociale zorg geboden is. Maar het geldt zeker voor de getroffen, wiens behoeften het uitgangspunt voor die zorg vormen. Implementatie vergt maatwerk.

Dr. J.H.M. te Brake is senior beleidsmedewerker Onderzoek & Ontwikkeling bij Impact, Landelijk kennis- & adviescentrum voor psychosociale zorg na rampen en ingrijpende gebeurtenissen, Meibergdreef 5, 1105 AZ, Amsterdam. E-mailadres: h.tebrake@amc.uva.nl.

Dr. M.L.A. Dückers is senior beleidsmedewerker Zorg & Veiligheid bij Impact.

Prof.dr. N.S. Klazinga is hoogleraar Sociale geneeskunde aan het Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Mw drs. M.W. Rooze MBA is directeur van Impact.

Prof.dr. C. Spreeuwenberg is emeritus hoogleraar Interne geneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum, Maastricht.

Prof.dr. J.A. Swinkels is hoogleraar Richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg aan het Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Literatuur

- Arendt, M. & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 423-437.
- Beerens R., Stalenhoef-Willemsen, E. & Tonnaer, C. (2008). *10 jaar rampenbestrijding in Nederland: evaluaties nader beschouwd*. Arnhem: Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid (NIBRA).
- Brake J.H.M. te, Dückers, M.L.A., Vries, M. de et al. (2009). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events: guideline development. *Nursing & Health Sciences*, 11, 336-343.
- Brake, J.H.M. te (2009, juni). Guidelines for early psychosocial interventions. Necessity, contents and implementation in Europe. Presentatie op het 11de European Conference on Traumatic stress, Oslo, 15 juni 2009.
- Brake, J.H.M. te, Post, M.J.T.P. van der & Ruyter, A.M. de (2008). Veerkracht. Van concept naar praktijk. *Tijdschrift voor veiligheid*, 7, 54-68.
- Brewin, C.R., Rose, S., Andrews, B. et al. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- Cancrinus, I. & Netten, J.C.M. (2008). *Samen slimmer samen sterker. Handreiking voor zelforganisaties van rampgetroffenen*. Amsterdam: Impact.
- Dücker, M.L.A. & Rooze, M.W. (in druk). *Rampenspirit: zorg voor de geest*. Amsterdam: Impact.
- Fleuren, M.A.H., Keijsers, J., Kamphuis, M. et al. (2009). *Casusbeschrijving Richtlijnen: ontwikkeling en toepassing van een analyse-instrument*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven/CBO/Trimbos-instituut.
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C. et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315.
- Impact (2007). *Multidisciplinaire richtlijn voor vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Impact (2010). *Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden*. Amsterdam: Impact.
- Klijn, E.H. & Koppenjan, J.F.M. (2001). Besluitvorming en management in netwerken: een multi-actor perspectief op sturing. In T. Abma & R.J. in 't Veld (red.), *Handboek Beleidswetenschap: perspectieven, thema's en praktijkvoorbeelden* (p. 179-192). Amsterdam: Boom.
- Marchand, A., Guay, S., Boyer, R., et al. (2006). A randomized controlled trial of an adapted form of individual critical incident stress debriefing for victims of an armed robbery. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 122-129.
- Norris, F.H., Friedman, M.J. & Watson, P.J. (2002). 60,000 disaster victims speak. Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65, 240-260.
- Nu.nl (2009). *Overlevenden vliegtuigramp er niet bovenop*. <http://www.nu.nl/binnenland/2151994/overlevenden-vliegtuigramp-er-niet-bovenop.html> [geraadpleegd 25 januari 2010]
- Rooze, M.W., Ruyter, A.M. de & Koopmans, A. (2008). *Modelplan nafase*. Amsterdam: Impact.
- Sijbrandij, M.E.M., Olff, M., Reitsma, J.B. et al. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioural therapy: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 82-90.
- Taal, L. (2008). Enkele principiële overwegingen over richtlijnen psychische hulpverlening na calamiteiten. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 176-179.
- The European Network for Traumatic Stress (2008). *TENTS Guidelines for Psychosocial Care Following Disasters and Major Incidents*. Cardiff: Cardiff University.
- Velden, P.G. van der, Loon, P. van, Kleber, R.J., Uhlenbroek, S. & Smit, J. (2009). Naar een brede visie op psychosociale interventies na schokkende gebeurtenissen: suggesties voor een herziening van richtlijnen. *De Psycholoog*, 43, 568-575.
- Vries, M., Rood, Y. van, Wolleswinkel-van den Bosch, J. & Smilde-van den Doel, D. (2007). *Zicht op 10x: Vóórkomen en behandeling van lichamelijk onverklaarde klachten. Een verkennend onderzoek*. Amsterdam: Impact.