

**Welke zorg moet direct na een ramp worden verleend om de negatieve gevolgen op het psychosociale welbevinden en de gezondheid te beperken? Hoe kunnen getroffen en die ernstige**

**Wetenschap**

## **Psychosociale zorg direct na een ramp**

**psychische klachten ontwikkelen snel geïdentificeerd worden? In dit artikel worden de huidige wetenschappelijke inzichten**

*Peter van der Velden,  
Peter van Loon,  
Joris IJzermans en  
Rolf Kleber*

Onder de term ramp worden grootschalige ingrijpende gebeurtenissen verstaan die onderling enorm kunnen verschillen naar aard, toedracht, aantallen doden, achtergronden van getroffen en betrokken groepen, materiële schade en nasleep. Wat de gevolgen voor de gezondheid betreft, laten epidemiologische studies zien dat getroffen en gedurende de eerste dagen, weken, maanden of zelfs jaren te kampen kunnen hebben met sterke angst- en depressieve gevoelens, (onverklaarde) lichamelijke klachten, vermoeidheid, irritaties, slaapproblemen, herbelevings- en vermijdingsreacties en rouw. Daarnaast kan sprake zijn van een toename van middelengebruik, zoals alcohol, benzodiazepinen en tabak (zie verder Galea et al., 2005, Norris et al., 2005).

Toch ontwikkelt een deel van de getroffen en niet of nauwelijks bovengenoemde klachten (soms aangeduid als 'resilience' groep). Daarnaast herstelt de meerderheid van de getroffen en zich na korte of langere tijd ('recovery' groep). Tot slot bestaat een groep waarbij deze klachten na verloop van maanden of jaren niet of nauwelijks verminderen ('chronic' groep, vergelijk Bonanno, 2004). Geschat wordt dat gemiddeld gesproken tussen de twintig en veertig procent van de getroffen en op enig moment een psychische stoornis zoals een posttraumatische-stressstoornis (PTSS) ontwikkelt. De exacte verhoudingen tussen deze groepen verschillen per ramp en zeker per getroffen groep. Onder reddingswerkers (bijvoorbeeld politie, brandweer) blijken deze klachten systematisch minder vaak voor te komen dan onder burgers die door dezelfde ramp zijn getroffen. Als klachten en symptomen niet voldoen aan klinische criteria van PTSS of een andere psychische stoornis, zijn ze echter niet bij voorbaat klinisch irrelevant. Ook deze klachten kunnen leiden tot een verlaagde kwaliteit van leven en behoefte aan hulp genereren (Havenaar & Bromet, 2004).

Direct na een ramp speelt dan ook de vraag welke zorg aan de getroffen en verleend moet worden om de negatieve gevolgen van de ramp op het psychosociale welbevinden en de gezondheid te beperken. In dit artikel beschouwen wij,

**ten behandeld omtrent de zelfredzaamheid en behoeften aan professionele psychosociale zorg van getroffen en. Deze inzichten vergelijken wij met enkele maatschappelijke trends.**

aan de hand van de huidige wetenschappelijke inzichten, een aantal onderwerpen die van groot belang zijn voor de invulling van de zorg (of de voorbereiding daarop) gedurende de eerste dagen en weken na een

ramp. Aan bod komen de zelfredzaamheid van getroffen en hun behoeften aan professionele psychosociale zorg. Verder staan wij stil bij de mogelijkheden om in deze periode getroffen en te identificeren, die op termijn ernstige psychische klachten ontwikkelen en derhalve in aanmerking komen voor behandeling. We beperken ons tot volwassen getroffen en. Deze inzichten zetten wij af tegen een aantal trends in de Nederlandse samenleving. Omdat de zorg na een ramp mede afhankelijk is van de aard ervan, gaan wij eerst kort in op de diversiteit van rampen en op mogelijke behoeften van getroffen en.

### **Diversiteit rampen**

Het bieden van relevante zorg vereist een goede inschatting van de gevolgen van betreffende ramp. Een ramp met een veerboot (zoals met de Herald of Free Enterprise in 1986) heeft deels andere gevolgen en een andere nasleep dan een ramp met veel ernstige brandwonden (zoals de nieuwaarsbrand in Volendam in 2000). De nasleep van de Herculesramp (1996) werd gekarakteriseerd door een welhaast onophoudelijke stroom berichten over het 'falen' van het reddingswerk met alle negatieve gevolgen van dien voor de betrokkenen (Van der Velden & Kleber, 2000).

Uiteraard kunnen plannen en draaiboeken zeer behulpzaam zijn als een plan voor zorgverlening moet worden opgezet.<sup>1</sup> Deze preparatie voor de psychosociale zorg is in zekere zin paradoxaal: er zal moeten worden uitgegaan van bepaalde 'worst-case scenarios' die tegelijkertijd nog te hanteren zijn. Daarnaast is het ondoenlijk om voor alle mogelijke rampen specifieke draaiboeken te ontwikkelen. Verder zijn de mogelijkheden tot opschaling van de psychosociale zorg, zoals het inzetten van meer mensen en organisaties, aan grenzen gebonden. Bij een plotselinge grootschalige epide-

mie ten gevolge van een voor mensen dodelijke variant van het vogelpestvirus (H5N1) bijvoorbeeld, wordt het potentiële professionele zorgsysteem zelf ontwricht. Vanwege de variëteit in rampen en gevolgen, is zorg dus altijd maatwerk (Davidson & McFarlane, 2006).

### Behoeften getroffen

Bij een ramp gaat het, naast de schokkende ervaringen zelf, om het mogelijke verlies van allerlei cruciale bronnen ('resources') zoals primaire levensbehoeften, communicatiemiddelen en sociale structuren. In de eerste dagen en weken hebben getroffen dan ook vooral behoefte aan praktische ondersteuning, goede betrouwbare informatie, hereniging met dierbaren, en aandacht en erkenning voor het leed (zie verder Tabel 1).

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

**Tabel 1. Behoeften getroffen in eerste dagen en weken na een ramp**

Doel van alle zorg is, waar nodig, hierin te voorzien. Dit is van belang omdat dergelijke verliezen gepaard gaan met stressreacties die op hun beurt allerlei gezondheidsklachten kunnen geven. (Benight et al., 1999; Benight & Bandura, 2004).

Belangrijk is op te merken dat deze zorg grote invloed heeft op het psychosociale welbevinden en gezondheid, ook al zijn de betrokken hulpverleners (bijvoorbeeld vertegenwoordigers van gemeenten, politie en voorlichters) van huis uit geen professionele psychosociale zorgverleners. Na de orkaan Katrina werden bewoners van New Orleans (2005) onder meer ondergebracht in een stadion. Vanwege de overstromingen konden de getroffen hier niet weg en bleken de leefomstandigheden erbarmelijk (door de hitte, geweld en de afwezigheid van primaire levensbehoeften). Met het oog op het psychosociale welbevinden van de getroffen was het uiteindelijke vertrek uit dit stadion vermoedelijk één van de meest essentiële psychosociale interventies. Na de vogelpest epidemie in 2003 hadden de getroffen boeren echter vooral behoefte aan financiële en bedrijfsmatige ondersteuning (Bosman et al., 2004).

### Zelfredzaamheid

Uit onderzoek blijkt dat getroffen veelal zelfredzaam zijn en actief hulpbronnen zoeken; ze zijn gemotiveerd om die te verkrijgen, te behouden en te beschermen om de opgeroepe stress zo goed mogelijk te hanteren (Sumer et al., 2005).

Van de getroffen van de Katrinaramp blijkt dat, vijf tot zeven maanden na de ramp, 84% vertrouwde op de eigen capaciteiten om het leven weer op te bouwen en dat nog eens 84% besefte sterker te zijn dan zij dachten (Brewin et al., 2006). Veel getroffen zoeken actief informatie (over het lot van dierbaren bijvoorbeeld) en sociale steun, zo blijkt uit onderzoek na terroristische aanslagen in Israël (Bleich et al., 2003) en uit de rampensociologische literatuur uit de jaren zestig en zeventig (zie Kleber et al., 1986). De meeste zoekacties naar doden en gewonden na de 9/11 aanslagen in New York werden niet door professionele reddingswerkers uitgevoerd, maar door mensen die daar op dat moment aanwezig waren (Noji, 2005). Nog geen zeven procent van alle gewonden werd door ambulances afgevoerd. Weerbaarheid, zelfredzaamheid en veerkracht is bij veel getroffen aanwezig en mag niet onderschat worden (Bonanno, 2004; Kleber, 2000; Wessely, 2005). Deze zelfredzaamheid speelt een belangrijke rol in de relatie tussen blootgesteld zijn aan de gebeurtenis en het verlies van bronnen enerzijds en klachten na een ramp anderzijds (Benight & Bandura, 2004).

Uiteraard is de zelfredzaamheid na een ramp begrensd. Bij zeer ernstige verwondingen is men afhankelijk van snelle medische zorg. Het zoeken naar contact met dierbaren wordt buiten ieders macht ernstig verstoord als het (mobiele)telefoonnet overbelast raakt (waarop na een ramp grote kans bestaat). Uit de studie van Rubin et al. (2005) blijkt dat het platleggen van het GSM-netwerk – als technische preventiemaatregel om verdere aanslagen te voorkomen – na de bomaanslagen in Londen (2005) bij getroffen en hun dierbaren tot veel onzekerheid en stress leidde.

### Gebruik van professionele psychosociale zorg

Uit wetenschappelijke studies naar het gebruik van de professionele psychosociale zorg (te weten huisarts, ggz, algemeen maatschappelijk werk) kan worden geconcludeerd dat de behoefte aan (aanvullende) professionele psychosociale zorg, en vooral psychologische of psychiatrische bijstand, vlak na de ramp vrij beperkt is. Deze behoefte is vermoedelijk geringer dan menigeen verwacht.

Na de bomaanslagen in Londen bleek dat in de eerste tien dagen slechts een procent van de steekproef uit de Londense bevolking behoefte had aan professionele zorg, vanwege de emotionele gevolgen van de aanslag (Rubin et al., 2005). Wanneer wordt uitgegaan van de circa dertig procent die veel stress ten gevolge van deze aanslag ervoer, had maximaal een procent of vier behoefte aan deze zorg. Onderzoek naar de gevolgen van terroristische aanslagen in Israël komt tot een vergelijkbaar laag percentage: 5.3% (Bleich et al., 2003).

Van de bewoners uit Manhattan bleek 16,3% in de dertig dagen vóór 9/11 en 19,4% in de dertig dagen ná de aanslagen van deze zorg gebruik te maken (Boscarino et al., 2002). Daarbij merken de onderzoekers op dat de, weliswaar statistisch significante, toename niet substantieel was. Rosenheck en Fontana (2003) vonden onder veteranen geen verschillen in zorggebruik in New York vóór en ná de 9/11 aanslagen. Tegen hun verwachtingen in, gezien de eerdere traumatische ervaringen in deze groep. Van de meer dan 9000 rouw- en crisis counselors die naar New York waren gezonden om psychologische bijstand op verschillende locaties in de stad te verlenen, maakten weinigen gebruik (McNally et al., 2003).

Dat beeld is anders op de langere termijn (Van der Velden et al., 2006a). Resultaten van het onderzoek in Enschede na de ramp bieden zelfs sterke aanwijzingen dat getroffen en met psychische klachten op termijn vaker gebruik maken van de ggz dan niet-getroffenen met dezelfde psychische klachten (Van der Velden et al., 2006a). Uiteraard laat het relatief geringe gebruik van de ggz in de eerste dagen en weken onverlet dat er individuele getroffen bestaan die acuut behandeling behoeven.

Een directe massale behoefte aan ggz-hulpverlening blijkt afwezig. Wel maakt een deel van de getroffen gebruik van de huisarts. In het weekend na de vuurwerkramp in Enschede – de ramp vond op zaterdagmiddag plaats – bezochten veel getroffen de (net opgerichte) huisartsenpost waar ook de nodige letsels werden behandeld (circa duizend mensen hadden letsel opgelopen). In een tijdsbestek van twaalf uur werden op zondag ongeveer 1700 contacten met huisartsen (telefonisch, consulten, visite) geregistreerd. Veel van de contacten hadden echter betrekking op vragen over medicijnen: de in allerijl geëvacueerden waren hun medicijnen kwijt en hadden die op korte termijn nodig (Berendsen et al., 2004). Op maandag en dinsdag was het nog niet opvallend druk in de huisartspraktijken, maar vanaf woensdag was sprake van een toename. In de twee weken na de ramp, vergeleken met twee weken ervoor, waren er 28% meer contacten onder de getroffen en, opvallend genoeg, tien procent minder contacten onder de niet-getroffenen (zie verder Yzermans et al., 2005/2006).

De toename van contacten vond vooral in de eerste zes weken na de ramp plaats. Daarbij moet wel worden bedacht dat de ramp in Enschede ongeveer tienduizend mensen heeft getroffen. Gezien dat aantal is deze toename, los van een hogere werkdruk bij de huisartsen (Soeteman, 2006), wellicht 'bescheiden' te noemen. Het gebruik van de huisarts lijkt erop te wijzen dat getroffen vooral hulp zoeken bij zorgverlenende personen of instanties die men (goed) kent (circa 75% bezoekt minstens eenmaal per jaar de huisarts). Het is dus voorstelbaar dat wanneer een religieuze gemeenschap wordt getroffen, zoals bij de nieuwjaarsbrand in Volendam, vooral hulp wordt gezocht bij de kerk. Niettemin werd in Volendam ook de huisarts onmiddellijk na de ramp vaker bezocht. Mede omdat veel kinderen met brandwonden en hun ouders voor specialistische zorg buiten het dorp verbleven, werd de huisarts vooral bezocht door kinderen die aanwezig

waren bij de ramp, maar niet fysiek gewond. Na terugkomst van kinderen met brandwonden, maakten zij – en later ook hun ouders – langdurig veel gebruik van de huisarts (Dorn et al., 2006).

Overigens lijkt de interessante afname van bezoeken door niet-getroffenen te wijzen op een zekere solidariteit: niet-getroffenen wachtten met hulp zoeken. Vermoedelijk omdat ze dachten dat de getroffen op dat moment deze hulp harder nodig hadden. Een dergelijk 'hulp'-gedrag trad ook op na de terroristische aanslagen in New York (Noji, 2005). In de eerste fase na een ramp (ook *honeymoon-fase* genoemd) helpen mensen elkaar op alle mogelijke manieren en dit behoeft weinig sturing.

### Mogelijkheden van screening

Uit de reeks wetenschappelijke onderzoeken naar risicofactoren (zie meta-analyses van Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003) blijkt dat bijvoorbeeld vrouwen, leden van etnische minderheden, getroffen die roken (Koenen et al., 2005, Van der Velden et al., 2007) of te kampen hadden met psychische problemen vóór de ramp (Dirkzwager et al., 2006), meer risico lopen op ernstige gezondheidsklachten ná een ramp. In Tabel 2 is een reeks potentiële risicofactoren weergegeven.

- 
- ernst blootstelling aan de ramp
  - verlies bezittingen (bv. huis, financiële middelen) en dierbaren
  - letsel (bv. ernstige brandwonden)
  - ernstige psychische problemen vóór de ramp
  - heftige emoties tijdens de ramp (bv. paniek)
  - allochtonen en vrouwen
  - ernstige psychische klachten in de eerste weken ná de ramp
  - roken
  - geringe sociale steun en zelfredzaamheid
  - confrontatie met additionele bronnen van stress ná de ramp (bv. verhuizingen en juridische kwesties)
- 

**Tabel 2. Risicofactoren en -groepen voor psychische klachten na verloop van tijd**

Tot op heden zijn geen gevalideerde instrumenten voorhanden waarmee goed voorspeld kan worden welke getroffen wel of geen ernstige gezondheidsklachten ontwikkelen. Dat wil zeggen, is een verzameling van risicofactoren beschikbaar die in de eerste dagen of weken vastgesteld kan worden en die gekenschetst wordt door een zeer hoge specificiteit, sensitiviteit, negatieve en positieve predictieve waarde (vergelijk Wohlfart et al., 2002).

De afzonderlijke risicofactoren hebben als beperking dat een hogere kans op problemen niet betekent dat getroffen deze alsnog zullen ontwikkelen. Zo is het gebruik van de Acute Stress Stoornis (ASS, DSM-IV; ASS moet binnen één maand worden vastgesteld) als screeningsinstrument dubieus omdat nogal wat getroffen met PTSS voorafgaand aan de diagnose

niet bleken te voldoen aan de criteria van de Acute Stress Stoornis of omgekeerd (McNally et al., 2003). Ook zijn de uitkomsten van deze studies soms in tegenspraak met elkaar. In een overzichtsstudie (Ozer et al., 2003) komt bijvoorbeeld peritraumatische dissociatie als grootste risicofactor naar voren, terwijl deze in alle studies slechts een klein deel (12%) van de klachten verklaarde. Uit recente prospectieve studies blijkt deze emotie geen onafhankelijke risicofactor te zijn voor klachten op termijn (Van der Velden et al., 2006b).

Wel mag verwacht worden dat getroffen en voor wie eerdergenoemde risicofactoren niet of nauwelijks van toepassing zijn, in ieder geval een zeer kleine kans lopen later alsnog PTSS ten gevolge van de ramp te ontwikkelen. Daarbij is de kans klein dat getroffen en met een zogenaamde 'delayed-onset' PTSS over het hoofd worden gezien (getroffen en die PTSS ontwikkelen, maar die in een eerdere fase geen PTSS hadden). Met betrekking tot verkeersongevallen concluderen Blanchard en Hickling (2004) dat een delayed-onset *extreem* onwaarschijnlijk is, omdat zij in eerdere fase niet symptoomvrij waren (zie ook Kleber, 1986).

Het belang van de huidige inzichten in belangrijke voorspellers voor latere klachten is dat zij professionele zorgverleners informatie verschaffen bij welke cliënten of patiënten zij alert moet blijven, vanwege de hogere kans op deze klachten na verloop van tijd. Het is daarom, zolang geen betere instrumenten beschikbaar komen, naar onze mening niet nuttig om in de eerste dagen of weken alle getroffen en systematisch te screenen op risicofactoren (los van eventuele wetenschappelijke doelen). Het voorkomt ook onnodige stigmatisering en problematisering.

### Verwachtingen in de samenleving

In de Nederlandse samenleving zijn trends te signaleren die op gespannen voet staan met de huidige voortschrijdende wetenschappelijke inzichten. Zo verschijnen in de media met enige regelmaat berichten over relatief kleinschalige calamiteiten (die veelvuldiger plaatsvinden dan grootschalige rampen), waarbij lokale bestuurders opvanggesprekken voor de hele wijk of het gehele dorp wensen. Zo maakte recentelijk (april 2006) een burgemeester, na een tweede ongeval met een *light*-vliegtuig, melding van een verwerkingsbijkomst voor de wijk waar het ongeval had plaatsgevonden. Naar aanleiding van de recente brand in het cellencomplex op Schiphol-Oost (2005) werd door Tweede Kamerleden kritiek geleverd op de psychosociale zorg na de brand, omdat getroffen en niet direct een gesprek met een psycholoog of psychiater zou zijn aangeboden. In een bekende reclamespot van een verzekeraar wordt, nadat de kijker kan aanschouwen dat een schoonmaker mogelijk door een krokodil wordt aangevallen, gemeld dat zij traumazorg binnen vier uur bieden (wij nemen daarbij aan dat hiermee niet de medische traumazorg wordt bedoeld). Er zijn organisaties die traumazorg binnen vier uur aanbieden, met de waarschuwing dat anders getroffen en mogelijk blijvend psychisch letsel oplopen of in de wao terechtkomen.

Wellicht zijn deze uitingen gevolg van eerdere ideeën en visies rondom de psychosociale zorg na schokkende gebeurtenissen. De hoge verwachtingen over de effectiviteit van dergelijke korte interventies in deze periode (in de zin van het voorkomen van bijvoorbeeld PTSS) blijken echter nauwelijks gestaafd te worden door wetenschappelijk onderzoek (vergelijk Kleber & Mittendorff, 2000; Sijbrandij et al., 2006). Uit de recente studie van Boscarino et al. (2006) blijkt dat een tot drie opvanggesprekken bij werkenden na de aanslagen in New York een positief effect hadden. Onduidelijk is of dit effect toe te schrijven is aan deze interventies of juist aan een positief werkklimaat (erkenning, sociale steun) waarbij het aanbieden van deze gesprekken 'slechts' een uiting is van dit klimaat.

Geheel los daarvan roepen dergelijke uitingen vooral het beeld op van getroffen en die iedere zelfredzaamheid, veerkracht en sociale steun hebben verloren. Het hebben van begrijpelijke en normale emoties na een schokkende gebeurtenis wordt gelijkgesteld aan de behoefte en dus noodzaak van professionele psychosociale hulp. Wij vrezen dat op termijn dergelijke beelden kunnen gaan functioneren als een *self-fulfilling prophecy*: dat burgers denken dat zij na een schokkende gebeurtenis eigenlijk professionele hulp moeten zoeken, dat zij vervolgens deze stap zetten en dat dit hulpzoekgedrag wordt beschouwd als een bewijs dat zij hulp nodig hebben. Mocht een dergelijke ontwikkeling zich voltrekken dan vergt het politieke moed van bestuurders dit tijt te keren. Immers, het niet-actief aanbieden van veel professionele psychosociale zorg kan dan snel worden afgedaan als bagatellisering van de ontstane emoties. In dat geval worden beslissingen genomen op basis van politieke correctheid in plaats van zorginhoudelijke argumenten en werkelijke behoeften van getroffen en. Dat wil zeggen, men kan tonen dat extra zorg is georganiseerd en geboden en kan daarop niet worden aangevallen. Zeker bij relatief kleinschalige incidenten zoals hierboven genoemd, mag verwacht worden dat de reguliere zorg in Nederland eventuele hulpvragen van getroffen en (gemakkelijk) kan opvangen.

### Conclusie

In de eerste dagen en weken na een ramp hebben het herstel van veiligheid en controle, informatie, praktische hulp en dergelijke hoge prioriteit. Veel van deze uiterst belangrijke zorg bij rampen, die invloed heeft op het psychosociale welbevinden en de gezondheid, wordt niet door professionals uit de psychosociale zorg geboden, maar door bijvoorbeeld reddingswerkers, sociale diensten, betrokken bedrijven en voorlichters. Ook de onderlinge hulp en steun vanuit de eigen omgeving mag niet onderschat worden. Psychosociale zorg omvat dus – zeker in de eerste uren en dagen – meer dan gesprekken met professionele zorgverleners.

Als getroffen en een beroep doen op de professionele zorg in de eerste dagen of weken blijken zij vooral gebruik te maken van voor hen vertrouwde zorg, c.q. de huisarts. Omdat de huisartsen (later) functioneren als zeef voor meer speci-

alistische zorg, waaronder de ggz, moet deze beroepsgroep direct worden ondersteund om de werkdruk zoveel mogelijk te verminderen (Soeteman, 2006).

Gesteld mag worden dat de behoefte aan professionele psychische hulp in de eerste dagen en weken, in tegenstelling tot de lange periode erna, beperkt is. Deze periode kan gebruikt worden om zich voor te bereiden op de organisatie en behandeling van getroffenen, die zich nadien met ernstige psychische problemen aanmelden. Immers, een belangrijke minderheid ontwikkelt psychische stoornissen zoals PTSS en zoek daarvoor hulp (Van der Velden et al., 2006a).

Toch betekent dit niet dat verder helemaal geen rol is weggelegd voor de ggz in de eerste periode na een ramp. Veel partijen die betrokken zijn bij de zorg aan de getroffenen hebben weinig of geen ervaring met rampen en zeer emotioneel getroffenen. Het is goed voorstelbaar dat deze en andere partijen, zoals de thuiszorg en scholen, baat hebben bij coaching of advisering door professionals uit de ggz. Een eventueel opvangcentrum is gebaat bij een crisisdienst die gemakkelijk op afroep beschikbaar is voor consultatie of acute behandeling.

De mogelijkheid van een betrouwbare, valide *screening* van getroffenen in de eerste dagen of weken die op termijn wel of geen ernstige klachten ontwikkelen is tot op heden beperkt. Het nut van de resultaten van bestaande studies naar risicofactoren is dat ze allerlei professionele zorgverleners inzicht verschaffen bij welke getroffenen zij waakzaam moeten blijven.

Tot slot: geen enkele ramp is hetzelfde. Weliswaar kunnen uit rampen die reeds hebben plaatsgevonden zinnige lessen voor de toekomst worden getrokken, zoals de nieuwe aanpak van een Informatie- en Advies centrum (IAC: VNG, 2004) bij de vuurwerkramp in Enschede. De organisatie van de psychosociale zorg in de eerste dagen en weken is altijd maatwerk en vereist flexibiliteit. Of zoals Watson en Shalev (2005) het bondig verwoorden: 'Early interventions should be utilized in a culturally sensitive manner, related to the local formulation of problems and ways of coping, and applied flexibly, in ways that match needs and situational context and take into account the ongoing stressors, reactions, and resources'. Gecontroleerde rampen bestaan immers niet.

Dr. P.G. van der Velden en P. van Loon zijn werkzaam bij het Instituut voor Psychotrauma (IvP) te Zaltbommel als respectievelijk Programmaleider onderzoek en Hoofd hulpverlening. Dr. C.J. IJzermans is als programmaleider Monitoring gezondheidseffecten van rampen verbonden aan het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) te Utrecht. Prof. dr. R.J. Kleber is werkzaam bij het IvP en als hoogleraar Psychotraumatologie verbonden aan de disciplinegroep Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht. E-mail: <peter.dvelden@ivp.nl>

## Noot

1. In Nederland is de hulpverlening na rampen ondergebracht bij Geneeskundige Hulpverlening na Ongevallen en Rampen (GHOR) die wordt ingeschakeld na een ramp of calamiteit. Eén van de procesplannen binnen de GHOR is de Psychosociale Hulpverlening na Ongevallen en Rampen (PSHOR). Dit procesplan wordt ingevuld en uitgevoerd door de ggz, Maatschappelijk Werk, Slachtofferhulp en in sommige regio's ook nog andere hulpverleningsinstaties.

## Literatuur

- Benight, C.C., Ironson, G., Klebe, K., Carver, C., Wynings, C., Greenwood, D., Burnett, K., Baum, A. & Schneiderman, N. (1999). Conservation of resources and coping self-efficacy predicting distress following a natural disaster: a causal model analyses where the environment meets the mind. *Anxiety, Stress and Coping*, 12, 107-126.
- Benight, C.C. & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1129/1148.
- Berendsen, S., Velden, P.G. van der & Loon, P. van. (2004). *De eerste week. Psychosociale nazorg vuurwerkramp Enschede*. Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma.
- Blanchard, E.B. & Hickling, E.J. (2004). In E.B. Blanchard & E.J. Hickling (Eds.), *After the crash: psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents*. American Psychological Association, Washington, DC, p. 161-174.
- Bleich, A., Gelkopf, M. & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *JAMA*, 290, 612-620.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Boscarino, J.A., Galea, S., Ahern, J., Reisnick, H. et al. (2002). Utilization of mental health services following the 11 September terrorist attacks in Manhattan, New York City. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 143-155.
- Boscarino, J.A., Adams, R.E., Foa, E.B. & Landrigan, P.J. (2006). A propensity score analysis of brief worksite crisis interventions after the World Trade Center disaster: implications for intervention and research. *Medical Care*, 44, 454-462.
- Bosman, A., Mulder, Y.M., Leeuw, J.R.J. de, Meyer, A., Du Ry van Beest Bolle, M., Kampst, H.A. van, Velden, P.G. van der, Conyn-van Spaendonck, M.A.E., Koopmans, M.P.G. & Ruijten, M.W.M.M. (2004). *Vogelpest epidemie 2003 gevolgen voor de volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma.
- Brewin, C.R., Andrews, A. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 748-766.
- Brewin, C., Galea, S., Jones, R.T., Kendrick, D., Kessler, R., King, L., McNally, R.J., Kampst, H.A., Powers, R.E., Speier, A.H., Ursano, R. & Zaslavsky, A. (2006). *Overview of baseline survey results: Hurricane Katrina Community Advisory Group*. [www.hurricanekatrina.med.harvard.edu](http://www.hurricanekatrina.med.harvard.edu).
- Davidson, J.R. & McFarlane, A.C. (2006). The extent and impact of mental health problems after disaster. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (Suppl 2), 9-14.
- Dirkzwager, A., Grievink, L., Velden, P.G. van der & Yzermans, C.J. (2006). A prospective study of risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. *British Journal of Psychiatry*, 189, 144-149.
- Dorn, T., Yzermans, C.J., Kerrensens J.J., Spreuwenberg, P.M.M. & Zee, J. van der. (2006). Disaster and subsequent healthcare utilization; a longitudinal study among victims, their familymembers and community controls. *Medical Care*, 44, 581-589.
- Galea, S., Nandi, A. & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of posttraumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78-91.
- Havenaar, J.M. & Bromet, E.J. (2003). De psychiatrische gevolgen van rampen. Een overzicht van de epidemiologische literatuur. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 367-376.
- Kleber, R.J. (2000). Het trauma voorbij: over de grenzen van de psychotraumatologie. *De Psycholoog*, 35, 8-15.
- Kleber, R.J., Brom, D. & Defares, P.B. (1986). *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kleber, R.J. & Mittendorff, C. (2000). Opvang na schokkende gebeurtenissen. Stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek. *Maandblad voor de Geestelijke Gezondheidszorg*, 10, 889-904.
- Koenen, K.C., Hitsman, B., Lyons, M.J., Niaura, R., McCaffery, J., Glodberg, J., Eisen, S.A., True, W. & Tsuang, M. (2005). A twin registry study of the relationship between posttraumatic stress disorder and nicotine dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1258-1265.

- McNally, R.J., Bryant, R.A. & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science In The Public Interest*, 4, 45-79.
- Noji, E.K. (2005). Disasters: introduction and state of the art. *Epidemiologic Reviews*, 27, 3-8.
- Norris, F.H. (2005). *Range, magnitude, and duration of the effects of disasters on mental health: review update 2005*. www.redmh.org.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Rosenheck, R. & Fontana, A. (2003). Use of mental health services by veterans with PTSD after the terrorist attacks of September 11. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1684-1690.
- Rubin, G.J., Brewin, C.R., Greenberg, N., Simpson, J. & Wessely, S. (2005). Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners. *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.38583.728484.3A.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V. & Gersons, B.P.R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 89, 150-155.
- Soeteman, R. (2006). Mij mankeert niets. Ervaringen van huisartsen tijdens en na een ramp. *Huisarts en Wetenschap*, 49, 299-203.
- Sumer, N., Nuray-Karanci, A., Kazak-Berument S. & Gunes, H. (2005). Personal resources, coping self-efficacy, and quack exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 331-342.
- Velden, P.G. van der & Kleber, R.J. (2000). *Nasleep herculesramp. Personeelszorg voor en huidige gezondheid van betrokken brandweer en ambulance medewerkers*. Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma.
- Velden, P.G. van der, Grievink L., Kleber, R.J., Drogendijk, A.N., Roskam, A.J.R., Marcelissen, F.G.H., Olf, M., Meewisse, M.L. & Gersons, B.P.R. (2006a). Post-disaster mental health problems and the utilization of mental health services: a four-year longitudinal comparative study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 279-288.
- Velden, P.G. van der, Kleber, R.J., Christiaanse, B., Gersons, B.P.R., Marcelissen, F.G.H., Drogendijk, A.N., Grievink, L., Olf, M. & Meewisse, M.L. (2006b). The predictive value of peritraumatic dissociation for postdisaster intrusions and avoidance reactions and PTSD severity: a 4-year prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 493-506.
- Velden, P.G. van der, Grievink, L., Olf, M., Gersons, B.P.R. & Kleber, R.J. (2007). Smoking as a risk factor for mental health disturbances after a disaster: a prospective comparative study. *Journal of Clinical Psychiatry*. In press.
- VNC (2004). *Handreiking opzet Informatie- en Adviescentrum (IAC) na rampen*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Watson, P.J. & Shalev, A.Y. (2005). Assessment and treatment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic events. *CNS spectrum*, 10, 123-131.
- Wessely, S. (2005). Victimhood and resilience. The London attacks – aftermath. *New England Journal of Medicine*, 353, 548-550.
- Wohlfarth, T., Winkel, F.W. te & Van den Brink, W. (2002). Identifying crime victims who are at high risk for post traumatic stress disorder: developing a practical referral instrument. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 451-460.
- Yzermans, C.J., Dirkzwager, A.J.E., Kerssens, J.J., Cohen-Bendahan, C.C.C. & Veen, P.M.H. ten. (2006). Gevolgen vuurwerkramp Enschede: eindrapport van de monitoring in de huisartsen praktijken. Utrecht: NIVEL.
- Yzermans, C.J., Donker, G.A., Kerssens, J.J., Dirkzwager, A.J., Soeteman, R.J. & Veen, P.M. ten. (2005). Health problems of victims before and after disaster: a longitudinal study in general practice. *International Journal of Epidemiology*, 34, 810-819.

## Summary

### Psychosocial care during the first days and weeks after a disaster

P. van der Velden, P. van Loon, J. IJzermans en R. Kleber

Immediately after a disaster the question arises which care should be provided to the affected residents to minimize the adverse effects on psychosocial well-being and health. In this article we discuss the results of empirical research about the self-coping efficacy of victims, the needs of victims for professional psychosocial care and mental health services especially, and the possibilities for early screening of victims who are or are not at risk for post-disaster severe psychological problems. These topics, in addition to the needs of victims, play an important role in the provision of care. We focus on the first days and weeks after the disaster and adult victims. Furthermore, we discuss trends within the Dutch society advocating immediate professional psychological care for all victims of a traumatic event.