
Psychosociale hulp bij rampen en crises

inventarisatie rollen en taken van betrokken partijen



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Over deze inventarisatie

De multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises (Impact, 2014) is een basisdocument met standaarden voor de psychosociale hulp. De richtlijn is gebaseerd op actuele wetenschappelijke inzichten en behoeften uit de praktijk. De huidige inventarisatie is aanvullend en biedt een overzicht van rollen en taken van partijen die betrokken (kunnen) zijn bij de psychosociale hulp, ongeacht het type gebeurtenis. De rapportage is ontwikkeld in samenspraak met experts en vertegenwoordigers van de diverse partijen.

Psychosociale hulp bij rampen en crises

inventarisatie rollen en taken van betrokken partijen



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*



Colofon

Oprachtgever

Deze inventarisatie is uitgevoerd in opdracht van het Programmacollege PSH.

Auteurs

Dr. M. Dückers

J. Jacobs, MSc.

Drs. S. Timmermans

Drs. D. Alting

Uitgave

GGD GHOR Nederland

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

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, centrum voor Gezondheid en Milieu

Utrecht / Diemen / Bilthoven, 2017

Vormgeving

Burobraak, Arjan Braaksma & Lois Voss

© 2017 GGD GHOR Nederland / Impact / RIVM

Voorwoord

Voor u ligt een inventarisatie die duidelijkheid wil geven over rollen en taken van partners in de opgeschaalde psychosociale hulpverlening (PSH).

Waarom is inzicht in ieders rollen en taken zo belangrijk? Het antwoord op die vraag voert terug naar de multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises (Impact, 2014). De multidisciplinaire richtlijn, het document met uitgangspunten voor dienstverlening naar getroffen en toe, kiest voor een brede benadering van de PSH. PSH begint niet pas bij de detectie van klachten, maar richt zich ook op het voorkomen daarvan. Basishulp, incidentgebonden informatie, sociale steun en praktische en juridische ondersteuning zijn onderdeel van de PSH, maar deze diensten gaan verder dan het terrein van de gezondheidszorg. De ondersteunings- en zorgtaken, zoals beschreven in de richtlijn, vereisen een nauw samenspel van organisaties op lokaal, regionaal en nationaal niveau in verschillende beleidsterreinen of “kolommen”. Bovendien kan een onderscheid worden gemaakt in bestuurlijke, coördinerende, uitvoerende en kennispartners, met verschillende verantwoordelijkheden.

In het programmacollege PSH, één van de programmacolleges van GGD GHOR Nederland, nemen relevante samenwerkingspartners zitting. De wens van het programmacollege om de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn te stimuleren en te toetsen, vereist duidelijkheid over ieders rollen en taken in relatie tot de richtlijn. Het vormde de aanleiding voor deze rapportage. Gesprekken zijn gevoerd met betrokken partijen, relevante wetgeving en visiedocumenten zijn bestudeerd. Het resultaat is daarmee een inventarisatie geworden van zelfgerapporteerde taken en verantwoordelijkheden, geen blauwdruk of instructie. Daaruit ontstaat het beeld van een gelegenhedspuzzel, die bij elke gebeurtenis weer opnieuw gelegd moet worden uit min of meer de organisaties die in deze uitgave worden beschreven. Dit wijst eens te meer op het cruciale belang van een partij die daarin coördineert. Regionaal is de GGD de vaste spin in het publieke gezondheidsweb die de verbinding vormt tussen bestuur en uitvoering. Dat geldt in iedere fase van een calamiteit waar de publieke gezondheid in het gedrang komt, of het nu gaat om de (gelukkig) zeldzame grootschalige rampen of om de meer frequente (mini-)crises die mensen confronteren met stress en verlies.

Hoewel niet meer op het belang van PSH hoeft te worden gewezen, geldt dat ook op dit terrein optimalisering van de samenwerking en verdere professionalisering noodzakelijk zijn. Bestuurlijke betrokkenheid van sleutelpartijen en een gezamenlijke visie- en dienstenontwikkeling staan daarbij voorop. Aangezien partijen en hun rollen steeds in ontwikkeling zijn, zal deze uitgave een 'levend document' zijn.

In het programmacollege volgen wij de ontwikkelingen en geven er mede richting aan. Namens de leden ervan, dank ik alle organisaties en betrokkenen die een bijdrage hebben geleverd, in het bijzonder de auteurs.

René Stumpel
voorzitter programmacollege PSH



Samenvatting

Achtergrond

Nederland is door de jaren heen, ook recent nog, geconfronteerd met diverse rampen en crises. In de toekomst zal dat niet anders zijn. En iedere keer zal dit een impact hebben op individuele betrokkenen en de samenleving waar zij deel van uitmaken. De psychosociale hulp (PSH) zal moeten aansluiten op behoeften en problemen die zij ervaren, maar het is belangrijk te beseffen dat deze aan verandering onderhevig zijn. Dit impliceert dat de bestaande psychosociale hulpverlening met die veranderingen mee moet gaan en daarbij zoveel mogelijk gebruik moet maken van capaciteit die ter plaatse aanwezig is. Dat past bij de zelfredzaamheid- en veerkrachtgedachte die de huidige beleidsvisie binnen het Nederlandse en internationale PSH-beleidsveld domineert. In diverse richtlijnen en standaarden zijn principes uitgewerkt voor het handelen van de vele partijen die een rol spelen in de ondersteuning en zorg voor getroffen. Maar uiteindelijk heeft een richtlijn pas nut als de daarin gehanteerde uitgangspunten worden meegenomen in de keuzes en handelingen van bestuurders, beleidsmakers en operationele hulpverleners, zowel de professionals als vrijwilligers. Uiteraard geldt dat eveneens voor onderzoekers en adviseurs.

Doel van de inventarisatie

Het Nederlandse PSH-veld is een gevarieerd landschap van organisaties die een rol spelen in de planning, uitvoering en evaluatie van de PSH bij rampen en crises. Om de kwaliteit van de dienstverlening aan mensen in een rampencontext te optimaliseren, is het geven van inzicht in de variëteit aan betrokken partijen en hun samenwerkingsrelaties onmisbaar. Dit rapport beoogt een beeld te schetsen van het Nederlandse PSH-landschap, waarin de GGD regionaal een belangrijke coördinerende rol vervult als verbinder tussen bestuur en uitvoeringspartners. Er wordt een overzicht geboden van rollen en taken van een zogenoemde "basisgroep" van PSH-partners. Dat wil zeggen, partijen die een rol (kunnen) spelen bij de PSH, ongeacht het type gebeurtenis. Specifieke omstandigheden kunnen ook inzet van andere partijen vragen. De volgende vragen vormden daarbij het vertrekpunt: welke partijen zijn betrokken, wat doen ze precies, wanneer komen ze in beeld, in hoeverre is er een formele basis, en hoe werken partijen samen? Zijn er bovendien zaken die tot een beter samenspel kunnen leiden?

Werkwijze

Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de basisgroep. Daarbij gaat het om lokaal bestuur, GGD GHOR, huisartsen, het Rode Kruis, Slachtofferhulp Nederland, maatschappelijk werkers, GGZ, Impact en Arq Psychotrauma Expert Groep, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Veiligheid en Justitie. Daarnaast zijn er bijeenkomsten georganiseerd om kennis op het gebied van de PSH te delen. Tevens zijn relevante documenten en experts geraadpleegd. Per partner is een beknopte beschrijving opgesteld met achtergrondinformatie en uitleg over rollen en taken (zie deel B). Conceptversies van die beschrijvingen, ook van dit rapport, zijn steeds besproken met betrokkenen en voorgelegd aan participanten in het proces, inclusief de vakgroep PSH met vertegenwoordigers vanuit de 25 GGD regio's. De concepten en voortgang zijn tevens besproken met de opdrachtgever: het programmacollege PSH. Het programmacollege is een gremium met bestuurders van PSH-organisaties dat de directeuren Publieke

Gezondheid adviseert over de organisatie en invulling van de PSH.

Resultaten van de inventarisatie

De tijdens het traject verzamelde informatie is meer gedetailleerd beschreven in deel B. De hoofdstukken bieden een beschrijving van (zelfgerapporteerde) achtergronden, rollen en taken van verschillende organisaties die betrokken zijn bij het voorbereiden, organiseren, coördineren en uitvoeren van de PSH. Partijen worden behandeld in afzonderlijke hoofdstukken, waarbij een onderscheid is gemaakt in bestuurlijke, coördinerende en uitvoerende organisaties, en kennispartners. Het gaat daarbij om hun primaire rol. Partijen kunnen bijvoorbeeld zowel coördinerend als uitvoerend zijn, of bestuurlijk en coördinerend et cetera. Aan het slot van deel B is een samenvattend overzicht opgenomen, opgebouwd langs de vijf categorieën van PSH-taken zoals omschreven in de multidisciplinaire richtlijn: basishulp, informatie, emotionele en sociale steun, praktische hulp en zorg bij gezondheidsklachten.

Reflectie

In deel C wordt op basis van de verzamelde informatie geconcludeerd dat de PSH als het ware een "gelegenhedspuzzel" vormt met een aantal vaste spelregels en patronen. Het samenspel tussen bestuurlijke, coördinerende, uitvoerende en kennispartners binnen de basisgroep PSH krijgt vorm via de lijnen van de bestuurlijke netwerkkaart geneeskundige hulpverlening (bijlage 1). Het onderliggende ordeningsprincipe binnen de PSH is en blijft vrijwillige afstemming. Het samenspel in de warme fase heeft er baat bij dat betrokkenen in de koude fase onderling duidelijke afspraken maken, vastgelegd in convenanten, en deze onderling delen met relevante partners. Het is daarbij zaak een optimum te vinden in de benutting van lokale capaciteit en landelijk beschikbare kennis en expertise over de inhoud en organisatie van de PSH, zowel in de koude als in de warme fase. De samenwerking tussen partijen is cruciaal. Er zijn meerdere aanknopingspunten voor verbetering die een verdere verkenning verdienen.

Inhoud

Samenvatting	5
Inleiding	9
DEEL A	
Psychosociale hulp: richtlijn en partijen	
Essentiële kenmerken van PSH	11
Procesboom collectieve PSH: betrokken partijen	14
DEEL B	
Partijen beschreven	
Bestuurlijke partners	
• Ministerie van Veiligheid en Justitie	23
• Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	25
• Gemeente en veiligheidsregio	26
Coördinerende partners	
• Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu	31
• GGD GHOR	33
Uitvoerende partners	
• Rode Kruis	37
• Slachtofferhulp Nederland	38
• Maatschappelijk werk	43
• Huisarts	44
• Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	46
Kennispartners	
• Impact, partner in Arq Psychotrauma Expert Groep	49
Taken en rollen van partijen geordend per PSH-taak	52
DEEL C	
Conclusies en bijlagen	
Reflectie	57
Referenties	60
Bijlage 1: bestuurlijke netwerkkaart geneeskundige hulpverlening algemeen	61
Bijlage 2: betrokkenen	63



Inleiding

De rampen en crises van de afgelopen decennia benadrukken het belang van een goed georganiseerde professionele respons en nazorg. De laatste jaren heeft het Nederlandse psychosociale hulp (PSH) domein belangrijke ontwikkelingen doorgemaakt in kennisontwikkeling en professionalisering. Standaarden, gebaseerd op de meest actuele wetenschappelijke inzichten en praktijkkennis, vormen een waardevol hulpmiddel om de kwaliteit van de dienstverlening te bewaken. Begin 2014 is de "multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises" aangeboden aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze richtlijn (Impact, 2014) is ontwikkeld in nauwe samenwerking met het veld en met experts en vormt een referentiekader voor alle partijen die een rol vervullen bij de PSH. Het gaat om een update van de richtlijn uit 2007 (Impact & Trimbos 2007). Het is essentieel dat het PSH-veld samenwerkt in het formuleren van normen en uitgangspunten voor de dienstverlening. Het is een onmisbare stap in het streven om een vergelijkbare kwaliteit van dienstverlening te realiseren in iedere regio. Om een beeld te schetsen van de rollen en taken die de diverse partijen in de praktijk vervullen, is een inventarisatie uitgevoerd in opdracht van het programmacollege PSH. Die inventarisatie moet bijdragen aan de overeenstemming onder betrokken partijen over de verdeling van rollen en taken binnen het PSH-domein in Nederland.

Over de inventarisatie

Het PSH-domein is divers, bestrijkt organisaties op lokaal, regionaal en nationaal niveau op verschillende beleidsterreinen. Bovendien kan een onderscheid worden gemaakt in bestuurlijke, coördinerende, uitvoerende kennispartners. Bij de betrokken partijen kan bijvoorbeeld worden gedacht aan gemeenten, GGD, huisartsen, maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg, het Rode Kruis, Slachtofferhulp Nederland, Impact/Arq en de ministeries van Veiligheid en Justitie, en Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een beschrijving van de rollen en taken van deze partijen helpt om daarover duidelijkheid te krijgen en verwachtingen te stroomlijnen. Bovendien is het een voorwaarde om landelijk gericht te werken aan de integrale implementatie van de PSH-richtlijn.

Leeswijzer

In deel A van dit document wordt eerst kort ingegaan op de kenmerken en uitgangspunten van PSH, zoals beschreven in de multidisciplinaire richtlijn. Daarna volgen beschrijvingen van rollen en taken van betrokken partners, opgebouwd langs de verschillende takken van de procesboom collectieve PSH. Aanvullende informatie per partij is terug te vinden in deel B van dit document. Deel C voorziet in conclusies en reflectie.

DEEL A

Psychosociale hulp richtlijn en partijen

Essentiële kenmerken van PSH

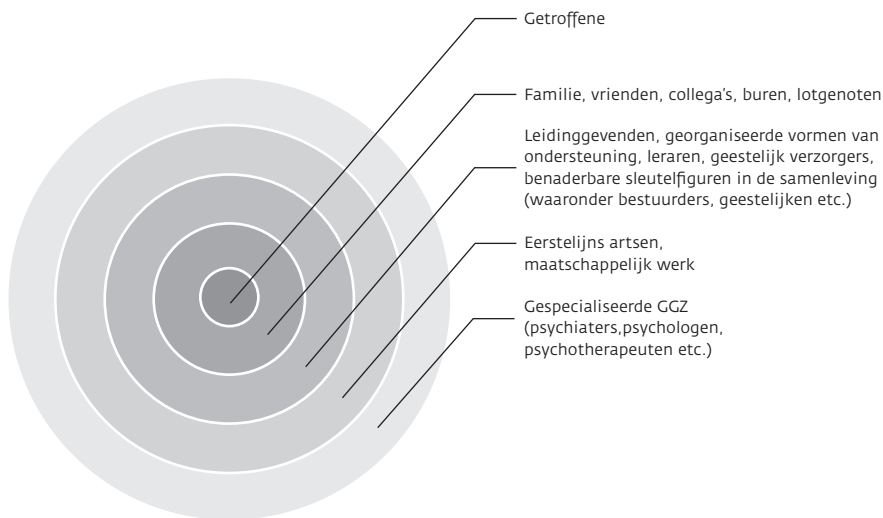
PSH-categorieën

De PSH omvat alle ondersteuning en zorg, gericht op de veiligheid, het welbevinden en de gezondheid van getroffen en in verschillende fasen van een potentieel schokkende gebeurtenis. Binnen de multidisciplinaire richtlijn worden vijf PSH-categorieën onderscheiden: basishulp, informatie, emotionele en sociale steun, praktische hulp en zorg bij gezondheidsklachten. In het kader zijn de PSH-categorieën weergegeven, met een korte toelichting op de vraag voor wie, wanneer en door wie (de eigen kring van getroffen en niet meegerekend) de PSH kan worden aangeboden.

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

Uitgangspunten van de multidisciplinaire richtlijn PSH

De kern van de multidisciplinaire richtlijn PSH is terug te voeren op een aantal belangrijke principes. De zelfredzaamheidsgedachte neemt daarbij een centrale plek in. Onderzoek onderschrijft de gedachte dat het gros van de mensen veerkrachtig is. Dat wil zeggen in staat om zonder ondersteuning met de complexiteit van een ramp om te gaan. Toch zullen er mensen zijn die klachten ontwikkelen waarbij professionele hulp nodig is. Het kringenmodel (Gersons, 2005; Impact, 2010; afbeelding 1) sluit daarop aan.



Bij het plannen en bieden van hulp dient te worden vertrouwd op de natuurlijke herstelcapaciteit en sociale steun in de persoonlijke omgeving van de getroffen. Waar nodig kan aanvullende hulp worden geboden. In het kringenmodel is dit zichtbaar gemaakt. De getroffen wordt kringsgewijs omgeven door partijen die een rol kunnen spelen in de PSH. Doordat de zorg richting de buitenste kringen om steeds meer specialisatie vraagt, past dit model ook in de zogenoemde *stepped care* benadering. Zodra een kring ontoereikend blijkt, kan een volgende ondersteunings- en zorgkring worden ingeschakeld.

De multidisciplinaire richtlijn voorziet in een overzicht van risicofactoren en potentiële behoeften en problemen van getroffen in verschillende fasen. Het is van belang om per fase bewust een houding aan te nemen (die kan meer afwachtend of interveniërend zijn), zodat mensen met problemen aan de ene kant niet over het hoofd worden gezien en mensen aan de andere kant niet worden belast met onnodige of verkeerde hulp. Om de kwaliteit van de PSH te bewaken is het van belang dat er wordt geëvalueerd, bij voorkeur doorlopend. Deze visie op PSH is in de multidisciplinaire richtlijn in de volgende zes uitgangspunten samengevat.

Sluit aan bij behoeften, problemen en risicofactoren

Kwalitatieve PSH sluit aan bij behoeften en problemen van getroffen. Bij het plannen en uitvoeren van de PSH dient bovendien rekening te worden gehouden met risicofactoren (de richtlijn biedt een overzicht).

Sluit aan bij dynamiek en fase

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

Sluit aan bij veerkracht en zelfredzaamheid

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

Sluit aan bij de context van de getroffene

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

Sluit aan bij aanwezige hulpverleningscapaciteit

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

Evalueer de PSH

Evalueer of het besluit tot afwachten of interveniëren het verwachte effect heeft en of aan gangbare kwaliteitscriteria is voldaan. Analyseer mogelijke verklaringen en leer daarvan met het doel de kwaliteit te verbeteren. In feite is iedere ramp of crisis een potentieel leer-moment voor het verlenen van PSH.

Procesboom collectieve PSH: betrokken partijen

Hiervoor zijn principes en uitgangspunten van de PSH beschreven. Zij vormen het vertrekpunt om invulling te geven aan diverse thema's die in de context van een ramp of crisis aan de orde kunnen zijn. In de multidisciplinaire richtlijn zijn die thema's uitgewerkt in "procesbomen". Procesbomen fungeren als een soort van stappenplan waarin gericht kan worden gewerkt aan de planning, uitvoering en evaluatie van de PSH. De richtlijn bevat drie procesbomen, toegespitst op PSH aan individuen, PSH vanuit een organisatorisch perspectief (cliënten en medewerkers) en collectieve PSH (een getroffen populatie of gemeenschap). In de huidige inventarisatie worden de rollen en taken van de partijen benaderd vanuit de collectieve PSH-procesboom.

De procesboom is opgebouwd uit een processtam, gekoppeld aan thema's waarvan de invulling per specifieke omstandigheid zal verschillen; prioriteiten, behoeften en problemen zijn afhankelijk van de casus. Naast de betrokkenheid van partners is het verstandig om in een vroege fase experts met crisiservaring mee te nemen als adviseur in het proces. Een andere beginstap is om inzicht te krijgen in de behoeften, problemen en risicofactoren (dus ook de mate van veerkracht en zelfredzaamheid) van de getroffenpopulatie. Door vanuit die basis naar de thema's in iedere rubriek te kijken, kan een concreet plan worden ontwikkeld voor de uitvoering (en later de evaluatie) van de PSH. De thema's waarop de activiteiten in de processtam zich kunnen richten zijn onderverdeeld in vier "rubrieken". Inhoudelijk zijn de rubrieken deels georganiseerd in verschillende fases. Zo is rubriek A relevant ongeacht de fase van de gebeurtenis. Rubriek B is relevant tijdens of direct na de gebeurtenis. Rubriek C is relevant in de nafase. Rubriek D, ten slotte, is relevant voor mensen met gezondheidsklachten.¹

Nadat per thema is afgewogen welke inzet passend of wenselijk is, in welke vorm, op welk moment en door wie, volgt de uitvoering. Door de uitvoering te evalueren met betrokkenen wordt duidelijk of de aanpak en het tijdspad voldoende zijn, en of er sprake is van knel- of verbeterpunten. Die kennis is niet alleen van belang om eventueel bij te sturen, maar ook om lessen te formuleren voor toekomstige psychosociale ondersteuning en zorg bij rampen en crises.

Wie zijn in de praktijk betrokken bij het doorlopen van de processtam? Uiteindelijk zijn op regionaal niveau gemeente en veiligheidsregio verantwoordelijk voor de thema's binnen de "oranje kolom" (zie pagina 26) en de GGD voor de "witte kolom" (zie pagina 33). Op nationaal niveau is de PSH ruwweg op eenzelfde manier verdeeld over meerdere beleidsterreinen. Verantwoordelijk zijn in het bijzonder het ministerie van Veiligheid en Justitie (zie pagina 23) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (zie pagina 25), in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (zie pagina 31). Deze partijen zijn verantwoordelijk voor de PSH en zij kunnen het voortouw nemen bij de activiteiten uit de processtam (Processtap 1-7). Betrokkenheid van alle partijen binnen de basisgroep, en ook anderen, kan aan de orde zijn bij de planning, uitvoering en evaluatie. Evaluatieondersteuning kan worden geboden vanuit Impact (Processtap 6); het kenniscentrum heeft tot doel ervaringslessen en inzichten uit wetenschappelijk onderzoek te borgen en beschikbaar te stellen voor de PSH (zie pagina 49).

¹ Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is ervoor gekozen rubriek D afzonderlijk te benoemen, passend bij het onderscheid in ondersteuning (niet noodzakelijkerwijs gericht op gezondheid, maar bijvoorbeeld ook op behoorlijkheid) en zorg (altijd gericht op gezondheid). Het is mogelijk om de thema's uit rubriek D onder te brengen in de andere rubrieken.

Inhoud rubriek A: relevant ongeacht de fase

Meerdere thema's zijn vanuit een PSH-perspectief altijd relevant bij rampen en crises. Zo is het van belang dat steeds eerlijke en begrijpelijke informatie wordt verschaft over gebeurtenis en gevolgen. Deze informatie kan worden verstrekt door overheden, organisaties en individuele hulpverleners en in allerlei vormen (digitaal, schriftelijk, via georganiseerde bijeenkomsten of in een persoonlijk gesprek). Ook een spoedige hereniging met dierbaren geldt als belangrijk voor getroffen en. Een ander wezenlijk terugkerend thema binnen de PSH is de erkenning van wat mensen hebben meegemaakt, maar evenzeer het tonen van oprechte betrokkenheid en medeleven. Deze thema's zijn niet gebonden aan een tijdsfase en staan eveneens los van een behoorlijke omgang met getroffen en het nakomen van beloften, geruststelling (indien terecht) en het maken van excuses (wanneer gepast). Ook deze aspecten kunnen weer op verschillende niveaus en in verschillende vormen tot uiting worden gebracht.

Wie zijn in de praktijk betrokken? Gemeente en veiligheidsregio (zie pagina 26) en GGD (zie pagina 33) zijn binnen de regio verantwoordelijk voor het bevorderen van de publieke veiligheid en gezondheid. Zodra nationale belangen onder druk staan, komen het ministerie van Veiligheid en Justitie (zie pagina 23), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (zie pagina 25) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (zie pagina 31) in beeld. Deze regionale en landelijke partijen zijn aanspreekbaar op het tonen van betrokkenheid met getroffen en namens overheid en samenleving (A5). Tevens zijn ze verantwoordelijk voor een behoorlijke omgang met verzoeken om schadevergoeding en het aanbieden van excuses indien er fouten zijn gemaakt (A6). Tot die verantwoordelijkheden hoort ook de informatievoorziening over de gebeurtenis (A1) en over het lot van dierbaren (A2). Ook zijn ze er om mogelijke reacties en klachten in kaart te brengen, om zo nodig getroffen en gerust te stellen (A4) en om de hereniging met dierbaren te faciliteren (A3). In de praktijk zullen vele organisaties en hulpverleners hierin een positieve rol vervullen. Dat geldt met name voor de in dit document beschreven basisgroep.

Inhoud rubriek B: relevant tijdens en direct na de gebeurtenis

Deze rubriek richt zich primair op het in veiligheid brengen van hulpbehoevenden, het bieden van medische verzorging en het voorzien in andere primaire levensbehoeften. Het bijdragen aan een veilige situatie betekent niet alleen dat mensen niet worden bedreigd door hun omgeving, maar ook dat getroffen en geen gevaar vormen voor zichzelf of anderen, los van de blootstelling aan gevaar. De basishulp en praktische ondersteuning bestrijkt daarnaast zaken als voeding, drinken, medicatie, onderkomen, communicatie, vervoer en geld.

Wie zijn in de praktijk betrokken? Gemeente en veiligheidsregio (zie pagina 26), GGD en GHOR dragen in kwesties waar het aankomt op gezondheid (zie pagina 33) een verantwoordelijkheid voor het voorzien in veiligheid en medische hulp (B1). Bij gebeurtenissen waar nationale veiligheids- en gezondheidsbelangen een rol spelen, zijn ook het ministerie van Veiligheid en Justitie (zie pagina 23), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (zie pagina 25) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (zie pagina 31) verantwoordelijk. Voor de uitvoering is een belangrijke rol weggelegd voor hulpdiensten en reddingswerkers (B1). Vanuit de basisgroep bieden bijvoorbeeld het Rode Kruis (zie pagina 37) (B1-3), de gemeente (B4) (zie pagina 26) en de crisisdienst van GGZ-instellingen (zie pagina 46) (B5) ondersteuning en zorg in de acute fase.

Inhoud rubriek C: relevant in de nafase

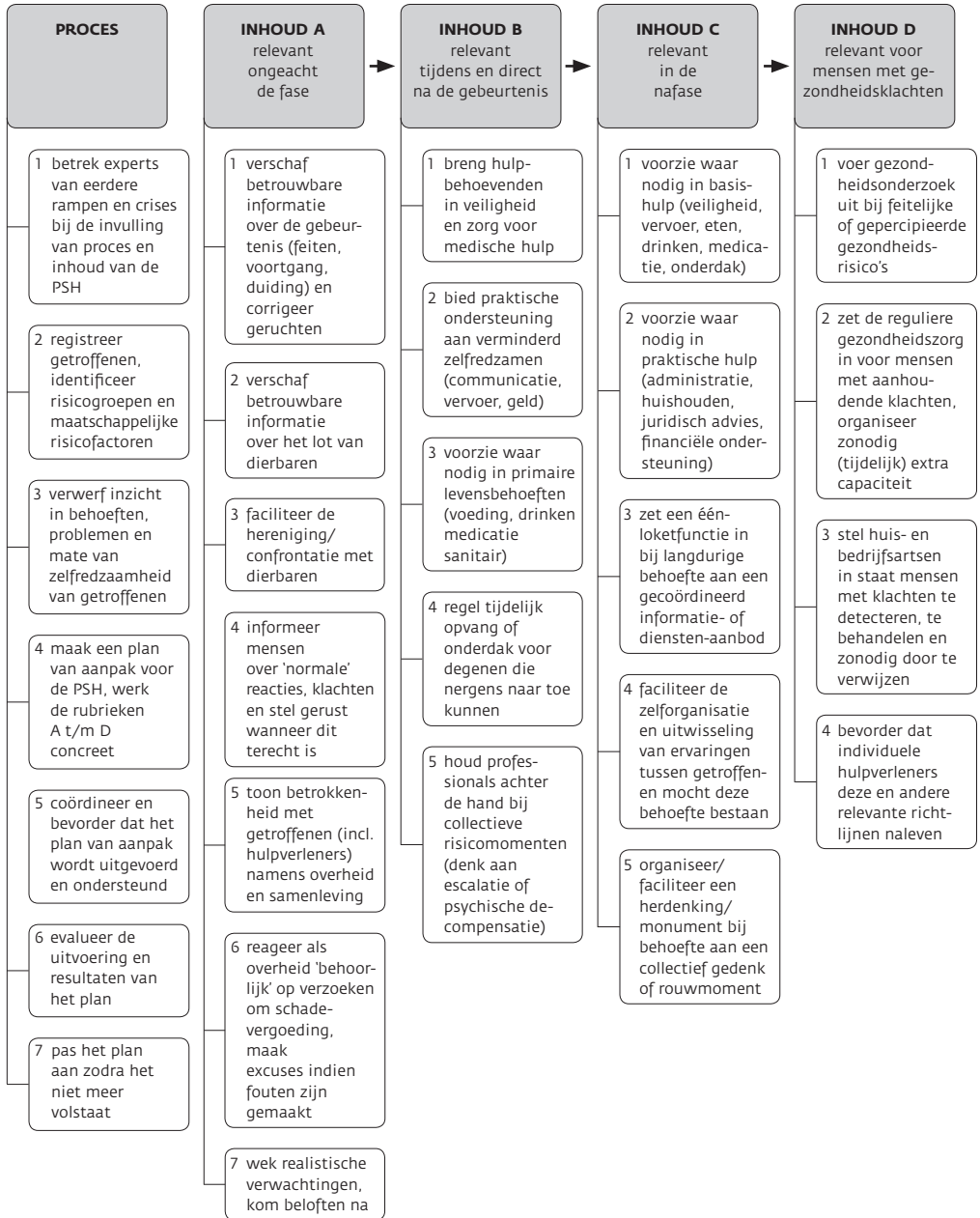
In de nafase kunnen mensen worden geconfronteerd met allerlei problemen die praktisch of sociaal van aard zijn. Een belangrijk gegeven in deze fase is dat de aanvankelijke steun van samenleving en directe omgeving in de regel afneemt naarmate de tijd verstrijkt. Dat kan bij de getroffen en hun naasten gevoelens van desillusie en teleurstelling oproepen. Naast praktische ondersteuning bij het hervatten van het dagelijks leven en het verwerken van de schokkende gebeurtenis, kunnen de thema's binnen rubriek C hierin een betekenisvolle rol vervullen. Afhankelijk van de omvang van de groep getroffen kunnen er verschillende vormen van PSH aan de orde zijn. Bijvoorbeeld het aanbieden of faciliteren van een éénloketfunctie (een digitaal informatie- en verwijscentrum (IVC) of een fysiek informatie- en adviescentrum (IAC) (VNG 2004)), het organiseren van een herdenking, het realiseren van een monument (zie Holsappel 2012) of het oprichten van een zelforganisatie van getroffen (Cancrinus & Netten 2008).

Wie zijn in de praktijk betrokken? Gemeente en veiligheidsregio (zie pagina 26), en GGD waar het aankomt op publieke gezondheid (zie pagina 33), dragen een verantwoordelijkheid voor het voorzien in basishulp (veiligheid, vervoer, eten, drinken, medicatie, onderdak) waar nodig (C1). Zodra sprake is van een regio-overschrijdend probleem zijn ook relevante ministeries betrokken, afhankelijk van het beleidsterrein. De uitvoerende partijen kunnen ook verschillen. Voor praktische ondersteuning (C2) kunnen mensen gebruik maken van diensten van partijen zoals Slachtofferhulp Nederland (zie pagina 38) en maatschappelijk werk (denkookaanwijkteams/socialteams) (zie pagina 43). In de nafase zal doornationale of regionale overheden worden besloten tot het organiseren of faciliteren van éénloketfuncties, zelforganisaties, herdenkingen of monumenten. De uitvoering kan op allerlei manieren worden vormgegeven. Voor al deze vormen van ondersteuning kan voor planning, uitvoering en evaluatie gebruik worden gemaakt van kennis en ondersteuning vanuit Impact (zie pagina 49). Daarnaast heeft Slachtofferhulp Nederland bij verschillende recente rampen en crises ervaring opgedaan in de nafase bij de uitvoering (zie pagina 38).

Inhoud rubriek D: relevant voor mensen met gezondheidsklachten

Deze rubriek richt zich specifiek op mensen met gezondheidsrisico's of -klachten. Gezondheidsonderzoek kan worden ingezet om inzicht te verkrijgen in de toestand van meer of minder kwetsbare groepen, alsmede in de potentiële behoefte aan ondersteuning en zorg. Maar gezondheidsonderzoek kan ook mogelijke onrust over nadelige gezondheidsgevolgen van een gebeurtenis reduceren (zie ook de Handreiking gezondheidsonderzoek na rampen; IJzermans et al. 2013). Daarnaast is het zaak de reguliere gezondheidszorg in te zetten voor de opvang en nazorg van getroffen. Vanuit een zorgperspectief geldt het kringenmodel als een belangrijk uitgangspunt binnen de PSH. In principe zou de reguliere organisatie van de gezondheidszorg toereikend moeten zijn, maar het kan wenselijk zijn om de capaciteit (tijdelijk) te versterken.

Wie zijn in de praktijk betrokken? De beslissing om een gezondheidsonderzoek uit te voeren (D1, zie ook Processtap 3) valt onder de verantwoordelijkheid van publieke gezondheidsautoriteiten. Op nationaal niveau is hierin een rol weggelegd voor het ministerie van VWS (zie pagina 25) in samenwerking met het RIVM-cGM (zie pagina 31). Het is gebruikelijk dat voorafgaand aan een besluit een advies wordt uitgebracht door de expertgroep "nazorg". Desgewenst kan de expertgroep ook adviseren bij vraagstukken binnen de regio. Op regionaal niveau is de gemeente (zie pagina 26) verantwoordelijk voor de besluitvorming over het doen uitvoeren gezondheidsonderzoek, gebruikmakend van de expertise en capaciteit van de GGD (zie pagina 33). Daarbij kan eveneens om advies worden gevraagd van de expertgroep "nazorg". In de praktijk kunnen tal van onderzoeksinstanties een rol vervullen bij de uitvoering van het gezondheidsonderzoek. Uitgangspunt is dat de bestaande zorgcapaciteit toereikend is en dat deze, wanneer dit niet het geval is, om (tijdelijke) versterking vraagt (D2). De besluitvorming hiervoor is wederom een zaak van regionale en nationale zorgautoriteiten. Op uitvoeringsniveau fungeert de huisarts (zie pagina 44) in principe als eerste aanspreekpunt voor mensen met gezondheidsklachten (D3). Vervolgens kan de inzet van maatschappelijk werkers (zie pagina 43) en GGZ (zie pagina 46) aan de orde zijn. De naleving van de multidisciplinaire richtlijn en andere zorgrichtlijnen is een professionele verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen. De verantwoordelijke overheden dienen de naleving van richtlijnen te bevorderen (D4), zo ook de betrokken professionele organisaties.



DEEL B

Partijen beschreven





Bestuurlijke partners

Ministerie van Veiligheid en Justitie

In de Strategie Nationale Veiligheid uit 2007 staat dat de nationale veiligheid in het geding is als nationale veiligheidsbelangen zodanig bedreigd worden, dat er sprake is van – potentiële – maatschappelijke ontwrichting. Bij nationale veiligheidsbelangen gaat het om territoriale veiligheid, ecologische veiligheid, economische veiligheid, fysieke veiligheid en sociale en politieke stabiliteit (Strategie Nationale Veiligheid 2007).

Het Rijk is verantwoordelijk voor het beschermen van de nationale veiligheid en de vitale belangen van de Nederlandse samenleving. Het kabinet heeft de minister van Veiligheid en Justitie aangewezen als coördinerend minister voor crisisbeheersing. De minister is verantwoordelijk voor de inrichting, werking, samenhang en integrale aanpak van het crisisbeheersingsbeleid en het bijbehorende stelsel (Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming).

Het ministerie van Veiligheid en Justitie speelt in geval van rampen en crises waarbij de nationale veiligheid in het geding is, een sleutelrol in de algemene coördinatie en organisatie van de acute fase en nafase op het niveau van de Rijksoverheid. Daarbij moet worden gedacht aan planning, afstemming tussen instanties op verschillende niveaus, afstemming tussen vakdepartementen voor specifieke thema's, verdeling van middelen en het bevorderen van een éénloketfunctie (Dückers 2012). Vakdepartementen zijn verantwoordelijk voor de specifieke thema's. Om de integratie van betrokken instanties bij rampen en crises te bevorderen kan een interdepartementaal nafaseteam worden ingesteld (Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming).

Het ministerie van Veiligheid en Justitie is werkgever van de Nationale Politie en systeemverantwoordelijk voor de organisatie van de rampenbestrijding, en daarmee de Veiligheidsregio's. Afhankelijk van de aard van de gebeurtenis kunnen daar taken en verantwoordelijkheden uit voortvloeien ten aanzien van de psychosociale problemen bij hulpverleners. De tabel geeft taken weer waarvoor het ministerie van Veiligheid en Justitie medeverantwoordelijk is (Dückers 2012; Quanjel et al. 2012). Het gaat om taken die meer of minder direct van betekenis zijn voor de impact van rampen en crises op getroffen burgers. Voor iedere taak dragen ook andere departementen een verantwoordelijkheid. Dit vergt onderlinge afstemming.

Taak	Departement
<p>Registreren en volgen vluchtelingen/evacués</p> <p>Ten behoeve van het lokaliseren van evacués en getroffen en onder meer in verband met hulpverlening, slachtofferregistratie, verenigen families, repatriëring en uitkeren schadevergoeding. Actuele gemeentelijke Basisregistratie Personen is van belang in verband met daaraan gekoppelde diensten en systemen.</p>	<p>Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (gemeenten)</p> <p><u>Veiligheid en Justitie (veiligheidsregio's)</u></p> <p>Volksgezondheid, Welzijn en Sport Buitenlandse Zaken (bij een ramp in het buitenland)</p>
<p>Continuïteit openbaar bestuur, rechtspraak, politie etc.</p> <p>Garanderen functioneren overheidsdiensten. Continuïteit democratische rechtsorde.</p>	<p><u>Veiligheid en Justitie</u></p> <p>Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties</p>
<p>Damage assessment</p> <p>Inschatting maken van omvang ramp. Inschatting maken schadebedrag.</p>	<p><u>Veiligheid en Justitie</u></p> <p>Economische Zaken (DienstRegelingen)</p>
<p>Schadevergoeding en financiële voorzieningen</p> <p>Opzet schaderegelingen, coördineren schadeafhandeling, uitkeren financiële compensatie.</p>	<p><u>Veiligheid en Justitie</u></p> <p>Financiën</p>
<p>Continuïteit hulpdiensten</p> <p>Reconstructie hulpdiensten (achtervang). Evacuatie familie hulpverleners. Verlofregelingen hulpverleners. Logistieke ondersteuning. Rotatie personeel. Psychosociale bijstand hulpverleners.</p>	<p><u>Veiligheid en Justitie</u></p> <p>Volksgezondheid, Welzijn en Sport</p> <p>Sociale Zaken en Werkgelegenheid</p>
<p>Publieksinformatie</p> <p>Middelen voor massacommunicatie (onder andere een informatie- en adviescentrum). Middelen voor publieksvoorlichting. Communicatieplannen om doelgroepen te bereiken.</p>	<p><u>Veiligheid en Justitie</u></p> <p>(Nationaal Crisiscentrum, Nationaal Kernteam Communicatie)</p>
<p>Uitvaart, rouwverwerking en herdenkingen</p> <p>Organisatie nationale herdenking bij grootschalige (inter) nationale rampen en ondersteuning lokale gemeenschappen.</p>	<p><u>Veiligheid en Justitie</u></p> <p>Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties</p> <p>Buitenlandse Zaken (bij een ramp in het buitenland)</p>
<p>(Strafrechtelijk) onderzoek en aansprakelijkheid</p> <p>Openbaar Ministerie, politie en bedrijven waar de ramp zich heeft voorgedaan.</p>	<p><u>Veiligheid en Justitie (Openbaar Ministerie)</u></p> <p>Vakdepartementen</p>
<p>Verantwoording afleggen/politieke verantwoording</p> <p>Betrokken bestuurders/politici, media, volksvertegenwoordiging.</p>	<p>Vakdepartementen</p> <p><u>Veiligheid en Justitie</u></p> <p>Algemene Zaken</p>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Artikel 22 van de Grondwet verplicht de overheid maatregelen te nemen om de volksgezondheid te bevorderen. De wetgever heeft daarom een aantal wetten gemaakt, zoals de Gezondheidswet en de Wet publieke gezondheid. In de Wet publieke gezondheid is psychosociale hulpverlening expliciet omschreven als verantwoordelijkheid van het college van burgemeester en wethouders (artikel 2.2 lid g; *zie pagina 26*). Op regionaal niveau vervult de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) hierin een adviserende, coördinerende en ook uitvoerende rol (*zie pagina 33*). De nationale verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid is belegd bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dat is ook het geval bij nationale crises.

Bij nationale crises is het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) verantwoordelijk voor de inrichting, werking, samenhang en integrale aanpak van het nationale crisisbeheersingsbeleid en het bijbehorende stelsel. Onder deze verantwoordelijkheid valt ook de algemene coördinatie en organisatie van de nafase (*zie pagina 23*). De Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb) of de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) stelt bij nationale crises een nafaseteam samen, dat uit vertegenwoordigers van betrokken ministeries bestaat (Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming). Vanwege de onderlinge verwevenheid van activiteiten die in het kader van de nafase worden ondernomen en de afstemming die dit vergt tussen de betrokken departementen, is het instellen van een nafaseteam noodzakelijk. Voorbeelden van dit soort activiteiten:

- Oprichting van een online Informatie- en Verwijscentrum (IVC)
- Identificatie van slachtoffers
- Onderzoeken
- Crisiscommunicatie

Binnen de nafase zijn vakdepartementen zelf verantwoordelijk voor de specifieke thema's op hun beleidsterrein (Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming). Bij nationale crises is het ministerie van VWS verantwoordelijk voor de psychosociale hulpverlening aan (en gezondheidsonderzoek onder) de getroffen. Voorbeelden van nationale crises met VWS betrokkenheid:

- Rampen in het buitenland waar veel Nederlanders bij betrokken zijn
- Doden of gewonden door onveilig voedsel, vergiftiging, infectieziekten en epidemieën
- Klassieke rampen in Nederland, zoals grootschalige branden, ongevallen en overstromingen

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) kan hierbij een adviserende, coördinerende en uitvoerende rol uitoefenen. Binnen het RIVM is het onderwerp PSH belegd bij het centrum Gezondheid en Milieu (cGM; *zie pagina 31*) (Dückers 2012; Quanjel et al. 2012).

Gemeente en veiligheidsregio

Achtergrond en algemene taken

Het bestuur van gemeenten en veiligheidsregio's is, als onderdeel van hun algemene zorgplicht, verantwoordelijk voor de veiligheid en gezondheid van de lokale samenleving. In de context van rampen en crises komt daar een aantal bijzondere taken bij, ook op de langere termijn. De gemeenten en veiligheidsregio's spelen een essentiële rol in alle fasen van de crisisbeheersing. De organisatie van de spoedeisende hulpverlening is uitgewerkt in aparte wettelijke regelingen en belegd bij de parate hulpdiensten: brandweer, politie, regionale ambulancevoorziening en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR). De organisatie van overige zorgtaken, aangeduid als de bevolkingszorgtaken, zijn belegd bij de gemeente. In ieder geval is de gemeente vanaf het eerste moment na een crisis in uitvoerende zin betrokken.

Rol

De verantwoordelijkheden van gemeenten zijn onder meer uitgewerkt in de Wet veiligheidsregio's (2010), de Wet publieke gezondheid (2008) en aanvullende wetgeving en besluiten. Het college van burgemeester en wethouders is formeel belast met de organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing in brede zin. De veiligheidsregio draagt zorg voor een goede voorbereiding en planvorming, zodat alle gemeenten binnen de regio in navolging van hetzelfde plan optreden. Tevens organiseert de veiligheidsregio de rampenbestrijding en crisisbeheersing.² Echter, voor de nafase zelf is het lokaal bestuur verantwoordelijk (art. 2, 10 & 14-16, Wet veiligheidsregio's). De bevolkingszorgtaken vallen binnen de "oranje kolom" van de bevolkingszorg. Het brede psychosociale hulphema kent ook nog de traditionele gezondheidszorgtaken van de "witte kolom", gericht op het bevorderen van gezondheid en welzijn. Het college van burgemeester en wethouders is hiervoor eveneens verantwoordelijk (art. 2.2, lid g, Wet publieke gezondheid), waarbij een adviserende, coördinerende en uitvoerende rol is weggelegd voor de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD; zie pagina 33).

Taken

Het college van burgemeester en wethouders wijst een team bevolkingszorg aan dat belast is met een aantal concrete bevolkingszorgtaken (zie artikel 2.3.1 van het Besluit veiligheidsregio's), zoals voorlichting aan de bevolking, opvang en verzorging, nazorg voor de bevolking, registratie van slachtoffers en, tegenwoordig in mindere mate, registratie van schadegevallen. Deze taken zijn ingedeeld in drie procescategorieën (Commissie Bruinooge, 2012):

² In de praktijk is er sprake van forse verschillen tussen veiligheidsregio's in de mate waarin de preparatie op de psychosociale dimensie van de nafase voldoet aan redelijke eisen (De Bas et al. In druk).

Procescategorie	
<p>Crisiscommunicatie</p>	<p>Het proces informeren en voorlichten uit het Besluit veiligheidsregio's is een onderdeel van het bredere bevolkingszorgproces 'crisiscommunicatie'. Het is onderdeel van zowel de acute bevolkingszorg als herstelzorg. Crisiscommunicatie is een essentieel onderdeel van bevolkingszorg gebleken en bestaat van overheidswege uit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Informatieverschaffing. Informatie sluit zoveel mogelijk aan bij de informatiebehoefte van betrokkenen. Wanneer deze feitelijke informatie onvoldoende perspectief biedt, geeft de overheid richtinggevende handelingsperspectieven, dat wil zeggen dat zij beschrijft wat effecten van de crisis voor betrokkenen zijn. Betrokkenen kunnen hierdoor alsnog zelf in actie komen. 2 Schadebeperking. Vanuit het perspectief van de zelfredzame rationele burger is het wenselijk om het geven van instructies zoveel mogelijk te beperken. Instructies zijn vaak overbodig wanneer passende informatie snel wordt verspreid. 3 Duiding. Het door een boegbeeld van de overheid benoemen van de bredere context waarbinnen de crisis plaatsvindt, ter bevordering van optimale interactie tussen overheid en burger.
<p>Acute bevolkingszorg</p>	<p>De bevolkingszorg die naast spoedeisende zorg door professionele hulpverleners ter plaatse meteen geleverd moet worden. Het gaat hierbij vooral om het opvangen en verzorgen van betrokkenen en informeren van verwanten. Dit sluit aan bij de processen 'opvang en verzorging' en 'registratie van slachtoffers' uit het Besluit veiligheidsregio's. In lijn met de zelfredzaamheid richt deze registratie zich veelal op verminderd of niet-zelfredzamen.</p>
<p>Herstelzorg³</p>	<p>De bevolkingszorg die nodig is om de crisis te eindigen en terugkeer naar de reguliere situatie te ondersteunen. Onderschatting van de herstelzorg kan leiden tot wat de 'crisis na de crisis' wordt genoemd. De aard van de herstelzorg hangt af van het type incident. Afhankelijk van de situatie gaat het hier om (psychosociale) nazorg, bijzondere uitvaartverzorging (zoals stille tochten, herdenkingsdiensten), afleggen van verantwoording, laten uitvoeren van evaluaties, afhandelen van schade, et cetera. In ieder geval maken de processen 'nazorg' en 'registratieschade' uit het Besluit veiligheidsregio's deel uit van de herstelzorg.</p>

³ Tijdens de herziening van *Bevolkingszorg op orde* werd in reacties de term "herstelzorg" ter discussie gesteld. Er zijn diverse benamingen in omloop. In de tweede versie is benadrukt dat waar voorheen "nazorg" werd gebruikt (Besluit veiligheidsregio's) langzamerhand de overgang kwam naar *nafase* of *herstelfase*. Welke benaming ook wordt gebruikt, in grote lijnen wordt hetzelfde bedoeld. Het herstel, de terugkeer naar de oorspronkelijke situatie in zoverre dat nog mogelijk is (zie Commissie Bruinooze 2012).

Voor deze taken zijn prestatie-eisen geformuleerd, welke leidend moeten zijn in de prestatie die de overheid moet leveren om in redelijkheid te voldoen aan de zorgvraag (Commissie Bruinooge, 2012). In navolging van de overtuiging dat psychosociale hulp dient te vertrouwen op lokale capaciteit (Impact, 2014) zijn drie specifieke uitgangspunten geformuleerd over de rol die gemeenten innemen in het lokale netwerk tijdens de herstelzorg:

- 1** Gemeenten zijn eindverantwoordelijk voor de crisisbeheersing. Echter, zij hoeven niet per se *uitvoering* te geven aan de crisisbeheersingstaken.
- 2** Wanneer andere partijen (derden) beter geëquipeerd zijn voor een taak heeft het, onder verantwoordelijkheid van de gemeente, de voorkeur om de taak bij die partij te beleggen.
- 3** Voor de taakuitvoering in de crisisbeheersing dient zo veel mogelijk aangesloten te worden bij dagelijkse werkzaamheden van gemeentelijke functionarissen. Indien dat niet kan, omdat de bevolkingszorgtaak toch afwijkende werkzaamheden vereist, verdient het de voorkeur om deze taak te laten uitvoeren door instanties die deze werkzaamheden wel in hun reguliere takenpakket hebben (Commissie Bruinooge 2012).



Coördinerende partners

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Het centrum Gezondheid en Milieu (cGM) is onderdeel van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en wordt gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (*zie pagina 25*). Het RIVM heeft als missie: het effectief bestrijden van infectieziekten, mensen gezond houden, goede zorg bieden, de veiligheid van consumenten bewaken en een gezonde leefomgeving bevorderen. Het RIVM verzamelt wereldwijd kennis over deze thema's, past die toe en verspreidt de knowhow onder beleidsmedewerkers, wetenschappers, inspecteurs en het algemeen publiek. De taak en positie van het RIVM is vastgelegd in de Wet op het RIVM.

Het cGM is opgezet om de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) en Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) te ondersteunen bij hun taken, ook tijdens de voorbereiding. Het gaat daarbij om taken op het gebied van:

- medische milieukunde in de reguliere situatie, of bij rampen en incidenten (MMK)
- gezondheidsonderzoek na rampen (GOR)
- psychosociale hulpverlening bij rampen en crises (PSH)

In de opgeschaalde situatie bij rampen en incidenten levert het cGM ook ondersteuning aan het bevoegd gezag en aan de veiligheidsregio's (RIVM 2012).

Het cGM werkt op het gebied van psychosociale nazorg samen met Arq Psychotrauma Expert Groep (*zie pagina 49*). Arq bestaat uit verschillende instellingen en organisaties, waaronder het Instituut voor Psychotrauma (IVP) en Stichting Impact. Deze organisaties hebben ervaring met vele rampen en incidenten. De opdracht voor deze adviesstructuur ligt bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in samenwerking met het ministerie van Veiligheid en Justitie. Tevens vindt afstemming plaats met het ministerie van Defensie (RIVM 2012).

Het cGM is bereikbaar voor korte vragen, verzoeken om ondersteuning en formele adviesaanvragen bij rampen en crises (030 - 274 2742; buiten kantooruren: 030 - 274 9111). Deze adviesdienst wordt gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en is in principe gratis voor GGD, GHOR en bevoegde overheden. De dienstverlening van het cGM en cGM-partners kan betrekking hebben op de gehele keten, van de aanpak van de acute crisis en de voorbereiding daarop, tot de organisatie van de nazorg op de langere termijn.

In de acute fase biedt het cGM de mogelijkheid om rechtstreeks van gedachten te wisselen met een expert op het gebied van psychosociaal crisismanagement of opvang. Indien gewenst, kan deze expert ook meedenken in een regionale overlegstructuur (bijvoorbeeld een kernteam). Op grond van kennis en ervaring met eerdere incidenten kunnen experts helpen om gedachten te ordenen en nuttige eerste acties bepalen.

Vanuit het cGM kunnen experts meedenken en ondersteuning bieden tijdens de nafase in de eerste dagen of weken, maar ook op langere termijn. Denk bijvoorbeeld aan het opstellen van een nazorgplan, het wel of niet opzetten van een éénloketsfunctie voor nabestaanden en betrokkenen van de crisis, monumenten en herdenken, zelfzorg, veerkracht en de rol van geestelijk verzorgers.

Daarnaast kan cGM op verzoek een formeel advies over de nazorg aan de directeur publieke gezondheid of een bestuurder van het bevoegd gezag uitbrengen. De expertgroep 'nazorg' van het cGM levert dan in nauw overleg een integraal nazorgadvies voor fysieke en psychische gezondheid, evenals de mogelijkheden en nut en noodzaak van verschillende vormen van gezondheidsonderzoek.⁴

Waar het aankomt op het versterken van de capaciteit voor psychosociale hulp bevordert het cGM de landelijke preparatie en de ontwikkeling, verspreiding en borging van kennis. Daaronder valt de ontwikkeling en het onderhoud van algemene referentiekaders en ondersteuningsmiddelen voor de psychosociale hulp (bijvoorbeeld de multidisciplinaire richtlijn PSH, de handreiking voor GGD'en), maar ook kennisproducten toegespitst op deelaspecten zoals gezondheidsonderzoek bij rampen en éénloketsfuncties. Tevens worden activiteiten uitgevoerd om inzichtelijk te maken hoe voorbereid men regionaal is op het verlenen van psychosociale hulp bij calamiteiten. Door gericht in kaart te brengen welke structuren, mensen, middelen en methoden worden ingezet, kan landelijk en lokaal een inschatting worden gemaakt van de beschikbare capaciteit en eventuele aandachtspunten (Dückers et al. 2013).

De kennisontwikkeling richt zich nadrukkelijk op het leren van incidenten. In evaluaties van rampen en incidenten ontbreekt veelal de aandacht voor psychosociale aspecten en nazorg. Het cGM en Arq nemen de taak op zich om deze aspecten wel te evalueren, zodat nieuwe inzichten en ervaringen niet verloren gaan (RIVM 2012). De inzichten en resultaten van deze evaluaties worden meegenomen in de ontwikkeling van kennisproducten en in de advisering.

Het cGM organiseert periodieke kenniskringen die in het teken staan van actuele ontwikkelingen in beleid, praktijk en onderzoek op het gebied van psychosociale hulp en gezondheidsonderzoek bij rampen en crises. Er is ruimte voor casuïstiek en de lessen uit evaluaties. De kenniskringen vormen een doorlopende mogelijkheid tot kennisdeling en zijn een manier om netwerkcontacten landelijk te bevorderen. De doelgroep – bestuurders, beleidsmedewerkers, crisiscoördinatoren, hulpverleners en onderzoekers – wordt betrokken bij het bepalen van de inhoud en de evaluatie van de kenniskringen (RIVM 2012).

Het cGM spant zich bovendien in om de kennis en inzichten die uit alle activiteiten voortkomen door te vertalen naar opleiden, trainen en oefenen. Dit is cruciaal voor de implementatie van kennis tijdens de preparatie en uitvoering van de psychosociale hulp.

⁴ De naam van de expertgroep luidt voluit "Expertgroep Gezondheidsonderzoek en Nazorg na rampen en (milieu-) incidenten".

GGD GHOR

Achtergrond en algemene taken

De Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) en Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) dragen zorg voor de regionale publieke gezondheid. Nederland is ingedeeld in 25 regio's. Via de Wet publieke gezondheid zijn burgemeester en wethouders verantwoordelijk voor het bevorderen van de 'de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen' (Wet publieke gezondheid, 2008). Hieronder valt het in stand houden van in ieder geval een GGD. De GGD en GHOR hebben verschillende taken. De GHOR is, sinds de inwerkingtreding van de Wet veiligheidsregio (2010), een integraal onderdeel geworden van de veiligheidsregio (GGD Nederland & GHOR Nederland, 2011). GHOR is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening, en adviseert andere overheden en organisaties op dat gebied. De GGD is, binnen de Wet publieke gezondheid (2008), verantwoordelijk voor de totstandkoming, bevordering en continuïteit van de publieke gezondheidszorg. Tevens faciliteert de GGD samenhang tussen en afstemming met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises, met specifieke taken op het gebied van psychosociale hulp.

Rol

Sinds de wijziging van de Wet publieke gezondheid (2012) vallen GGD en GHOR onder de directeur publieke gezondheid (DPG). De rol van GHOR en GGD is gevat in tabel 1. In geval van opschaling wordt het GGD Rampen en Opvangplan (GROP) opgestart. Binnen het GROP worden vier processen onderscheiden: medische milieukunde (MMK), infectieziektebestrijding (IZB), psychosociale hulpverlening (PSH) en gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR). Bij medische milieukunde en infectieziektebestrijding betreft het een opschaling van reguliere GGD-processen, maar psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek kennen geen vaste reguliere tegenhanger. Elk proces dat in het voorkomende geval relevant is, is in het crisisteam vertegenwoordigd door een procesleider. Voor het PSH proces gaat bij de GGD een aparte structuur in werking met ketenpartners die vanuit de GGD ingeschakeld en gecoördineerd worden. Hierover maakt de GGD afspraken met deze partners. Die afspraken worden vastgelegd in een convenant (zie GGD Handreiking PSH, par. 3.4). Binnen het huidige wettelijk kader is er een vaste alarmerings- en opschalingsstructuur voor het PSH-proces in GRIP-situaties vastgelegd. Zo beschikt de GGD over een kernteam (met een leider kernteam) en een opvangteam (met een leider opvangteam). 'Opschaling van de PSH' is echter niet noodzakelijk gekoppeld aan GRIP, maar vindt plaats wanneer coördinatie gewenst is. Bijvoorbeeld als er sprake is van maatschappelijke onrust of een risico op verstoring van de openbare orde en veiligheid, als de reguliere uitvoering van de GGD-taken of psychosociale hulpverlening in het gedrang komt of dreigt te komen, of als diverse partnerorganisaties bij één casus betrokken zijn en er behoefte is aan afstemming (Impact 2015). De vorm en mate van coördinatie kunnen in dergelijke situaties verschillen, en vaak is er ook sprake van andere alarmerings- en coördinatielijnen dan die van kernteam en opvangteam. In de manier waarop vormgegeven wordt aan de organisatie van de PSH bij incidenten, bestaan onderlinge verschillen tussen de verschillende regio's (Impact, 2015).

	GHOR	GHOR
Vorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftelijke afspraken met GGD, huisartsen en ziekenhuizen over de voorbereiding en uitvoering • Informeren en consulteren GGD bij mogelijke dreigingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Opstellen procesbeschrijving PSH • Afspraken maken met ketenpartners (convenanten) • Informeren en consulteren GHOR bij mogelijke dreigingen
Acute fase	<ul style="list-style-type: none"> • Bij grote incidenten: alarmering GGD via crisiscoördinator • Wanneer andere GGD-processen niet relevant zijn: beslissing of PSH-inzet nodig is en alarmering PSH-procesleider • Regie op aansluiting PSH op andere hulpdiensten en na zorgtaken van gemeente/veiligheidsregio 	<ul style="list-style-type: none"> • Coördinatie van de inhoudelijke uitvoering • Vakinhoudelijke communicatie en advies
Nafase	<ul style="list-style-type: none"> • Tot het moment van afschaling: regie op aansluiting PSH op andere hulpdiensten en na zorgtaken van gemeente/veiligheidsregio • Zorg voor de eigen medewerkers 	<ul style="list-style-type: none"> • Coördinatie van de inhoudelijke uitvoering • Vakinhoudelijke communicatie en advies • Zorg voor de eigen medewerkers

PSH-taken

Wettelijk is de GGD verplicht in een opschalingssituatie (GRIP) psychosociale hulpverlening te coördineren. De psychosociale hulpverleningstaken van de GGD vallen grofweg uiteen in een 'koude fase', een 'warme fase' en de nafase. In de koude fase is de GGD verantwoordelijk voor opleiden, trainen en oefenen (OTO), en het optuigen van de eerder beschreven structuur door het maken van afspraken met ketenpartners (planvorming en convenanten). Ook moet de nafase worden voorbereid. Daarnaast heeft de GGD de verantwoordelijkheid om de uitvoering van PSH te specificeren in draaiboeken en protocollen. Tijdens de warme fase is de GGD verantwoordelijk voor de coördinatie van de uitvoering van de PSH, met name informatieverstrekking over normale reacties en sociale en emotionele steun (zie GGD Handreiking, 2015). Besluitvorming en planvorming vinden plaats in het kernteam. Binnen het kernteam zijn de verschillende ketenpartners vertegenwoordigd op managementniveau. In de uitvoering kan het opvangteam ingezet worden. Het opvangteam bestaat uit uitvoerend professionals vanuit de ketenpartners. Het kernteam is tevens verantwoordelijk voor het anticiperen op mogelijke scenario's voor de nafase (GGD Nederland, 2012), aangezien deze fase vaak een lange tijd beslaat. Afschaling, nazorg en evaluatie zijn belangrijke onderdelen van deze nafase (GGD Nederland, 2012).



Uitvoerende partners

Rode Kruis

Achtergrond en algemene taken

Het Rode Kruis zet zich al decennialang in voor het ondersteunen van de publieke gezondheid. Zo levert het Rode Kruis noodhulp, burgerhulp, evenementenhulp en EHBO door heel Nederland, op ieder denkbaar moment, met getrainde en gekwalificeerde vrijwilligers. Bij koninklijk besluit is het Rode Kruis verantwoordelijk voor het leveren van hulp aan krijgsgevangenen en andere personen die in de macht zijn van een vijandelijke mogendheid (Koninklijk Besluit Rode Kruis, artikel 3, 2011). Een andere belangrijk onderdeel van het takenpakket is het leveren van medische en psychosociale hulp bij incidenten en calamiteiten. Zo geeft het Rode Kruis medische ondersteuning door middel van noodhulpteams (voormalig SIGMA), en verstrekt eten en drinken in opvanglocaties.

Rol

Sinds de wijziging van Besluit Rode Kruis draagt het Rode Kruis onder andere zorg voor het in werking hebben van een informatiebureau ten tijde van rampen of crisis, het opsporen van vermiste personen en het herstellen van contact tussen familieleden die van elkaar gescheiden zijn (Koninklijk Besluit Rode Kruis, 2011). De rol van het Rode Kruis is het grootst in de acute fase bij rampen en crises, waarbij de organisatie zich vooral richt op het leveren van basishulp (noodhulpteams voor lichtgewonden, voedsel en drinken), het verschaffen van informatie en het in contact brengen van familieleden met elkaar. Wanneer langdurige opvang nodig is, kan het Rode Kruis de opvang van deze getroffen personen faciliteren.

PSH-taken

Het Rode Kruis is actief op met name de gebieden basishulp, informatieverstrekking en emotionele en sociale steun. De organisatie is ook actief, maar in mindere mate, op het gebied van praktische hulp in de nafaase. Het Rode Kruis faciliteert de informatieverstrekking *naar* en *tussen* getroffen personen en familie (nabestaanden). Dit doet ze door bijvoorbeeld opvanglocaties informatiepunten te creëren en de website 'www.ikbenveilig.nl' te openen. Het Rode Kruis stimuleert getroffen personen daarbij, zowel on- als offline, om te melden als ze veilig zijn. Verwanten, vrienden en anderen kunnen op deze site opzoeken of iemand al dan niet ongedeerd is. Het Rode Kruis beschikt over een grote groep gemotiveerde, betrokken en getrainde vrijwillige hulpverleners, die emotionele en sociale steun kunnen bieden aan getroffen personen van een ramp. Deze vrijwilligers bieden een luisterend oor. In mindere mate biedt het Rode Kruis praktische ondersteuning na een ramp of crisis. Zo heeft het Rode Kruis een aantal afdelingen die financieel advies bieden voor mensen met schulden. In sterkere mate is het Rode Kruis actief bij preventie, door het bieden van praktische hulp aan overheden, bijvoorbeeld bij het versterken van dijken of het opruimen van stormschade.

Slachtofferhulp Nederland

Slachtofferhulp Nederland (SHN) helpt slachtoffers van misdrijven, verkeersongelukken, vermissing en calamiteiten. De organisatie biedt kosteloos hulp aan slachtoffers, nabestaanden, getuigen, betrokkenen, veroorzakers, nablijvers en andere betrokkenen. SHN is een landelijk opererende organisatie. De missie van SHN is om mensen te ondersteunen bij het verwerken van de gebeurtenis en, waar mogelijk, de materiële en immateriële schade te herstellen. De zelfredzaamheid en veerkracht van mensen zijn daarbij het uitgangspunt.

SHN stelt zich tot doel op een laagdrempelige en deskundige manier aanwezige herstelcapaciteiten en vermogens bij cliënten te mobiliseren en het relatief kleine deel voor wie dit niet of minder geldt, te begeleiden naar de volgende trede op de trap van het *stepped care* model (huisartsen, maatschappelijk werk, gespecialiseerde GGZ; zie het kringenmodel in deel A). Dat voorkomt onnodige problematisering en medicalisering van normale reacties op abnormale gebeurtenissen, of het al te ruim inzetten van gespecialiseerde en relatief kostbare zorg.

SHN ondersteunt slachtoffers van een misdrijf, verkeersongeluk, vermissing of calamiteit. Via een piketdienst (24 uur per dag, zeven dagen per week) wordt SHN ingezet op verzoek van ketenpartners – politie, gemeenten en GGD – om directe ondersteuning te bieden bij calamiteiten waarbij acute hulp gevraagd is. Ook bij grote calamiteiten of crises biedt SHN ondersteuning (in de nafase). SHN werkt nauw samen met familierechercheurs van de Nationale Politie en andere ketenpartners, zoals het Openbaar Ministerie en Impact.

SHN ziet voor zichzelf een landelijke uitvoerende taak in de psychosociale hulp bij rampen en crises weggelegd. SHN is een psychosociale hulpverlener met een landelijke organisatie die regionaal is ingebed in 85 lokale kantoren. SHN kan snel een gecoördineerde inzet organiseren overal in het land. De infrastructuur omvat een piketdienst met een landelijk servicenummer (0900-0101), een online hulpaanbod via chat, e-mail, webcare, een professioneel registratie-/bedrijfsprocessensysteem en geschoolde betaalde en onbetaalde krachten. Ook beschikt SHN over een netwerk met relevante netwerkpartners in de letselschadebranche, in de strafrechtelijke keten en in de PSH.

De werkzaamheden van SHN spitsen zich toe op het type ondersteuning en zorg dat wordt bepleit in de *multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises* (Impact 2014). In het volgende overzicht zijn de taken die SHN verricht, weergegeven volgens de categorisering uit de richtlijn:

Wat	Taken acute fase (eerste uren, dagen) en nafase (dagen, weken, maanden, jaren)
Informatie	<p>Acute fase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking casemanagers van SHN en familierechercheurs van de politie: direct na grootschalige calamiteiten, of bij een incident waarbij sprake is van een levensdelict of een ernstige geweldszaak, nemen familierechercheurs direct contact op met getroffen. Casemanagers worden kort daarop bijgeschakeld. Familierechercheurs vormen in de acute fase de verbindende schakel tussen getroffen, identificatieteam en het politieonderzoek. Casemanagers bieden informatie over praktische, psychosociale en juridische aspecten van een calamiteit. • Bij zedenzaken waarbij meerdere (potentiele) slachtoffers betrokken zijn, zoals bij groomingzaken, ontucht met meerdere slachtoffers bij een club/vereniging/instelling en serieverkrachtingen, wordt de hulpverlening gecoördineerd in direct overleg met de Nationale Politie en het Openbaar Ministerie. • Bij overige ingrijpende gebeurtenissen worden vrijwilligers ingezet in de acute fase. In deze gevallen bieden vrijwilligers informatie over praktische, psychosociale en juridische aspecten van een calamiteit. • Indien relevant, of op verzoek, opent SHN in de acute fase een servicenummer voor informatie over praktische, psychosociale en juridische aspecten van een calamiteit. • Naast een telefonisch ondersteuningsteam kan een webcare- en/of chatteam worden ingezet. • Binnen enkele uren kan op de website van SHN algemene informatie worden geplaatst over praktische, psychosociale en juridische aspecten van een calamiteit. • SHN kan op verzoek een (grote) groep getroffen binnen twee werkdagen actief benaderen voor informatie over praktische, psychosociale en juridische aspecten van een calamiteit. • Bij een grootschalige calamiteit kan binnen 24 uur een online informatie- en verwijscentrum (IVC) worden geopend voor getroffen. In een besloten omgeving wordt aan getroffen actuele en betrouwbare informatie geboden van betrokken instanties (overheid, politie/LTFO, Openbaar Ministerie, Onderzoeksraad voor Veiligheid, SHN, Impact). Toegang is mogelijk na verificatie van gegevens bij politie of gemeente. Informatie kan actief worden aangeboden via pushberichten en nieuwsbrieven. Getroffen kunnen vragen stellen aan betrokken instanties. • Medewerkers van SHN bieden in de acute fase advies en informatie over psychosociale, praktische en juridische aspecten van calamiteiten <ul style="list-style-type: none"> (i) bij incidenten aan direct verantwoordelijken (politie, schooldirectie, verenigingsbestuur), via oproepen van regionale meldkamers; (ii) bij opschaling in PSH-kernteam aan de GGD of rechtstreeks aan incidentgemeenten; (iii) als vaste actor van de Rijksoverheid aan het Nationaal Crisiscentrum.

<p>Informatie</p>	<p>Nafase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gedurende de nafase schalen familierechercheurs af en vormen casemanagers het primaire communicatiekanaal met getroffen. Bij strafrechtelijke onderzoek worden zaakcoördinatoren of slachtofferofficiëren van het openbaar ministerie bijgeschakeld. Deze fase kan één tot anderhalf jaar duren. Bij overige ingrijpende gebeurtenissen wordt de vervolghulp uitgevoerd door vrijwilligers. • Een informatie- en verwijscentrum (IVC) blijft, al naar gelang de aard van de calamiteit en de behoefte van getroffen, actief van zes maanden tot twee jaar. Het IVC biedt gedurende deze tijd een centrale en besloten plek voor actuele en betrouwbare calamiteit-gerelateerde informatie van direct betrokken instanties; • Bij kleinere calamiteiten of zedenzaken met meerdere slachtoffers kan een besloten forum worden ingezet. Dit biedt minder functionaliteiten dan een online IVC, maar kan ook dienen als besloten platform voor informatie van betrokken organisaties en lotgenotencontact voor slachtoffers. • Bij grootschalige calamiteiten organiseert SHN (of helpt bij de organisatie) informatiebijeenkomsten met ketenpartners op het gebied van het strafrecht, psychotrauma en personenschade. • Via onder andere begeleiding van casemanagers of vrijwilligers, en via monitoring van participatie van getroffen op het online IVC of forum, weet SHN wat er leeft bij getroffen. Op die manier kunnen collectieve belangen van getroffen effectief worden behartigd gedurende de gehele nafase van een calamiteit. SHN signaleert tijdig knelpunten in de nafase. Op basis hiervan kan SHN maatregelen treffen of signalen delen met betrokken instanties en hen adviseren over oplossingsrichtingen. • SHN biedt informatie bij initiatieven tot zelforganisatie. • SHN biedt informatie ten behoeve van het organiseren van herdenkingen door overheden of zelforganisaties. • SHN vervult een coördinerende rol in de crisiscommunicatie gedurende de nafase via het online-IVC of forum en door de organisatie van informatiebijeenkomsten voor getroffen. • In de nafase adviseren medewerkers over het bieden van informatie over psychosociale, praktische en juridische aspecten van calamiteiten aan incidentgemeenten, GGD'en en het Nationaal Crisiscentrum.
<p>Emotionele en sociale steun</p>	<p>Acute fase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casemanagers en vrijwilligers bieden, na gealarmeerd te zijn via een regionale meldkamer, een steunende context in de acute fase van een calamiteit. Hun inzet is gericht op het in kaart brengen van stressfactoren en het helpen om deze stressfactoren te verminderen, het bevorderen van normalisatie en desgewenst het bieden van psycho-educatie. • Individuele slachtoffers van ingrijpende gebeurtenissen worden in de acute fase opgevangen door individuele medewerkers van SHN. Groepen slachtoffers worden opgevangen door opvangteams van SHN. • Ook andere ondersteuningsmodaliteiten (actieve benadering, webcare- en chat-team, online informatie en zelfhulpapplicaties) zijn gericht op normalisatie, empowerment en voorlichting over stressreacties na ingrijpende gebeurtenissen.

	<p>Nafase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casemanagers en vrijwilligers bieden een steunende context aan getroffen en. • Lotgenotencontact wordt, onder begeleiding, aangeboden aan groepen getroffen en. <p>Ongeacht de fase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medewerkers van SHN adviseren over het bieden van psychosociale aspecten van calamiteiten <ul style="list-style-type: none"> (i) bij incidenten aan direct verantwoordelijken (zoals politie, schooldirectie, verenigingsbestuur) via oproepen van regionale meldkamers; (ii) aan GGD'en (bij opschaling in PSH-kernteams) of rechtstreeks aan incident-gemeenten; (iii) als vaste actor van de Rijksoverheid aan het Nationaal Crisiscentrum.
<p>Praktische hulp</p>	<p>SHN biedt praktische hulp op meerdere terreinen</p> <ul style="list-style-type: none"> • financieel-juridisch: (verwijs)informatie en advies over schadeverhaal (civiel en strafrechtelijk), mogelijkheden voor rechtsbijstand (in samenwerking met beroepsverenigingen in de personenschadebranche, ketenpartners als ANWB en de Raad voor Rechtsbijstand), informatie over afwikkelingen rondom erfrecht (in samenwerking met het netwerk van notarissen) of het bieden van ondersteuningsmogelijkheden zoals een financial coach voor slachtoffers; • informatie over fondsen en ondersteuning bij het aanvragen van schadevergoeding (SGM, Waarborgfonds, Noodfonds Slachtofferhulp, ad hoc-fondsen voor groepen gedupeerden). SHN beschikt over een kenniscentrum voor juridische/psychosociale dienstverlening; • gespecialiseerde informatie, ondersteuning en coördinatie bij visueel afscheid nemen bij levensdelicten (in samenwerking met LTFO), teruggave van persoonlijke eigendommen, advies en begeleiding bij terugkeer naar de plaats delict/ramp of confrontatie wrakstukken (bijvoorbeeld treinbotsing in Amsterdam, vliegcrash Tripoli en vliegcrash MH17), • begeleiding bij gesprekken met Officier van Justitie, zittingsbegeleiding, begeleiding bij gesprekken met advocatuur; • advies en ondersteuning (in samenwerking met o.a. Impact) bij zelforganisaties, herdenkingen, monumenten en lotgenotencontact.

Zorg bij gezondheidsklachten	<ul style="list-style-type: none"> • Van de aangeboden ondersteuning vanuit SHN en het bevorderen van eigen sociale netwerken van getroffen en door medewerkers kan een preventieve werking uitgaan voor het ontstaan van aanhoudende gezondheidsklachten. SHN heeft een taak in de toeleiding naar zorg bij het signaleren van aanhoudende gezondheidsklachten (chronische stressklachten, complexe rouw): • onderdeel uitmakend van regionale kernteams PSH van GGD'en met een adviserende taak ten behoeve van incidentgemeenten over normalisatie en toeleiding naar zorg; • samenwerking met regionale GGD bij grootschalige calamiteiten (bijvoorbeeld zedenzaak Amsterdam), zodat toeleiding naar gespecialiseerde hulp soepel en zonder wachtlijsten plaatsvindt; • samenwerking met het Nazorg Contact Punt (NCP) van Impact bijvoorbeeld tijdens de nazorg van de MH17 vliegramp): casemanagers kunnen bij het NCP terecht voor advies en toeleiding van cliënten naar een netwerk van rouwtherapeuten met up-to-date behandeling bij complexe rouw; • bij incidenten en kleinschalige calamiteiten worden getroffen doorgeleid naar de huisarts.
-------------------------------------	--

De Rijksoverheid heeft SHN een taakstelling gegeven om slachtoffers van misdrijven praktische, juridische en psychosociale ondersteuning te geven. Ook rampen en grootschalige calamiteiten zijn veelal (potentiële) misdrijven (denk aan de aanslag op Koninginnedag, Schietincident Alphen aan den Rijn, de Amsterdamse zedenzaak, vliegramp MH17). De rechten van slachtoffers van misdrijven zijn verankerd in de Wet versterking positie slachtoffer en in de EU-richtlijn tot vaststelling van minimumnormen voor de rechten, de ondersteuning en de bescherming van slachtoffers van strafbare feiten. In deze rechten wordt verwezen naar de rol van slachtofferorganisaties.

SHN kan via meerdere routes in beeld komen in de acute fase van een ramp of crisis:

- De primaire crisisorganisatie van SHN is gekoppeld aan de regionale meldkamers van de politie. Voor opvang en advies bij ingrijpende gebeurtenissen kan de politie 24 uur per dag en zeven dagen per week een beroep doen op SHN.
- SHN is convenantpartner psychosociale hulp van regionale GGD'en. SHN-medewerkers maken deel uit van opvangteams en PSH-kernteams (zie pagina 33). Via afgesproken alarmeringsmodaliteiten kunnen medewerkers 24 uur per dag en zeven dagen per week worden ingeschakeld.
- Bij grootschalige zedenzaken waarbij meerdere (potentiële) slachtoffers betrokken zijn, zoals bij "groomingzaken", ontucht met meerdere slachtoffers bij een club/vereniging/instelling, serieverkrachtingen wordt SHN rechtstreeks benaderd door de Nationale Politie.
- SHN is vaste actor in de crisisorganisatie van de Rijksoverheid.

Calamiteiten doen zich plotseling voor. Er ontstaan ad hoc en spontaan opvanglocaties (bijvoorbeeld bij het schietincident Alphen aan den Rijn en de aanslag op Koninginnedag). Het kan voorkomen dat SHN eerder wordt ingeschakeld via de meldkamer van de politie dan via de GGD-alarmeringsmodaliteit.

SHN maakt deel uit van de personenschadeketen (zoals verzekeraars, rechtshulpverleners), de strafrechtketen (onder andere politie, OM en rechtshulpverleners) en de geestelijke gezondheidszorg (onder meer huisartsen, netwerken op het terrein van psychotrauma en onderzoeksinstituten/universiteiten). SHN werkt samen met alle partijen uit deze ketens.

Maatschappelijk werk

De missie van het maatschappelijk werk is "bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht komen als mens en als burger. Maatschappelijk werkers streven ernaar dat mensen zich in wisselwerking met hun sociale omgeving zo goed mogelijk kunnen ontplooiën naar hun eigen aard, mogelijkheden, behoeften en opvattingen, rekening houdend met anderen met wie zij samenleven." Deze missie is opgenomen in de *beroepscode voor de maatschappelijk werker* (NVMW 2010). De beroepscode geldt voor leden van de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers en maatschappelijk werkers die geregistreerd staan in het Registerplein, het onafhankelijke kwaliteitskeurmerk voor sociaal professionals zoals agogen en maatschappelijk Werkers.

De wisselwerking tussen mensen en hun sociale omgeving is een wezenlijk element van psychosociale problematiek. Bij rampen en crises is de inhoud van het werk niet wezenlijk anders dan het reguliere werk, hoewel kennis over mogelijke reacties op schokkende gebeurtenissen en hoe daar mee om te gaan wenselijk is (Berendsen 2003). Uitgangspunt blijft dat ieder mens bijna dagelijks te maken heeft met kleine of grotere problemen. Meestal kunnen mensen die op eigen kracht oplossen, maar soms lukt dat niet. In dat geval kunnen zij met vragen of problemen een beroep doen op het maatschappelijk werk. Bij rampen en crises komen maatschappelijk werkers doorgaans in beeld in de nafase.

Maatschappelijk werkers zijn actief binnen meerdere van de categorieën van psychosociale hulp aan getroffen. Ze kunnen hulp bieden in de vorm van het geven van *informatie* (over de gebeurtenis, de stand van zaken, het lot van dierbaren, en geruststelling over mogelijke stressreacties), *emotionele en sociale steun* (luisterend oor, betrokkenheid, erkenning), *praktische hulp* (administratie, huishouden, juridisch advies, financiële ondersteuning; ze kunnen dat zelf doen of hierin bemiddelen) en *zorg bij gezondheidsklachten* (preventie, vroegtijdig signaleren en verwijzen naar een zorgprofessional voor diagnostiek en behandeling). Na een ramp kunnen getroffen kampen met problemen in de verwerking van de gebeurtenis of bijkomende verliezen die al dan niet samenhangen met de gebeurtenis: overlijden, scheiding, ziekte, verlies van werk, gevoelens van onmacht, schuld en schaamte. De maatschappelijk werker kan hier ondersteuning bieden en bovendien helpen bij bijvoorbeeld (een beroep doen op) regelingen, (aanvragen van) uitkeringen, wetgeving en financiële kwesties. Ook kan de maatschappelijk werker bijdragen aan of bemiddelen bij het vinden van oplossingen voor problemen in de omgang met anderen (zoals partner, kinderen, ouders, huisgenoten en burens), met instanties of bij eenzaamheid.

De positie van de maatschappelijk werker in het kringenmodel is behandeld in deel A. De verwijzing naar de maatschappelijk werker kan worden verstrekt door de huisarts (zie pagina 44). De beroepscode bevat twee bepalingen die overeenkomen met overdracht- en samenwerkingsprincipes zoals benoemd in de multidisciplinaire richtlijn PSH. De maatschappelijk werker dient te bevorderen dat de cliënt, wanneer niet (meer) kan worden voldaan aan diens behoefte, elders passende hulp krijgt. De maatschappelijk werker verantwoordt deze beslissing tegenover de cliënt en begeleidt deze bij een eventuele verwijzing (bepaling 9, NVMW 2010). De maatschappelijk werker werkt samen met anderen binnen en buiten de eigen organisatie wanneer dit aan het hulpverleningsproces ten goede komt. In de samenwerking werkt de maatschappelijk werker mee aan een goede regie en afstemming van de hulpverlening (bepaling 19, NVMW 2010).

Maatschappelijk werkers kunnen als zelfstandige werken, of als medewerker van een organisatie in diverse sectoren. Deze werkzaamheden kunnen extern gericht zijn, bijvoorbeeld vanuit wijkteams en welzijnsinstellingen, of intern gericht binnen bedrijven zoals het bedrijfsmaatschappelijk werk bij de politie en defensie, of als gespecialiseerd maatschappelijk werker in een zorg- of onderwijsinstelling.

Huisarts

Huisartsenzorg is 24 uur per dag, zeven dagen per week beschikbaar. Dat geldt onder normale omstandigheden en in principe ook in de bijzondere situatie van een ramp. Op werkdagen kunnen patiënten terecht bij hun eigen huisarts. Voor zorg die volgens de patiënt niet kan wachten tot de volgende werkdag zijn er 's avonds, 's nachts en in het weekend de huisartsenposten. Er zijn in Nederland ongeveer 120 huisartsenposten.

In een rampencontext beperkt de primaire taak van de huisarts zich tot de zorg voor patiënten in de eigen praktijk, al bestrijkt de wettelijke taak van de huisarts ook de hulp aan passanten. De hulpverlening aan zwaargewonden op het rampterrein is specialistisch werk dat in de praktijk wordt uitgevoerd door ambulancepersoneel, traumateams en noodhulpteams van het Rode Kruis (zie pagina 37) (Houdijk 2009). De rol van individuele huisartsen tijdens de acute fase is niet vast afgebakend. Er is geen wettelijke rol weggelegd voor de huisarts voor wat betreft de hulp in een opvang- en behandelcentrum, of op een rampterrein. Tijdens de vuurwerkramp in Enschede koos de ene huisarts ervoor bij zijn gezin te zijn, terwijl een ander de getroffen wijk inging om te helpen. De huisartsenpost speelde er wel een belangrijke rol bij de behandeling van kleine verwondingen, maar vooral bij het verzorgen van geneesmiddelen voor chronisch zieken (IJermans 2013).

In de nafase is de positie van de huisarts hetzelfde als onder normale omstandigheden: dossierbewaker, poortwachter, verlener van psychosociale en somatische zorg als laagdrempelige, bekende zorgverlener uit de buurt. Na de acute hulpverlening in de eerste uren en dagen, kunnen mensen na een ramp met psychosociale klachten bij de huisarts aankloppen. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), fobische klachten, en psychische problemen, zoals depressie, angststoornissen, posttraumatische stressstoornis (PTSS), gecompliceerde rouwverwerking en middelenmisbruik kunnen nog jaren na dato voortduren of ontstaan. De huisarts vervult dezelfde rol als normaal: hulpvraag exploreren, hulpvraag verhelderen, diagnose stellen, behandelingen aanbieden en indien nodig doorverwijzen. Ook kunnen huisartsen een ondersteunende of uitvoerende rol spelen in gezondheidsonderzoek (Houdijk 2009).

De rol van de huisarts in de nazorg is de afgelopen jaren versterkt. Enerzijds door nieuwe inzichten over hoe er met getroffen mensen moet worden omgegaan. Anderzijds is de rol van psychologen en psychiaters in de eerste weken na een ramp veranderd, mede omdat die zorg niet wordt bekostigd. Vanzelfsprekend moet er in de acute fase zorg zijn voor de zeer beperkte groep mensen met acute psychische problemen, die niet onder een "normale reactie op een abnormale gebeurtenis" vallen. Die zorg kan de huisarts vaak geven. Er is echter vooral behoefte aan oplossingen voor praktische problemen, adequate informatie en steunend contact. Deze steun zoeken mensen vooral bij lotgenoten en naasten (om zo snel mogelijk weer controle te krijgen over het leven). Bij gezondheidsklachten gaan zij naar de huisarts; de bekende zorgverlener in de buurt waar zij als patiënt staan ingeschreven (IJermans 2013).

Nederland kent een landelijk dekkend netwerk van huisartsenzorg. De huisarts is poortwachter voor duurdere specialistische zorg, die aan de orde is voor mensen waarvan de veerkracht tekortschiet. Het past bij de stepped care benadering die in richtlijnen wordt bepleit. In het kringenmodel (zie deel A) zijn betrokkenen bij de psychosociale hulp gepositioneerd in kringen rondom een getroffene. Van binnen naar buiten toe gaat ondersteuning over in specialistische zorg, waar dat nodig is. De huisarts vormt de hoofdroute naar generieke GGZ en specialistische GGZ (zie pagina 46). Getroffenen zijn zelf verantwoordelijk om in geval van (aanhoudende) klachten en onrust een bezoek te brengen aan de huisarts, al dan niet aangespoord door

andere partijen. Voor getroffen en die medewerker zijn van een grotere organisatie hebben ook bedrijfsartsen een signalerende en verwijzende functie (Impact 2014).

Omdat acute zorg bij rampen wordt gezien als 'opgeschaalde' reguliere acute zorg wordt de huisarts in toenemende mate als belangrijke speler gezien binnen de acute zorgketen. Daarbij gaat het vooral om de huisartsenposten en minder om individuele huisartspraktijken (IJzermans 2013). De voorbereiding op de huisartseninzet bij calamiteiten – zoals infectieziekten of flitsrampen – wordt regionaal uitgewerkt op basis van een Huisartsen Rampenopvang Plan (HAROP). In het HAROP worden bijzonderheden over werkwijzen en de organisatie van de nazorg vooraf uitgewerkt.

Gezien de schaalgrootte van de gemiddelde ramp in Nederland kan de reguliere zorg het meestal zelf aan. Alleen bij de vuurwerkramp in Enschede werden de huisartsen tijdelijk ondersteund.

Op het werk van de huisarts is een aantal wetten van toepassing. Alle huisartsen zijn gebonden aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Deze wet stelt eisen aan de kwaliteit van zorg die de individuele huisarts levert. Daarnaast moeten huisartsen volgens de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) aangesloten zijn bij een klachtenregeling. De rechten en plichten van huisarts en patiënt zijn vastgelegd in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) behartigt als beroepsvereniging de belangen van huisartsen. Via de LHV is het mogelijk om te communiceren met huisartsen door het hele land. De beroepsvereniging kan landelijk de gezichtspunten, knelpunten en signalen van huisartsen inbrengen in het overleg met andere partners binnen de nazorg. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is het aanspreekpunt voor wetenschappelijke vragen of zorgstandaarden. In de multidisciplinaire richtlijn PSH wordt verwezen naar de NHG-standaarden voor problematisch alcoholgebruik (M10), slaapproblemen en slaapmiddelen (M23), depressie (M44), angststoornissen (M62) en SOLK (M102).

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Achtergrond en algemene taken

De laatste jaren wordt de gezondheidszorg gedomineerd door de gedachte dat gezondheidsproblematiek zoveel mogelijk in de nulde en eerste lijn moet worden opgelost. De GGZ vormt hierbij geen uitzondering. Milde psychische problemen zouden beter én toegankelijker in de eerste lijn door huisartsen of de niet-specialistische GGZ kunnen worden behandeld (Trimbos, 2012). Dit zou de gestage groei in toestroom naar de specialistische GGZ stremmen en meer ruimte laten voor behandeling van mensen met zware en complexe problematiek. Van oudsher speelt de specialistische, regionaal georganiseerde GGZ een belangrijke rol in de hulpverlening bij crises, zoals individuele incidenten of rampen. Om normale reacties te onderscheiden van abnormale reacties is specialistische kennis onmisbaar. De crisisdienst van de GGZ richt zich primair op individuele dienstverlening bij psychische problemen. Daarnaast heeft de specialistische GGZ ook een geschiedenis van ondersteuning bij opgeschaalde incidenten.

Rol

Als ketenpartner van de GGD is de GGZ verantwoordelijk voor de continuering van PSH onder alle omstandigheden (GGD Nederland, 2011). Door middel van convenantafspraken wordt in ieder geval één GGZ in de regio verantwoordelijk voor de tweedelijnsopvang tijdens rampen en crises. Zo nemen vertegenwoordigers van de GGZ plaats in zowel het kernteam als opvangteam GGD (zie pagina 33). Recentelijk is de rol van de GGZ in het psychosociale hulpdomein bij rampen en crises veranderd. Dit hangt samen met de expliciet vastgelegde verantwoordelijkheid van de GGD – deze is inmiddels wettelijk vastgesteld, waardoor de GGZ landelijk gezien geen coördinerende rol meer vervult. Bovendien bestaat er geen financiële dekking voor het leveren van PSH bij rampen en crises; niet voor collectieve ondersteuning en zonder indicatie evenmin voor individuele dienstverlening. Het waarborgen van GGZ-kennis en -ervaring komt zo onder druk te staan, terwijl de GGZ nog steeds als ketenpartner optreedt in kern- en opvangteams van de GGD. Een meer terughoudende betrokkenheid van de GGZ past bij het beleidsdenken dat geënt is op veerkracht en zelfredzaamheid, waarbij de GGZ pas in beeld komt zodra de eigen capaciteit voor herstel ontoereikend blijkt. Het vermindert ook de kans op medicalisering van wat ook wel een 'normale reactie op een abnormale gebeurtenis' wordt genoemd.

Taken

De psychosociale hulpverleningstaken van de GGZ bestaan uit het maken van ketenafspraken met de GGD, het opleiden, trainen en oefenen van de kern- en opvangteamleden, en het continueren van tweedelijnszorg bij rampen en crises. De rol van de GGZ bij de directe opvang van getroffen personen bij een ramp of crisis is bescheiden. Een grotere rol heeft de GGZ in de nafase van rampen en crises ten aanzien van individuen die niet zelfstandig in staat zijn de gebeurtenis te verwerken, of die te maken krijgen met complicerende factoren.

Medewerkers binnen de GGZ zijn gebonden aan meerdere zorgrichtlijnen. In de multidisciplinaire richtlijn PSH wordt verwezen naar de volgende richtlijnen: Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen; Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen; Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis; Multidisciplinaire richtlijn depressie en Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Momenteel wordt, om te anticiperen op de veranderingen in de vijfde editie van de DSM, een nieuwe *Zorgstandaard trauma- en stressorgerelateerde stoornissen* ontwikkeld.



Kennispartners

Impact, partner in Arq Psychotrauma Expert Groep

Rampen, calamiteiten en ook kleinschaligere gebeurtenissen verstoren het alledaagse leven. De reguliere publieke en private dienstverlening is er niet altijd even goed op ingericht om met grootschalige verstoringen en de gevolgen voor mensen om te gaan. In het verleden hebben de Bijlmerramp (1992), de vuurwerkramp in Enschede (2000) en de cafébrand in Volendam (2001) het belang van goede psychosociale ondersteuning en zorg aangetoond. De nazorg ging gepaard met vele problemen en dit vraagt om bijzondere expertise op het terrein van de psychosociale hulp (Commissie Oudkerk; Commissie Lanphen). De kennisontwikkeling en borging is in bovengenoemde gevallen als probleem herkend; de kennis hing in de praktijk teveel af van enkele personen en dit werd als te kwetsbaar gezien.

Dit vormt de achtergrond voor de oprichting van Impact, landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen. Stichting Impact is opgericht in 2002 door de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (het desbetreffende onderdeel is opgegaan in Veiligheid en Justitie (VenJ) en Defensie.

Impact is gericht op optimalisatie van de PSH. Het kennis- en adviescentrum zet zich in om te leren van de impact van rampen en crises in Nederland en andere landen, inclusief de nazorg. Impact onderhoudt actief de kennisbasis met betrekking tot de behoeften en problemen van mensen na een ramp, knelpunten in de PSH, en de ideale vorm en inhoud van specifieke diensten (denk aan éénloketfuncties zoals een IAC of IVC, herdenkingen en monumenten). Het hogere doel is om die kennis beschikbaar te maken voor autoriteiten, organisaties en hulpverleners in alle fasen van de veiligheidsketen: van risicoanalyse en preventie (risicomanagement) tot aan het versterken van de PSH tijdens de preparatie in de voorfase, alsmede de planning en uitvoering tijdens de acute fase en de nafase (crisismanagement).

Impact ontsluit die kennis op verschillende manieren:

Warm: *directe advisering*. In iedere fase van een crisis kunnen bestuurders, beleidmakers, organisaties en hulpverleners een beroep doen op Impact voor advies over PSH – of het nu gaat om de vorm en inhoud van informatie, emotionele en sociale steun, of zorg bij gezondheidsklachten. Impact maakt deel uit van het Arq-crisisteam (zie kader) en is een gebruikelijke, deskundige partij aan tafel bij crises en nazorg. Het kennis- en adviescentrum biedt diensten in het meedenken en ondersteunen bij de invulling, uitvoering en evaluatie van de PSH. Dat kan variëren van:

- het inhoudelijk en praktisch voeden van een éénloketfunctie;
- de vormgeving en organisatie van een herdenking of monument;
- het inrichten van een specialistisch Nazorg Contact Punt (NCP), een voorziening om vragen te beantwoorden van hulpverleners en getroffen, de aansluiting met de huisarts te bevorderen en met een verwijssuggestie naar een specialist waar dat passend is;
- het opstellen of tegenlezen van documenten (plannen, brieven, uitnodigingen, informatiefolders, webteksten);
- de coördinatie van verschillende nazorgonderdelen, alsmede het “vinger aan de pols houden” waar het aankomt op belangen van getroffen (op basis van informatie uit bijvoorbeeld e-consulten, NCP, getroffenepanel en ondersteuning van zelforganisaties).

Koud: *ontwikkeling, documentatie, verspreiding en borging van kennis*. Impact geeft kennis een plek in richtlijnen en handreikingen, die worden ontwikkeld in samenspraak met betrokkenen uit de praktijk. Verder neemt Impact een actieve rol in bij de ontwikkeling van meetinstrumenten (QPC, veerkrachtmonitor, screeners), applicaties (waaronder online-zelfhulpprogramma's), en ondersteuningsmiddelen voor opleiden, oefenen en trainen (OTO). Impact organiseert trainingen en werksessies, draagt inhoudelijk bij aan bijeenkomsten en conferenties, beheert bibliotheken en kennisbanken (Cogis-bibliotheek, Psychotraumanet, (Cogis-bibliotheek, Psychotraumanet), bericht via nieuwsbrieven, en ontsluit kennis via vakpublicaties en wetenschappelijke publicaties.

De kennisbasis wordt via meerdere kanalen bijgehouden:

- evaluaties van rampen en crises (ook op verzoek ter plaatse, discreet, uitsluitend met een leer doel);
- systematisch literatuur- en bureauonderzoek (toegesplitst op specifieke nazorgthema's, ramptypen, doelgroepen/risicogroepen, actoren);
- gesprekken met doelgroepen (behoeften, ervaringen en knelpunten aan de “aanbodkant” van de PSH – denk aan de partijen zoals omschreven in dit rapport – en de “vraagkant” van de PSH – getroffen burgers, medewerkers of cliënten);
- getroffenepanel (samengesteld uit overlevenden en nabestaanden van eerdere rampen);
- capaciteitsmetingen en behoeftepeilingen (bijvoorbeeld GGD, GHOR en bevolkingszorg);
- (internationale) netwerken (ISTSS, TENTS, ESTSS, Kenniskring PSH-GOR, Programmacollege PSH, cGM-ketenpartners, analistennetwerk Strategie Nationale Veiligheid);
- werkbezoeken en uitwisselingen, zowel in Nederland als in het buitenland;
- activiteiten in het kader van specifieke projecten.

Impact werkt actief samen met het centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM (zie pagina 31) in opdracht van het ministerie van VWS (zie pagina 25) en Defensie bij het optimaliseren van de PSH vanuit

het perspectief van de publieke gezondheid. Speerpunten en projectmatige activiteiten worden in onderlinge afstemming bepaald. Ook kent Impact een lange samenwerkingsgeschiedenis met het ministerie van Veiligheid en Justitie (zie pagina 23) waar het de nationale veiligheid en zorg voor geüniformeerde hulpverleners betreft – politie, brandweer, ambulancediensten, reddingswerkers en militairen (voor dit laatste werkt Impact ook samen met het ministerie van Defensie). Impact is kennispartner van het Nationaal Crisis Centrum (NCC) bij nationale crises en van de Nationaal Coördinator Terrorisme en Veiligheid (NCTV). Dat geldt onder meer ten aanzien van de organisatie en inhoud van de nafase van rampen. Impact werkt samen met Slachtofferhulp Nederland, het Rode Kruis en koepelorganisaties van huisartsen, GGD en GHOR, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en het maatschappelijk werk. Impact onderhoudt contacten met gemeenten, veiligheidsregio's, GGD'en, GGZ-instellingen en zorgverleners. Voor onderzoek en ontwikkeling wordt internationaal samengewerkt met wetenschappers, verbonden aan universiteiten en onderzoeksinstituten.

In 2011 is Impact toegetreden tot Arq Psychotrauma Expert Groep. Binnen Arq wordt expertise op het gebied van psychotrauma van diverse organisaties samengebracht. Medewerkers beschikken over kennis en ervaring met betrekking tot alle Nederlandse rampen en crises vanaf de Bijlmerramp. Maandelijks worden Arq-partnerorganisaties ingezet voor nationale en internationale organisaties en bedrijven tijdens en na crisissituaties. Daarnaast is de kennisontwikkeling over preventie, signalering, diagnostiek, behandeling en nazorg met elkaar in verbinding gebracht, en beschikbaar voor de advisering en ondersteuning bij rampen en crises. Bij de uitvoering van PSH-werkzaamheden maakt Impact gebruik van voorzieningen en programma's binnen Arq (zie kader).

Impact binnen Arq Psychotrauma Expert Groep: voorzieningen en programma's

- 1 Arq-crisisteam: door samenwerking met het Instituut voor Psychotrauma (IVP) is direct deskundige, operationele capaciteit beschikbaar voor opvang en achtervang door psychologen en advisering bij rampen en calamiteiten. Het Arq-crisisteam is 24 uur per dag, zeven dagen per week benaderbaar, en kan op verzoek worden ingezet. Dat vindt altijd plaats in onderlinge afstemming met het cGM/RIVM. Advisering vindt plaats op basis van lessen die geleerd zijn uit eerdere rampen en crises, en is in lijn met de inhoud van de multidisciplinaire richtlijn PSH.
- 2 Organisatie-overschrijdende, interdisciplinaire onderzoeks- en ontwikkelprogramma's waarbij kennis en toepassingen uit relevante vakgebieden kunnen worden ingezet voor de crisishulpverlening. Relevant voor het PSH-domein zijn bijvoorbeeld de programma's "rampen en crises/nafase" en "veerkracht".
- 3 Beschikking over specialistische deskundigheid van behandelaars en wetenschappers op het gebied van psychotrauma en rouw, verliesverwerking, diverse kwetsbare doelgroepen. Waar nodig kunnen problemen die terecht komen bij het NCP worden voorgelegd aan ervaren therapeuten.
- 4 Integratie en ontsluiting van de kennisdatabank "psychosociale hulp bij rampen en crises" binnen de Cogis-bibliotheek en het Psychotraumanet.

Taken en rollen van partijen geordend naar PSH-taak

	Algemeen	PSH-taken	
Partij	Taken/rollen	Basishulp	Informatie
GGD GHOR	Regionaal verantwoordelijk voor publieke gezondheid. GGD: specifiek voor coördinatie van de uitvoering van de PSH bij rampen en crises.	Acute noodhulp	Informatie over mogelijke reacties en zelfhulp
Huisarts	Algemene gezondheidszorg, poortwachterfunctie stepped care model	-	Informatie over mogelijke reacties en zelfhulp
Generalistische Basis GGZ/ Gespecialiseerde GGZ	Geestelijke gezondheidszorg, rol kernteam GGD	Faciliteren van opvang en ondersteuning	Informatie over mogelijke reacties en zelfhulp
Maatschappelijk werk	Ondersteunen bij omgang met dagelijkse problemen	-	Informatie over mogelijke reacties en zelfhulp
Slachtofferhulp Nederland	Algemene ondersteuning getroffen	Aanwezigheid opvanglocatie	Informatie over mogelijke reacties en zelfhulp
Nederlandse Rode Kruis	Algemene ondersteuning getroffen	Noodhulp, aanwezigheid opvanglocatie	Faciliteren van informatie over lot dierbaren, in contact brengen van getroffen met familie het geven van basisinformatie
Gemeente/ bevolkingszorg	Lokaal/regionaal verantwoordelijk voor openbare orde en publieke veiligheid, lokaal voor publieke gezondheid	Acuut: afschermen en evacuatie van bron- en effectgebied, opvang en primaire levensbehoeften	Risico- en crisiscommunicatie
Impact (en IVP vanuit Arq crisisteam)	Ondersteuning en advisering bij planning, uitvoering en evaluatie collectieve en individuele PSH; dienstverlening Nazorg Contactpunt; ondersteunen zelforganisaties; onderhouden getroffenpanel	Aanwezigheid opvanglocatie	Informatie over mogelijke reacties en zelfhulp

			Overkoepelende actor
Emotionele en sociale steun	Praktische hulp	Zorg bij gezondheidsklachten	Coördinatie, harmonisatie en ondersteuning
Faciliteren	-	Bevorderen integratie en capaciteit van de dienstverlening, gezondheidsonderzoek, omgevingsrisico's beheersen	GGD GHOR Nederland Ministerie van VWS RIVM/cGM
Persoonlijk contact tijdens consult	-	Diagnose, behandeling, doorverwijzing	Landelijke Huisartsen Vereniging, Ministerie van VWS
Persoonlijk contact tijdens consult	-	Diagnose, behandeling, doorverwijzing	GGZ Nederland, Ministerie van VWS
Persoonlijk contact tijdens dienst	Ondersteuning dagelijks leven	Minimaal*	MO-Groep, Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, Ministerie van VWS
Persoonlijk contact via casemanagers en vrijwilligers	Juridisch advies	Minimaal*	Ministerie van VenJ (van oudsher vanuit verkeer en misdrijven)
Persoonlijk contact met vrijwilligers	Financieel advies	Nee	Ministerie van VenJ, Internationale Rode Kruis
Betrokkenheid boegbeeldrol lokaal bestuur, coördineren/ faciliteren herdenkingen en monumenten, ook individueel namens gemeente	-	Vanuit bevolkingszorg minimaal,* maar als lokaal openbaar bestuur wel verantwoordelijk voor publieke gezondheid	Ministerie van VenJ, Ministerie van BZK, Veiligheidsberaad, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Nederlands Genootschap van Burgemeesters
Via ondersteuning zelforganisatie, getroffenepan- el; Nazorg Contactpunt	Secretariële ondersteuning zelforganisatie	Nazorg Contactpunt	Arq i.s.m. RIVM/cGM, Ministerie van VWS, Ministerie van VenJ (nafase rijksbreed)

* Geen primaire taak, hoogstens signaleren en advies huisarts te raadplegen

Overige partijen/inzetbare capaciteit	Relevantie/inzetbaarheid
<p>Overig</p> <ul style="list-style-type: none">• Geestelijk verzorgers in instellingen en religieuze organisaties (zie Handreiking Rampenspirit)• Overige professionele hulpverleners in scholen, zorginstellingen, penitentiaire inrichtingen (zie organisatie-georiënteerde procesboom in multidisciplinaire richtlijn PSH)• Georganiseerde initiatieven (bijvoorbeeld Stichting. Sensor, Kindertelefoon)• Concrete burgerinitiatieven (benefietactiviteiten, herdenkingen, inzamelingen).	<p>Meer of minder actief per PSH-taak, afhankelijk per situatie en moment in tijd</p> <p>Vraagstuk: Wenselijk om op voorhand gericht mee te nemen in preparatie? Door wie en hoe?</p>



DEEL C

Conclusies en bijlagen

Reflectie

Zodra de rollen en taken van de in deze rapportage beschreven partijen (de basisgroep) in samenhang worden bekeken, vallen meerdere zaken op.

PSH is een gelegenheidslegpuzzel met een aantal vaste spelregels en patronen

Het samenspel binnen de basisgroep PSH krijgt vorm via de lijnen van de bestuurlijke netwerkkaart geneeskundige hulpverlening (bijlage 1). Het feit dat rampen en crises sterk kunnen verschillen, heeft niet alleen gevolgen voor de samenstelling en ontwikkeling van het PSH-netwerk, maar ook voor de te selecteren thema's uit de procesboom. Iedere PSH-taak kan van betekenis zijn, maar niet iedere situatie vraagt om betrokkenheid van alle partijen. De "gelegenheidslegpuzzel" is afhankelijk van een aantal zaken die hierna worden toegelicht, waarvan de eerste te maken heeft met opschaling, de tweede met diversiteit in problematiek met mogelijke psychosociale aspecten (blootstellingsdreiging, sociale onrust en andere stressfactoren), en de derde met veranderingen in uitdagingen naarmate de tijd verstrijkt.

Schaalgrootte van de gebeurtenis. Bij een gebeurtenis met een beperkt aantal getroffen en zonder maatschappelijke onrust is het bijvoorbeeld niet nodig om op te schalen. Gemeenten en GGD'en plannen de PSH en voeren deze zelf uit in samenwerking met uitvoeringspartners. Dat kan gaan om eigen medewerkers, maar ook om lokaal beschikbare GGZ-capaciteit, geestelijk verzorgers en vrijwilligers. De capaciteit kan toereikend zijn en de organisatie lokaal behapbaar. Echter, indien schade en verliezen die capaciteit overstijgen - er moeten bijvoorbeeld grotere groepen worden opgevangen, of individuele nabestaanden blijven over het land te zijn verspreid - dan neemt het aantal betrokken partijen toe. Dat laatste heeft consequenties voor de afstemming van werkwijzen en de verdeling van capaciteit.

Vitale belangen die in het gedrang komen. De huidige rapportage beperkt zich tot een basisgroep van partijen in Nederland die actief zijn binnen de vijf PSH-categorieën. Zodra een ramp of crisis vitale belangen bedreigt, kan deze basisgroep worden uitgebreid. Vitale belangen op nationaal niveau zijn territoriale veiligheid, economische veiligheid, ecologische veiligheid, fysieke veiligheid, en sociale en politieke stabiliteit. Als een crisis bijvoorbeeld te maken heeft met kernenergie, gaswinning of landbouw, dan is het ministerie van Economische Zaken betrokken. Het ministerie van Buitenlandse Zaken is betrokken bij rampen in het buitenland. Het ministerie van Defensie komt in beeld als het om een oorlogsgebied gaat, of indien er in Nederland in noodsituaties ondersteuning nodig is. In de praktijk zal dit aanleiding zijn om te komen tot afstemming tussen de verschillende departementen, maar ook op uitvoeringsniveau heeft dit implicaties. Binnen ieder beleidsterrein c.q. iedere "functionele keten" (zie bijlage 1), die onder verantwoordelijkheid valt van een ministerie, bevinden zich netwerken van instanties met medewerkers die in contact kunnen komen met getroffen. Maar ook processen en ontwikkelingen binnen andere beleidsonderdelen kunnen van invloed zijn op de veiligheid, de gezondheid en het welbevinden van getroffen;

kortom, het aandachtsgebied van de PSH.

Tijdstip en fase van de gebeurtenis. In werkelijkheid komen de betrokken partijen niet op hetzelfde moment in beeld. Dat komt omdat sommige behoeften en problemen pas later in de tijd gaan spelen. Acute zorg, noodopvang, tijdelijke opvang/woonruimte, informatie over directe gevolgen, doden en gewonden zijn zaken die in een vroege fase aan de orde komen. Acute klachten daargelaten zullen psychische gezondheidsklachten zich pas na enige tijd onderscheiden van tijdelijke stressreacties. Mensen met gezondheidsproblemen komen uiteindelijk in de reguliere zorg terecht en daar loopt de diagnostiek, behandeling en verwijzing in principe via de huisarts. Anderzijds is het tijdstip waarop men in beeld komt afhankelijk van onderlinge contacten tussen partijen, van afspraken die zij maken en van gewoonten. In de acute fase wordt Slachtofferhulp Nederland bijvoorbeeld vroeg ingeschakeld via de politie.

Onderliggend orderingsprincipe binnen de PSH is en blijft vrijwillige afstemming. Al is de zorgdimensie van de PSH ingericht volgens het eerder genoemde *stepped care* model van de eerste lijn en ingekleed met formele indicatie- en verwijzingsregels, de wettelijke basis voor de inzet van partijen bij rampen en crises, in het kader van de PSH, is smal. Contacten, afspraken op hoofdlijnen en gewoonten zijn daarbij sterk bepalend. Tijdens de inventarisatie blijkt dat er door betrokkenen nauw wordt samengewerkt. Dat geldt voor zorgpartners die zich op verschillende posities in het kringenmodel bevinden, maar ook voor de crisispartners. "Vrijwillige afstemming" van te nemen maatregelen – of op zijn minst oog hebben voor elkaars belangen – is een belangrijk onderdeel van de crisisbeheersing (zie ook Helsloot et al. 2010; Ministerie van Veiligheid en Justitie 2012). Het samenspel in de warme fase heeft er baat bij dat betrokkenen in de koude fase, naast multidisciplinair opleiden, trainen en oefenen, onderling duidelijke afspraken maken, vastgelegd in convenanten, en deze onderling delen met relevante partners.

Crisismanagement wordt ook gezien als goed acuut netwerkmanagement. Dat betekent dat dezelfde randvoorwaarden gelden voor het PSH-netwerk als voor ieder ander netwerk. Onder deze randvoorwaarden vallen bijvoorbeeld afhankelijkheidsbesef, sociaal vertrouwen, afwezigheid van belangentegenstellingen, netwerkmanagement (gezagvolle coördinatie inclusief netwerkbeheer en conflictbeslechting), en overeenstemming in voorkeuren voor doelen, middelen en tijdspaden. Dat afhankelijkheidsbesef wordt bevestigd door de inhoud van deze inventarisatie. Niemand kan alle passende vormen van PSH alleen aanbieden. Het sociaal vertrouwen is een aspect dat steeds opnieuw moet worden verworven en bestendigd door ruimte te geven aan elkaars voorkeuren voor doelen, middelen en tijdspaden in afspraken, door afspraken na te komen, en door oog te hebben voor elkaars belang op operationeel, tactisch en strategisch niveau. Ook binnen de PSH is vertrouwen een voorwaarde voor een geslaagd netwerkmanagement en onmisbaar voor een natuurlijke vrijwillige afstemming.

Wat betekent dit voor het PSH-netwerk zoals dat naar voren komt in de inventarisatie? Het gecreëerde overzicht versterkt het beeld dat Nederland beschikt over een geprofessionaliseerd en specialistisch PSH-netwerk met een coördinatiestructuur die de afgelopen jaren sterk is ontwikkeld; regionaal vervult de GGD een belangrijke coördinerende rol als verbinder tussen bestuur en uitvoeringspartners. In de praktijk van de voorbereiding en uitvoering van de PSH kunnen partijen zelf onderling hun alledaagse werkzaamheden afstemmen (gericht op de thema's zoals opgenomen in de collectieve procesboom PSH). Ook kan men ervaringen delen in kenniskringen PSH en GOR en in de netwerkbijeenkomsten bevolkingszorg. Waar er sprake is van terugkerende of meer structurele problemen, is een functie weggelegd voor het programmacollege PSH. Het programmacollege (tevens opdrachtgever van deze inventarisatie) is een plek waar de partijen elkaar meerdere malen per jaar treffen om te komen tot een bestuurlijke en beleidsmatige afstemming. Het is een plek om gezamenlijk knelpunten te benoemen, problemen te agenderen en oplossingen te formuleren met een

focus op de structuren en processen binnen de "witte kolom". Het is tevens een platform om met de PSH op het netvlies structureel of ad hoc contact te onderhouden met andere kolommen zoals de bevolkingszorg, koepelorganisaties en verschillende beroepsgroepen, en tussen praktijk en wetenschap.

Aanknopingspunten voor verbetering

De inventarisatie heeft een aantal aanknopingspunten voor verbetering opgeleverd die interessant zouden kunnen zijn om verder te verkennen:

- Er bestaat een spanning tussen het laten van ruimte voor lokale keuzen en landelijke standaardisatie. De decentrale aanpak in de regio gaat in de praktijk gepaard met variatie in organisatie en werkwijzen. Landelijk opererende partijen hebben vanuit een effectiviteits- en efficiëntieoogpunt soms belang bij standaardisatie. Welke heldere afspraken kunnen met landelijk georganiseerde partijen worden gemaakt vanuit regionaal georganiseerde organisaties? Steeds opnieuw overleggen over lokale details gaat gepaard met relatief hoge transactiekosten, maar zorgt aan de andere kant wel voor betrokkenheid en maatwerk.
- Binnen de "oranje kolom" zijn landelijke prestatie-eisen vastgesteld voor de bevolkingszorg. Die prestatie-eisen geven weer wat betrokken partijen concreet mogen verwachten van de dienstverlening. De gedachte is dat deze prestatie-eisen worden aangepast zodra men daar binnen de gemeente en veiligheidsregio aanleiding toe ziet. Een dergelijke aanpak kan ook nuttig zijn om tot gedragen prestatie-eisen en samenwerkingsafspraken voor de PSH te komen (zie het vorige punt).
- De dynamische gelegenhedspuzzel van de PSH vormt een risico voor de optimale uitwisseling van informatie. Wat is een adequate vorm en een goed proces om operationele informatie en kennis vanuit onderzoek en wetenschap onderling te delen, zodat dit ten goede komt aan het overkoepelende doel van een kwalitatief hoogwaardige PSH?
- Tijdens de inventarisatie is ook gesproken over een aandachtspunt dat aan bod kwam tijdens het stimuleringsprogramma nafase (Dückers, Knops, De Gouw, Helsloot 2015). Welke mogelijkheden zijn er om meer gestructureerd gemeenten en regio's te ondersteunen met ervaringskennis, specialistische expertise en capaciteit, zonder dat dit afbreuk doet aan lokale autonomie? Hiervoor zijn verschillende vormen denkbaar en er is ook behoefte aan om deze te verkennen.

Referenties

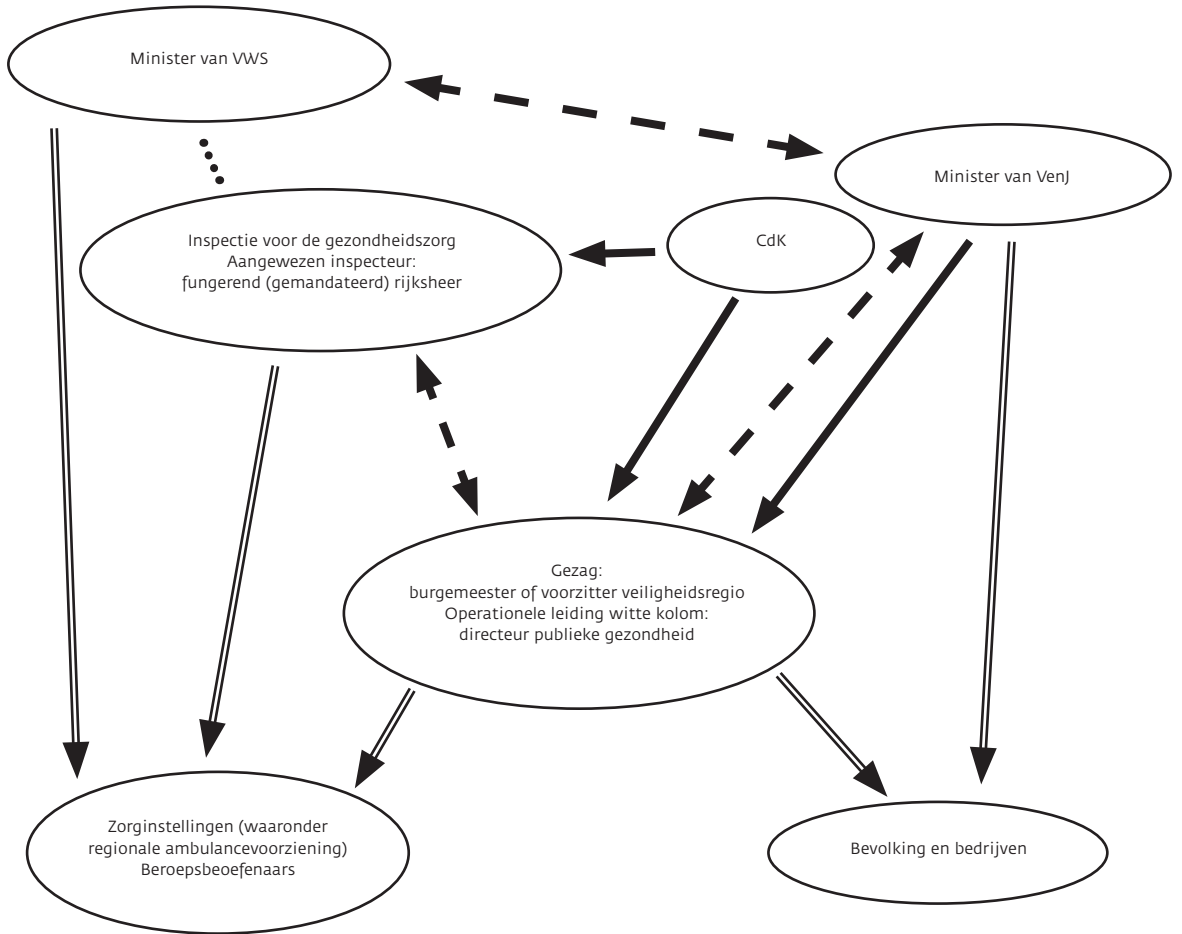
- Berendsen, S. (2003). *Maatschappelijk werk na rampen en calamiteiten*. Diemen: Instituut voor Psychotrauma.
- Brainich E (2010). *Bestuurlijke netwerkkaarten crisisbeheersing*. Tweede druk. Haarlem: Provincie Flevoland, Gelderland, Noord-Holland en Overijssel.
- Bruinooge, P., Bitter, R., Helsloot, I., Dekker, K. Stierhout, J. & Langelaar, J. (2012). *Bevolkingszorg op orde 2.0: Eigentijdse bevolkingszorg, volgens afspraak*. Veiligheidsberaad: Den Haag 2012.
- De Bas, M., Helsloot, I. & Dückers, M. (2017). De preparatie op de nafase binnen veiligheidsregio's: Een verkennend onderzoek. *Tijdschrift voor Veiligheid*, 16(1), 3-16.
- Dückers, M. (2012). *Richting geven aan de laatste schakel: De nafase. Rijksbrede versterking van herstel en nazorg bij rampen en crises*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Dückers, M., Banus, S., Mennen, M., Stom, C. (2013). Investeren in de capaciteit voor psychosociale hulpverlening. *Magazine Nationale Veiligheid en Crisisbeheersing*, 11(4), 36-37.
- Dückers, M., Knops, J., De Gouw, S., Helsloot I. (2015). Voorbereiding op de nafase: Hoe staat de psychosociale dimensie ervoor? *Magazine Nationale Veiligheid en Crisisbeheersing*, 13(4), 2015, 30-32.
- GGD Nederland (2012). *Modelplan GROF 2012*. Utrecht: GGD Nederland.
- GGD Nederland & GHOR Nederland (2011). *Toelichting bij het modelconvenant publieke gezondheid. Samenwerkingsafspraken GGD en GHOR voor rampen en crises*. Utrecht: GGD & GHOR Nederland.
- Grondwet* (1815). <http://wetten.overheid.nl/BWBR0001840>
- Houdijk, R (2009). *Handreiking Samenwerking tussen huisartsenzorg en GHOR*. Landelijke Huisartsen Vereniging/GHOR Nederland/Nederlands Huisartsen Genootschap/ Vereniging Huisartsenposten Nederland.
- Impact (2014). *Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises*. Diemen: Stichting Impact.
- Impact (2015). *GGD Handreiking. Psychosociale hulp bij rampen en crises*. Diemen: Stichting Impact.
- Impact (2015). *Capaciteitanalyse GGD*. In ontwikkeling.
- Koninklijk Besluit Rode Kruis* (2011). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederland, 588.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2007). *Strategie Nationale Veiligheid*. Den Haag 2007. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2007/05/14/strategie-nationale-veiligheid.html>
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming. TK 2012-2013, 29668, nr. 37*.
- NVMW. *Beroepscode voor de maatschappelijk werker. Collectieve beroepsnormen voor het beroep van maatschappelijk werker*. Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers: Nieuwegein 2010.
- Quanjel, M., Vermeulen, M., Woudstra, L., Witte, R. (2012). *Op weg naar een rijksbrede organisatie van de nafase: Taken, rollen en verantwoordelijkheden van de rijksoverheid*. Tilburg: IVA beleidsonderzoek en advies.
- RIVM (2012). *Psychosociale aspecten van crises en rampen: Preparatie, crisismanagement, opvang en nazorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Ten Dam, M., Brainich, E., Groot Kormelink, H. (2015). *Bestuurlijke netwerkkaarten crisisbeheersing*. Zesde druk. Arnhem: Instituut Fysieke Veiligheid.
- Trimbos Instituut (2012). *Trendrapportage GGZ 2012. Deel 2A: Toegang en zorggebruik. GGZ in de eerste lijn. De rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (1993)*. van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251>
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (1994)*. van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021>
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (1995)*. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007414>
- Wet publieke gezondheid (2008)*. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705>
- Wet publieke gezondheid (2012)*. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705>
- Wet veiligheidsregio (2010)*. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0027466>
- IJzermans, J. (2013). De huisarts als ankerpunt. *Cogiscope*, 10, 11-15.
- IJzermans, J., Van der Ree, J. & Claassen, T. (2013). *Handreiking gezondheidsonderzoek na rampen: Onderzoek naar psychische en fysieke gezondheid en naar zorg- en ondersteuningsbehoeften na incidenten, crises, ongevallen en rampen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Bijlage 1

Bestuurlijke netwerkkaart geneeskundige hulpverlening algemeen

In deze bijlage is de bestuurlijke netwerkkaart geneeskundige hulpverlening algemeen weergegeven. De netwerkkaart bestaat uit de algemene keten "rampenbestrijding en handhaving openbare orde" en de functionele keten "geneeskundige hulpverlening". De basisgroep PSH zoals beschreven in deze rapportage opereert volgens de lijnen van deze bestuurlijke netwerkkaart.

De algemene keten is gericht op algemene bevolkingszorg. De burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio is decentraal verantwoordelijk. De commissaris van de Koning en de minister van Veiligheid en Justitie (VenJ) wisselen onderling informatie uit met gemeente en regio. Verder kunnen zij bestuurlijk toezicht uitoefenen op de lokale autoriteiten. De burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio zijn evenals de minister van VenJ bevoegd maatregelen te nemen jegens burgers en bedrijven. Kenmerk van functionele ketens is dat zij één specifiek terrein bestrijken, in dit geval geneeskundige hulpverlening. Worden in de algemene keten maatregelen getroffen die de algemene bevolking aangaan (zoals een besluit tot evacuatie), op enkele uitzonderingen na doen actoren in de diverse functionele ketens dat niet. Een ander verschil is dat overheidsinterventie in een functionele keten veelal plaatsvindt door het centrale gezag (de bevoegde minister) en/of door een Europees of internationaal orgaan. Het gezag in de algemene keten is gedecentraliseerd. Het bevindt zich op het niveau van burgemeester of voorzitter veiligheidsregio, met de mogelijkheid van opschaling.



Legenda:

▬ = Bestuurlijk toezicht, tevens onderlinge informatie

▬▬ = Maatregelen jegens bevolking/bedrijven

- - - = Informatie en afstemming

⋮ = Interne lijnen

(Bron: Brainich 2010; Ten Dam et al. 2015)

Bijlage 2

Betrokkenen

Leden van het programmacollege PSH

Dhr. drs. R. Stumpel, GGD Gooi en Vechtstreek, voorzitter PC
Dhr. dr. ing. S. Banus, RIVM/cGM
Mw. Ir. M. Bekedam, GGD Hollands Midden, vakgroep PSH
Dhr. J. Berkhout, Sociaal Werk Nederland
Dhr. drs. H. Crielaars, Slachtofferhulp Nederland
Mw. dr. A. Drogendijk, Impact/Arq
Dhr. drs. W. Gijzen, GGD Zuid-Holland Zuid, vakgroep PSH
Dhr. drs. R. Sardemann, Slachtofferhulp Nederland
Dhr. drs. J. Schaart MHA, Arq Psychotrauma Expert Groep
Dhr. J. Doosje MPH, GGD GHOR Nederland
Mw. dr. Ir. M. Duyvis, Instituut Fysieke Veiligheid
Dhr. dr. J. IJzermans, NIVEL
Dhr. M. Paf MSc, Instituut Fysieke Veiligheid

Aan de inhoud van deze rapportage is bijgedragen door

Mw. drs. I. Alsemgeest MCPm, Rode Kruis
Mw. M. de Bas MSc, RIVM
Dhr. C. Dekkers MPM, Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid
Dhr. mr. drs. W. Jong, Nederlands Genootschap van Burgemeesters
Mw. dr. J. Holsappel, Impact/Arq
Mw. H. Jans-Beken, Vorkmeer/Unitus
Dhr. drs. J. Knops, Ministerie van Veiligheid en Justitie
Dhr. P. Lucker, de Basis
Mw. F. van der Mijn-Idzenga MSc, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mw. drs. J. Nelissen, GGD GHOR Nederland
Mw. drs. L. Romijn, Landelijke Huisartsen Vereniging
Dhr. drs. R. Sardemann, Slachtofferhulp Nederland

Begeleidingsgroep

Dhr. drs. S. Timmermans, GGD GHOR Nederland, secretariaat PC PSH
Mw. drs. D. Alting, RIVM/cGM, secretariaat PC PSH
Dhr. dr. M. Dückers, NIVEL & Impact/Arq

Terminologie

In de multidisciplinaire richtlijn zijn door de werkgroep een aantal termen gedefinieerd die ook terugkeren in deze rapportage.

Psychosociale hulp (PSH)

Alle ondersteuning en zorg gericht op het psychisch welbevinden en de gezondheid van getroffen en de gezondheid van getroffenen die door partijen in dit document (de gebruikersdoelgroep van de multidisciplinaire richtlijn) wordt verleend, zowel in de acute fase als in de nafaase en zowel gericht op het collectief als op het individu.

Gebeurtenis

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

Getroffene

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



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Psychosociale hulp bij rampen en crises

inventarisatie

rollen en taken

van betrokken partijen