

Rampen en crises gaan veelal gepaard met emoties bij getroffen. Tegenwoordig is “nazorg” een ingeburgerd begrip. Waaruit nazorg moet bestaan, is telkens onderwerp van discussie. Geen enkele ramp of crisis is immers gelijk. Niettemin kunnen beleidsmakers rekening houden met een aantal constanten. Daarmee kan de zorg verder worden toegesneden op de behoeften van getroffen.

## Psychosociale zorg kort na een ramp: mythes en werkelijkheid

### Ontwikkelingen

In Nederland wordt veel aandacht besteedt aan rampenbestrijding en gezondheidseffecten van rampen op getroffen en reddingswerkers. De psychosociale hulpverlening heeft hierin een bijzondere plaats verworven. In alle GHOR-regio's is het procesplan PsychoSociale Hulpverlening na Ongevallen en Rampen (PSHOR) inmiddels min of meer geïmplementeerd. Tevens vindt er momenteel een inhoudelijke discussie plaats over wat men reëel van de PSHOR mag verwachten.

Daarnaast zien we de laatste jaren een trend ontstaan bij (publieke) gebeurtenissen met een tragisch karakter en emoties van burgers: geprofessionaliseerde psychosociale hulpverleners worden acuut ingezet. Deze trend staat op sommige punten haaks op wat inmiddels bekend is over psychosociale effecten op getroffen. Uiteraard zijn mensen die het treft, geëmotioneerd. Maar dit impliceert niet dat al deze getroffen direct geprofessionaliseerde hulpverleners nodig hebben. Zo is uit wetenschappelijke studies bekend dat een deel van de getroffen niet of nauwelijks (gezondheids)klachten ontwikkelt en dat bij de meerderheid klachten, na korte of langere tijd min of meer spontaan verdwijnen. Blijft staan dat een deel van de getroffen, meestal een minderheid, op termijn kampt met zeer ernstige (gezondheids)klachten. De psychische nazorg kan natuurlijk gericht plaatsvinden als inzicht bestaat in welke getroffen wél en welke getroffen niét deze ernstige problemen ontwikkelen. Maar, tot op heden zijn geen betrouwbare instrumenten beschikbaar waarmee dat in de eerste dagen tot weken goed kan worden voorspeld. Er zijn wél risicogroepen zoals vrouwen, rokers en mensen die al te kampen hadden met psychische problemen. Maar het behoren tot een risicogroep geeft nog geen zekerheid dat ze daadwerkelijk (gezondheids)klachten ontwikkelen.

### Selffulfilling prophecy

Na rampen en andere crises komen velen in actie. Iedereen wil graag een bijdrage leveren aan het beperken en oplossen van het ontstane leed. Emoties worden door

niet-getroffen en bestuurders al gauw gezien als een probleem waarvoor professionele psychische hulpverleners ingezet moeten worden. Dit roept het beeld op dat betrokkenen niet over vermogens van zelfredzaamheid beschikken en natuurlijke veerkracht en normale, sociale steun niet bestaan. Het hebben van emoties wordt gelijkgesteld aan een probleem c.q. een hulpbehoefte en dus noodzaak aan professionele psychosociale hulp. Dit beeld kan gaan fungeren als een selffulfilling prophecy. Bij een groot aanbod van psychosociale hulpverleners gaan betrokkenen denken dat zij na een ramp professionele psychosociale hulp nodig hebben. Vervolgens gaan zij naar een hulpverlener of accepteren de aangeboden hulp. Dit wordt beschouwd als het bewijs dat zij hulp nodig hebben en dus is het aanbod gelegitimeerd.

### Behoeften getroffen in eerste dagen en weken na een ramp

- 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
- herdenkingsbijeenkoms
- rust, controle en overzicht
- delen van ervaringen met anderen

In het huidige tijdsgewricht lijkt het er aldus op dat beslissingen – tot inzet van geprofessionaliseerde psychosociale hulpverlening in de acute fase na een ramp of andere schokkende gebeurtenis – meer plaatsvinden op

basis van nu eenmaal bestaande procedures en politieke correctheid. Dit in plaats van zorginhoudelijke argumenten en/of werkelijke behoeften van getroffenen. Als bestuurders kritischer gaan kijken naar de inzet van hulpverleners, vergt het veel politieke moed om het tij van snelle inzet van psychosociale hulpverleners te keren. Immers, het niet-actief aanbieden van veel professionele psychosociale hulpverlening kan dan al snel worden afgedaan als bagatellisering van de ernst van de ontstane situatie. Maar, en dat is al veel langer bekend, veel getroffenen beschikken over een grote veerkracht en over een grote mate van zelfredzaamheid. Enkele recente voorbeelden. Bij de getroffenen van de Katrina-ramp bleek dat, vijf tot zeven maanden na de ramp, 84% vertrouwde op de eigen capaciteit om het leven weer op te bouwen. Ook 84% besefte sterker te zijn dan zij dachten. Meer dan 90% van alle gewonden na 9/11 aanslagen werden door medegetroffenen en omstanders naar ziekenhuizen getransporteerd. Na 9/11 reisden duizenden psychosociale counselors naar New York om psychische bijstand te leveren. Gebleken is dat daar nauwelijks gebruik van is gemaakt. In de eerste dagen na de aanslagen in Londen en na terroristische aanslagen in Israël waren dezelfde patronen zichtbaar. Met andere woorden: de behoefte van getroffenen aan professionele psychosociale zorg – vooral psychologische of psychiatrische bijstand – vlak na een ramp of crisis is vrij beperkt. Vermoedelijk geringer dan menigeen vermoedt.

#### Risicofactoren en -groepen voor psychische klachten na verloop van tijd

- 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)

#### Specifiek en normaal hulpaanbod

Veiligheid, herstel van controle, informatie, praktische hulp en dergelijke hebben in de eerste fase na een ramp de hoogste prioriteit. Vele van deze aspecten, die van grote invloed zijn op het psychosociale welbevinden van getroffen, worden geboden door onderlinge hulp, steun uit de eigen sociale omgeving en niet te vergeten door bijvoorbeeld

## Behoeftte aan professionele psychische hulp in eerste weken na een ramp geringer dan menigeen vermoedt

gemeenten, sociale diensten, woningcorporaties, voorlichters en andere functionarissen, reddingswerkers, IAC en de “burgervaders/burgermoeders”. Opvallend is dan ook dat bij rampen en crises volledig wordt afgeweken van de normale echelonnering van psychosociale hulpverlening. Normaal zijn Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ)-voorzieningen pas dan beschikbaar als eerste lijnhulpverlening (huisarts, Maatschappelijk Werk etc.) ontoereikend is. Bij rampen zien we precies het tegenovergestelde. Onder verantwoordelijkheid van de GHOR wordt de GGZ veelal leidend in de psychosociale zorg. Boeiend daarbij is te zien dat in Enschede na de vuurwerkramp in 2000 veel getroffenen – zonder hiertoe te zijn opgeroepen – in de eerste zes weken na de ramp hun huisarts bezochten. Dit lijkt erop te wijzen dat na een ramp getroffenen zoeken naar bekende vertrouwde personen en/of instituties. De menselijke natuur zoekt in barre tijden blijkbaar primair naar veiligheid/zekerheid bij degenen die bekend zijn. Veel participerende partijen bij de afwikkeling van een ramp of schokkende gebeurtenis hebben weinig of geen ervaring in de omgang met geëmotioneerde betrokkenen. De professionele psychosociale hulpverlening kan zich de eerste dagen en weken beter richten op de ondersteuning en coaching van deze maatschappelijke partijen (kerken, buurthuizen, scholen, huisartsen, gemeenten en vele anderen). Een eventueel opvangcentrum is gebaat bij een beperkte crisisdienst die gemakkelijk op afroep beschikbaar is voor consultatie of in uitzonderlijke gevallen acute behandeling. De professionele psychosociale hulpverlening kan zich – in samenwerking met gemeenten en anderen – in de eerste fase goed voorbereiden op die groep waarbij normale emoties overgaan of reeds zijn overgegaan in gezondheidsklachten en dientengevolge op diverse levenssterreinen disfunctioneren. Een grotere opgave wat de psychische nazorg betreft ligt dan ook meer op de wat langere termijn.

#### Referenties

S. Wessely, 'Victimhood and resilience. The London attacks-aftermath', in: *New England Journal of Medicine* 353 (2005), 548-550.

P. van der Velden, e.a., 'Psychosociale zorg direct na een ramp', in: *De Psycholoog*, december 2006, 658-663.

Peter van Loon, hoofd hulpverlening

Peter van der Velden, programmaleider onderzoek, Instituut voor Psychotrauma, Zalibommel