



Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

***Vroegtijdige psychosociale
interventies na rampen,
terrorisme en andere
schokkende gebeurtenissen***
2007

Onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep
Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

In samenwerking met de deelnemende beroepsverenigingen
en overige betrokken organisaties

Ondersteuning en begeleiding: het Trimbos-instituut.

Colofon

Opdrachtgever

Impact

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Eindredactie

Medisch Redactie bureau Dominicus – Mw.dr.s. J.C. Brandt-Dominicus

Productiebegeleiding

H. den Uijl

Omslag

Conefrey/Koedam BNO, Zeist

Lay-out binnenwerk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Uitgever

Trimbos-instituut in opdracht van Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Deze uitgave is te bestellen bij Impact, Landelijk kennis & adviescentrum psychosociale zorg na rampen. Bezoekadres: Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam-Zuidoost. Tel: 020-5662102. Fax: 020-5669322. Postadres: Postbus 78, 1110 AB Diemen. E-mail: impact@amc.uva.nl. Internet: www.impact-kenniscentrum.nl
Deze richtlijn (en andere multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ) is ook beschikbaar op de website www.ggzrichtlijnen.nl

ISBN- 978-90-5253-599-9

Inhoudsopgave

Organisatiestructuur	5
A: PUBLIEKSDEEL	
1 Inleiding publieksdeel	11
2 Richtlijntekst publieksdeel	13
3 Overzicht aanbevelingen	17
B: WETENSCHAPPELIJK DEEL	
H1 Inleiding	23
H2 Doelstelling vroegtijdige psychosociale interventies	29
H3 Screening	31
H4 Steunende context	43
H5 Preventieve vroegtijdige interventies	47
H6 Curatieve vroegtijdige interventies	57
H7 Organisatie	69
Bijlage 1 Werkgroepleden en getroffen	75
Bijlage 2 Uitgangsvragen	79
Bijlage 3 Ervaringen van getroffen	81
Bijlage 4 Lijst met afkortingen	91
Bijlage 5 Overzicht onderzoeksvragen	95
Literatuurlijst	97

Organisatiestructuur

De multidisciplinaire richtlijn *Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen* is ontwikkeld onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Methodologische en organisatorische begeleiding werd verzorgd door het Trimbos-instituut.

Samenwerkende beroepsverenigingen en organisaties

Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg (FVGZ)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)

Militaire GGZ, Ministerie van Defensie

Nederlandse Vereniging Artsen Beleid Management Onderzoek (NVAG)

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)

Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg en Rampenbestrijding (NVBR)

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT)

Instituut voor Psychotrauma (IvP)

Directe Opvang en Nazorg (D.O.E.N.)

Landelijk Bureau Slachtofferhulp Nederland

Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen (RGF)

Landelijk bureau Geneeskundige Hulpverlening na Ongevallen en Rampen (GHOR)

Politieacademie

Bovenstaande beroepsverenigingen en organisaties hebben de richtlijn geautoriseerd, met uitzondering van:

Instituut voor Psychotrauma (IvP)

Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) – *Het NHG gaat conform hun algemeen beleid niet over tot formele autorisatie van richtlijnen in de GGZ.*

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Voorzitter en Vice-voorzitter

- Dhr. R.M.W. Smeets - Raad van Bestuur GGZ Friesland
- Prof.dr. G. Hutschemaekers - De Gelderse Roos, Arnhem

Secretaris

- Dr. A.L.C.M. Henkelman - Trimbos-instituut

Leden

- Ir. T.A. van Barneveld - Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
- Dr. P.M.A.J. Dingemans - Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Dr. D.P. Ravelli - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Dr. A.N. Goudswaard - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Dr. H.H.G.M. Lendemeijer - Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)
- † (2007) Prof.dr. R.W. Trijsburg - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Agendaleden

- Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn - Voorzitter Cie. Clientenparticipatie
- Dhr. drs. W.P.H. Brunenberg - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Adviseur

- Prof.dr. J.A. Swinkels - AMC De Meren, Amsterdam/Trimbos-instituut

Commissie Cliëntenparticipatie

Voorzitter

- Mw.dr. G.H.M.M. ten Horn

Secretaris

- Mw.drs. M.T. Vink - Trimbos-instituut

Leden

- Mw. M.H. van der Aar-Peulen - Stichting Labyrint/In Perspectief
- Mw.drs. A.K. Bols - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
- Mw drs. H. Boumans - Ypsilon
- Mw. A. Faber - Stichting Labyrint/In Perspectief
- Mw.J.T.E. van Hamersveld - Angst, Dwang en Fobiestichting
- Mw.drs. A. Kal - Ypsilon
- Dhr. I. Keuchenius - Angst, Dwang en Fobiestichting
- Dhr. Ir. B.H. Kraaijenbrink - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
- Mw. M. Mannak-Bouman - Stichting Labyrint/In Perspectief
- Dhr.drs. M.C. Muis - Anoïksis
- Mw. L. van 't Veen - Cliëntenbond in de GGZ

Dhr. M.P. Vermeulen	-	Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen
Dhr.dr. T.F. van Wel	-	Gzpsycholoog, medisch socioloog
Mw. L. Westerhof	-	Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen
Mw. I.R.M. Wijne	-	Landelijke Stichting Zelfbeschadiging
Mw. drs. J. Zwanikken-Leenders		
Dhr.drs. H. Zwol	-	Landelijk Steunpunt Ouders van Drugsgebruikers

De werkgroep

Voorzitter

Prof. Dr. C. Spreeuwenberg

Leden

Dhr.drs. J.J. Berendsen, NVP/IvP
Dhr .W.van Dalen, FVGGZ
Dhr. C. Dekkers, RGF
Dhr. R. van Doesburgh, NHG
Mw. dr. E.C. van Doorn, NIP
Dr. A. van Emmerik, VCGT
Prof.dr. B.P.R. Gersons, NVvP
Dhr. W.A.L. Godefroy, NVAB
Dhr. W. Gorissen, NVAG
Mw. T. Hoekstra, FVGGZ
Dhr. drs. A. C. Laney, Bureau Slachtofferhulp
Prof.dr.A.de Jongh, D.O.E.N
Mw. K. Matlung, OPRON/IPSHOR
Ing. D.P. Pattynama MCDm, GHOR/Brandweer
Mevr. A.J. Roes, NVMW
Mw.drs. C.J.A.M de Roos, NVP
Drs. P.M. Sanders, Militaire GGZ/Min. van Defensie
Dhr. T. Siersma, FVGGZ
Mw. drs.E.M.Sijbrandij, Wetenschapper
Dhr. J.G.J. Tuinder, EMPH, Politieacademie
Mw. dr. M. de Vries, Impact

Adviseurs

Mw. dr. M. de Vries	-	projectleider Impact
Mw. drs. D. van Duin	-	adviseur richtlijnontwikkeling en projectleider Trimbos-instituut
Mw. drs. E.R. Fischer	-	adviseur richtlijnontwikkeling Trimbos-instituut

Redactiecommissie

Mw. dr. M. de Vries

Mw. drs. D. van Duin

Mw. dr. E.M. Sijbrandij

Dhr. dr. A.A.P. van Emmerik

Dhr. dr. W.H.M. Gorissen

Mw. drs. C.J.A.M. de Roos

Mw. drs. E.R. Fischer

Methodologische ondersteuning en begeleiding

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.

Het Trimbos-instituut bevordert de kwaliteit van leven door het ontwikkelen en toepassen van kennis over geestelijke gezondheid, verslaving en lichamelijke ziektes die daarmee samenhangen

1 Inleiding publieksdeel

In Nederland worden na schokkende gebeurtenissen zoals rampen en grootschalige calamiteiten vroegtijdige psychosociale interventies aangeboden. Deze interventies worden ook wel acute psychische traumahulp genoemd. Individuele (BIG-geregistreerde) hulpverleners, non-profit-instellingen en ook particuliere organisaties houden zich bezig met deze vorm van opvang. Er is een toenemende vraag naar vroegtijdige psychosociale interventies. Rampen in Nederland, zoals de vliegcrash Bijlmermeer, de vuurwerkramp Enschede en de cafébrand in Volendam hebben aangetoond dat de psychosociale effecten en de gezondheidseffecten van een ramp langer duren dan aanvankelijk werd gedacht, soms wel jaren. Psychosociale zorg is dus essentieel, maar moet wel volgens de laatste aantoonbaar werkzame praktijken worden aangeboden.

Er bestaat op diverse punten een discrepantie tussen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van vroegtijdige psychosociale interventies en de dagelijkse praktijk. In de hulpverlening worden interventies uitgevoerd die nooit wetenschappelijk zijn onderzocht of waarvan uit onderzoek blijkt dat ze niet effectief en niet doelmatig zijn.

Zo wordt discussie gevoerd over het moment waarop vroegtijdige psychosociale interventies moeten plaatsvinden, wie ze het beste kunnen uitvoeren, en welke methodiek moet worden gevolgd. De invulling, uitvoering en eventuele follow-up van vroegtijdige psychosociale interventies zijn afhankelijk van de inzichten van organisaties, individuele hulpverleners en soms van commerciële belangen. Dit leidt ertoe dat deze vorm van nazorg op veel verschillende manieren wordt geboden, en dat getroffen lang niet altijd optimale (*'state of the art'*) zorg ontvangen.

Vanuit het professionele veld is gevraagd om duidelijkheid en eenduidigheid. Als antwoord is de voor u liggende evidence-based multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies ontwikkeld. Deze richtlijn is een hulpmiddel waarmee volgens de laatste inzichten vanuit de wetenschap en op geleide van (systematische) praktijkervaring antwoord wordt gegeven op de vraag wat te doen en wat te laten in de eerste zes weken na een ramp, terrorisme of andere schokkende gebeurtenis.

Doelstelling en doelgroep

De richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies geeft aanbevelingen ter ondersteuning van mensen die betrokken zijn bij het verlenen van vroegtijdige psychosociale interventies in de eerste zes weken na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Gebeurtenissen dus met een plotseling, onverwacht en gewelddadig karakter. Hieronder vallen 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 getroffene of van anderen.

De getroffene ervaart hierbij reacties van intense angst, hulpeloosheid of afschuw (DSM-IV-TR, APA 2000).

De richtlijn is in principe ontwikkeld voor grootschalige rampen (waaronder terroristische aanslagen) waarbij voornamelijk gebruik is gemaakt van literatuur over kleinschaligere gebeurtenissen. De werkgroep heeft als uitgangspunt gehanteerd dat deze literatuur bruikbaar is voor deze richtlijn, gegeven de vergelijkbaarheid van de effecten die kleinschalige incidenten en grootschalige gebeurtenissen sorteren en de afwezigheid van onderzoek waaruit het tegendeel blijkt.

Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, ervaringskennis en overige overwegingen geeft de richtlijn een overzicht van goed ('optimaal') handelen als waarborg voor kwalitatief

hoogwaardige psychosociale zorg. De richtlijn geeft hiermee richting aan de invulling van (vraaggestuurde) vroegtijdige psychosociale interventies in de eerste zes weken. De richtlijn kan tevens gebruikt worden bij het (verder) ontwikkelen van wettelijk voorgeschreven rampen- en incidentenprotocollen voor plaatsen waar grote groepen mensen verblijven, bijvoorbeeld zorginstellingen, scholen, sportaccommodaties of het gevangeniswezen.

Werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld. In totaal vertegenwoordigden 21 leden de 5 BIG-beroepsverenigingen en 13 andere verenigingen en organisaties die zich bezighouden met vroegtijdige psychosociale interventies. Voor een volledig overzicht van de werkgroepleden, de verenigingen en organisaties die zij vertegenwoordigen en de overige medewerkers, wordt verwezen naar bijlage 1. In totaal kwam de werkgroep, onder voorzitterschap van prof.dr. C. Spreeuwenberg, 8 keer bijeen in een periode van 18 maanden.

Eenmalig hebben afzonderlijke consultaties van professionals uit de hulpverleningspraktijk en getroffen van rampen plaatsgevonden (bijlage 3). Tijdens deze bijeenkomsten werd de conceptrichtlijn gepresenteerd en werd hierover gediscussieerd.

De conceptrichtlijn is door de werkgroepleden ter becommentariëring en voor akkoord aan hun achterban voorgelegd. Na verwerking van de laatste commentaren en autorisatie door de beroepsverenigingen is de definitieve richtlijn vastgesteld.

Methode

De richtlijn is ontwikkeld volgens de methodiek van de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ en onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. De richtlijn is ontwikkeld op geleide van uitgangsvragen (bijlage 2). Om deze te beantwoorden is een uitgebreid systematische literatuuronderzoek uitgevoerd. Op basis van de resultaten uit wetenschappelijk onderzoek (bewijs, 'evidence') in combinatie met overige overwegingen van de werkgroepleden ('best practices') zijn 'evidence-based' conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

Over de beschikbare en geraadpleegde wetenschappelijke literatuur moet opgemerkt worden dat deze zich grotendeels toespitst op de posttraumatische stress-stoornis. De werkgroep benadrukt dat de posttraumatische stress-stoornis weliswaar een stoornis is die voorkomt na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen, maar dat er diverse andere stoornissen zijn die in de literatuur minder belicht worden en die in de praktijk eveneens belangrijk zijn en veel voorkomen. Hierbij valt te denken aan depressieve stoornissen, angststoornissen, lichamelijk onverklaarde klachten en middelenmisbruik.

Actualiteit en herziening

Uiterlijk in 2010 bepaalt Impact in samenspraak met de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen wanneer nieuwe ontwikkelingen aanleiding geven om in een eerdere fase een herzieningstraject te starten.

2 Richtlijntekst publieksdeel

Doelstelling vroegtijdige psychosociale interventies

Na rampen, terroristische aanslagen en andere schokkende gebeurtenissen herstellen de meeste getroffen en op eigen kracht. Toch ontwikkelt een aanzienlijke groep getroffen en lange-termijn-rampgerelateerde psychische klachten en/of psychische stoornissen. Vroegtijdige psychosociale interventies worden aangeboden om het welbevinden van getroffen en te waarborgen en psychopathologie te voorkomen. De werkgroep beveelt aan dat vroegtijdige psychosociale interventies de volgende doelen dienen:

- Bevorderen van natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen;
- Signaleren van getroffen en die behoefte hebben aan acute psychische hulp;
- Zo nodig doorverwijzen en zo nodig behandelen van getroffen en die behoefte hebben aan acute psychische hulp.

Screening

Van screening wordt gesproken wanneer een specifieke onderzoeksmethode voor vroege opsporing van bepaalde aandoeningen op grote schaal aan de bevolking wordt aangeboden. Op basis van de huidige stand van zaken beveelt de werkgroep vroegopsporing van getroffen en met een verhoogd risico op een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) niet aan. Screening aan de hand van de diagnose acute stress-stoornis en PTSS vragenlijsten wordt momenteel niet zinvol geacht. Voor de opsporing van latente klachten en vroegtijdige symptomen in de eerste zes weken bestaat namelijk onvoldoende bewijs. In veel gevallen zijn stressreacties in deze periode ‘normale reacties op abnormale gebeurtenissen’. Daarnaast spreekt de literatuur zich niet eenduidig uit over de waarde van de diagnose acute stress-stoornis (ASS) in de eerste maand na een schokkende gebeurtenis als voorspeller voor een latere posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Verder onderzoek naar de effectiviteit van populatiebrede screening na een traumatische gebeurtenis is nodig. De eventuele negatieve effecten en het meest geschikte moment van screening moeten worden onderzocht voordat een vragenlijst op grote schaal wordt ingezet ten behoeve van populatiebrede screening. Eveneens moet onderzoek worden verricht naar de effectiviteit van het herhalen van screening in de eerste zes weken na een ramp, terroristische aanslag of andere schokkende gebeurtenis.

Aanvullend onderzoek naar de bruikbaarheid van screeningsinstrumenten gebaseerd op risicofactoren voor vroegopsporing van getroffen en met een verhoogd risico op het ontwikkelen van traumagerelateerde psychische stoornissen is nodig.

De werkgroep beveelt hierbij aan niet-Nederlandstalige (meestal Engelstalige) screeningsinstrumenten te vertalen en vervolgens te valideren onder Nederlandstalige getroffen en.

Screening op traumagerelateerde problematiek die later dan zes weken na een collectieve schokkende gebeurtenis plaatsvindt, acht de werkgroep mogelijk wel zinvol maar dit valt buiten het bestek van deze richtlijn. De constatering dat screening in de eerste zes weken niet raadzaam is, neemt echter niet weg dat in deze periode wel degelijk (individuele) signalering moet plaatsvinden van getroffen en die behoefte hebben aan psychische hulp. In geval van psychische stoornissen moet adequate diagnostiek en behandeling wordt verricht. Informatie over kinderen moet zowel via het kind als de ouders/verzorgers worden verzameld.

Steunende context

Mensen die getroffen worden door rampen, terrorisme of grote calamiteiten moeten ondersteuning kunnen krijgen. De werkgroep beveelt aan dat na een ramp, terrorisme of andere schokkende gebeurtenis een steunende context wordt aangeboden. Zodra getroffen en in veiligheid zijn gebracht, ligt de prioriteit bij het bieden van een luisterend oor, steun en troost en openstaan voor de directe praktische behoeften van getroffen en; het bieden van feitelijke en actuele informatie over de schokkende gebeurtenis; het mobiliseren van steun uit de eigen sociale omgeving; het faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families; en het geruistellen van getroffen en die normale stressreacties vertonen. Het is aannemelijk dat dit het eigen herstelvermogen bevordert. Een steunende context moet in de periode waarop deze richtlijn betrekking heeft – de eerste zes weken – doorlopend beschikbaar en toegankelijk zijn. Het vormt de basis van waaruit vroegtijdige psychosociale interventies worden uitgevoerd.

Preventieve vroegtijdige psychosociale interventies

Voorlichting

De werkgroep beveelt aan dat na een ramp, terrorisme of andere schokkende gebeurtenis aan alle getroffen en voorlichting wordt aangeboden.

De voorlichting is kort, basaal en draagt bij aan het herstel van controle en het bevorderen van zelfredzaamheid van getroffen en. De volgende 3 componenten zijn in de voorlichting opgenomen:

- Geruistellende uitleg over normale reacties;
- Aangeven wanneer hulp te zoeken;
- Aanraden de dagelijkse routine op te pakken.

De werkgroep beveelt het bieden van preventieve psycho-educatie, in de vorm van gestructureerde (vaak herhaalde) informatie en training aan getroffen en en familieleden met als doel het bereiken van verandering in het traumagerelateerde gedrag, niet aan.

Om de voorlichting goed te laten verlopen, beveelt de werkgroep aan deze een vaste plaats te laten krijgen binnen de diverse plannen. Wanneer bij een ramp kinderen zijn betrokken, dienen er voorlichtingsuitingen te zijn die specifiek op het begripniveau en de belevingswereld van kinderen zijn afgestemd.

Triage

Naast voorlichting hebben getrainde vrijwilligers, nulde- en eerstelijns hulpverleners, met de tweede lijns GGZ op de achtergrond, in de acute fase een rol op het gebied van psychologische triage. Hierbij gaat het vooral om het signaleren van getroffen en met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen die diagnostiek en/of behandeling behoeven. Bij psychologische triage moet afgegaan worden op het klinisch oordeel van vrijwilligers en professionals uit de nulde, eerste, tweede en derde lijn, evenals op het oordeel de getroffen zelf. Hiervoor is gedegen basisscholing van vrijwilligers en professionals noodzakelijk. Zij dienen goed te weten dat de meeste getroffen en enigerlei vorm van stressreacties zullen vertonen. Dit zijn normale reacties. In de huisartsenpraktijk kunnen de standaarden van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) voor angststoornissen (NHG 2004) en voor depressie (NHG 2003) handvatten bieden voor signalering en diagnostiek. Psychologische triage kan ook plaatsvinden gedurende de verdere periode waarop deze richtlijn betrekking heeft (de eerste zes weken na een schokkende gebeurtenis) bijvoorbeeld wanneer een getroffen een zorgverlener consulteert.

De werkgroep is van mening dat bij psychologische triage onderscheid gemaakt dient te worden tussen:

- Getroffenen zonder psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Dit is de grootste groep getroffenen. De meesten herstellen binnen afzienbare tijd op eigen kracht en dienen in de eerste zes weken zo nodig alleen gerustgesteld te worden en korte voorlichting te krijgen.
- Getroffenen bij wie twijfel bestaat over de aanwezigheid van psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Ook bij deze groep moet kort voorlichting worden gegeven. Eveneens moet de zorgverlener een vervolgspraak maken met de getroffene.
- Getroffenen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Bij deze groep is sprake van evidente klinische problematiek en dient direct adequate diagnostiek en/of behandeling te worden aangeboden.

In het algemeen stelt de werkgroep dat professionals, maar ook anderen, zoals partners van getroffenen, leidinggevend en scholen, in de eerste 6 weken dienen af te wachten en de getroffenen oplettend dienen te volgen, tenzij er sprake is van evidente klinische problematiek.

Psychologische debriefing

Onder psychologische debriefing worden routinematige crisisinterventies verstaan die het voorkomen en verminderen van ongewenste psychische gevolgen van traumatische gebeurtenissen beogen. Psychologische debriefing kent veel verschijningsvormen zoals de *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD). Vaak wordt er een eenmalige semigestructureerde interventie onder verstaan.

De werkgroep beveelt aan eenmalige psychologische debriefing (waaronder CISD) met als doel het voorkomen van PTSS en andere psychiatrische problemen bij getroffenen te vermijden.

Omdat er nog onvoldoende bewijs is voor het effect van psychologische debriefing bij geüniformeerde hulpverleners beveelt de werkgroep psychologische debriefing bij hulpverleners eveneens niet aan.

Voor (geüniformeerde) hulpverleners beveelt de werkgroep aan dat opvang door collega's (peer support) bijdraagt aan een steunende context. Het kan praktische en emotionele ondersteuning bieden en kan het gebruik van de eigen sociale steunbronnen bevorderen. De werkgroep is van mening dat de werkgever begeleiding dient te bieden (uit te voeren door een hulpverlener of getrainde vrijwilliger) wanneer er een schokkende gebeurtenis plaatsvindt op het werk.

De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van CISM, de psychologische eerste hulp module zoals ontwikkeld door de NCTPSD en een gestructureerde opvangprotocol voor kinderen.

Collectieve vroegtijdige psychosociale interventies

Collectieve vroegtijdige psychosociale interventies hebben betrekking op de getroffen populatie of delen daarvan. Zonder volledigheid te betrachten zijn een aantal voorbeelden van collectieve interventies: een éénloketfunctie zoals een Informatie- en Adviescentrum (IAC) of een virtueel Informatie- & Verwijscentrum, berichtgeving in de media, een platform voor getroffenen, een gespecialiseerd GGZ-team, gezondheidsonderzoek en het te voeren overheidsbeleid.

Strikt genomen vallen deze buiten het bestek van deze richtlijn. De werkgroep beveelt echter aan dat collectieve vroegtijdige interventies een essentieel onderdeel van het integrale pakket aan psychosociale zorg na rampen vormen. De inzet van deze interventies dient daarom gewaarborgd te worden. De werkgroep beveelt verder aan dat in de eerste zes weken na een ramp een goed hulpverleningssysteem opgezet dient te worden en dat voorlichting een vaste plaats krijgt binnen de diverse beleidsplannen.

Curatieve vroegtijdige psychosociale interventies

Wanneer er sprake is van ernstige klinische symptomen of psychische stoornissen, zoals gedefinieerd in DSM-IV-TR, hebben professionals een scala aan interventies tot hun beschikking. De meest voorkomende aandoeningen na rampen die behandeling behoeven zijn angststoornissen, depressieve stoornissen, lichamelijk onverklaarde klachten, de acute stress-stoornis, de posttraumatische stress-stoornis, aanpassingsstoornissen en middelenmisbruik. Wanneer bij een ramp etnische minderheden zijn betrokken, is het uitgangspunt deze groepen zo regulier als mogelijk en zo cultuurspecifiek als nodig te benaderen.

Acute stress-stoornis en ernstige symptomen van posttraumatische stress-stoornis

De werkgroep beveelt traumagerichte CGT aan als effectieve behandelmethodede voor getroffen en met een acute stress-stoornis of ernstige symptomen van acute posttraumatische stress-stoornis gedurende de eerste maand na een schokkende ervaring. Relaxatie kan als onderdeel van een cognitiefgedragstherapeutische behandeling worden aangeboden, maar is niet zinvol als een opzichzelfstaande (niet-traumagerichte) interventie.

De werkgroep is van mening dat nader onderzoek naar de waarde van EMDR als curatieve vroegtijdige interventie gewenst is.

De werkgroep beveelt aan trauma-gerichte cognitieve gedragstherapie bij kinderen met ernstige symptomen van PTSS gedurende eerste maand na een schokkende gebeurtenis te overwegen.

De werkgroep is van mening dat nader onderzoek naar de waarde van EMDR als curatieve vroegtijdige interventie bij kinderen gewenst is.

Overige psychische stoornissen

Voor de behandeling van een angststoornis of een depressieve stoornis verwijst de werkgroep naar de respectievelijke multidisciplinaire richtlijnen voor angststoornissen en depressie (uit 2003 en 2005). Een richtlijn voor somatoforme klachten en stoornissen is in ontwikkeling. Voor de behandeling van overige psychische stoornissen wordt verwezen naar stoornisspecifieke handreikingen, protocollen en meta-analyses.

Farmacotherapie

De werkgroep beveelt aan dat bij slaapstoornissen als gevolg van het trauma farmacotherapie kan worden overwogen. Voor eventuele medicamenteuze behandeling van slaapstoornissen, depressieve stoornissen of angststoornissen verwijst de werkgroep naar de bestaande richtlijnen.

Organisatie

Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere calamiteiten moeten binnen het daarvoor wettelijk vastgestelde kader plaatsvinden. Uitgangspunten hierbij zijn dat de zorg zo regulier als mogelijk moet worden aangeboden en dat er sprake is van integrale psychosociale zorg. De wettelijke kaders die van toepassing zijn op rampen en grootschalige ongevallen, vallen buiten het bestek van deze richtlijn. Voor meer informatie wordt verwezen naar de Wet rampen en zware ongevallen (WRZO), de Wet Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (WGHOR), de Wet Kwaliteitsbevordering Rampenbestrijding en de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Voor optimale bruikbaarheid in de praktijk, beveelt de werkgroep beroepsspecifieke implementatie van deze generieke multidisciplinaire richtlijn aan.

3 Overzicht aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan dat vroegtijdige psychosociale interventies de volgende doelen dienen:

- Bevorderen van natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen;
 - Signaleren van getroffenen die behoefte hebben aan acute psychische hulp;
 - Zo nodig doorverwijzen en zo nodig behandelen van getroffenen die behoefte hebben aan acute psychische hulp.
1. De werkgroep beveelt vroegopsporing van getroffenen met verhoogd risico op een post-traumatische stressstoornis (PTSS) met behulp van PTSS-vragenlijsten vooralsnog niet aan.
 2. De werkgroep beveelt het vertalen en vervolgens valideren aan van niet-Nederlandstalige (veelal Engelstalige) screeningsinstrumenten. Validering moet plaatsvinden in Nederlandse populaties van getroffenen van rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen.
 3. De werkgroep beveelt aan dat bij reeds aanwezige psychische stoornissen adequate diagnostiek en behandeling wordt verricht.
 4. De werkgroep beveelt vroegopsporing van getroffenen met een verhoogd risico op posttraumatische stress-stoornis (PTSS) met behulp van de acute stress-stoornis (ASS) als voorspeller niet aan. De werkgroep beveelt wel aan om een vervolgspraak te plannen voor verdere observatie.
 5. De werkgroep beveelt aanvullend onderzoek aan in populaties van getroffenen van rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen naar de bruikbaarheid van screeningsinstrumenten die zijn gebaseerd op risicofactoren.
 6. De werkgroep beveelt aan verder onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van populatiebrede screening na traumatische gebeurtenissen.
 7. De werkgroep beveelt aan dat wanneer wordt besloten om kinderen en adolescenten na een schokkende gebeurtenis te screenen op symptomen van ASS, informatie verzameld dient te worden via zowel het kind als de ouders/verzorgers.
 8. De werkgroep beveelt verder onderzoek aan naar het meest geschikte moment van screening na een ramp, terroristische aanslag of andere schokkende gebeurtenis.
 9. De werkgroep beveelt verder onderzoek aan naar de potentieel negatieve gevolgen van screening bij slachtoffers van rampen, terroristische aanslagen en andere ingrijpende gebeurtenissen.
 10. De werkgroep beveelt aan dat na een ramp, terrorisme of andere schokkende gebeurtenis een steunende context wordt aangeboden die bestaat uit:
 - Het bieden van een luisterend oor, steun en troost en openstaan voor de directe praktische behoeften van getroffenen;

- Het bieden van feitelijke en actuele informatie over de schokkende gebeurtenis;
 - Het mobiliseren van steun uit de eigen sociale omgeving;
 - Het faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families;
 - Het geruistellen van getroffenenen die normale stressreacties vertonen.
11. De werkgroep beveelt aan dat na een ramp, terrorisme of andere schokkende gebeurtenis aan alle getroffenenen voorlichting wordt aangeboden.
Voorlichting dient te bestaan uit:
- Geruistellende uitleg over normale reacties;
 - Aangeven wanneer hulp te zoeken;
 - Aanraden de dagelijkse routine op te pakken.
12. De werkgroep beveelt het bieden van preventieve psycho-educatie niet aan.
13. De werkgroep beveelt aan dat getrainde vrijwilligers, nulde- en eerstelijns hulpverleners (met de tweedelijns GGZ op de achtergrond) in de acute fase een rol hebben in de psychologische triage. Hierbij gaat het vooral om het signaleren van getroffenenen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen die diagnostiek en/of behandeling behoeven. Psychologische triage vindt vaak plaats in de acute fase maar kan ook plaatsvinden gedurende de verdere periode waarop deze richtlijn betrekking heeft (de eerste 6 weken), bijvoorbeeld wanneer een getroffene een zorgverlener consulteert.
14. De werkgroep beveelt aan dat bij psychologische triage onderscheid gemaakt wordt tussen:
- Getroffenen zonder psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Deze groep getroffenenen dient geruistgesteld te worden en korte voorlichting te krijgen.
 - Getroffenen bij wie twijfel bestaat over de aanwezigheid van psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Ook bij deze groep moet kort voorlichting worden gegeven. Eveneens moet de zorgverlener een vervolgfafspraak maken met de getroffene in verband met voortgaande observatie.
 - Getroffenen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Bij deze groep is sprake van evidente klinische problematiek en dient direct diagnostiek en/of behandeling te worden aangeboden.
15. De werkgroep beveelt aan eenmalige psychologische debriefing (waaronder CISD) met als doel het voorkomen van PTSS en andere psychiatrische problemen bij getroffenenen te vermijden.
16. De werkgroep beveelt psychologische debriefing (waaronder CISD) bij hulpverleners niet aan.
17. De werkgroep beveelt aan dat opvang door collega's (peer support) bijdraagt aan een steunende context. Het kan praktische en emotionele ondersteuning bieden en kan het gebruik van de eigen sociale steunbronnen bevorderen.
18. De werkgroep beveelt aan CISM niet aan een brede populatie aan te bieden.

19. De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van CISM.
20. De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van de psychologische eerste hulp module.
21. De werkgroep beveelt aan eenmalige psychologische debriefing (waaronder CISD), met als doel het voorkomen van PTSS en andere psychiatrische problemen, ook voor kinderen te vermijden.
22. De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van een gestructureerd opvangprotocol als preventieve interventie voor kinderen.
23. De werkgroep beveelt behandeling met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor getroffen en met een acute stress-stoornis (ASS) of ernstige symptomen van acute posttraumatische stress-stoornis (PTSS) gedurende de eerste maand na een schokkende gebeurtenis.
24. De werkgroep beveelt aan dat relaxatie slechts als onderdeel van CGT dient te worden aangeboden, niet als een opzichzelfstaande (niet-traumagerichte) interventie.
25. De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van EMDR als curatieve vroegtijdige interventie gedurende de eerste zes weken na ingrijpende gebeurtenissen.
26. De werkgroep beveelt aan dat bij slaapproblemen als gevolg van het trauma farmacotherapie kan worden overwogen. Voor eventuele medicamenteuze behandeling van slaapproblemen, depressieve stoornissen of angststoornissen verwijst de werkgroep naar de bestaande richtlijnen.
27. De werkgroep beveelt aan dat de werkgever begeleiding dient te bieden (uit te voeren door een hulpverlener of getrainde vrijwilliger) wanneer een schokkende gebeurtenis op het werk plaatsvindt.
28. De werkgroep beveelt behandeling met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor kinderen, ouder dan 7 jaar, met ernstige symptomen van acute posttraumatische stress-stoornis (PTSS) gedurende de eerste maand na een schokkende ervaring.
29. De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van EMDR als vroegtijdige curatieve interventie bij kinderen.
30. De werkgroep beveelt verder onderzoek aan naar farmacologische interventies bij kinderen.
31. De werkgroep beveelt aan etnische minderheden zo regulier als mogelijk te benaderen en zo cultuurspecifiek als nodig. Cultuurspecifieke elementen kunnen naar mening van de werkgroep bestaan uit voorlichting in de moedertaal en het betrekken van sleutelfiguren uit etnische minderheidsgroepen.
32. De werkgroep beveelt aan dat vroegtijdige psychosociale interventies door getrainde/ speciaal geschoolde personen moeten worden gegeven.

33. De werkgroep beveelt aan dat collectieve vroegtijdige interventies een essentieel onderdeel van het integrale pakket aan psychosociale zorg na rampen vormen. De inzet van deze interventies dient daarom gewaarborgd te worden.
34. De werkgroep beveelt aan dat in de eerste zes weken na een ramp een goed hulpverlenings-systeem opgezet dient te worden.
35. De werkgroep beveelt aan dat voorlichting een vaste plaats krijgt binnen de diverse beleids-plannen om deze goed te laten verlopen.
36. De werkgroep beveelt beroepsspecifieke implementatie van deze generieke multidisciplinaire richtlijn aan.

1 Inleiding

In Nederland worden na schokkende gebeurtenissen zoals rampen en grootschalige calamiteiten, vroegtijdige psychosociale interventies aangeboden. Deze interventies worden ook wel acute psychische traumahulp genoemd. Individuele (BIG-geregistreerde) hulpverleners, non-profit-instellingen en ook particuliere organisaties houden zich bezig met deze vorm van opvang. Er is een toenemende vraag naar vroegtijdige psychosociale interventies. Rampen in Nederland, zoals de vliegcrash bijlucht, de vuurwerkramp Enschede en de cafébrand in Volendam, hebben aangetoond dat de psychosociale effecten en de gezondheidseffecten van een ramp langer duren dan aanvankelijk werd gedacht – soms wel jaren (Gersons e.a. 2004).

Psychosociale zorg is dus essentieel, maar moet wel volgens de laatste aantoonbaar werkzame praktijken worden aangeboden.

Er bestaat op diverse punten een discrepantie tussen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van vroegtijdige psychosociale interventies en de dagelijkse praktijk. In de hulpverlening worden interventies uitgevoerd die nooit wetenschappelijk zijn onderzocht of waarvan uit onderzoek blijkt dat ze niet effectief en niet doelmatig zijn.

Zo wordt discussie gevoerd over het moment waarop vroegtijdige psychosociale interventies moeten plaatsvinden, wie ze het beste kunnen uitvoeren, en welke methodiek moet worden gevolgd.

De invulling, uitvoering en eventuele follow-up van vroegtijdige psychosociale interventies zijn afhankelijk van de inzichten van organisaties, individuele hulpverleners en soms van commerciële belangen. Dit leidt ertoe dat deze vorm van nazorg op veel verschillende manieren wordt geboden, en dat getroffenen lang niet altijd optimale ('state of the art') zorg ontvangen.

Vanuit het professionele veld is gevraagd om duidelijkheid en eenduidigheid. Als antwoord is de voor u liggende evidence-based multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies ontwikkeld. Deze is een hulpmiddel waarmee volgens de laatste inzichten vanuit de wetenschap en de (systematische) praktijkervaring antwoord inzicht wordt gegeven in de *do's-and-don'ts* van psychosociale interventies in de eerste zes weken na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen.

1.1 Doelstelling en doelgroep

De Richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies geeft aanbevelingen ter ondersteuning van mensen die op enigerlei wijze betrokken zijn bij het verlenen van vroegtijdige psychosociale interventies in de eerste zes weken na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Gebeurtenissen dus met een plotseling, onverwacht en gewelddadig karakter.

Hieronder vallen 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 getroffene of van anderen. De getroffene ervaart hierbij reacties van intense angst, hulpeloosheid of afschuw (DSM-IV-TR, APA 2000). Er is gekozen voor een periode van 6 weken na de schokkende gebeurtenis. In de eerste plaats omdat in deze periode veelal vroegtijdige interventies worden aangeboden. In de tweede plaats omdat in deze periode de meeste stressreacties doorgaans 'als vanzelf' verminderen.

De richtlijn is in principe ontwikkeld voor grootschalige rampen (waaronder terroristische aanslagen) waarbij voornamelijk gebruik is gemaakt van literatuur over kleinschaligere gebeurtenissen. De werkgroep heeft als uitgangspunt gehanteerd dat deze literatuur bruikbaar is voor deze

richtlijn, gegeven de vergelijkbaarheid van de effecten die kleinschalige incidenten en grootschalige gebeurtenissen sorteren en de afwezigheid van onderzoek waaruit het tegendeel blijkt.

Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, ervaringskennis en overige overwegingen geeft de richtlijn een overzicht van goed ('optimaal') handelen als waarborg voor kwalitatief hoogwaardige psychosociale zorg. De richtlijn geeft hiermee richting aan de invulling van (vraaggestuurde) vroegtijdige psychosociale interventies in de eerste zes weken.

De richtlijn kan tevens gebruikt worden bij het (verder) ontwikkelen van wettelijk voorgeschreven rampen- en incidentenprotocollen voor plaatsen waar grote groepen mensen verblijven, bijvoorbeeld zorginstellingen, scholen, sportaccommodaties of het gevangeniswezen.

1.2 Werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld. In totaal vertegenwoordigden 21 leden de 5 BIG-beroepsverenigingen en de 13 andere verenigingen en organisaties die zich bezighouden met vroegtijdige psychosociale interventies. Voor een volledig overzicht van de werkgroepleden, de verenigingen en organisaties die zij vertegenwoordigen en de overige medewerkers, wordt verwezen naar bijlage 1. In totaal kwam de werkgroep, onder voorzitterschap van prof.dr. C. Spreeuwenberg, 8 keer bijeen in een periode van 18 maanden.

Eenmalig hebben afzonderlijke consultaties van professionals uit de hulpverleningspraktijk en getroffen van rampen plaatsgevonden (bijlage 3). Tijdens deze bijeenkomsten werd de conceptringlijn gepresenteerd en werd hierover gediscussieerd.

De conceptringlijn is door de werkgroepleden ter becommentariëring en voor akkoord aan hun achterban voorgelegd. Na verwerking van de laatste commentaren en autorisatie door de beroepsverenigingen is de definitieve richtlijn vastgesteld.

1.3 Wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen

De richtlijn is ontwikkeld volgens de methodiek van de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ en onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. De richtlijn is ontwikkeld op geleide van uitgangsvragen (bijlage 2) die gebaseerd zijn op knelpunten die in de zorg na rampen worden ervaren. De richtlijn is dus geen leerboek, waarin zoveel mogelijk beschikbare kennis over een onderwerp wordt opgenomen, maar een document met praktische aanbevelingen rondom knelpunten uit de praktijk.

Om de uitgangsvragen te beantwoorden is, door informatiespecialisten van het Trimbos-instituut in samenwerking met het CBO, gezocht naar relevante onderzoeksbevindingen door het verrichten van systematische zoekacties. Er is hierbij gezocht naar publicaties uit de periode 1995 tot 2006 (aanvullend met 'sleutelartikelen' van vóór 1995).

Voor het zoeken naar publicaties is gebruik gemaakt van de volgende informatiebronnen:

- Richtlijnen: *National Guidelines Clearinghouse* en *Guideline International Network*.
- Systematic reviews: De *Cochrane-database* of 'systematic reviews' van de *Cochrane Library* tot en met 2006.
Systematic reviews + oorspronkelijk onderzoek van hoog bewijsniveau: *Medline (PubMed)*, *PsycINFO* en *Pilots*.

Primair is gezocht naar bestaande (buitenlandse) evidence-based richtlijnen voor vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, en systematische reviews of meta-analyses. Voor uitgangsvragen die noch in richtlijnen noch in systematische reviews zijn besproken, is de zoekactie zo veel mogelijk beperkt gebleven tot oorspronkelijk onderzoek met hoog bewijsniveau (gecontroleerde trials en prospectief cohortonderzoek). Hierbij is gebruikgemaakt van zoektermen als: ‘disasters’, ‘terrorism’, ‘acute posttraumatic stress’, ‘acute psychological interventions’, ‘crisis care’, ‘brief interventions’, ‘debriefing’. Daarnaast werden relevante artikelen uit de referentielijsten van geselecteerde artikelen gehaald.

De gevonden richtlijnen zijn door de adviseurs van het Trimbos-instituut op methodologische kwaliteit beoordeeld met het AGREE-instrument (www.agreecollaboration.org). Alleen de richtlijnen die in dit opzicht voldoende waren, zijn gebruikt voor deze richtlijn. Genoemd kunnen worden:

- NICE 2005: *Anxiety: Post-traumatic Stress Disorder. Anxiety: Management of post-traumatic stress disorder in adults and children in primary and secondary care.*
- American Psychiatric Association 2004: *Practice Guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder.*

De kwaliteit van de gebruikte artikelen is beoordeeld met voor het betreffende onderzoekstype relevante checklists die zijn gebaseerd op checklists van het EBRO-platform (Handleiding voor werkgroepleden CBO 2005). Daarna zijn ze gegradeerd naar mate van methodologische kwaliteit. Hierbij is de indeling gebruikt zoals weergegeven in tabel 1.

Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek in combinatie met overige overwegingen van de werkgroepleden en ervaringskennis van getroffen en getroffenen zijn ‘evidence-based’ conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd. Een aantal uitgangsvragen kon helaas nog niet beantwoord worden door gebrek aan eensluidend bewijs en tegenstrijdige meningen in de werkgroep. Voor het beantwoorden van deze uitgangsvragen heeft de werkgroep aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan.

De werkgroep constateert dat de beschikbare en geraadpleegde wetenschappelijke literatuur zich grotendeels toespitst op posttraumatische stress-stoornis en benadrukt dat de posttraumatische stress-stoornis weliswaar een stoornis is die voorkomt na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen, maar dat er diverse andere stoornissen zijn die in de literatuur minder belicht worden en die in de praktijk eveneens belangrijk zijn en veel voorkomen. Hierbij valt te denken aan depressieve stoornissen, angststoornissen, lichamelijk onverklaarde klachten en middelenmisbruik.

Tabel 1.1 Indeling van methodologische kwaliteit van individuele onderzoeken

	Interventie	Diagnostisch accuratesseonderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkappunten en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controleonderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of patiënt-controleonderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

De werkgroep constateert dat deze indeling van methodologische kwaliteit niet volledig van toepassing is op onderzoek naar psychologische interventies omdat deze niet dubbelblind uitgevoerd kunnen worden. De werkgroep heeft daarom besloten de enkelblinde RCT's in deze richtlijn het A-niveau toe te kennen.

Niveau van bewijskracht van conclusies

Tabel 1.2 Niveau van bewijskracht van conclusies

Conclusie	Gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	1 onderzoek van niveau A2 of ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

De beoordeling van de verschillende artikelen vindt u in de verschillende teksten terug onder het kopje 'wetenschappelijke onderbouwing'. Het wetenschappelijke bewijs is vervolgens kort samengevat in een conclusie. De meest belangrijke literatuur waarop deze conclusie is gebaseerd, staat bij de conclusie vermeld, inclusief de 'bewijskracht'. Voor het komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijke bewijs vaak ook andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: voorkeuren van getroffen, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) en organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. De aanbeveling is het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen. Het volgen van deze procedure verhoogt de transparantie van de richtlijn en vergroot de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

1.4 Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar zoveel mogelijk op bewijs gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners, beleidsmakers en inhoudelijk adviseurs kennis kunnen ontleen om kwalitatief hoogwaardige zorg te verlenen en te waarborgen. Zorgverleners kunnen, als zij dat nodig achten, op basis van hun professionele autonomie afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie dat vereist, zelfs noodzakelijk. Als van de richtlijn wordt afgeweken, is het voor zorgverleners noodzakelijk om dit te beargumenteren en te documenteren.

1.5 Herziening

Uiterlijk in 2010 bepaalt Impact in samenspraak met de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen wanneer nieuwe ontwikkelingen aanleiding geven een vervroegd herzieningstraject te starten.

2 Doelstelling vroegtijdige psychosociale interventies

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag met welk doel vroegtijdige psychosociale interventies na een ramp, terroristische aanslag of andere schokkende gebeurtenis ingezet zouden moeten worden.

De vragen die hierbij beantwoord worden zijn:

- Zijn er doelen beschreven om interventies uit te voeren?
- Zo ja, met welk(e) doel(en) dienen vroegtijdige interventies te worden uitgevoerd?

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de juistheid van verschillende doelstellingen van vroege interventies.

Overige overwegingen

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

Er bestaat consensus dat vroegtijdige psychosociale interventies moeten worden aangeboden om het psychisch welbevinden van getroffen en psychopathologie te voorkomen. Meer concreet bestaat er consensus dat vroegtijdige psychosociale interventies de volgende doelen moeten hebben:

- Bevorderen van natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen;
- Signaleren van getroffen die behoefte hebben aan acute psychische hulp;
- Zo nodig doorverwijzen en zo nodig behandelen van getroffen die behoefte hebben aan acute psychische hulp.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat vroegtijdige psychosociale interventies de volgende doelen dienen:

- Bevorderen van natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen;
- Signaleren van getroffen die behoefte hebben aan acute psychische hulp;
- Zo nodig doorverwijzen en zo nodig behandelen van getroffen die behoefte hebben aan acute psychische hulp.

3 Screening

Van screening of bevolkingsonderzoek wordt gesproken wanneer een specifieke onderzoeksmethode voor vroege opsporing van bepaalde aandoeningen op grote schaal aan de bevolking wordt aangeboden. In dit hoofdstuk gaat over het opsporen van getroffen en met een verhoogd risico op het ontwikkelen van traumagerelateerde psychische klachten. Ook wordt het tijdstip van screening, de herhaling van screening en de setting waarin screening mogelijk plaatsvindt, behandeld aan de hand van de volgende uitgangsvragen:

- Zijn er screeningsinstrumenten of andere methoden om mensen op te sporen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van klachten in de eerste zes weken na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen? Zo ja, welke?
- Hoe effectief en doelmatig zijn deze screeningsinstrumenten?
- Zijn er negatieve effecten bekend van screening gedurende de eerste zes weken?
- Op welk moment dient de screening te worden uitgevoerd?
- Dient de screening te worden herhaald?
- Zijn er screeningsinstrumenten of andere methoden die specifiek bij bepaalde typen schokkende gebeurtenissen kunnen worden toegepast? Zo ja, welke?
- Zijn er screeningsinstrumenten of andere methoden die specifiek bij bepaalde risicogroepen kunnen worden toegepast? Zo ja, welke?

Alvorens in te gaan op screening is het goed het verschil tussen screening (hoofdstuk 3), triage (hoofdstuk 5) en signalering uit te leggen. Screening is het in een totale omschreven doelpopulatie gericht zoeken naar een nog niet geopenbaarde ziekte of risicofactoren voor een ziekte. Triage is het in een rampsituatie onderscheiden van degenen die acute zorg nodig hebben. Signalering ten slotte is een breder begrip dat zich richt op het alert zijn op de mogelijke aanwezigheid van ziekte, zonder dat daarvoor gericht een gehele doelpopulatie wordt onderzocht.

3.1 Vroege identificatie van getroffen en met een verhoogd risico op latere psychische stoornissen

Binnen de richtlijn wordt van vroege identificatie van getroffen en met een verhoogd risico op latere psychische stoornissen gesproken wanneer deze plaatsvindt binnen de eerste 6 weken na een ramp, terroristische aanslag of andere schokkende gebeurtenis.

In de literatuur worden verschillende methoden van vroegopsporing beschreven: aan de hand van screeningsinstrumenten voor vroege symptomen van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS), screening op een acute stress-stoornis (ASS), en screening op (combinaties van) risicofactoren voor ontwikkeling van psychische klachten na trauma.

3.1.1 Screening op vroege symptomen van Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS)

Allereerst wordt ingegaan op de vraag of vroege identificatie van getroffen en met een verhoogd risico op PTSS, met behulp van vragenlijsten gebaseerd op PTSS-symptomen, is aan te bevelen.

Wetenschappelijke onderbouwing

In een aantal onderzoeken werd de diagnostische accuratesse onderzocht van screening op vroege symptomen van PTSS om de ontwikkeling van chronische PTSS te voorspellen. Shalev e.a. (1997) interviewden getroffen en van verschillende traumatische gebeurtenissen die zich met lichamelijke verwondingen aanmeldden op een afdeling Spoedeisende Hulp en lieten hen 1 week en 4 weken na het trauma een aantal vragenlijsten invullen: de *Impact of Event Scale* (IES), de *Spielberger's State Anxiety* (STAI), de *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ) en de *Mississippi Rating Scale for Combat related PTSS, civilian version* (MISS). De resultaten toonden aan dat alle schalen beter dan toeval presteerden in het voorspellen van PTSS (op 4 maanden na het trauma). De overalldiagnostische accuratesse van deze vragenlijsten varieerde tussen 72% en 81%. Er werden geen verschillen gevonden in vragenlijstafname op 1 week en 1 maand na de traumatische gebeurtenis ten aanzien van de voorspelling van latere PTSS.

Brewin e.a. (2002) vonden in een niet-vergelijkend onderzoek dat hun 10 item *Trauma Screening Questionnaire* (TSQ), als deze gemiddeld 3 weken na een traumatische gebeurtenis werd afgenomen, een vragenlijstdiagnose PTSS op 3 maanden na de traumatische gebeurtenis goed kan voorspellen. Bij een afkappunt van ten minste 6 herbelevings- of vermijdingssymptomen in willekeurige combinatie had de TSQ in deze steekproef van 157 slachtoffers van een misdrijf een overallefficiëntie van 90%, een sensitiviteit van 0,76 en een specificiteit van 0,97.

Slechts één onderzoek werd gevonden waarin screeningsinstrumenten voor het voorspellen van andere symptomen dan PTSS werden geëvalueerd. Silove e.a. (2003) onderzochten de voorspellende waarde van 4 (binnen 2 weken na een verkeersongeval afgenomen) erkende screeningsinstrumenten voor psychiatrische symptomen (*Impact of Events Scale* (IES), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Beck Anxiety Inventory* (BAI) en de *General Health Questionnaire* (GHQ)) voor het voorspellen van langetermijnklachten (18 maanden) na verkeersongelukken.

Hoewel de auteurs een hoge voorspellende waarde vonden op een combinatie van 2 screeningslijsten (de IES met de BDI) geven ze aan dat deze resultaten als zeer voorlopig/tentatief moeten worden geïnterpreteerd. Ze raden vervolgonderzoek aan met een grote onderzoekspopulatie, gebruikmakend van de door hen gevonden optimale afkappunten en een vast moment van afname van de screeningslijsten na de schokkende gebeurtenis.

Voor zover bekend, werden tot op heden geen onderzoeken gepubliceerd waarin Nederlandstalige screeningslijsten op symptomen van PTSS werden gevalideerd, die tevens werden afgenomen vroeg na een ingrijpende gebeurtenis.

Conclusie

<p>Niveau 2</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat getroffen en met verhoogd risico op ontwikkeling van chronische PTSS binnen enkele weken na de traumatische gebeurtenis kunnen worden geïdentificeerd met behulp van vragenlijsten gebaseerd op PTSS-symptomen.</p> <p>B Shalev e.a. 1997; Silove e.a. 2003; C Brewin e.a. 2002</p>
------------------------	---

Overige overwegingen

Bovengenoemde instrumenten werden tot op heden niet gevalideerd in Nederlandse populaties van getroffen en van rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen. De onderzoeken die tot op heden de voorspellende waarde van screening in de acute fase na een schokkende gebeurtenis hebben onderzocht, speelden zich allemaal in een 'secundaire' setting af, waarbij getroffen en zich meldden bij een politiebureau of werden opgenomen in een ziekenhuis met lichamelijk letsel.

Screening op traumagerelateerde problematiek die later dan zes weken na een collectieve schokkende gebeurtenis plaatsvindt, acht de werkgroep mogelijk wel zinvol maar deze valt buiten het bestek van deze richtlijn. De werkgroep maakt een onderscheid tussen het screenen van bestaande psychische stoornissen en het voorspellen van het risico op psychische stoornissen door middel van prognostische screening. De werkgroep is van mening dat wanneer er sprake is van bestaande psychische stoornissen, deze adequate screening, diagnostiek en behandeling behoeven.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt vroegopsporing van getroffen en met verhoogd risico op een posttraumatische stress-stoornis met behulp van PTSS-vragenlijsten vooralsnog niet aan.

De werkgroep beveelt het vertalen en vervolgens valideren aan van niet-Nederlandstalige (veelal Engelstalige) screeningsinstrumenten. Validering moet plaatsvinden in Nederlandse populaties van getroffen en van rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen.

De werkgroep beveelt aan dat bij reeds aanwezige psychische stoornissen adequate diagnostiek en behandeling wordt verricht.

3.1.2 Screening op acute stress-stoornis (ASS), als voorspeller voor PTSS

De diagnose acute stress stoornis (ASS) werd aan de DSM-IV (APA, 2000) toegevoegd om een plaats te geven aan reacties van extreme stress gedurende de eerste weken na een traumatische gebeurtenis, aangezien de diagnose posttraumatische stress-stoornis pas vier weken na de traumatische gebeurtenis kan worden gesteld. De diagnose ASS daarentegen kan gesteld worden wanneer de stoornis minimaal twee dagen en maximaal vier weken aanhoudt en optreedt binnen vier weken na de traumatische gebeurtenis (APA, 2000). De ASS kenmerkt zich, net de PTSS, door herbelevingen van de gebeurtenis, vermijding van stimuli die in verband staan met de gebeurtenis of afstomping van de algemene reactiviteit en verhoogde prikkelbaarheid. In tegenstelling tot PTSS kan de diagnose alleen worden gesteld wanneer de getroffene tijdens of vlak na de traumatische gebeurtenis een aantal dissociatieve symptomen heeft ervaren, zoals een verdoofd of onthecht gevoel of het gevoel los te staan van de omgeving of van zichzelf (depersonalisatie). Hoewel ASS een zelfstandige diagnose binnen de DSM-IV is en voor deze stoornis behandelmethode ontwikkeld zijn (zie hoofdstuk 6 Curatieve vroegtijdige psychologische interventies), is ook veel onderzoek uitgevoerd naar de accuratesse van de ASS als screener voor de ontwikkeling van latere PTSS (NICE, 2005).

Wetenschappelijke onderbouwing

Bryant (2003a) schreef een review van tien prospectieve onderzoeken waarin ASS werd gemeten om vast te stellen of het een goede voorspeller van chronische PTSS is. Het percentage personen met ASS die later PTSS ontwikkelden varieerde van 30-83% na 6 maanden, en het percentage getroffen personen met PTSS na 6 maanden die eerder ASS-klachten hadden varieerde van 10-61% (zie figuur 1). Hij concludeerde dat de ASS-diagnose niet voldoende voorspellende waarde heeft en stelde dat biologische en cognitieve factoren vlak na een trauma meer accurate voorspellers voor chronische PTSS zijn.

Tabel 3.1 Voorspellende onderzoeken over acute stress-stoornis uit het review van Bryant (2003a)

Traumatype	Onderzoek	Percentage mensen met ASS die PTSS ontwikkelden	Percentage mensen met PTSS die ASS hadden
Verkeersongeval	Harvey & Bryant (1998)	78%	39%
Hersenletsel	Bryant & Harvey (1998)	83%	40%
Geweld	Brewin e.a. (1999)	83%	57%
Verkeersongeval	Holeva e.a. (2001)	72%	59%
Verkeersongeval	Creamer e.a. (2004)	30%	34%
Verkeersongeval	Schnyder e.a. (2001)	34%	10%
Tyfoon	Staab e.a. (1996)	30%	37%
Kanker	Kangas e.a. (2005)	53%	61%
Verkeersongeval	Harvey & Bryant (1999)	82%	29%
Hersenletsel	Harvey & Bryant (2000)	80%	72%

Murray e.a. (2002) lieten verkeersslachtoffers binnen 48 uur na een ongeluk en 1 en 6 maanden erna vragenlijsten (de *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS) en de *State Dissociation Questionnaire* (SDQ)) invullen voor het meten van ASS en PTSS.

Daarnaast gingen de onderzoekers na in hoeverre de patiënten in de vier weken na het ongeluk voldeden aan de DSM-IV criteria voor ASS tijdens de eerste meting. De auteurs melden dat 77% van de patiënten die voldoen aan alle criteria voor ASS in de eerste 4 weken na het trauma, 6 maanden na het ongeluk ook aan de criteria voor PTSS voldeden. De auteurs geven echter wel aan dat de timing van het vaststellen van de diagnose ASS cruciaal kan zijn voor het voorspellen van latere PTSS. Het is mogelijk dat de ASS-status tijdens de eerste weken fluctueert en dat meer persistente ASS een betere voorspeller van chronische PTSS is dan directe ASS.

Conclusie

Niveau 3	Er is onvoldoende consistente evidentie dat aan- of afwezigheid van de diagnose ASS latere PTSS voorspelt. C Bryant 2003a
-----------------	--

Overige overwegingen

De werkgroep constateert dat in de praktijk blijkt dat wanneer een hulpverlener na een schokkende gebeurtenis getroffen personen observeert met dissociatieve reacties of ernstige herbelevings-, vermijdings- en hyperalertheidsreacties zij niet altijd PTSS zullen ontwikkelen. De werkgroep merkt op dat in dergelijke gevallen op zijn minst wel een vervolgfafspraak moet worden gemaakt met de getroffene. Het doel hiervan is voortgaande observatie, waarbij wordt nagegaan of zich in een later stadium PTSS of een andere stoornis ontwikkelt die behandeling behoeft. Ook getroffen personen benadrukken dat het belangrijk is om getroffen personen langer in de gaten te houden via monitoring. Ze redeneren: 'Sommige mensen krijgen pas later de terugslag van het trauma. Ook die wil je met nazorg bereiken.'

Aanbeveling

De werkgroep beveelt vroegopsporing van getroffen personen met een verhoogd risico op posttraumatische stress-stoornis (PTSS) met behulp van de acute stress-stoornis (ASS) als voorspeller niet aan. De werkgroep beveelt wel aan om een vervolgfafspraak te plannen voor verdere observatie.

3.1.3 Screening op andere risicofactoren

Deze paragraaf gaat in op de vraag of andere risicofactoren (naast vroege symptomen van PTSS en ASS) voor het ontwikkelen van PTSS ingezet kunnen worden als middel voor een vroege identificatie van getroffen personen met een verhoogd risico op latere psychische stoornissen.

Wetenschappelijke onderbouwing

Inmiddels zijn twee grote meta-analyses verschenen naar de invloed van de verschillende risicofactoren op de ontwikkeling van PTSS (Brewin e.a., 2000; Ozer e.a., 2003). In beide meta-analyses zijn onderzoeken geanalyseerd die dateren van 1980 tot 2000. Brewin e.a. (2000) komen tot de conclusie dat er drie factoren zijn die het meeste samenhangen met de ontwikkeling van PTSS: ernst van het trauma, gebrek aan sociale steun, overige stressoren in het leven. Andere veel onderzochte factoren met minder voorspellende waarde zijn psychiatrische geschiedenis, mishandeling in de kindertijd, positieve psychiatrische familieanamnese.

Ozer e.a. (2003) komen tot de slotsom dat dissociatie tijdens het trauma de meest sterke samenhang vertoont met de ontwikkeling van chronische PTSS. Deze factor wordt op de voet gevolgd door twee andere factoren: (gebrek aan) ervaren (sociale) steun en ervaren levensbedreiging.

Ondanks een aantal methodologische bezwaren zijn deze reviews van goede kwaliteit en lijken ze een representatief beeld te geven van de literatuur tot 2000. In de review van Brewin werd de factor 'dissociatie tijdens het trauma' niet meegenomen.

Beide reviews namen andere potentieel belangrijke factoren niet mee, zoals: lichamelijk letsel, comorbiditeit, aanwezigheid van een compensatieclaim. In beide reviews is een relatief lage samenhang gevonden tussen de factoren en latere PTSS (tot $r=0,4$). Zij zijn het erover eens dat pretraumatische factoren minder samenhang vertonen met latere PTSS dan peri- en posttraumatische factoren. De NICE-richtlijn (2005) beschrijft een aantal onderzoeken van na 2000 (Holbrook e.a., 2001; Mayou e.a., 2002; Van Loey e.a., 2003) die dezelfde factoren bestuderen als in de reviews van Brewin en Ozer. In deze onderzoeken wordt een positieve samenhang gevonden tussen PTSS en ervaren levensbedreiging, vrouwelijk geslacht, dissociatie tijdens de traumatische gebeurtenis, een laag inkomen, aanwezigheid van compensatieclaims. Latere kwalitatieve reviews ondersteunen bovengenoemde bevindingen (McNally 2003; Rose e.a. 2003).

Er is een aantal screeningsinstrumenten ontwikkeld op basis van risicofactoren voor PTSS. Deze worden hieronder besproken.

In een Nederlands onderzoek (Wohlfarth e.a., 2002) vulden 128 slachtoffers van een misdrijf een vragenlijst in over risicofactoren toen ze aangifte deden op het politiebureau. Het bleek dat een vragenlijstdiagnose PTSS na 3 maanden kon worden voorspeld door 4 dichotome items met een diagnostische accuratesse van 0,96, een sensitiviteit van 1,00 en een specificiteit van 0,62.

De dichotome items op de vragenlijst waren: slachtoffer zijn van een geweldsmisdrijf, een bekende zijn van de dader, de gevolgen van het misdrijf als ernstiger ervaren dan verwacht, en zichzelf de schuld geven van het misdrijf.

De RISK(10) is een Nederlands screeningsinstrument dat is ontwikkeld voor het vroegtijdig herkennen (en voorkomen) van lange termijn '*postvictimization distress*' door politieagenten bij slachtoffers van geweldsmisdrijven. De lange termijn psychologische klachten worden onder meer vertaald in het optreden van een chronische aanpassingsstoornis of PTSS. Het instrument is opgebouwd uit een selectie van 10 risicofactoren waarvan het empirische bewijs en de theoretische significantie eerder is vastgesteld. Het bestaat uit een vragenlijst van 11 dichotome vragen (ja/nee). Winkel e.a. (2004) onderzochten de voorspellende waarde van de RISK(10) met betrekking tot het voorspellen van chronische psychologische klachten bij personen die aangifte deden van een misdrijf. Ze concludeerden dat de meeste RISK(10)-componenten een significante positieve correlatie hebben met '*postvictimization distress*' 3 maanden later. Verder hebben verschillende componenten een unieke waarde voor het voorspellen van verschillende vormen van aanpassingsstoornissen.

De auteurs geven aan dat de voorspellende capaciteit van het instrument vergelijkbaar is met de voorspellende capaciteit van de ASS-diagnose voor het voorspellen van chronische PTSS zoals Brewin (1999) deze vaststelde. Zij zijn van mening dat de huidige resultaten een eerste bewijs leveren dat de RISK(10) een basis vormt voor het ontwikkelen van *Early Detection and Prevention* programma's (EDP-programma's).

De *Screening Tool for Early Predictors of PTSS* (STEPP) is een Engelstalig '*stand-alone*' screeningsinstrument dat in 2005 is ontwikkeld, en dat is onderzocht op zijn vermogen tot het identificeren van kinderen met lichamelijk letsel (en hun ouders) die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van blijvende psychische klachten na een schokkende gebeurtenis. Het instrument bestaat uit 4 dichotome vragen aan kinderen, 4 voor een van de ouders en 4 vragen waarvan het antwoord makkelijk is terug te vinden in de medische dossiers. Winston e.a. (2003) hebben de voorspellende waarde van de STEPP onderzocht met betrekking tot PTSS en andere psychische klachten 3 tot 13 maanden na een schokkende gebeurtenis (gemiddeld na 6,5 maanden). Zij namen het STEPP-instrument zo snel mogelijk na een ongeluk (maar zeker binnen een maand) af bij kinderen en hun

ouders en na 3-13 maanden werden PTSS-symptomen en andere psychische klachten gemeten met de *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)*, de *Child Abuse and Trauma Questionnaire (CATS)*, de *Multidimensional Anxiety Scale for Children 10 (MASC-10)* en de *Children's Depression Inventory - S (CDI-S)* af. Winston e.a. melden dat de odds ratio voor het voorspellen van blijvende traumatische stress 6,5 was bij kinderen en 26,6 bij hun ouders. Verder geven ze aan dat het instrument een hoge sensitiviteit heeft en een bescheiden specificiteit, wat in hun ogen zijn rol als screener (i.p.v. diagnostische test) bevestigt. Verder stellen ze dat de erg hoge negatieve voorspellende waarde suggereert dat het instrument vooral bruikbaar is als triage-instrument, voor het 'uitscreenen' van degenen die waarschijnlijk het minste behoefte aan psychologische hulp hebben. De STEPP is tot op heden niet gevalideerd in Nederlandse populaties van getroffen en van rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen.

Murray e.a. (2002) gingen na in hoeverre verkeersslachtoffers verschijnselen van directe dissociatie (binnen 48 na het ongeluk) en van aanhoudende dissociatie (in de eerste 4 weken) vertoonden. Deze verschijnselen werden gemeten met de *State Dissociation Questionnaire (SDQ)*. De scores op deze lijst (binnen 48 uur en binnen 4 weken) werden vergeleken met de ernst van PTSS-symptomen na 4 weken en na 6 maanden (met de *Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)*). Zij concluderen dat dissociatie tijdens het ongeluk de ernst van latere PTSS-symptomen voorspelt.

De aanwezigheid van aanhoudende dissociatie 4 weken na het ongeluk voorspelt de ernst van PTSS-symptomen na 6 maanden echter beter dan dissociatie tijdens en onmiddellijk na het trauma. Zij concluderen dat dissociatieve symptomen chronische PTSS beter helpen voorspellen dan andere clusters van vroege PTSS-symptomen.

Conclusie

<p>Niveau 1</p>	<p>Onderzoek laat een aantal duidelijke risicofactoren voor PTSS zien. De voorspellende waarde van de afzonderlijke factoren is echter te gering om in de praktijk te worden gebruikt voor de vroegtijdige opsporing van getroffen en van rampen met een verhoogd risico op PTSS.</p> <p>A1 Brewin e.a. 2000; Ozer e.a. 2003</p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat getroffen en van rampen met verhoogd risico op het ontwikkelen van PTSS binnen enkele weken na de traumatische gebeurtenis kunnen worden geïdentificeerd met behulp van screeningsinstrumenten gebaseerd op voorspellers voor PTSS.</p> <p>C Wohlfarth e.a. 2002; Winkel e.a. 2004</p>

Overige overwegingen

Een nadeel van het gebruik van screeningsinstrumenten die zijn samengesteld op basis van andere risicofactoren dan vroege PTSS-symptomen, is dat veel van deze risicofactoren niet van toepassing zijn op alle typen traumatische gebeurtenissen waardoor generalisatie naar andere populaties wordt bemoeilijkt (Brewin, 2005).

In de praktijk kan de aanwezigheid van een aantal duidelijke risicofactoren bij individuele getroffen personen wel aanleiding vormen tot verhoogde alertheid bij hulpverleners op eventuele latere ontwikkeling van PTSS.

Voordat bovengenoemde instrumenten na rampen, terroristische aanslagen en andere schokkende gebeurtenissen kunnen worden toegepast, moet aanvullend valideringsonderzoek in deze populaties worden uitgevoerd.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aanvullend onderzoek aan in populaties van getroffen personen van rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen naar de bruikbaarheid van screeningsinstrumenten die zijn gebaseerd op risicofactoren.

3.2 De setting van screening: populatiebrede screening

Wetenschappelijke onderbouwing

Voor zover bekend, is er tot op heden geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van populatiebrede screening na traumatische gebeurtenissen.

Conclusie

Niveau 4

Voor zover bekend, is er tot op heden geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van populatiebrede screening na traumatische gebeurtenissen.

Overige overwegingen

Hoewel er geen wetenschappelijke onderzoeken zijn gevonden die de effectiviteit van screening na traumatische gebeurtenissen hebben onderzocht, geven verschillende auteurs hun visie op het nut van populatiebrede screening.

Volgens Rose e.a. (2005) en McNally e.a. (2003) lijkt het gepast om te blijven focussen op middelen om personen te identificeren (en te behandelen) die een grote kans hebben op het ontwikkelen van chronische stoornissen. Nadruk dient steeds meer gelegd te worden op vroege herkenning van personen met een hoog risico op het ontwikkelen van psychopathologie en vroege interventies moeten op deze groep gericht zijn (Rose, e.a. 2005). In de NICE-richtlijn voor PTSS wordt gesteld dat het gebruik van screeningsprogramma's en/of gevalideerde screeningsinstrumenten moet worden ontwikkeld.

In de Wet op het bevolkingsonderzoek, opgesteld door de Gezondheidsraad (www.gr.nl) zijn criteria opgesteld voor de uitvoerbaarheid van grootschalige screeningsprogramma's. Een vergunning kan alleen worden toegekend wanneer:

- het bevolkingsonderzoek naar wetenschappelijke maatstaven deugdelijk is;
- het bevolkingsonderzoek in overeenstemming is met wettelijke regels voor medisch handelen;
- het te verwachten nut van het bevolkingsonderzoek opweegt tegen de risico's daarvan voor de gezondheid van de te onderzoeken personen.

Voor bevolkingsonderzoek naar ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is, wordt een vergunning slechts verleend indien bijzondere omstandigheden daartoe aanleiding geven.

Voordat in de toekomst mogelijk een grootschalig bevolkingscreeningsprogramma uitgevoerd kan worden zal dus aan deze criteria voldaan moeten zijn.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan verder onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van populatiebrede screening na traumatische gebeurtenissen.

3.3 Screening bij kinderen

Wetenschappelijke onderbouwing

In Nederland zijn verschillende instrumenten in ontwikkeling om posttraumatische reacties bij kinderen te inventariseren. In de klinische praktijk wordt veel gewerkt met de *Schok Verwerkings Lijst voor Kinderen* en de *Schok Verwerkingslijst voor Jonge Kinderen* (Eland & Kleber 1996a en b). Deze worden op dit moment genormeerd en gevalideerd voor de Nederlandse populatie.

Er is enig bewijs dat vroege screening succesvol kan zijn in het identificeren van de groep kinderen met ASS-symptomen en/of een hoog risico voor het ontwikkelen van PTSS. Chemtob e.a. (2002b) onderzochten een screening voor kinderen op scholen die waren blootgesteld aan een ramp, met als doel het identificeren van degenen met de grootste behoefte aan interventies. Deze onderzoekers vonden dat het herkennen van symptomatische kinderen alleen via de observatie van leraren geen goede strategie was.

De NICE-richtlijn (2005) wijst erop dat kinderen (vooral degenen jonger dan 8 jaar) PTSS-symptomen, zoals herbeleving en vermijding, soms niet rapporteren. In plaats daarvan geven ze aan last van slaapproblemen te hebben. Het is daarom van belang dat alle gelegenheden voor het identificeren van kinderen met PTSS worden benut. Het bevragen van zowel kinderen als de ouders bevordert de herkenning van PTSS symptomen.

Op basis van deze gegevens geeft de NICE-richtlijn (2005) de volgende aanbevelingen. Wanneer wordt nagegaan of kinderen en adolescenten PTSS-symptomen vertonen, dienen gezondheidsmedewerkers het kind of de adolescent direct en apart te vragen naar de aanwezigheid van PTSS-symptomen. Zij mogen in geen enkele assessment alleen afgaan op de informatie van de ouders of verzorgers.

Conclusie

Niveau 3

Er zijn aanwijzingen dat screening bij kinderen succesvol is in het opsporen van symptomen van ASS.

C Chemtob e.a. (2002b)

Overige overwegingen

Het uitvoeren van een dergelijke screening in de acute fase na een schokkende gebeurtenis stuit op grote problemen. Ouders en professionals op scholen zijn begrijpelijkerwijs beschermend naar kinderen en hebben vooral weerstand tegen buitenstaanders die informatie willen inwinnen over en van de kinderen.

Wanneer een kind een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt en op een afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) wordt behandeld, dienen de SEH-medewerkers de ouders of begeleiders te informeren over de mogelijkheid van het ontwikkelen van PTSS-symptomen (bijvoorbeeld slaapproblemen, nachtmerries, concentratieproblemen en irritatie) en aanraden om contact op te nemen met de huisarts wanneer deze symptomen langer dan een maand aanhouden.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat wanneer wordt besloten om kinderen en adolescenten na een schokkende gebeurtenis te screenen op symptomen van ASS, informatie verzameld dient te worden via zowel het kind als de ouders/verzorgers.

3.4 Moment van screening

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is één onderzoek waarin vroege screening op PTSS-symptomen (1 week na de traumatische gebeurtenis) werd vergeleken met latere screening (1 maand na de traumatische gebeurtenis) met als doel het voorspellen van een diagnose PTSS na 4 maanden (Shalev e.a. 1997, zie ook paragraaf 3.1). Er werd geen verschil in overall diagnostische accuratesse gevonden als de screening werd uitgevoerd 1 week of 1 maand na het trauma. De auteurs concluderen dat vroege screening geen reden is om een maand te wachten voordat men bruikbare data kan verkrijgen.

Silove e.a. (2003) concluderen dat de ernst van PTSS-symptomen in de eerste maand bij alle patiënten na een verkeersongeval lijkt toe te nemen. Dat maakt het moment van afname binnen deze maand een belangrijke bepalende factor voor de score op het screeningsinstrument.

Conclusie

Niveau 3

Er zijn voorlopige aanwijzingen dat vroege screening op ontwikkeling van PTSS met vergelijkbare accuratesse kan worden uitgevoerd als latere screening.

B Shalev e.a. 1997

Overige overwegingen

Brewin (2005) veronderstelt dat directe vaststelling van PTSS-symptomen na een trauma niet verstandig is, omdat het niveau van PTSS-symptomen direct na een trauma geen goede voorspeller is voor het risico op de latere stoornis.

Wessely (2003) beschrijft in een hoofdstuk over screening een aantal nadelen van vroege screening, namelijk dat gevallen van PTSS met verlaat begin kunnen worden gemist, dat er een grote kans is

dat er mensen met voorbijgaande stoornissen/klachten worden geselecteerd en dat getroffen en op dat moment mogelijk nog niet aan toe zijn om een interventie te accepteren. Als nadeel van late screening benoemt hij een verminderde mogelijkheid tot het inzetten van vroege interventies voor het voorkomen van het chronisch worden van klachten. Hij geeft aan dat er opvallend weinig gegevens zijn over het beste moment van screenen.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt verder onderzoek aan naar het meest geschikte moment van screening na een ramp, terroristische aanslag of andere schokkende gebeurtenis.

De werkgroep beveelt vroegopsporing van getroffen en met verhoogd risico op PTSS vooralsnog niet aan.

3.5 Negatieve effecten van screening gedurende de eerste zes weken

Wetenschappelijke onderbouwing

Voor zover bekend, is er geen vergelijkend wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de negatieve effecten van screening gedurende de eerste zes weken na rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen.

Conclusie

Niveau 4

Voor zover bekend, is er geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de negatieve effecten van screening gedurende de eerste zes weken.

Overige overwegingen

Negatieve gevolgen van screening werden gevonden in een epidemiologisch onderzoek naar de gevolgen van de Bijlmerramp onder getroffen bewoners en hulpverleners. Na uitgebreide lichamelijke en psychologische screening rapporteerden sommige deelnemers aan de screening meer sensitiviteit voor lichamelijke sensaties, gezondheidsangst, vermoeidheid en posttraumatische stressklachten dan voor deze screening (Verschuur e.a. 2004).

De werkgroep constateert dat mogelijke negatieve effecten van screening kunnen zijn het 'medicaliseren' van personen die een natuurlijk verloop van acute stresssymptomen hebben. Ook zal screening vals-positieven en vals-negatieven opleveren. Een ander negatief bijeffect kan zijn dat het screenen van de totale groep getroffen en (te) hoge kosten en veel organisatie met zich meebrengt, ten opzichte van de winst in termen van gezondheidsuitkomsten.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt verder onderzoek aan naar de potentieel negatieve gevolgen van screening bij slachtoffers van rampen, terroristische aanslagen en andere ingrijpende gebeurtenissen.

4 Steunende context

Hoofdstuk 4, 5 en 6 gaan in op de vraag welke vroegtijdige interventies na een ramp, terroristische aanslag of andere schokkende gebeurtenis ingezet moeten worden. Meer specifiek tracht de werkgroep in deze hoofdstukken antwoord te geven op de volgende uitgangsvragen:

- Welke vroegtijdige interventies worden in de literatuur beschreven?
- In welke vorm en op welk moment(en) dienen de verschillende interventies gedurende de eerste zes weken uitgevoerd te worden?
 - Uit hoeveel sessies moeten vroegtijdige interventies (minimaal) bestaan?
 - Op welk moment dient er gestart te worden?
 - Op welk moment dienen de vroegtijdige interventies herhaald te worden?
 - Welke van deze vroegtijdige interventies dienen groepsgewijs en welke individueel te worden uitgevoerd?
- Hoe effectief en doelmatig zijn deze vroegtijdige interventies?
- Wat is er bekend over neveneffecten en contra-indicaties van vroegtijdige interventie?
- Welke competenties zijn nodig voor het uitvoeren van deze vroegtijdige interventies?
- Op welk moment(en) dient het effect van de vroegtijdige interventies geëvalueerd te worden?
- Zijn er vroeger interventies die specifiek bij bepaalde typen schokkende gebeurtenissen kunnen worden toegepast? Zo ja, welke?
- Zijn er vroeger interventies die specifiek bij bepaalde risicogroepen kunnen worden toegepast? Zo ja, welke?

4.1 Steunende context bij volwassenen

Mensen die getroffen worden door rampen, terrorisme of andere schokkende gebeurtenissen moeten ondersteuning kunnen krijgen. Zodra getroffen en in veiligheid zijn gebracht, heeft het verlenen van praktische ondersteuning, een empathische houding en het bevorderen van het gebruik van de eigen sociale steunbronnen prioriteit. Het is aannemelijk dat dit het eigen herstelvermogen bevordert en dit moet dan ook in de periode waarop deze richtlijn betrekking heeft – de eerste 6 weken – doorlopend beschikbaar en toegankelijk zijn. Dit vormt als het ware de context waarbinnen vroegtijdige psychosociale interventies worden uitgevoerd.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er bestaat brede consensus dat het bieden van troost, informatie en steun, en het zorg dragen voor directe praktische en emotionele behoeften een zinvolle rol speelt in de acute coping van getroffenen met een stressvolle gebeurtenis (Litz e.a. 2002). Ook is men het erover eens dat praktische en sociale steun een belangrijke rol kan spelen bij het herstel van PTSS-symptomen, vooral direct na een trauma (NICE, 2005). In een review over sociale steun geeft Kaniasty (2005) aan dat de meeste traumaonderzoeken een groot heilzaam effect tonen van de mate waarin sociale steun wordt ervaren na een trauma op het psychologisch welbevinden.

Conclusie

Niveau 4	<p>Er bestaat brede consensus over het nut van het bieden van een steunende context.</p> <p>D Mening van deskundigen</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

De werkgroep is van mening dat alle getroffen personen recht hebben op een steunende context. Een steunende context wordt mede gecreëerd door:

- het bieden van een luisterend oor, steun en troost en openstaan voor de directe praktische behoeften van getroffen personen;
- het bieden van feitelijke en actuele informatie over de schokkende gebeurtenis;
- het mobiliseren van steun uit de eigen sociale omgeving;
- het faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families;
- het geruststellen van getroffen personen die normale stressreacties vertonen.

(Parker, 2006; NICE, 2005; Raphael, 1996, NIMH, 2003, Watson e.a., 2003).

Zowel de werkgroep als de getroffen personen zijn het erover eens dat deze steunende context niet door GGZ-professionals geboden hoeft te worden. Getroffenen pleiten er verder voor dat zowel in de acute fase als in het vervolgtraject gebruik wordt gemaakt van een *outreaching* benadering. Hulpverleners en vrijwilligers dienen niet af te wachten tot een getroffen persoon zich uit zichzelf meldt. Getroffenen benadrukken verder het belang van het laten vertellen van het *eigen* verhaal.

Getroffenen wijzen erop dat deze steunende context ook geboden dient te worden door het aanbieden van de mogelijkheid om na een ramp of andere schokkende gebeurtenis in contact te komen met andere getroffen personen met soortgelijke ervaringen. Deze contacten kunnen georganiseerd worden in zelfhulpgroepen of lotgenotengroepen.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat na een ramp, terrorisme of andere schokkende gebeurtenis een steunende context wordt aangeboden die bestaat uit:

- Het bieden van een luisterend oor, steun en troost en openstaan voor de directe praktische behoeften van getroffen personen;
- Het bieden van feitelijke en actuele informatie over de schokkende gebeurtenis;
- Het mobiliseren van steun uit de eigen sociale omgeving;
- Het faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families;
- Het geruststellen van getroffen personen die normale stressreacties vertonen.

4.2 Steunende context bij kinderen

Bij hulpverlening aan kinderen verloopt het bieden van een steunende context via voor de kinderen bekende volwassenen en in voor hen bekende sociale netwerken. Doorgaans gaat het hierbij om de school. Wanneer een schokkende gebeurtenis zich afspeelt binnen een club, sportteam of een ander georganiseerd verband dan gelden de aanbevelingen voor de volwassenen die binnen dat verband vormgeven aan de opvang en begeleiding van kinderen.

5 Preventieve vroegtijdige psychosociale interventies

Na de beschrijving van de algemene steunende context die na een ramp of andere schokkende gebeurtenis dient te worden geboden, en waarbinnen vroegtijdige psychosociale interventies dienen te worden uitgevoerd, volgt in dit en het volgende hoofdstuk een beschrijving van deze specifieke interventies.

Er zijn twee soorten vroegtijdige psychosociale interventies; preventieve en curatieve interventies.

Preventieve interventies dienen de eerder beschreven doelen:

- het bevorderen van natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen;
- het signaleren van getroffen en die behoefte hebben aan acute psychische hulp;
- het zo nodig doorverwijzen en zo nodig behandelen van getroffen en die behoefte hebben aan acute psychische hulp.

Curatieve interventies worden ingezet bij evidente psychische problematiek in de eerste 6 weken. Dit hoofdstuk gaat over preventieve interventies. De curatieve interventies worden in hoofdstuk 6 behandeld.

5.1 Voorlichting en preventieve psycho-educatie bij volwassenen

Voorlichting heeft als doel het geruststellen van getroffen en het geven van uitleg over normale stressreacties. Voorlichting sluit nauw aan bij de informatiebehoefte van getroffen en. Naast voorlichting wordt soms psycho-educatie gegeven. Psycho-educatie bestaat uit gestructureerde (vaak herhaalde) informatie en training aan getroffen en familieleden en wordt soms in cursusvorm gegeven. Doel is om verandering te bereiken in trauma gerelateerd gedrag met behulp van voorlichting en psychosociale strategieën. Voorlichting wordt in tegenstelling tot psycho-educatie niet gestructureerd of herhaald gegeven.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is weinig tot geen evidentie voor het nut van het aanbieden van algemene voorlichting aan alle getroffen en na een schokkende gebeurtenis. Wel bestaat er brede consensus dat dit noodzakelijk is. Volgens de *Best Practice Guidelines* van Ritchie (2003) is een korte, vroegtijdige en gerichte 'psycho-educatieve voorlichting' voor getroffen en die een kind, ouder en partner zijn verloren effectief.

Ehlers e.a. (2003) toonden aan dat het aanbieden van een zelfhulpboekje binnen zes weken na een schokkende gebeurtenis niet effectiever was in het voorkomen van chronische PTSS dan herhaalde metingen. Uit onderzoek van Ehlers e.a. (2003) en Turpin e.a. (2005) blijkt dat het aanbieden van uitgebreid foldermateriaal (22 pagina's met informatie over mogelijk te ontwikkelen stoornissen) niet effectief is en in sommige gevallen zelfs schadelijk kan zijn. Ook volgens de NICE-richtlijn heeft het aanbieden van een zelfhulpinterventie geen meerwaarde (NICE, 2005).

Rose e.a. (1999) hebben in een RCT onderzocht wat het effect was van een 30 minuten durende educatieve interventie bij slachtoffers van geweld. De interventie werd 9 tot 31 dagen na de schokkende gebeurtenis aangeboden. De interventie werd afgestemd op de ervaringen van de getroffen en

bestond uit mondelinge informatie over het hulpaanbod en een geschreven flyer. Uit dit onderzoek bleek dat deze interventie geen bijdrage leverde aan het voorkómen van een PTSS-diagnose 6 maanden later.

De NICE-richtlijn beschrijft een aantal onderzoeken (Bryant e.a. 1998; Bryant e.a. 1999, Bryant e.a. 2003) waarin ondersteunende psychotherapie (*supportive counseling* of psycho-educatie) vergeleken wordt met traumagerichte (*trauma-focused*) cognitievegedragstherapie (CGT). Uit deze onderzoeken blijkt dat traumagerichte CGT effectiever is dan psycho-educatie. Geen van deze onderzoeken echter had een controlegroep. Het is dus niet mogelijk om op basis van deze onderzoeken uitspraak te doen over het verschil tussen psychotherapie en geen behandeling of *treatment as usual*.

Ehlers & Clark (2003) vragen zich af of *supportive counseling* net als *single session debriefing* mogelijke schadelijke effecten zou kunnen hebben. Ook Devilly (2002) waarschuwt voor het gebruik van *supportive counseling*, bij getroffen en met een psychiatrische aandoening.

Conclusie

Niveau 4	Er is weinig tot geen wetenschappelijke evidentie betreffende het aanbieden van algemene voorlichting aan alle getroffen en na een schokkende gebeurtenis. Wel bestaat er brede consensus dat dit noodzakelijk is.
Niveau 1	Er is geen wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit van preventieve psycho-educatie, zowel mondeling als schriftelijk. A2 Rose e.a. 1999; Turpin e.a. 2005; Ehlers e.a. 2003; Sijbrandij 2007 D NICE-richtlijn 2005

Overige overwegingen

De werkgroep is van mening dat voorlichting zinvol is wanneer gefocust wordt op het normale verloop na een schokkende gebeurtenis en daar grenzen aan worden gegeven (door aan te geven wanneer men niet moet afwachten maar hulp moet zoeken). Hiervoor dient men minimaal de volgende informatie te geven.

- Geruststellende uitleg over normale reacties na een schokkende ervaring en over het zelfherstellend vermogen van de menselijke geest.
- Aangeven hulp te zoeken wanneer de reacties langer dan 4 weken aanhouden of verergeren.
- Aanraden om zo snel mogelijk na de schokkende gebeurtenis de dagelijkse routine op te pakken of indien niet mogelijk een nieuwe routine te ontwikkelen.

De werkgroep is van mening dat het voor een optimale verspreiding van de informatie nodig is om na te gaan wat de sociale kaart van de omgeving van de schokkende gebeurtenis is. Op basis van deze sociale kaart kan nagegaan worden via welke kanalen de informatie verspreid dient te worden om de getroffen bevolking zo goed mogelijk te bereiken. Hierbij kan gedacht worden aan verspreiding via: folders, Internet, tv, lokale zenders, buurthuizen, werkgevers, scholen, kerken en moskeeën. Bij schokkende gebeurtenissen die plaatsvinden binnen de werkomgeving kan gedacht worden aan interne informatiekanalen, zoals intranet, interne tv en/of radio (ziekenhuizen), bedrijfskranten.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat na een ramp, terrorisme of andere schokkende gebeurtenis aan alle getroffen personen voorlichting wordt aangeboden.

Voorlichting dient te bestaan uit:

- Geruststellende uitleg over normale reacties;
- Aangeven wanneer hulp te zoeken;
- Aanraden de dagelijkse routine op te pakken.

De werkgroep beveelt het bieden van preventieve psycho-educatie niet aan.

5.2 Voorlichting en preventieve psycho-educatie bij kinderen

Er zijn geen redenen om aan te nemen dat voor kinderen andere conclusies gelden dan voor volwassenen. Uiteraard moet bij kinderen wel goed worden gekeken welke informatie voor hun specifieke leeftijdsgroep geschikt is en welke informatie aan de ouders/verzorgers moet worden gegeven. Verder hebben leerlingen en hun ouders recht op een voorlichting en ondersteuning die laagdrempelig en eigen is, dus die plaatsvindt binnen de eigen al bestaande sociale netwerken, zoals klas, team of club.

De onderwijsprofessionals bewaken daarbij of de informatievoorziening voor hun eigen leerlingen is aangepast aan ontwikkelingsniveau en mogelijkheden. Ook helpen zij de ouders daarbij. Ouders en verzorgers worden uitgebreider voorgelicht over wat mogelijke reacties kunnen zijn en hoe ze daar het beste mee om kunnen gaan. Ook wanneer deze informatie via andere kanalen wordt verstrekt hebben de onderwijsprofessionals (en andere professionals die ouders normaliter ook ondersteunen bij opvoeding en verzorging) een belangrijke taak.

5.3 Psychologische triage

Psychologische triage heeft als doel pathologie te onderscheiden van 'normale stressreacties', met andere woorden; getroffen personen met klinisch evidente problematiek (zoals gedefinieerd in DSM-IV-TR) op te sporen. Psychologische triage zal in veel gevallen in de acute fase plaatsvinden door getrainde vrijwilligers en nulde- en eerstelijns hulpverleners. De tweedelijns GGZ dient hierbij op de achtergrond aanwezig te zijn zodat ter plekke ondersteuning en advisering kan worden geboden aan vrijwilligers, en acute psychische hulp aan getroffen personen met ernstige klinische symptomen. Psychologische triage kan ook plaatsvinden gedurende de verdere periode waarop deze richtlijn betrekking heeft (de eerste 6 weken na), bijvoorbeeld wanneer een getroffen persoon een zorgverlener consulteert.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is geen wetenschappelijk bewijs rondom de effectiviteit van psychologische triage.

Conclusie**Niveau 4**

Er is geen wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van psychologische triage bekend.

Overige overwegingen

Om te bepalen in hoeverre er klinisch evidente problemen aanwezig zijn kan de zorgverlener gebruik maken van de diagnostische criteria uit de DSM-IV-TR (APA, 2000) en vragenlijsten voor PTSS-klachten, depressieve klachten, angstklachten, alcohol- en drugsgebruik (zie hoofdstuk 2).

De werkgroep is van mening dat bij psychologische triage onderscheid gemaakt dient te worden tussen de volgende groepen getroffen.

- Getroffenen zonder psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Dit is de grootste groep getroffen. De meesten herstellen binnen afzienbare tijd op eigen kracht en dienen in de eerste zes weken zo nodig slechts gerustgesteld te worden en korte voorlichting te krijgen.
- Getroffenen bij wie twijfel bestaat over de aanwezigheid van psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Ook bij deze groep moet kort voorlichting worden gegeven. Eveneens moet de zorgverlener een vervolgspraak maken met de getroffene.
- Getroffenen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Bij deze groep is sprake van evidente klinische problematiek en dient direct adequate diagnostiek en/of behandeling te worden aangeboden.

Bij psychologische triage moet afgegaan worden op het klinisch oordeel van vrijwilligers en professionals uit de nulde, eerste, tweede en derde lijn, evenals op het oordeel de getroffene zelf. Hiervoor is gedegen basisscholing van vrijwilligers en professionals noodzakelijk. Zij dienen goed te weten dat de meeste getroffen enigerlei vorm van stressreacties zullen vertonen. Dit zijn normale reacties.

In de huisartsenpraktijk kunnen de standaarden van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) voor angststoornissen (NHG 2004) en voor depressie (NHG 2003) handvatten bieden voor signalering en diagnostiek.

In het algemeen stelt de werkgroep dat professionals, maar ook anderen, zoals partners van getroffen, leidinggevenden en scholen, in de eerste 6 weken dienen af te wachten en de getroffen oplettend dienen te volgen, tenzij er sprake is van evidente klinische problematiek.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat getrainde vrijwilligers, nulde- en eerstelijns hulpverleners (met de tweedelijns GGZ op de achtergrond) in de acute fase een rol hebben in de psychologische triage. Hierbij gaat het vooral om het signaleren van getroffen en/of ernstige klinische symptomen die diagnostiek en/of behandeling behoeven. Psychologische triage vindt vaak plaats in de acute fase maar kan ook plaatsvinden gedurende de verdere periode waarop deze richtlijn betrekking heeft (de eerste 6 weken), bijvoorbeeld wanneer een getroffen een zorgverlener consulteert.

De werkgroep beveelt aan dat bij psychologische triage onderscheid gemaakt wordt tussen:

- Getroffenen zonder psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Deze groep getroffen dient gerustgesteld te worden en korte voorlichting te krijgen.
- Getroffenen bij wie twijfel bestaat over de aanwezigheid van psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Ook bij deze groep moet kort voorlichting worden gegeven. Eveneens moet de zorgverlener een vervolgspraak maken met de getroffen in verband met voortgaande observatie.
- Getroffenen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen. Bij deze groep is sprake van evidente klinische problematiek en dient direct diagnostiek en/of behandeling te worden aangeboden.

5.4 Psychologische debriefing en Critical Incident Stress Debriefing

Debriefing werd aanvankelijk vooral toegepast bij ambulancepersoneel en in het leger. In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw werd debriefing steeds vaker en bij verschillende groepen toegepast. Ook werden verschillende toepassingsvormen geïntroduceerd, van individueel tot groepsmatig en van ongestructureerd tot gestructureerd.

Een van de specifieke vormen van eenmalige debriefing is *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) (Mitchell & Everly, 1996). CISD werd, als onderdeel van een uitgebreider programma, in 1983 ontwikkeld door Jeffrey Mitchell. CISD vindt bij voorkeur plaats twee à drie dagen na de calamiteit en neemt gemiddeld ongeveer twee uur in beslag. Het gaat om een gestructureerd gesprek waarin deelnemers eenmalig een zevental fases doorlopen.

Wetenschappelijke onderbouwing

Verschiedende systematische reviews (Aulagnier e.a., 2004; Lewis, 2003) toonden geen bewezen efficiëntie aan van eenmalige psychologische debriefing (PD) ter preventie van chronische post-traumatische stressreacties. Deze reviews beschrijven zelfs meerdere onderzoeken waarin een negatief effect van eenmalige PD werd gevonden. Volgens een review van Bisson (2003) zijn deze negatieve effecten te verklaren op basis van: een verstoring van de natuurlijke reactie, secundaire traumatisering, medicalisering van normale stress en het kweken van de verwachting dat men 'ziek' zal worden. Uit een meta-analyse van Nachtigall e.a. (2003) blijkt dat PD in de vorm van een eenmalige groepsessie geen significante verbetering van symptomen laat zien in vergelijking met een controlegroep. Ook Nachtigall e.a. concluderen dat PD in een eenmalige groepsessie schadelijke effecten kan hebben. In deze review is niet goed te beoordelen of behandelgroepen en controle-

groepen uit de verschillende onderzoeken vergelijkbaar zijn. Volgens een review van Bryant (2005) neigt de algemene conclusie in de huidige literatuur naar de ineffectiviteit van psychologische debriefing. Dat PD schadelijk zou zijn lijkt een voorzichtige conclusie, die wijst naar een potentieel probleem van het aanbieden van interventies zonder vooraf in te schatten of de deelnemers aan deze interventies voldoen aan inclusiecriteria (zoals het hebben van een verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische psychosociale problemen). Arendt & Elklit (2001) concluderen in hun review dat PD het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis niet voorkomt en dat de interventie het effect van traumatische stress niet vermindert. Deze resultaten worden bevestigd in twee recente RCT's (Sijbrandij 2007; Marchand 2006).

Tot op heden zijn er weinig systematische en gecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van de verschillende stressdebriefingmodellen gedaan.

De meta-analyse van Van Emmerik e.a. (2002) toonde aan dat CISD-interventies de posttraumatische stresssymptomen en de andere psychiatrische symptomen niet significant verminderen. In de groepen die respectievelijk niet-CISD-interventies en geen interventies kregen, werd een significante vermindering van posttraumatische stress-symptomen gevonden.

In onderzoek van Macnab e.a. (1999) naar de lange termijn effecten van CISD werden ook geen significante verschillen aangetoond tussen personen die CISD aangeboden hadden gekregen en controlepersonen.

Conclusie

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat psychologische debriefing na een schokkende gebeurtenis niet effectief is in het voorkomen van PTSS en andere psychiatrische problemen en dat eenmalige sessie debriefing zelfs schadelijke effecten kan hebben.</p> <p>A1 Van Emmerik e.a., 2002; Lewis, 2003; Aulagnier e.a., 2004; Nachtigall e.a., 2003 A2 Sijbrandij e.a., 2007; Marchand, 2006 C Macnab e.a., 1999</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen ontwikkelt een klein percentage van getroffenen chronische psychische problematiek. In dat kader is het zinvol om de getroffene de gelegenheid te geven zijn schokkende ervaring op eigen kracht te verwerken.

Zowel vanuit de literatuur als vanuit de inbreng van getroffenen is duidelijk dat getroffenen zelf positief staan tegenover het ondergaan van psychologische debriefing (PD) en het effect ervan. De kosteneffectiviteit van PD is onvoldoende onderzocht. Het aanbieden ervan kan mogelijk positieve economische effecten hebben (Arendt & Elklit 2001).

Een belangrijke discussie gaat over de vraag waar de debriefing op gericht is: het voorkomen van PTSS op de langere termijn of het verminderen van stress en het helpen van mensen op de korte termijn. Volgens Miller (2003) moet debriefing plaatsvinden in een sociaal (familie) netwerk en

moet er gewerkt worden vanuit de gedachte mensen vanuit hun eigen omgeving te bekijken, door te werken vanuit natuurlijke groepen, gezamenlijke hulp en steun aan te moedigen, en te richten op de kracht en veerkracht van mensen. Ook pleit Miller voor het inzetten van multidisciplinaire teams.

Arendt & Elklit (2001) geven aan dat de variëteit aan specifieke doelen voor het toepassen van PD verwarrend is. Het belangrijkste voordeel van PD lijkt het gebruik ervan als een screeningsprocedure (Arendt & Elklit 2001). Ook in de meta-analyse van Everly (1999) wordt vermeld dat een PD-sessie ook is bedoeld voor het identificeren van personen die in aanmerking komen voor verdere opvang of verwijzing. Net als individuele psychologische debriefing, bleek in een grote RCT groepsdebriefing bij militairen niet effectief te zijn. Er werden overigens geen schadelijke effecten aangetoond en de interventie werd door de militairen als prettig ervaren (Litz e.a., Plenary talk ISTSS, 2004).

Uit een enquête (Ørner 2003) onder Britse noodhulpfunctionarissen (politie, brandweer, ambulance, etc.) bleek dat zij na schokkende gebeurtenissen in eerste instantie gebruikmaken van 'peer support' (ondersteuning door collega's) en later hulp zoeken bij vrienden of anderen die zij vertrouwen. Zij geven er de voorkeur aan hierbij geen hulp opgelegd te krijgen door externe traumadeskundigen. Ørner & Schnyder (2003) stellen dat er steeds meer wetenschappelijke ondersteuning komt voor het aanbieden van zogenaamde gefaseerde psychologische eerste hulp: eerst vertrouwen op natuurlijke herstelprocessen en pas externe traumadeskundigen inzetten wanneer dit geïndiceerd is.

Voor hulpverleners (militairen, politie, brandweer, etc.) acht de werkgroep het van belang dat het management werkt aan een goede teamvorming, waar ruimte is voor steun, humor en goede aandacht voor elkaar. Daarnaast acht zij aandacht voor hun 'thuisfront' van belang opdat de steun thuis gewaarborgd is. Dit alles is gericht op sociale steun en het bevorderen van het natuurlijke verwerkingsproces.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan eenmalige psychologische debriefing (waaronder CISD) met als doel het voorkomen van PTSS en andere psychiatrische problemen bij getroffen en te vermijden.

De werkgroep beveelt psychologische debriefing (waaronder CISD) bij hulpverleners eveneens niet aan.

De werkgroep beveelt aan dat opvang door collega's (peer support) bijdraagt aan een steunende context. Het kan praktische en emotionele ondersteuning bieden en kan het gebruik van de eigen sociale steunbronnen bevorderen.

5.5 Overige preventieve interventies

5.5.1 Critical Incident Stress Management (CISM)

CISM staat voor een geïntegreerde benadering die is opgebouwd uit diverse interventies. Het complete CISM-programma bestaat uit: psycho-educatie voorafgaand aan een schokkende gebeurtenis; individuele begeleiding op de plaats van de gebeurtenis; demobilisatie na grootschalige rampen (voorlichting en rust en voedsel); *defusings* (discussies in kleine groepen, 8-12 uur na het trauma); CISD; begeleiding van direct betrokkenen; follow-up afspraken en zo nodig verwijzing voor verdere

diagnostiek en behandeling. Hoewel CISM oorspronkelijk is ontwikkeld voor personeel op de eerste hulp, is de methode flexibel en kan ze worden aangepast zodat ze toepasbaar is voor elke organisatie of bestaande groep.

Wetenschappelijke onderbouwing

Roberts & Everly (2006) hebben een meta-analyse uitgevoerd van 36 onderzoeken betreffende vroegtijdige psychosociale interventies. Zij concluderen dat CISM effectief is bij het verminderen van symptomen van depressie, PTSS en suïcidale gedachten. Zij geven wel aan dat maar 12 van deze onderzoeken een gerandomiseerde opzet hadden. Everly e.a. (2002) beschrijven in hun meta-analyse (onderzoeken t/m 2000) de effectiviteit van de CISM-methode zoals beschreven door Everly & Mitchell (1999) en Flannery (1999). Zij vinden een grote effectmaat voor de effectiviteit van CISM. De auteurs benadrukken dat dit resultaat specifiek is voor de CISM-methode die wordt aangeboden in een gestandaardiseerde vorm door getrainde cursusleiders, en dat er niet kan worden gegeneraliseerd naar andere methoden van crisisinterventie. Verder wijzen zij erop dat de geanalyseerde onderzoeken naturalistisch van opzet waren en dat goede RCT's nodig zijn.

Bledsoe (2003) concludeert in zijn systematische review naar de effectiviteit van CISM dat ondanks de tekortkomingen van de huidige literatuur kan worden gesteld dat CISM niet effectief is in het voorkomen van PTSS. Dit kan mogelijk verklaard worden door het feit dat hij ook onderzoeken naar CISD én PD heeft opgenomen in zijn review. In de inleiding geeft de auteur aan dat het proces van CISD in de loop van de tijd van naam is veranderd naar CISM, om een meer globale benadering te beschrijven die een brede set aan doelen nastreeft. Bledsoe heeft de zoekstrategie in zijn review helaas matig beschreven en bij zijn selectie van artikelen ook gebruikgemaakt van 'case reports' en 'narrative reviews'.

Mitchell (2003) benadrukt dat CISM niet bedoeld is als vervanging van psychotherapie. CISM heeft een steunende functie, terwijl psychotherapie een curatieve functie heeft.

Conclusie

Niveau 1	<p>CISM is voornamelijk onderzocht door de ontwikkelaars van de methode. Dit onderzoek suggereert dat CISM effectief kan zijn in het verminderen van psychische klachten na schokkende gebeurtenissen. Er zijn geen aanwijzingen dat CISM de ontwikkeling van chronische psychische stoornissen voorkomt.</p> <p>A1 Roberts & Everly 2006; Everly e.a. 2002 A2 Bledsoe 2003</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Everly (2002) geeft aan dat er goede gecontroleerde onderzoeken nodig zijn voor het vaststellen van de effectiviteit van CISM.

De werkgroep benadrukt dat het volledige CISM-programma alleen kan worden toegepast in settings waarin ook voorbereiding op een schokkende gebeurtenis (één van de interventies in een CISM-programma) kan worden gegeven. Omdat dit voor de meeste personen die worden getroffen door een

schokkende gebeurtenis niet het geval is, is de werkgroep van mening dat CISM (nog) niet breed kan worden aanbevolen. Ook is de werkgroep van mening dat kwalitatief goed onderzoek nodig is om de effectiviteit van CISM voor een brede populatie nader te onderzoeken.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan CISM niet aan een brede populatie aan te bieden.

De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van CISM.

5.5.2 Psychologische eerste hulp als module

Het National Center for PTSS (NCPTSD) heeft een modulaire vroegtijdige interventie ontwikkeld voor alle getroffen, jong en oud, van rampen en terrorisme, '*psychological first aid*' genaamd (www.ncptsd.va.gov). Hoewel veelbelovend en wetenschappelijk gefundeerd, is de effectiviteit van deze interventie nog onvoldoende aangetoond in wetenschappelijk onderzoek.

Conclusie

Niveau 4

Er is geen wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van psychologische eerste hulp als module bekend.

Overige overwegingen

Wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk voor het vaststellen van de effectiviteit van psychologische eerste hulp.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van de psychologische eerste hulp module.

5.6 Preventieve interventies voor kinderen

Wetenschappelijke onderbouwing

Stallard e.a. (2006) voerden een RCT uit naar de effectiviteit van debriefing bij een groep van 158 kinderen van 7-18 jaar die een verkeersongeluk hadden meegemaakt. Debriefing bleek in deze studie niet effectiever dan natuurlijk herstel. Het niveau van psychisch welbevinden na 8 maanden was vergelijkbaar in alle groepen.

Een frequent toegepaste interventie in Nederland is het gestructureerde opvangprogramma voor getraumatiseerde kinderen, jeugdigen en hun ouders, dat door het Instituut voor Psychotrauma werd ontwikkeld (Eland e.a., 2002). Deze interventie wordt toegepast bij de opvang van kinderen van 4 tot 18 jaar die getroffen zijn door een acute schokkende gebeurtenis, en bij de begeleiding van hun ouders of verzorgers. Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van dit opvangprogramma als preventieve interventie onderbreekt echter.

Conclusie

Niveau 2	<p>Evidentie ondersteunt ook het toepassen van psychologische debriefing voor kinderen niet.</p> <p>A2 Stallard e.a. 2006</p>
-----------------	---

Niveau 4	<p>Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van een gestructureerd opvangprogramma als preventieve interventie voor kinderen onderbreekt.</p>
-----------------	---

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan eenmalige psychologische debriefing (waaronder CISD), met als doel het voorkomen van PTSS en andere psychiatrische problemen, ook voor kinderen te vermijden.

De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van een gestructureerd opvangprotocol als preventieve interventie voor kinderen.

6 Curatieve vroegtijdige psychosociale interventies

Dit hoofdstuk geeft een toelichting op de effectiviteit van vroegtijdige curatieve interventies die kunnen worden ingezet bij getroffenenen met klinische problematiek zoals wordt beschreven in de Diagnostic and Statistic Manual Fourth Edition (DSM IV, APA, 1994).

Volgens de DSM IV (APA, 1994) kan vanaf 4 weken na een ingrijpende ervaring de diagnose posttraumatische stress-stoornis (PTSS) worden gesteld. Dit tijdstip valt binnen de periode waarop deze richtlijn is gericht, namelijk de eerste 6 weken na een ingrijpende gebeurtenis. Aangezien de behandeling van de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) reeds aan de orde is gekomen in de reeds ontwikkelde Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003), wordt voor de behandeling van de posttraumatische stress-stoornis verwezen naar deze richtlijn. Voor behandeling van andere stoornissen die zich in de eerste 6 weken na een ingrijpende gebeurtenis kunnen voordoen, zoals andere angststoornissen, stemmingstoornissen, wordt eveneens verwezen naar de richtlijnen en consensus-statements behorende bij de desbetreffende psychiatrische stoornis of cluster van stoornissen (Richtlijnen Depressie, NVvP, Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ; Richtlijnen Angststoornissen, NVvP, Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ). Dit hoofdstuk zal uitsluitend gewijd zijn aan vroegtijdige curatieve interventies die werden onderzocht gedurende de eerste 6 weken na rampen, terroristische aanslagen en andere schokkende gebeurtenissen.

6.1 Cognitieve gedragstherapie (CGT)

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

Wetenschappelijke onderbouwing

Cognitieve gedragstherapie in de eerste zes weken na een ingrijpende gebeurtenis werd in een aantal vergelijkende studies onderzocht. Deze kunnen worden onderverdeeld in studies naar het effect van kortdurende cognitieve gedragstherapie in de behandeling van de Acute Stress Stoornis (ASS), en studies naar het effect van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van acute posttraumatische stress-stoornis (PTSS).

De Acute Stress Stoornis is een DSM IV stoornis die -in tegenstelling tot PTSS- binnen 1 maand na de ingrijpende ervaring kan worden gesteld (zie ook paragraaf 3.1.2 in hoofdstuk 3, Screening). Behandeling van ASS heeft als doel de kans op latere PTSS te verkleinen. De studies naar behandeling van ASS, werden voor zover bekend, allemaal uitgevoerd door de Australische onderzoeksgroep van Bryant.

Bryant e.a. (1999) vergeleken de effectiviteit van CGT, CGT in combinatie met angstmanagement (ademhalingsoefeningen, spierontspanningsoefeningen, en 'self talk'-oefeningen), en supportieve counseling bij de behandeling van ASS. Zowel CGT als CGT in combinatie met angstmanagement leidden tot een vermindering van latere PTSS-symptomen. Angstmanagement bleek geen toegevoegde waarde te hebben boven CGT. Uit onderzoek van Echeburua (1996) blijkt eveneens dat trauma-gerichte CGT effectiever is dan relaxatie.

Uit een RCT van Bryant e.a. (2005) naar de behandeling van acute stress stoornis (ASS) met CGT of een combinatie van CGT en hypnose bleek dat zowel CGT als CGT met hypnose leidde tot een vermindering van PTSS symptomen in vergelijking met supportieve counseling. CGT met hypnose leidde tot een grotere afname van herbelevingssymptomen dan CGT alleen.

Uit onderzoek van Andre e.a. (1997) naar het effect van CGT kort na agressie ten aanzien van buschauffeurs blijkt dat de angst verminderd is na een enkelvoudige sessie CGT.

Uit gerandomiseerd onderzoek van Bisson e.a. (2004) blijkt dat kortdurende CGT die 5 tot 10 weken na een ongeval met lichamelijk letsel werd aangeboden een positief effect heeft op de afname van PTSS-symptomen in vergelijking met een controle groep (wachtlIJst). Deze CGT bestond uit 4 wekelijkse sessies van 1 uur en begon gemiddeld 5 weken na het ongeluk.

In een gerandomiseerd onderzoek van Sijbrandij e.a. (2007) naar de effectiviteit van 4 sessies CGT aangeboden vanaf 3 weken tot 3 maanden na een schokkende ervaring wordt een week na het aanbieden van de interventie een positief effect gemeten op PTSS-symptomen, angst en depressie. Echter, 4 maanden na de interventie zijn de verschillen tussen de groep die de kortdurende CGT behandeling ontving en de controle groep (wachtlIJst) niet meer significant.

Foa e.a. (2006) vergelijkt het effect van 2 kortdurende interventies (4 sessies CGT en 4 sessies supportieve counseling) met wachtlIJst-controle bij vrouwen die 2 dagen tot 46 dagen eerder een geweldsmisdrijf hadden meegemaakt. Zij vonden dat beide interventies tot verminderde (zelf gerapporteerde) PTSS ernst, depressie en angst leidden. Kortdurende CGT leidde bovendien tot een grotere (zelf gerapporteerde) afname in PTSS-ernst en angst dan supportieve counseling.

Na 9 maanden zijn de uitkomsten voor de 2 interventies gelijk. Volgens Foa e.a. suggereren deze resultaten dat een traumagerichte interventie bij slachtoffers met ernstige PTSS-symptomen herstel versnelt. Ook Bryant e.a. (1998) vond een sterkere afname van PTSS-symptomen als gevolg van kortdurende CGT in vergelijking met supportieve counseling.

Deze vermindering werd zowel direct na behandeling gevonden (gemiddeld 9,5 dag na het trauma) als 6 maanden na het trauma.

Conclusie

Niveau 2	<p>Kortdurende (5 sessies) traumagerichte cognitieve Gedragstherapie ter behandeling van Acute Stress-stoornis leidt tot een vermindering van PTSS-symptomen een aantal maanden na de ingrijpende ervaring.</p> <p>A2 Bryant e.a.2005 B Bryant e.a. 1999</p>
-----------------	--

Niveau 1	<p>Kortdurende (4 of 5 sessies) traumagerichte CGT in de eerste weken na een schokkende gebeurtenis leidt tot een vermindering van PTSS-symptomen een aantal maanden na de ingrijpende ervaring.</p> <p>A2 Bisson e.a. 2004; Bryant e.a. 2005; Sijbrandij e.a. 2007 B Bryant e.a. 1998; André e.a. 1997; Foa et al 2006</p>
Niveau 4	<p>Uit onderzoek blijkt dat relaxatie geen toegevoegde waarde heeft boven traumagerichte CGT</p> <p>B Bryant e.a. 1999; Echeburua 1996</p>

Overige overwegingen

Een psychologische interventie moet pas aangeboden worden nadat mensen in veiligheid zijn, en in een stabielere situatie terecht zijn gekomen. Getroffenen van rampen, terrorisme of andere schokkende gebeurtenissen hebben waarschijnlijk geen baat bij traditionele psychologische interventies gericht op symptomen van angst en somberheid als ze terechte zorgen hebben over hun lichamelijke welzijn, veiligheid, onderdak of financiële problemen (Litz e.a. 2002).

Aanbeveling

De werkgroep beveelt behandeling met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor getroffen en met een acute stress-stoornis (ASS) of ernstige symptomen van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) gedurende de eerste maand na een schokkende ervaring.

De werkgroep beveelt aan dat relaxatie slechts als onderdeel van CGT dient te worden aangeboden, niet als een opzichzelfstaande (niet-traumagerichte) interventie.

6.2 Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

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

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is inmiddels evidentie voor de effectiviteit van EMDR als behandeling van chronische PTSS. Zo hebben een aantal meta-analyses en systematische reviews het effect van EMDR op de chronische PTSS-klachten vastgesteld (Maxfield & Hyer 2002; Van Etten & Taylor 1998). Een recente meta-analyse van Seidler & Wagner (2006) toont geen verschil in effectiviteit tussen traumagerichte CGT en EMDR als behandeling van chronische PTSS. Ook de richtlijnen van de International Society for Traumatic Stress Studies (Foa e.a. 2000) concludeerden dat EMDR een effectieve behandeling is voor PTSS. Wetenschappelijke steun voor het inzetten van EMDR gedurende de eerste zes weken na een ingrijpende gebeurtenis ontbreekt, aangezien nog geen RCT's werden uitgevoerd naar het effect van vroegtijdige EMDR (Watson e.a., 2002; Watson e.a., 2003). In een ongecontroleerde studie van Silver e.a. (2005) bij getroffen van de terroristische aanslagen van 9 september 2001 in de VS werd de effectiviteit van vroegtijdige EMDR vergeleken (2-10 weken na de ramp) met later aangeboden EMDR (30-48 weken na de aanslagen). Er werd geen verschil gevonden tussen de beide groepen. Een duidelijke beperking van dit onderzoek was het ontbreken van een controlegroep.

Conclusie

Niveau 3	Er is nog onvoldoende wetenschappelijke steun voor het inzetten van EMDR gedurende de eerste zes weken na een ingrijpende gebeurtenis. C Silver e.a. (2005)
-----------------	--

Overige overwegingen

Silver e.a. (2005) wijzen erop dat symptomen onnodig kunnen toenemen wanneer een interventie wordt uitgesteld, terwijl ook in de acute fase na een ramp effect behaald kan worden.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van EMDR als curatieve vroegtijdige interventie gedurende de eerste zes weken na ingrijpende gebeurtenissen.

6.3 Medicamenteuze ondersteuning

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn twee gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken naar het gebruik van medicatie kort na een trauma bekend (Schelling e.a. 2001; Pitman e.a. 2002). Gezien de kleine omvang van deze onderzoekspopulaties is het niet mogelijk om conclusies te trekken over farmacotherapie als vroegtijdige interventie.

Uit een klein onderzoek van Gelpin e.a. (1996) is gebleken dat benzodiazepinen niet effectief zijn als behandeling van acute posttraumatische stressreacties.

Op dit moment is er geen wetenschappelijk bewijs waaruit blijkt dat enige vorm van farmacotherapie als vroegtijdige interventie effectief is bij de behandeling van PTSS-symptomen of andere trauma-gerelateerde klachten, zoals angststoornissen en depressie. Er zijn echter onderzoeken gaande waarin men onderzoekt welke stoffen dan wel kunnen worden ingezet als vroegtijdige interventie.

Volgens de NICE-richtlijn kan farmacotherapie worden overwogen in de acute fase van PTSS voor de behandeling van slaapstoornissen. Wanneer slaapmedicatie wordt overwogen kan men kiezen voor niet-benzodiazepinen (mirtazapine, zolpidem, zopiclon).

Wanneer toch wordt gekozen voor een benzodiazepine, verdient het de voorkeur medicatie met een korte halfwaardetijd te nemen, de zogenaamde inslaapmedicatie (NICE-richtlijn, NHG Standaard slaapproblemen en slaapmiddelen, 2005). Benzodiazepinen als behandeling van ASS is nadrukkelijk niet geïndiceerd. (Gelpin e.a. 1996). Wanneer er medicatie voor langere duur is vereist, kunnen antidepressiva worden overwogen om het risico van afhankelijkheid te verkleinen.

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

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

Conclusie

Niveau 4	Deskundigen zijn van mening dat farmacotherapie kan worden overwogen in de acute fase van PTSS voor de behandeling van slaapstoornissen. D NICE-richtlijn
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat benzodiazepinen niet geïndiceerd zijn bij de behandeling van ASS. C Gelpin e.a. 1996

Overige overwegingen

De werkgroep heeft geen overige overwegingen.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat bij slaapstoornissen als gevolg van het trauma farmacotherapie kan worden overwogen. Voor eventuele medicamenteuze behandeling van slaapstoornissen, depressieve stoornissen of angststoornissen verwijst de werkgroep naar de bestaande richtlijnen.

6.4 Werkplekgerichte interventies

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

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

Zo nodig vindt overleg plaats volgens de NVAB-LHV-leidraad (*Leidraad voor bedrijfsartsen bij samenwerking met huisartsen*, NVAB en Landelijke Huisartsen Vereniging) plaats. Verwijzing naar een (bedrijfs)psycholoog of ander behandelend instituut is eveneens mogelijk. Op deze wijze kan tijdens de behandeling van klachten na rampen, terrorisme of andere schokkende gebeurtenissen ook met de factor arbeid rekening gehouden worden. Bij (terugkerende) schokkende gebeurtenissen op het werk kunnen werkplekgerichte interventies ontwikkeld worden. De aard van de schokkende gebeurtenis speelt een belangrijke rol bij het ontwikkelen van interventies. Te beoordelen individuele aspecten zijn onder meer het optreden van beperkingen, arbeidsverzuim en het vaststellen van een mogelijke beroepsziekte bij de werknemer(s) als gevolg van blootstelling aan één of herhaalde schokkende gebeurtenissen. In algemene zin wordt aandacht besteed aan eventuele maatschappelijke en economische gevolgen. Bovenstaande resultaten kunnen leiden tot werkplekonderzoek (*Risico Inventarisatie en Evaluatie*) in samenwerking met andere disciplines zoals veiligheidsdeskundigen en arbeidshygiënisten. In de *Blauwdruk voor de aanpak van werkgerelateerde interventies in CBO-richtlijnen* van de NVAB wordt een algemene methodiek beschreven op basis waarvan ook interventies ontwikkeld kunnen worden om blootstelling van de werknemer aan schokkende gebeurtenissen te beperken of zelfs te voorkomen.

Wetenschappelijke onderbouwing

Boscarino e.a. (2005) concluderen, op basis van hun prospectieve onderzoek na de aanslagen van 11 september, dat vroege interventies op de werkplek resulteren in een significante vermindering van psychische problemen, tot 2 jaar na de eerste interventies. Het ging in dit onderzoek om alle kortdurende vroege interventies (gerelateerd aan het omgaan met de gevolgen van de aanslagen van 11 september) die werden geleid door een GGZ-medewerker of counselor en die werden georganiseerd door werkgevers voor hun medewerkers (o.a. CISM, PD, en andere op het traumagerichte kortdurende interventies). Uit de resultaten blijkt dat met 2 tot 3 korte sessies een optimaal effect bereikt wordt. De onderzoekers melden dat ze verbaasd zijn over het consequente effect dat over alle maten zichtbaar was, en concluderen dat dit het belang van hun uitkomsten onderstreept. Devilly & Cotton (2003) menen dat uit onderzoek geconcludeerd kan worden dat een gezonde werkplek een productievere werkplek is. De meest betrouwbare methode om te voorkomen dat een werkplek na een schokkende gebeurtenis verstoord raakt, staat echter nog open voor discussie.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat werkplekgerichte interventies resulteren in een significante vermindering van psychische problemen, tot twee jaar na de interventies. B Boscarino e.a. 2005
Niveau 4	Het is nog onduidelijk welke methode van werkplekgerichte interventies het meest effectief is. D Devilly & Cotton 2003

Overige overwegingen

In de praktijk blijken aandacht, erkenning en het delen van ervaringen met collega's door betrokkenen positief gewaardeerd te worden. Bij werkgerelateerde schokkende gebeurtenissen worden op deze manier de natuurlijke hulpbronnen vanzelf gebruikt.

Ook de getroffen personen benadrukken dat werkgevers een verantwoordelijkheid hebben om werknemers die zijn getroffen door een schokkende gebeurtenis binnen of buiten het bedrijf te ondersteunen in hun verwerking. Zij wijzen erop dat bij een schokkende gebeurtenis tijdens werkuren de werkgever dient te zorgen voor goede informatievoorziening en ondersteuning van normaal herstel. Tevens dient de werkgever oog te hebben voor chronische klachten zodat professionele nazorg ingezet kan worden.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat de werkgever begeleiding dient te bieden (uit te voeren door een hulpverlener of getrainde vrijwilliger) wanneer een schokkende gebeurtenis op het werk plaatsvindt.

6.5 Curatieve interventies voor specifieke risicogroepen

6.5.1 Kinderen

6.5.1.1 Algemeen

In het kinder- en jeugdveld bestaat consensus over het nut en het voordeel van geprotocolleerde interventies na schokkende gebeurtenissen bij kinderen met evidente psychische problemen. Wanneer in een vroegtijdig stadium wordt doorverwezen, is meestal adequate en kortdurende behandeling mogelijk. Het uitgangspunt is dat ontwikkelingsachterstanden en langdurige psychopathologie zo voorkomen kunnen worden.

Wetenschappelijke onderbouwing

De vorm en inhoud van vroegtijdige interventies aan kinderen na schokkende gebeurtenissen is nog nauwelijks systematisch bestudeerd. Wel is men het erover eens dat vroegtijdige interventie

bij kinderen uit meerdere contacten moet bestaan. Door spreiding in de tijd, is het verloop van het verwerkingsproces in de tijd te volgen. Ouders spelen een belangrijke rol bij het herstel van hun kind en dienen altijd bij de hulpverlening betrokken te zijn. Naarmate het kind afhankelijker is, worden ouders intensiever ingeschakeld (De Roos & Eland, 2005).

Conclusie

Niveau 3	Vroegtijdige curatieve interventie is noodzakelijk voor kinderen met klinisch evidente problematiek. Vroegtijdige interventies bij kinderen moeten uit meerdere contacten bestaan. Een outreachende aanpak is zinvol. C De Roos & Eland, 2005
-----------------	---

6.5.1.2 Traumagerichte cognitieve gedragstherapie bij kinderen (TG-CGT)

Wetenschappelijke onderbouwing

Op dit moment bestaat de meeste empirische evidentie voor traumagerichte cognitieve gedragstherapie uit een aantal gecontroleerde gerandomiseerde onderzoeken, die vooral bij seksueel misbruikte kinderen zijn verricht (Cohen 2003; Cohen, Deblinger e.a. 2004).

Drie RCT's daarvan evalueren het effect van traumagerichte CGT binnen 1 tot 6 maanden na seksueel misbruik (Cohen & Mannarino 1996; Deblinger e.a. 1996; Mannarino 1998). Deze onderzoeken ondersteunen de effectiviteit van traumagerichte CGT bij kinderen ten aanzien van PTSS-symptomen, depressie, sociaal functioneren en gedragsproblemen.

Cohen (2003) concludeert op basis van de gegevens die op dat moment beschikbaar waren dat traumagerichte CGT de meest veelbelovende interventie lijkt in de acute fase na een trauma.

Cohen (2003) merkt echter op dat weinig onderzoeken een poging deden om te achterhalen welke componenten binnen de traumagerichte CGT kritieke elementen zijn voor de effectiviteit. In een onderzoek van Deblinger e.a. (1996) bleek deelname van zowel ouders als kind aan de interventie essentieel voor een optimaal effect. Het is echter onduidelijk in hoeverre deze bevindingen zijn te generaliseren naar kinderen die zijn blootgesteld aan andere trauma's dan seksueel misbruik. Verder geeft Cohen (2003) aan dat er nog geen betrouwbare informatie beschikbaar is betreffende de optimale duur en aantal van trauma-gerichte-CGT-sessies.

De naam traumagerichte cognitieve gedragstherapie suggereert dat het gaat om een type behandeling, maar ieder protocol is samengesteld uit verschillende elementen, waarbij de volgorde kan wisselen. Daardoor zijn de resultaten van de diverse onderzoeken moeilijk te vergelijken en zijn conclusies moeilijk te trekken (De Roos & Eland, 2005).

Bij de diverse protocollen is er in 10 tot 18 sessies sprake van significante vermindering van diverse klachten. Deze methode is vooral toegepast bij kinderen vanaf 6 à 8 jaar. Het is de vraag in hoeverre zij geschikt is voor jonge kinderen in verband met het beroep dat gedaan wordt op de cognitieve capaciteiten.

De NICE-richtlijn (2005) beveelt traumagerichte cognitieve gedragstherapie in de eerste maand na de schokkende gebeurtenis aan bij oudere kinderen (>7 jaar) met ernstige symptomen van PTSS.

Conclusie**Niveau 4**

Er zijn aanwijzingen dat vroegtijdige traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) een effectieve behandelmethodede is voor ernstige symptomen van PTSS bij kinderen ouder dan 7 jaar.

Overige overwegingen

Een verschil met de hulpverlening bij volwassenen is dat kinderen afhankelijk zijn van hun ouders om de weg naar de hulpverlening te vinden. Het gevolg hiervan is dat zij regelmatig pas laat of zelfs niet worden aangemeld voor diagnostiek of behandeling. Er is dan ook consensus over het belang van een *outreaching* aanpak van de hulpverlening bij getraumatiseerde kinderen.

Echter, zelfs bij een actieve benadering blijkt dat veel kinderen met ernstige klachten niet bij de hulpverlening terechtkomen (Dorresteijn e.a., 2003). De redenen hiervan zijn nog niet opgehelderd. De NICE-richtlijn benadrukt het belang van een aanpassing in een protocol voor cognitieve gedragstherapie aan de leeftijd van het kind. Ook wordt het betrekken van de familie bij de therapie als belangrijk aandachtspunt meegegeven.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt behandeling met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor kinderen, ouder dan 7 jaar, met ernstige symptomen van acute posttraumatische stress en/of een acute stress stoornis gedurende de eerste maand na een schokkende gebeurtenis.

6.5.1.3 EMDR bij kinderen**Wetenschappelijke onderbouwing**

Empirische evidentie voor de toepassing van EMDR als preventieve interventie bij kinderen en adolescenten ontbreekt vooralsnog. Er zijn momenteel twee gecontroleerde onderzoeken gepubliceerd die de effectiviteit van *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) bij kinderen en adolescenten met chronische PTSS aantonen (Chemtob e.a. 2002; Jaberghaderi e.a. 2004).

Conclusie**Niveau 4**

Empirische evidentie voor de toepassing van EMDR als vroegtijdige curatieve interventie bij kinderen en adolescenten ontbreekt vooralsnog.

Overige overwegingen

De werkgroep is van mening dat kinderen, gezien hun leeftijd en ontwikkelingsstadium, zo snel mogelijk vrij van symptomen van posttraumatische stress dienen te zijn.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van EMDR als vroegtijdige curatieve interventie bij kinderen.

6.5.1.4 Farmacologische interventies bij kinderen**Wetenschappelijke onderbouwing**

Er is maar één RCT bekend waarin het effect van farmacologische interventies bij kinderen met ASS is onderzocht.

Dit onderzoek (Robert e.a. 1999) toonde aan dat door brand getroffen kinderen die in de acute fase imipramine ontvingen significant minder PTSS symptomen ontwikkelden dan kinderen die chloralhydraat ontvingen.

Een open onderzoek van Saxe e.a. (2001) toonde een significante relatie tussen de dosis morfine die kinderen met brandwonden in de acute fase ontvingen in het ziekenhuis en PTSS-symptomen na 6 maanden. Ook andere niet gerandomiseerde onderzoeken suggereren dat er veelbelovende farmacologische middelen zijn voor het verminderen van lange-termijn-PTSS-symptomen, die in toekomstig gecontroleerd onderzoek verder onderzocht dienen te worden.

Conclusie**Niveau 3**

Er zijn aanwijzingen dat farmacotherapie PTSS-symptomen bij kinderen kunnen verminderen.

Overige overwegingen

De werkgroep is van mening dat de hoeveelheid onderzoek die verricht is naar farmacotherapie bij kinderen te gering is om aanbevelingen op te baseren.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt verder onderzoek aan naar farmacologische interventies bij kinderen.

6.5.2 Etnische minderheden**Wetenschappelijke onderbouwing**

Doherty (1999) beschrijft dat de symptomen van getroffenen uit verschillende culturen veelal samenhangen met PTSS, depressie en angststoornissen.

Doherty (1999) benadrukt dat wanneer er één of meer mensen met een allochtone achtergrond zijn getroffen door een schokkende gebeurtenis, er samenwerking gezocht dient te worden met hulpverleners en woordvoerders uit deze cultuur.

Verder wijst Doherty (1999) erop dat er speciale aandacht en gevoeligheid dient te zijn voor de rol van familie en van rituelen bij getroffenen met een andere culturele achtergrond.

Conclusie**Niveau 3**

Getroffenen uit verschillende culturen hebben overeenkomende symptomen, die samenhangen met PTSS, stress en angststoornissen.
C Doherty 1999

Overige overwegingen

Wanneer bij een ramp etnische minderheden zijn betrokken, is het uitgangspunt deze groepen zo regulier als mogelijk en zo cultuurspecifiek als nodig te benaderen. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan extra aandacht voor taalproblemen, cultuurspecifieke (rouw)rituelen of een meer actieve benadering bij het aanbieden van vroegtijdige psychosociale interventies.

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

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan etnische minderheden zo regulier als mogelijk te benaderen en zo cultuurspecifiek als nodig. Cultuurspecifieke elementen kunnen naar mening van de werkgroep bestaan uit voorlichting in de moedertaal en het betrekken van sleutelfiguren uit etnische minderheidsgroepen.

7 Organisatie

7.1 Organisatie

In dit hoofdstuk tracht de werkgroep antwoord te geven op de volgende uitgangsvragen over hoe de organisatie van zorg na schokkende gebeurtenissen moet worden vormgegeven.

- Wat is er bekend over de relatie tussen de organisatievorm en de aard van de gebeurtenis?
- Wat is er bekend over de relatie tussen de organisatievorm en de omvang van de gebeurtenis?
- Wat is er bekend over de relatie tussen de organisatievorm en de gebeurtenis betrokken doelgroepen?
- Wat is er bekend over de relatie tussen de organisatievorm en de locatie van de gebeurtenis?
- Wat is er bekend over de relatie tussen de organisatievorm en het tijdstip van de gebeurtenis?
- Welke andere omstandigheden zijn van invloed op de organisatie van zorg na schokkende gebeurtenissen?

Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere calamiteiten moeten binnen de wettelijk vastgestelde kaders plaatsvinden. Uitgangspunten hierbij zijn dat iedere ramp zijn eigen karakteristieken heeft en dat de zorg zo regulier als mogelijk moet worden aangeboden en dat er sprake is van toegankelijke, laagdrempelige en integrale psychosociale zorg.

De wettelijke kaders die van toepassing zijn op rampen en grootschalige ongevallen, vallen buiten het bestek van deze richtlijn. Voor meer informatie wordt verwezen naar de Wet rampen en zware ongevallen (WRZO), de Wet Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (WGHOR), de Wet Kwaliteitsbevordering Rampenbestrijding en de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Een uitgebreide uitwerking van wetgeving en ontwikkelingen op het gebied van crisisbeheersing en rampenbestrijding is te vinden in de Basisleerstof GHOR (NIFV 2006). Aanvullende informatie, onder meer over psychosociale zorg, is te vinden in het Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding en het Landelijk Model Procesplan Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.

Het proces van psychosociale opvang kent raakvlakken met andere deelprocessen binnen crisisbeheersing. Deze richtlijn dient dan ook ingepast te worden in de regionale bedrijfsvoering rond crisisbeheersing.

7.2 Benodigde competenties voor het uitvoeren van de interventies

De werkgroep is van mening dat de eerste en de nulde lijn, in samenwerking met vrijwilligers en spoedeisendehulpverleners, verantwoordelijk zijn voor de eerste opvang en het bieden van vroegtijdige psychosociale interventies. Vrijwilligers, huisartsen en maatschappelijk werk en werknemers binnen de psychosociale hulp na ongevallen en rampen (PSHOR) hebben hier een belangrijke rol in. Wanneer zij het vermoeden hebben dat er sprake is van psychopathologie schakelen zij de tweede lijn in. De medewerkers in de tweede lijn dienen geschoold te zijn in de specifieke interventie die zij aanbieden. De hulpverleners in de eerste en de nulde lijn, de vrijwilligers en het spoedeisendehulpverleners die worden ingezet na een schokkende gebeurtenis dienen te beschikken over een aantal competenties, welke hieronder worden beschreven.

Wetenschappelijke onderbouwing

Parker e.a. (2006) menen dat de meeste 'public health workers' geen scholing of ervaring hebben in het bieden van vroegtijdige psychosociale interventies. Zij stellen dat het ook niet realistisch is om deze groep te trainen in het bieden van het totale scala aan vroegtijdige interventies. Het bieden van psychologische eerste hulp – een steunende context – kan echter wel een geschikte taak zijn voor de medewerkers die bereid zijn om een speciale training te ondergaan. Zij doen een suggestie voor een aantal *evidence-informed* competenties waaraan 'public health workers' moet voldoen:

- actief kunnen luisteren;
- kunnen prioriteren van en reageren op behoeften van getroffenen;
- kunnen herkennen van lichte psychische problemen en hier informatie over geven;
- kunnen herkennen van potentieel ernstige psychische problemen en hier informatie over geven;
- overbrengen van technieken om ASS te hanteren;
- kunnen herkennen van risicofactoren voor een slechte uitkomst van psychische gezondheid en dit risico verkleinen door een verhoogde alertheid;
- kunnen herkennen en inzetten van informele en formele bronnen voor inter-persoonlijke steun;
- weten wanneer en hoe te verwijzen naar meer formele vormen van geestelijke gezondheidszorg.

Conclusie

Niveau 4	In de literatuur zijn aanwijzingen te vinden dat vroegtijdige interventies door getrainde/speciaal geschoolde personen moeten worden gegeven. D Arendt & Elklit 2001
-----------------	---

Overige overwegingen

Vlak na een ramp is er vaak geen tijd om vrijwilligers en professionals gedegen te scholen. Om deze reden is basisscholing in de preparatiefase belangrijk. Naast basisscholing is het na rampen vaak nodig een op de rampsituatie gerichte specifieke voorlichting (bijvoorbeeld over brandwonden of legionella) te geven, mogelijk in combinatie met supervisering. Na verloop van tijd kan de specifieke voorlichting een structureler karakter krijgen in de vorm van bijscholing door gespecialiseerde deskundigen.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat vroegtijdige psychosociale interventies door getrainde/speciaal geschoolde personen moeten worden gegeven.

7.2.1 *Benodigde competenties voor het uitvoeren van interventies bij kinderen*

Om het de professionals, die dagelijks met kinderen werken, mogelijk te maken na een schokkende gebeurtenis de kinderen een steunende context te bieden, hebben scholen recht op ondersteuning van gedragsdeskundigen die helpen om:

- de eigen reacties van de professionals op het gebeurde te ordenen;
- te bespreken hoe de professionals voor de kinderen en hun ouders model kunnen staan bij de verwerking van het gebeurde;
- de professionals greep te geven op de gebeurtenissen in de eerste periode na de gebeurtenis en daarin met ouders en kinderen samen te kiezen voor een gewenste opstelling en activiteiten.

Onderwijsprofessionals moeten bovendien een beroep kunnen doen op gedragsdeskundigen die hen alert maken op kinderen met een verhoogd risico op verwerkingsproblemen en op verschijnselen van klinisch evidente problematiek. Verdergaande hulp voor kinderen die de groepsgewijze normaliserende aanpak niet verdragen en onrust scheppen in de groep moet dicht bij school en thuis beschikbaar zijn.

7.3 Collectieve preventieve en community-based interventies

Na een ramp worden zowel collectieve (op nivo van groepen getroffen) als individuele vroegtijdige psychosociale interventies aangeboden. Strikt genomen vallen collectieve vroegtijdige interventies buiten het bestek van deze richtlijn. Omdat ze echter essentieel onderdeel van het integrale pakket aan psychosociale zorg na rampen, worden ze hier wel behandeld.

Ook getroffen pleiten voor het opzetten van één aanspreekpunt voor vragen en problemen na een ramp of schokkende gebeurtenis. Zij denken hierbij aan interventies zoals een buddysysteem, een éénloketsysteem of de inzet van slachtofferhulp.

Zonder volledigheid te betrachten zijn een aantal voorbeelden van collectieve interventies: een éénloketsysteem zoals een Informatie- en Adviescentrum (IAC) of een virtueel Informatie- & Verwijscentrum, berichtgeving in de media, een platform voor getroffen, een gespecialiseerd GGZ-team, gezondheidsonderzoek en het te voeren overheidsbeleid. Hieronder worden een aantal aanbevelingen gedaan voor enkele van de genoemde collectieve interventies.

7.3.1 Informatie- en Adviescentrum (IAC)

Een IAC dient in de week na een ramp te worden opgericht. Het IAC levert zelf geen hulp. Daar worden de hulpverleningsinstellingen voor aangewezen. Een IAC is de enige organisatie die op basis van een ramp ontstaat en die tevens verantwoordelijk is voor het wel en wee van de getroffen. Een IAC dient daarom steeds op de hoogte te zijn van hoe het met de getroffen is, om op basis daarvan de hulpverlening te activeren en bij te sturen. Het IAC moet dus voortdurend informatie verwerven, maar ook informatie en advies geven aan de getroffen en hulpverleningsinstanties. Een ramp is te vergelijken met een epidemie, waarbij ook een bepaalde aanpak nodig is om grote aantallen mensen te bereiken. De getroffen zijn groot in aantal, maar ze zitten doorgaans wel met dezelfde vragen. Door het gebruik van de media kan men in korte tijd alle getroffen goed bereiken. De termijn waarin een IAC actief is kan variëren. In Noorwegen is ervaring opgedaan met een kortdurend IAC (Weisath, 1991), in Enschede en Volendam met een IAC voor een termijn van 3-5 jaar (Gersons e.a., 2004; Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2004; Gezondheidsraad, 2006). Na de vuurwerkramp in Enschede werd gekozen voor een lange termijn in de verwachting dat de extra structuur die het IAC vormt voor het controleherstel van getroffen dan voldoende effect heeft gesorteerd. In hoeverre een IAC op de lange duur van nut is om de gevolgen van een ramp te beperken zal uit verder onderzoek moeten blijken.

De belangrijkste werkzaamheden van een IAC zijn:

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

7.3.2 Platform voor getroffen

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

7.3.3 Gespecialiseerd GGZ-team

De kerntaak van de GGZ bij de nazorg na een ramp is de diagnostiek en behandeling van door de ramp teweeggebrachte psychische stoornissen, in het bijzonder PTSS, angst, depressie, lichamelijk onverklaarde klachten en verslavingsproblematiek. Na de vuurwerkcramp in Enschede heeft de lokale GGZ-organisatie Mediant daartoe een gespecialiseerd 'Vuurwerkteam' van circa 30 GGZ-hulpverleners opgericht. Deze zijn geschoold in specifieke op PTSS gerichte behandelingsvormen (Gersons & Carlier, 1998) voor volwassenen en kinderen. Door de hulpverleners niet meer dan 2-3 dagen per week intakes te laten doen is getracht secundaire traumatisering van de hulpverleners en op den duur 'eentonigheid' te vermijden.

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

7.3.4 Gezondheidsonderzoek

Een belangrijke les van gevolgen van de Bijlmerramp was het opzetten van de Gezondheidsmonitoring Getroffenen Vuurwerkcramp Enschede (GGVE) om de gezondheid van de getroffen te kunnen volgen en op basis daarvan de hulpverlening te kunnen bijsturen. Er zijn twee metingen uitgevoerd, respectievelijk 3 weken en 1,5 jaar na de ramp (Van Kamp & Van der Velden, 2001; Van Kamp e.a., 2006; Van der Velden e.a., 2002, 2005, 2006; Grievink e.a., 2002, 2004; Dorresteyn, 2003). De derde meting heeft na 2.5 jaar plaats gevonden. Bij de huisartsen en de bedrijfsartsen vindt monitoringonderzoek plaats. Deelonderzoeken betreffen jongeren, allochtonen en een dieptestudie naar het beloop in samenhang met biologische factoren.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat collectieve vroegtijdige interventies een essentieel onderdeel van het integrale pakket aan psychosociale zorg na rampen vormen. De inzet van deze interventies dient daarom gewaarborgd te worden.

De werkgroep beveelt aan dat in de eerste zes weken na een ramp een goed hulpverlenings-systeem opgezet dient te worden.

7.4 Voorlichting

Na een ramp, terroristische aanslag of andere schokkende gebeurtenis moet voorlichting worden gegeven. Om dit goed te laten verlopen, moet voorlichting een vaste plaats krijgen binnen de diverse beleidsplannen. De gemeenten hebben de regie over voorlichting via de media. Wanneer bij een ramp kinderen zijn betrokken, dienen er voorlichtingsuitingen te zijn die specifiek op het begripsniveau en de belevingswereld van kinderen zijn afgestemd. Er kan aangesloten worden bij de jeugdgezondheidszorg, waarbinnen vooral de GGD een centrale rol vervult. Daarnaast is er afstemming nodig met de werkzaamheden van het Informatie- en Adviescentrum.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat voorlichting een vaste plaats krijgt binnen de diverse beleidsplannen om deze goed te laten verlopen.

Bijlage 1 Namen

De werkgroepleden en de organisatie die zij vertegenwoordigen c.q. van waaruit zij deskundigheid inbrengen.

De werkgroep werd voorgezeten door prof.dr. C. Spreeuwenberg, hoogleraar Integratie zorg chronische zieken, Universiteit Maastricht.

Naam werkgroep lid	Organisatie	Werkzaam bij
Mw. dr. E.C. van Doorn	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Hogeschool Utrecht, Lectoraat Gedragsproblemen in de onderwijspraktijk
Prof.dr. B.P.R. Gersons	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	AMC de Meren
Drs. W.C. Tuinebreijer	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	GGD Amsterdam
Drs. R. van Doesburgh	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Huisarts te Enschede
Dhr. T. Siersma ¹	Federatie Verpleegkunde Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)	GGZ De Grote Rivieren
Dhr. W. van Dalen ¹	Federatie Verpleegkunde Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)	GGD West Brabant
Drs. J.J. Berendsen	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) Instituut voor Psychotrauma (IvP)	Instituut voor Psychotrauma
Mw. drs. C.J.A.M. de Roos ²	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)	Psychotraumacentrum Kinderen en Jeugd, GGZ Rivierduinen
Mw. A.J. Roes	Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)	GIMD B.V.
Dhr. H. Ensing ¹	Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen (RGF)	Regionaal Geneeskundig Functionaris regio IJssel-Vecht
Dhr. C. Dekkers ¹	Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen (RGF)	Regionaal Geneeskundig Functionaris regio Zuid-Holland Zuid

Naam werkgroep lid	Organisatie	Werkzaam bij
Drs. W.A.L. Godefroy	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)	KLM Health Services
Dr. W.H.M. Gorissen ²	Nederlandse Vereniging Artsen Beleid Management Onderzoek (NVAG)/Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG)	AMC de Meren, geestelijke gezondheidszorg
Prof.dr. A. de Jongh	Directe Opvang en Nazorg (D.O.e.N) bv	Directe Opvang en Nazorg (D.O.e.N.) bv, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en Centrum voor Psychotherapie en Psychotrauma
Drs. P.M. Sanders	Ministerie van Defensie, Militaire GGZ	Ministerie van Defensie
Drs. A. Laney	Slachtofferhulp Nederland	Slachtofferhulp Nederland
Ing. D.P. Pattynama, MCDM	GHOR-Brandweer	Hulpverleningsdienst Brabant-Noord
Dhr. J.G.J. Tuinder	Politie	Politieacademie
Mw. drs. E.M. Sijbrandij ²	Wetenschap	Topzorgprogramma Psycho-trauma AMC de Meren
Dr. A.A.P. van Emmerik ²	Wetenschap Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGct)	Universiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen, sectie Klinische en Gezondheidspsychologie
Mw. dr. M. de Vries ²	Impact, Landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg na Rampen	Impact

¹ Deze leden deelden een plaats namens de organisaties die zij respectievelijk vertegenwoordigden.

² Deze leden vormden de redactiecommissie.

Gedurende de ontwikkeling van de richtlijn hebben de volgende werkgroepleden - om niet-inhoudelijke redenen - de werkgroep verlaten of zijn nooit verschenen.

Naam werkgroeplid	Organisatie	Werkzaam bij
Mw. T. Hoekstra	Federatie Verpleegkunde Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)	MEDIANT
Mw. K. Matlung	Organisatie Psychosociale Ram- penopvang Nederland (OPRON) Instituut voor PsychoSociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (IPSHOR)	IPSHOR
Dhr. W. van Broekhoven	Luchthaven pastoraat Schiphol	Luchthaven pastoraat Schiphol

Namen overige medewerkers.

Medewerkers	Werkzaam bij	Taak
Mw. dr. M. de Vries	Impact, Landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg na Rampen	Projectleider Impact
Mw.drs. D. van Duin ²	Trimbos-instituut	Projectleider Trimbos-instituut en Richtlijnadviseur
Mw. drs. E. Fischer ²	Trimbos-instituut	Richtlijnadviseur
Dhr.dr. L. Henkelman	Trimbos-instituut	Secretaris Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnont- wikkeling
Mw. L. Muis	Trimbos-instituut	Projectassistent

Aanwezigen Bijeenkomst Getroffenen

Naam	
Dhr. T. Smedes	Politie
Mw. M.A. Schutte-Fiolet	Getroffene van brand
Mw. H. Wanders	Getroffene van brand
Mw. Nese Dogan	Ramp Amercentrale (naaste)
Dhr. Akin	Ramp Amercentrale (naaste)
Dhr. J. Derks	Brandweer
Mw. J. Janboers	Faro vliegramp
Dhr. Janboers	Faro vliegramp
Mw. H. Spreij	Bijlmerramp
Mw. D. Klanke-Heil	Bijlmerramp (ziekenverzorgende)
Mw. M. Perk	Zanderij Vliegramp

Bijlage 2 Uitgangsvragen

Doelstelling (zie hoofdstuk 2)	
1.1	Zijn er doelen beschreven om interventies uit te voeren?
1.2	Zo ja, met welk(e) doel(en) dienen vroegtijdige interventies te worden uitgevoerd?

Screening (zie hoofdstuk 3)	
2.1	Zijn er screeningsinstrumenten of andere methoden om mensen op te sporen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van klachten op te sporen die in de eerste 6 weken na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen kunnen worden ingezet? Zo ja, welke?
2.3	Hoe effectief en doelmatig zijn deze screeningsinstrumenten?
2.4	Zijn er negatieve effecten bekend van screening gedurende de eerste zes weken?
2.5	Op welk moment dient de screening te worden uitgevoerd?
2.6	Dient de screening te worden herhaald?
2.7	Zijn er screeningsinstrumenten of andere methoden die specifiek bij bepaalde typen schokkende gebeurtenissen kunnen worden toegepast? Zo ja, welke?
2.8	Zijn er screeningsinstrumenten of andere methoden die specifiek bij bepaalde risicogroepen kunnen worden toegepast? Zo ja, welke?

Interventie (zie hoofdstuk 4,5, en 6)	
3.1	Welke vroegtijdige interventies worden in de literatuur beschreven?
3.2	In welke vorm en op welke moment(en) dienen de verschillende interventies gedurende de eerste zes weken uitgevoerd te worden? <ul style="list-style-type: none"> • Uit hoeveel sessies moeten vroegtijdige interventies (minimaal) bestaan? • Op welk moment dient er gestart te worden? • Op welk moment dienen de vroegtijdige interventies herhaald te worden? • Welke van deze vroegtijdige interventies dienen groepsgewijs en welke individueel te worden uitgevoerd?
3.3	Hoe effectief en doelmatig zijn deze vroegtijdige interventies?
3.4	Wat is er bekend over neveneffecten en contra-indicaties van vroegtijdige interventies?

3.5	Welke competenties zijn nodig voor het uitvoeren van deze vroegtijdige interventies?
3.6	Op welke moment(en) dient het effect van de vroegtijdige interventies geëvalueerd te worden?
3.7	Zijn er vroege interventies die specifiek bij bepaalde typen schokkende gebeurtenissen kunnen worden toegepast? Zo ja, welke?
3.8	Zijn er vroege interventies die specifiek bij bepaalde risicogroepen kunnen worden toegepast? Zo ja, welke?

Organisatie (zie hoofdstuk 7)	
4.1	Wat is er bekend over de relatie tussen de organisatievorm en de aard van de gebeurtenis?
4.2	Wat is er bekend over de relatie tussen de organisatievorm en de omvang van de gebeurtenis?
4.3	Wat is er bekend over de relatie tussen de organisatievorm en de gebeurtenis betrokken doelgroepen?
4.4	Wat is er bekend over de relatie tussen de organisatievorm en de locatie van de gebeurtenis?
4.5	Wat is er bekend over de relatie tussen de organisatievorm en het tijdstip van de gebeurtenis?
4.6	Welke andere omstandigheden zijn van invloed op de organisatie van zorg na schokkende gebeurtenissen?

Bijlage 3 Ervaringen van getroffen

Inleiding

Bij verschillende aanbieders van 'vroeg interventies na rampen' bestaat behoefte aan een landelijke richtlijn met een overzicht van de meest actuele wetenschappelijke feiten en aanbevelingen op basis daarvan deze feiten en op basis van consensus tussen sleutelfiguren. Maar hoe goed een richtlijn wetenschappelijk ook onderbouwd is, als de aanbevelingen niet aansluiten bij de wensen en behoeften van getroffen dan wordt de richtlijn in de praktijk onbruikbaar. Getroffen hebben weinig aan een richtlijn die geen rekening houdt met hun behoeften of waarin aanbevelingen worden gedaan die in de praktijk niet zijn uit te voeren wegens hoge kosten, ongemak of risico's. De Gezondheidsraad (2000) heeft gesteld dat richtlijnen behalve 'wetenschappelijk solide' ook een weerspiegeling moeten zijn van de voorkeur van patiënten (in deze richtlijn de getroffen). Als onderdeel van de ontwikkeling van de richtlijn is daarom vanuit Impact en het Trimbos-instituut een inventarisatie gedaan naar de voorkeuren van getroffen met betrekking tot vroegtijdige interventies na schokkende gebeurtenissen. Hiervoor zijn verschillende (belangen)organisaties rondom diverse rampen en andere schokkende gebeurtenissen benaderd met de vraag om afgevaardigden. Zo is er contact gezocht met de vereniging voor mensen met brandwonden, Impact landelijk kenniscentrum psychosociale zorg na rampen, politie, brandweer, slachtofferhulp, de Vereniging ouders van een vermoord kind en Vangrail opvang en nazorg.

Naar aanleiding van deze uitnodiging werden veertien afgevaardigden aangemeld. Tijdens een groepsinterview gaven twaalf van hen hun visie op de benodigde psychosociale zorg voor getroffen. De reacties uit dit groepsinterview zijn verwerkt in een document, dat naar alle afgevaardigden is gestuurd voor een commentaarronde en dat is goedgekeurd door de Commissie Cliëntparticipatie. Wanneer in deze bijlage wordt gesproken over getroffen wordt hiermee gerefereerd aan directe en indirecte getroffen.

Acute fase

Getroffen geven aan dat het voor hen in de acute fase na een ramp of andere schokkende gebeurtenis belangrijk is dat de opvang bestaat uit zaken als aandacht, koffie en een broodje. Op dat moment is het vooral van belang dat er meteen mensen zijn met een vriendelijk woord, een troostend gebaar of een kop erwtensoep. Dat mensen vragen: 'Gaat het, wilt u wat drinken, gaat u even zitten'. De getroffen zijn het erover eens dat het niet erg is als professionele GGZ-hulpverleners pas uren of dagen na de ramp komen. De genoemde 'psychologische eerste hulp' kan ook door (getrainde) vrijwilligers, brandweerlieden, ambulancepersoneel, familieleden of collega's worden gegeven.

Overweging

In de eerste fase na een ramp dient psychologische eerste hulp geboden te worden. Deze hulp hoeft niet door GGZ-professionals geboden te worden.

Actieve hulpverlening

Getroffen waarderen het wanneer bij grootschalige opvang in bijvoorbeeld een gymzaal niet wordt gemeld dat er psychologen beschikbaar zijn waar je naar toe mag gaan wanneer je psychische pro-

blemen ervaart. Getroffenen beseffen op dat moment vaak nog niet dat ze een probleem hebben of melden zich niet omdat ze zich groot willen houden. Liever zien ze dat er ter plekke kleine groepjes gevormd worden om over het gebeurde te praten. De getroffen benadrukken: “Probeer de getroffen aan het praten te krijgen. Pas wanneer je zelf je verhaal vertelt, komt het probleem naar boven”. Bij minder grootschalige schokkende gebeurtenissen kan desnoods per persoon een gesprekspartner worden toegewezen.

Daarbij is het vooral belangrijk dat getroffen hun *eigen* verhaal mogen vertellen, waar dan op wordt ingehaakt. Men ervaart het als storend wanneer ‘in emoties gewroet wordt’ door middel van vragen als: ‘Wat gebeurde er toen? Wat rook je? Wat heb je gezien?’

Indien nodig kan een getroffene na het vertellen van zijn verhaal doorverwezen worden naar meer professionele hulp.

Ook in het vervolgtraject pleiten getroffen voor een *outreaching* benadering. Wanneer getroffen direct na het trauma zelf aangeven geen hulp nodig te hebben kan het toch zinvol zijn om na een periode nog een keer contact op te zoeken. Zorgverleners kunnen bij alarmerende symptomen niet wachten op het initiatief van getroffen. Daar zijn de getroffen niet de juiste persoon voor.

Ook wijzen getroffen op het belang van het aanbieden van de mogelijkheid om na een ramp of andere schokkende gebeurtenis in contact te komen met lotgenoten. Deze contacten dienen georganiseerd te worden in zelfhulpgroepen of lotgenotengroepen.

Overweging

Biedt alle getroffen actief een luisterend oor aan en wacht niet af tot ze zich bij een hulpverlener melden. Geef de getroffen daarbij de gelegenheid hun *eigen* verhaal te vertellen.

Biedt getroffen daarnaast de gelegenheid om met lotgenoten in contact te komen in de vorm van zelfhulpgroepen of lotgenotengroepen.

Moment van zorg

De aanwezige getroffen zijn van mening dat wanneer ter plekke wordt geïnvesteerd in een troostend gebaar en een luisterend oor dit latere psychische klachten kan voorkomen. Ze redeneren dat je beter een aantal mensen te veel hun verhaal kunt laten vertellen dan een aantal mensen overslaan die het hard nodig hadden. Wanneer je hier in de vroege fase niet voldoende in investeert is het in hun ogen in een latere fase veel moeilijker ‘recht te breien’ door middel van psychosociale behandeling. Ze geven aan dat men getroffen binnen 24 uur na de ramp deze gelegenheid moet bieden. Het blijkt eveneens van belang om ook na lange tijd nog ruimte te geven om het verhaal te vertellen. Verwerking kan nu eenmaal lang duren. Getroffenen kunnen zich erg onbegrepen en eenzaam voelen wanneer hun omgeving ervan uitgaat dat ze er niet meer mee bezig zijn omdat ‘het nu toch al weer zo lang geleden is’. Bij verschillende getroffen heeft de huisarts erg geholpen door regelmatig langs te blijven komen, de getroffen hun verhaal laten doen en na enige periode door te verwijzen.

Wanneer getroffen in coma hebben gelegen geldt dat ze binnen 24 uur vanaf het moment dat ze aanspreekbaar zijn de gelegenheid moeten krijgen hun verhaal te vertellen. Getroffenen en nabestaanden benadrukken dat het belangrijk is dat op het moment dat deze mensen bijkomen er

iemand aan het bed moet zitten. Men dient te zorgen dat deze mensen niet tussen de wal en het schip raken. Het is belangrijk dat een organisatievorm gevonden wordt om dit te waarborgen. Zo zou bijvoorbeeld een buddy kunnen worden ingeschakeld zodra de persoon uit coma komt. Zodra dan het lichamelijk herstel op een acceptabel niveau is, starten de eerste zes weken van vroege psychosociale interventies. Bij getroffen die brandwonden hebben opgelopen is bekend dat men in de eerste periode van fysiek herstel nog niet open staat voor psychosociale interventies. Ook voor deze groep gaat de periode van 'vroege interventies' dus pas van start wanneer een acceptabel niveau van lichamelijk herstel is bereikt.

Voor patiënten die in coma zijn geraakt is verder van belang dat ergens wordt vastgelegd wat er de dag van de ramp met de persoon is gebeurd. Op deze manier wordt voorkomen dat de getroffene later met veel moeite allerlei stukjes bij elkaar moet zoeken en met veel vragen en onzekerheid blijft zitten.

Overweging

Geef getroffen binnen 24 uur na de ramp (of binnen 24 uur nadat ze uit coma komen) de gelegenheid hun verhaal te vertellen. Biedt hier ook na een lange periode nog gelegenheid voor.

Bij getroffen die uit een coma komen of ander ernstig lichamelijk letsel hebben opgelopen geldt dat de periode van de eerste zes weken van vroege psychosociale interventies start zodra het lichamelijk herstel op een acceptabel niveau is.

Aanspreekpunt

Getroffenen geven aan dat het belangrijk is om na de acute fase één aanspreekpunt te hebben waar men terecht kan met praktische vragen. Zo vertelde een van de aanwezigen dat haar ziekteverlof door haar werkgever werd ingetrokken toen ze dit verlof na de ramp bij haar familie in Suriname doorbracht. Ze wist op dat moment niet wie ze moest bellen om dit op te lossen. Deze kwestie kostte haar veel energie en bezorgde haar extra zorgen. Als mogelijke strategie voor het organiseren van een aanspreekpunt denkt men weer aan een buddysysteem. De getroffene wordt daarbij gekoppeld aan iemand die zelf een ramp heeft meegemaakt, of zich anderszins capabel voelt. Deze persoon kan gebeld worden voor vragen. Hij hoeft niet alles zelf te kunnen beantwoorden, maar dient wel te weten waar men voor hulp terecht kan. Andere strategieën voor het creëren van een aanspreekpunt zijn een eenloketsysteem na een grootschalige ramp, of het inzetten van slachtofferhulp. Getroffenen ervaren het als een meerwaarde dat slachtofferhulp aan huis komt en flexibel inzetbaar is, waarbij men in de eerste fase desnoods elke dag kan langskomen waarna de frequentie wordt afgebouwd. Als nadeel ervaren ze het feit dat je als getroffene zelf moet vragen of ze langskomen: 'Je moet als getroffene al zoveel drempels over'.

Overweging

Biedt getroffen na de ramp één aanspreekpunt voor vragen en problemen. Dit kan bijvoorbeeld via een buddysysteem, een eenloketsysteem of slachtofferhulp.

Screening en monitoring

De aanwezige getroffen zijn van mening dat getroffen het geen probleem vinden om een vragenlijst in te vullen waarin wordt nagegaan of iemand een verhoogd risico loopt op chronische psychische klachten. Zeker wanneer deze lijst na ongeveer zes weken wordt voorgelegd geeft dit weinig overlast. De getroffen geven mee dat men 'directe hulp bij normale verwerking' dient te onderscheiden van 'latere psychische zorg bij verwerkingsproblemen'.

Wanneer je in de acute fase gaat screenen op klachten kunnen deze twee werelden door elkaar heen gaan lopen. Een ander risico van direct screenen is dat je ook veel normale reacties meet die vanzelf overgaan. Hun advies is daarom om niet te snel te screenen.

Daarnaast schatten de aanwezigen in dat getroffen soms hulp nodig hebben bij medische termen en de Nederlandse taal. In het geval van allochtone getroffen raden ze aan om deze hulp door een man te laten bieden en niet door een vrouw. Als belangrijkste potentiële hobbel zien de getroffen de moeilijkheid om de adressen van alle getroffen te krijgen. Ze suggereren als oplossing hiervoor om mensen die na de ramp zijn weggelopen via de media uit te nodigen om naar een correlatienummer of ander aanspreekpunt te bellen. Een andere aanpak die wordt geopperd is om alle mensen in de omgeving een sms met informatie en een uitnodiging te sturen.

Verder benadrukken de getroffen dat het belangrijk is om getroffen langer in de gaten te houden via monitoring. Ze redeneren: 'Sommige mensen krijgen pas na jaren de terugslag van het trauma. Die wil je ook bereiken met nazorg'.

Overweging

Wanneer gebruik wordt gemaakt van een screening, leg deze dan niet in de acute fase voor aan de getroffen en biedt zo nodig hulp bij het invullen ervan.

Denk ook aan (langdurige) monitoring van getroffen.

Rol van de werkgever

Verschillende getroffen geven aan dat het conflict met de werkgever na een ramp of andere schokkende gebeurtenis soms als traumatischer wordt ervaren dan de ramp zelf. Vaak neemt de werkgever geen verantwoordelijkheid in het bieden van hulp en in sommige gevallen wordt de getroffene na een ziekteverlof zelfs niet terug in dienst genomen. Getroffenen pleiten ervoor dat de werkgever zijn verantwoordelijkheid erkent en zijn medewerkers ondersteunt wanneer zij binnen of buiten het bedrijf een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt. Deze ondersteuning kan onder meer bestaan uit: het bieden van ruimte voor de normale verwerking, het tonen van begrip, toestaan van ziekteverlof indien nodig, of het organiseren van psychosociale zorg. Het belangrijkste is dat de werkgever de werknemer niet laat vallen. Getroffenen doen een beroep: 'Voorkom de ramp na de ramp!'

Overweging

Werkgevers hebben de verantwoordelijkheid om werknemers die zijn getroffen door een schokkende gebeurtenis binnen of buiten het bedrijf te ondersteunen bij hun verwerking.

Wanneer de schokkende gebeurtenis tijdens werktijd heeft plaatsgevonden krijgt de werkgever meer specifieke verantwoordelijkheden.

Zo is het van groot belang dat de informatievoorziening rondom een ongeval of andere schokkende gebeurtenis goed verloopt. Alle betrokken werknemers en hun naasten dienen op de hoogte te zijn van: wat is er gebeurd op welk moment, en wat waren de oorzaken en wat zijn de gevolgen? Hiervoor dient kort na het gebeurd een analyse gemaakt te worden, waarvan de resultaten binnen een dag worden gecommuniceerd. Wanneer bepaalde details nog onderzocht moeten worden dient dit gemeld te worden. Goede informatievoorziening is belangrijk! Men dient zo snel mogelijk duidelijkheid te geven. Dit soort rapportages kunnen later ook gebruikt worden in de nazorg. Het achteraf terugvinden van de dagen die men 'kwijt' is kan hiermee ondersteund worden. Getroffenen geven aan dat dit erg waardevol kan zijn.

In de nazorg vanuit de werkgever dient een duidelijke splitsing te worden gemaakt tussen de normale verwerking van de traumatische gebeurtenis, waarbij iemand bijvoorbeeld zijn verhaal kwijt moet kunnen, en de professionele traumanazorg bij chronische klachten. Hiervoor dient men de getroffen binnen de werkomgeving goed te volgen en/of te monitoren, zodat specifieke zorg geboden kan worden wanneer dit nodig is.

Er dient beseft te worden dat directe collega's van de getroffene het soms ook erg moeilijk hebben met wat er gebeurd is. Soms wordt hen door de werkgever verboden met het getroffene te praten omdat het arbeidsinspectieonderzoek nog moest plaatsvinden. Dit is schadelijk voor zowel de getroffen als de collega's.

Overweging

Bij een schokkende gebeurtenis tijdens werkuren dient de werkgever te zorgen voor goede informatievoorziening, ondersteuning van normaal herstel en oog te hebben voor chronische klachten zodat professionele traumanazorg ingezet kan worden. Dit geldt zowel ten aanzien van de getroffen als van de directe collega's.

Bij organisaties als brandweer, ambulance en politie dient de werkgever te beseffen dat geüniformeerde hulpverleners ook mensen zijn en dat ook zij hun verhaal kwijt moeten kunnen! Getroffenen pleiten: 'Besteed ook voldoende aandacht aan de verwerking van vrijwilligers en andere hulpverleners'.

Zo maken vrijwilligers en andere hulpverleners zich soms zorgen omdat ze menen tijdens de nazorg een verkeerde beslissing gemaakt te hebben. Wanneer deze schuldvraag zo snel mogelijk besproken wordt en eventueel weggenomen kan worden wordt de angel uit het probleem van de verwerking gehaald.

Een gelegenheid voor het vertellen van hun verhaal kan georganiseerd worden met collega's en vrijwilligers. Wanneer men hiervoor gebruikmaakt van debriefing dient men in de ogen van getroffen hulpverleners onderscheid te maken tussen een vorm van operationele debriefing en een vorm van meer emotionele debriefing. Eerst dient er een eenduidig verhaal vanuit de dienst gemaakt te worden, zodat iedereen hetzelfde plaatje heeft van wat er is gebeurd, dan kan daarna over de emotionele kant gepraat worden.

Houding en taken van de overheid

Sommige getroffen en nabestaanden hebben ervaren dat er na een ramp veel schotten zijn tussen verschillende vertegenwoordigers van de overheid en dat zij samen een gesloten bolwerk vormen. In de praktijk blijkt het een groot probleem om goed geïnformeerd te blijven. Beleidsmakers en onderzoekers geven aan geen informatie te kunnen geven omdat dit het verloop van het onderzoek zou kunnen schaden. Getroffenen en nabestaanden laten echter weten na een ramp grote behoefte aan openheid te hebben. Ze stellen voor om desnoods niet de resultaten van het onderzoek te geven maar wel op welk onderzoek of rapport nog gewacht wordt en wanneer dit naar schatting gereed zal zijn. Uit de literatuur blijkt dat er meer gezondheidsklachten ontstaan wanneer onderzoek gesloten blijft. Na verschillende rampen is gebleken dat het slechter gaat met mensen zodra er meer wantrouwen naar de overheid ontstaat en er meer complottheorieën ontstaan.

Een andere wens van getroffen en nabestaanden is dat ministers zichzelf goed op de hoogte stellen van de feiten rondom een ramp. In de praktijk blijkt dit niet altijd het te gebeuren. Toen in het verleden bleek dat men zich op foutieve informatie had gebaseerd, had men de neiging om steeds in de verdediging te gaan en weigerde men excuses aan te bieden voor gemaakte fouten. Getroffenen en nabestaanden doen daarom een oproep aan vertegenwoordigers van de overheid om ervan uit te gaan dat zij de overheid niet zwart willen maken. Ze pleiten ervoor om het standpunt en de acties van de overheid op een menselijke en respectvolle manier te laten verwoorden. Wat hen betreft dient er geen strijd te ontstaan. Deze kan worden voorkomen door zo veel mogelijk openheid en respect.

Overweging

De overheid dient zo veel mogelijk openheid te bieden rondom de ramp en lopende onderzoeken, ministers dienen goed op de hoogte te zijn van de feiten en de communicatie dient menselijk en respectvol te verlopen.

Naast openheid te geven, goed geïnformeerd te zijn en respectvol te handelen, dient de overheid ook de getroffen te ondersteunen door middel van gerichte activiteiten en het laten blijken van zorg en betrokkenheid. De aanwezige getroffen denken daarbij onder meer aan geld en hulp voor identificatie van getroffen. Zo zijn er bijvoorbeeld na de vliegramp Zanderij na zeventien jaar nog steeds acht niet-geïdentificeerde getroffen. Inmiddels kost het veel geld en tijd om de graven van deze niet-geïdentificeerde getroffen alsnog open te maken. Dit had beter direct kunnen gebeuren. Een andere belangrijke activiteit waarmee de overheid de getroffen en nabestaanden kan ondersteunen is het organiseren van herdenkingsdiensten. De getroffen benadrukken dat 'er nog zoveel psychosociale interventies gegeven kunnen worden, maar dat dit dweilen met de kraan open is wanneer de zaken van bovenaf niet goed geregeld zijn'. Ze pleiten ervoor om te voorkomen dat getrof-

fenen en nabestaanden in de eerste fase onnodige stress ervaren. Het kost namelijk in de tien jaar erna veel geld en moeite om ze weer uit de put te halen.

Verder zeggen de getroffen en nabestaanden dat het organiseren van dit soort activiteiten belangrijk is voor rampen in Nederland, maar ook voor rampen die in het buitenland plaatsvonden en waar Nederlanders bij betrokken waren. Ook hier heeft de overheid zijn verantwoordelijkheid te nemen. In het verleden kregen Nederlandse getroffen en nabestaanden van rampen die in het buitenland plaatsvonden niet altijd hulp van de Nederlandse overheid. De hulp moest dan komen van lokale initiatieven, zoals onderlinge steun uit een solidariteitscomité met een ander land en lokale praatgroepen. Ondersteuning vanuit de Nederlandse overheid had daarbij veel emotionele en praktische schade kunnen voorkomen. Ook de erkenning van een ramp als ‘Nederlands probleem’ kan van belang zijn. Zo wordt bijvoorbeeld de vliegcrash ‘Zanderij’ niet als Nederlandse ramp gezien terwijl de meeste mensen die zijn omgekomen Nederlanders waren. Dit maakt de verwerking voor getroffen en nabestaanden moeilijker.

Overweging

De overheid dient getroffen en nabestaanden, zowel bij rampen in binnen- als in buitenland, te ondersteunen door middel van activiteiten als het identificeren van getroffen en het organiseren van herdenkingsdiensten.

Rol van de media

De aanwezige getroffen zijn het erover eens dat de media positief kunnen worden ingezet na een ramp, maar ook veel onrust kunnen zaaien. Een van de zaken waarvoor gewaakt dient te worden is dat er niet te vaak wisselende berichten over een ramp worden gemeld. Wanneer op de ene dag wordt verteld dat er bepaalde schadelijke stoffen zijn vrijgekomen en dat een bepaald aantal getroffen is gevallen en de volgende dag blijken deze stoffen toch niet aanwezig te zijn geweest en is het aantal getroffen anders, dan scheidt dat veel onzekerheid en verwarring. Getroffen doen daarom een beroep aan de media om niet te snel conclusies te trekken wanneer de informatie nog niet definitief is. In plaats daarvan dienen de media kwalitatief goede informatie te bieden en openheid te geven over welke onderzoeken en andere procedures er nog lopen en hoe lang nog op een rapport of beslissingen gewacht moet worden. Daarnaast kunnen de media positief ingezet worden voor het bereiken van getroffen die geen naam en adres achtergelaten hebben.

Ook op andere vlakken benadrukken de getroffen het belang van een zorgvuldige berichtgeving na rampen. De media hebben de macht om de publieke opinie te beïnvloeden met betrekking tot de vraag wat als een ramp wordt gezien waar veel aandacht en zorg aan dient te worden geboden. Zo hebben de media bijvoorbeeld veel aandacht besteed aan de brand in Volendam. Hierdoor zijn veel extra middelen voor de getroffen van deze brand vrijgekomen. De getroffen zijn erg te spreken over alle gulle gaven, maar roepen wel op om te waken voor gelijkwaardigheid. Wanneer de hulpgoederen, voorkeursbehandeling en cadeaus alleen aan de getroffen van deze ramp worden gegeven, terwijl getroffen van andere branden ernaast liggen, kan dit onnodig pijnlijke situaties veroorzaken. Ook hierin is een zorgvuldige berichtgeving in het belang van alle getroffen.

Overweging

De media dienen zorgvuldige en evenwichtige berichtgeving te bieden, waarin zij zich baseren op vaststaande feiten.

Getroffenen en nabestaanden dienen op de hoogte te zijn van het feit dat zij enige regie kunnen houden in het contact met de media. Zo kunnen zij zelf een keuze maken met welke typen media en met welk programma ze praten. Ook kan het helpen om aan te geven dat men voor een interview de vragen wil inzien. Daarnaast wordt geadviseerd om vóór een interview het eigen verhaal rustig op papier te zetten. Dit soort activiteiten kan helpen om de situatie zelf zo veel mogelijk in de hand houden. Tegelijkertijd wijzen de getroffen erop dat wanneer een persoon slachtoffer wordt hij op dat moment wellicht niet in staat is om enige regie te kunnen houden in het contact met de media.

De getroffen spreken daarom de wens uit dat er een mediaprotocol wordt opgezet, dat rekening houdt met de belangen van getroffen.

Overweging

Er dient een mediaprotocol opgezet te worden voor de rol van de media na rampen en andere schokkende gebeurtenissen, dat rekening houdt met de belangen van de getroffen.

Overige tips van getroffen en nabestaanden aan hulpverleners

- Een trauma is een trauma, het maakt niet uit hoe groot en schokkend de ramp of het ongeval was en of iemand wel of niet in coma heeft gelegen. Het gaat erom hoe een persoon er van binnen op reageert. Ieder trauma is dus 'mensafhankelijk'. Het heeft geen zin om trauma's te vergelijken!
- Blijf getroffen die als gevolg van de ramp of het ongeval niet gewond zijn maar later lichamelijke klachten krijgen wel serieus nemen. Wanneer iemand bijvoorbeeld jaren later last krijgt van schildklierklachten, dient een lichamelijke oorzaak niet direct uitgesloten te worden omdat iemand een trauma heeft ondergaan. Getroffen pleiten er daarnaast voor dat een medisch onderzoek na een ramp zich niet alleen richt op bepaalde problemen die in het kader van de ramp te verwachten zijn.
- Op het moment dat een vragenlijst aan de getroffen wordt voorgelegd, dient duidelijk aangegeven te worden waarom hij gevraagd wordt om deze lijst in te vullen. Getroffen kunnen vermoeid zijn of beperkte energie hebben die zij over meerdere relevante zaken moeten verdelen. Ga daarom weloverwogen om met vragenlijsten.
- Bij ongevallen dient men zorgvuldig om te gaan met de 'getroffene-daderkwestie'. Het komt niet zelden voor dat getroffen later onterecht als dader worden behandeld. Dit vormt een belemmering voor een goede verwerking.
- Heb niet alleen oog voor direct getroffen maar ook voor anderszins betrokkenen en nabestaanden!
- Menselijkheid is in alle fasen na een traumatische gebeurtenis erg belangrijk!

Implementatie van de aanbevelingen

Om te voorkomen dat de richtlijn straks in een la belandt, benadrukken getroffen het belang van een goede aansturing van het hulpverleningsproces. Verder zouden ze graag zien dat er geoefend wordt met de procedures die de richtlijn aanbeveelt. Om de invoering van de aanbevelingen te bevorderen zien ze graag dat de invoering vanuit de overheid wordt ondersteund. De werkgroep beveelt verder beroepsspecifieke implementatie van deze generieke multidisciplinaire richtlijn aan.

Bijlage 4 Lijst met afkortingen

AFKORTING	VERKLARING
DSM	<p>Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient. De huidige versie (uit 2000) is een tekstrevisie van de vierde editie, aangeduid als DSM-IV-TR.</p>
PTSS	<p>De posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. De aandoening ontstaat als gevolg van ernstige stressgevendende situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel of een bedreiging van de fysieke integriteit. Deze situaties zijn voor de persoon traumatisch.</p> <p>De symptomen zijn herbeleving (nachtmerries of flashbacks), vermijding van herinneringen of emotionele uitschakeling hiervan, klinische depressie, ernstige prikkelbaarheid met slaapstoornissen, extreme spanning als gevolg van bepaalde prikkels, irritatie en hevige schrikreacties. Het is ook mogelijk dat de persoon symptomen van andere psychische aandoeningen vertoont. PTSS wordt acuut genoemd als de symptomen minder dan drie maanden duren en chronisch als ze langer dan drie maanden duren. De aandoening is met behandeling te genezen of verbeteren. Soms kan dit ook spontaan gebeuren.</p> <p>PTSS is een angststoornis en moet niet worden verward met het normale verwerkingsproces na een traumatische gebeurtenis. Voor de meeste mensen verdwijnen de emotionele gevolgen van een trauma na enkele maanden. Als deze echter langer duren, kan er sprake zijn van een psychische aandoening. Als de stoornis niet wordt behandeld, kan deze zeer ernstige vormen aannemen.</p>
ASS	<p>De acute stress-stoornis (ASS) is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. De stoornis kan optreden als iemand is blootgesteld aan een ernstige traumatische ervaring (shock). De reacties op dit trauma zijn sterke gevoelens van angst, afschuw, machteloosheid en hulpeloosheid.</p> <p>Wie aan de acute stress-stoornis lijdt, heeft meestal een verdoofd gevoel, ontwikkelt problemen met geheugen, slaap en concentratie, is prikkelbaar, schrikachtig of angstig en ervaart het trauma regelmatig opnieuw.</p>
NICE-richtlijn	<p>Richtlijn opgesteld door de National Institute for Clinical Excellence (NICE)</p>

Wet BIG	De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) regelt onder meer de bevoegdheid om een beroep in de individuele gezondheidszorg te mogen uitoefenen. Alleen wie aan de wettelijke opleidingseisen heeft voldaan, kan zich laten inschrijven in het register. Alleen wie in het register is ingeschreven, mag de door de wet beschermde titel voeren. Bevoegdheidsbeperkingen leiden tot een aantekening bij de inschrijving of tot doorhaling van de inschrijving. Voor iedereen is zo herkenbaar of een beroepsbeoefenaar bevoegd is om het beroep uit te oefenen.
CGT	Cognitieve gedragstherapie. Gedragstherapie en cognitieve therapie zijn beiden nauw verbonden met wetenschappelijke principes en onderzoek. Beide psychotherapeutische methoden zijn sterk gericht op de actualiteit. In gedragstherapie en cognitieve therapie gaat het met name over moeilijkheden die in het heden spelen en veel minder over problemen die in het verleden hebben bestaan. Cognitieve therapie en gedragstherapie steunen beide op een open en gelijkwaardige samenwerkingsrelatie tussen therapeut en cliënt. Behandelingen zijn klacht- of probleemgericht en kortdurend van opzet.
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is een psychotherapeutische procedure die expliciet gericht is op de behandeling van PTSS en andere angstklachten na schokkende gebeurtenissen.
PD	Psychologische Debriefing (PD) is een eenmalig semi-gestructureerd gesprek met een persoon die kort daarvoor is getroffen door een schokkende gebeurtenis. In de meeste gevallen is het doel van debriefen het voorkomen van psychologische schade door het informeren van mensen over hun ervaring en het bieden van de mogelijkheid om erover te praten.
CISD	Critical Incident Stress Debriefing (CISD) is een vorm van eenmalige debriefing. De interventie vindt bij voorkeur plaats twee à drie dagen na de calamiteit en neemt gemiddeld ongeveer twee uur in beslag. Het gaat om een gestructureerd gesprek waarin deelnemers eenmalig een zevental fases doorlopen.
CISM	Critical Incident Stress Management (CISM) staat voor een geïntegreerde benadering die is opgebouwd uit diverse interventies.
MCDM	Master of crisis and disaster management

RCT

A **randomized controlled trial** (RCT) is een wetenschappelijke procedure die vooral wordt toegepast in het onderzoek naar medische procedures. Het gaat om een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van een gerandomiseerde controlegroep. Dit wordt over het algemeen beschouwd als de meest betrouwbare vorm van wetenschappelijk bewijs omdat het cognitieve bias uitsluit. De basisgedachte is dat vormen van behandeling willekeurig over groepen worden verdeeld. Dit voorkomt een cognitieve bias.

Bijlage 5 Overzicht aanbevolen onderzoeksvragen

- De werkgroep beveelt het vertalen en vervolgens valideren aan van niet-Nederlandstalige (veelal Engelstalige) screeningsinstrumenten. Validering moet plaatsvinden in Nederlandse populaties van getroffen personen van rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen.
- De werkgroep beveelt aanvullend onderzoek aan in populaties van getroffen personen van rampen, terroristische aanslagen of andere schokkende gebeurtenissen naar de bruikbaarheid van screeningsinstrumenten die zijn gebaseerd op risicofactoren.
- De werkgroep beveelt aan verder onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van populatiebrede screening na traumatische gebeurtenissen.
- De werkgroep beveelt verder onderzoek aan naar het meest geschikte moment van screening na een ramp, terroristische aanslag of andere schokkende gebeurtenis.
- De werkgroep beveelt verder onderzoek aan naar de potentieel negatieve gevolgen van screening bij slachtoffers van rampen, terroristische aanslagen en andere ingrijpende gebeurtenissen.
- De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van CISM.
- De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van de psychologische eerste hulp module.
- De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van EMDR als curatieve vroegtijdige interventie gedurende de eerste zes weken na ingrijpende gebeurtenissen.
- De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van EMDR als curatieve vroegtijdige interventie bij kinderen.
- De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van een gestructureerd opvangprotocol als preventieve interventie voor kinderen.
- De werkgroep beveelt verder onderzoek naar farmacologische interventies bij kinderen.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). A-criterium van de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) in *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de versie)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington (VA): American Psychiatric Association. www.psych.org
- al Naser, F., & Everly, G.S., Jr. (1999). Prevalence of posttraumatic stress disorder among Kuwaiti firefighters. *International journal of emergency mental health*, 1, 99-101.
- André, C., Lelord, F., Légeron, P., e.a. (1997). Étude contrôlée sur l'efficacité à 6 mois d'une prise en charge précoce de 132 conducteurs d'autobus victimes d'agression. *Encéphale*, 23, 65-71.
- Arendt, M., & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 423-437.
- Asaro, M.R. (2001). Working with adult homicide survivors, Part II: Helping family members cope with murder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37, 115-136.
- Aulagnier, M., Verger, P., & Rouillon, F. (2004). [Efficiency of psychological debriefing in preventing post-traumatic stress disorders]. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 52, 67-79.
- Beer, R., & de Roos, C. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij kinderen en adolescenten. Theorie en empirie. *Kind en Adolescent*, 1.
- Berendsen, J.J., van der Velden, P.G., & Loon, P. (2004). *De eerste week: psychosociale nazorg vuurwerkramp Enschede*, Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma.
- Berman, S.L., Silverman, W.K., & Kurtines, W.M. (2000). Youth exposure to crime and violence: Its effects and implications for intervention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14, 37-50.
- Birmes, P., Carreras, D., Charlet, J.P., e.a. (2001). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder in victims of violent assault. *Jornal of Nervous and Mental Disease*, 189, 796-798.
- Bisson, J.I. (1997). Is post-traumatic stress disorder preventable? *Journal of Mental Health (UK)*, 6, 109-111.
- Bisson, J.I. (2002). Post-traumatic stress disorder. *Clinical evidence*, 7, 913-919.
- Bisson, J.I. (2003). Early interventions following traumatic events. *Psychiatric Annals*, 33, 37-44.
- Bisson, J.I. (2003). Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clinical Psychology Review*, 23, 481-499.
- Bisson, J.I. (2005). Psychological debriefing--Does it work? Anonymous, *Anonymous* (pp.). New York, US: Elsevier Science. 1999.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., e.a. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 190, 97-104.
- Bisson, J.I., Jenkins, P.L., Alexander, J., e.a. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *The British journal of psychiatry*, 171, 78-81.

- Bisson, J.I., McFarlane, A.C., & Rose, S. (2000). Psychological debriefing. Anonymous. *Anonymous* (pp.). New York: Guilford Press.
- Bisson, J.I., Shepherd, J.P., Joy, D., e.a. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury: Randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry*, 184, 63-69.
- Blanchard, E.B., & Hickling, E.J. (2004). Psychological assessment with MVA survivors. In E.B. Blanchard & E.J. Hickling (Red.), *After the crash: psychological assessment and treatment of survivors of MVA*, (pp. 213-229). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blanchard, E.B., & Hickling, E.J. (2004). The treatment of MVA-related PTSD: A review of the recent controlled literature. In E.B. Blanchard & E.J. Hickling (Red.), *After the crash: psychological assessment and treatment of survivors of MVA*, (pp. 213-229). Washington, DC: American Psychological Association. Anonymous.
- Bledsoe, B.E. (2003). Critical incident stress management (CISM): benefit or risk for emergency services? *Prehospital emergency care. Official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 7, 272-279.
- Boscarino, J.A., Adams, R.E., & Figley, C.R. (2005). A Prospective Cohort Study of the Effectiveness of Employer-Sponsored Crisis Interventions after a Major Disaster. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7, 9-22.
- Boscarino, J.A., Galea, S., Adams, R.E., e.a. (2004). Mental Health Service and Medication Use in New York City After the September 11, 2001, Terrorist Attack. *Psychiatric Services*, 55, 274-283.
- Boscarino, J.A., Galea, S., Ahern, J., e.a. (2002). Utilization of mental health services following the September 11th terrorist attacks in Manhattan, New York City. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 143-156.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., e.a. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, C.R. (2001). Cognitive and emotional reactions to traumatic events: implications for short-term intervention. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 163-168.
- Brewin, C.R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., Foa, E.B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British journal of psychiatry*. 181, 158-162.
- Brewin, C.R. (2005). Systematic Review of Screening Instruments for Adults at Risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 53-62.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brewin, C.R., Andrews, B., Rose, S., Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156:360-366.
- Bryant, R.A. (2003). Acute Stress Disorder: Is it a Useful Diagnosis? *Clinical Psychologist*, 7, 67-79.
- Bryant, R.A. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder. In R. Orner & U. Schnyder (Red.), *Reconstructing early interventions after trauma* (pp. 159-168). Oxford: Oxford University Press.
- Bryant, R.A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789-795.

- Bryant, R.A. (2004). In the aftermath of trauma: Normative reactions and early interventions. Anonymous. Anonymous. New York, NY,US: John Wiley & Sons.
- Bryant, R.A. (2005). Psychosocial Approaches of Acute Stress Reactions. *CNS Spectrums*, 10, 116-118.
- Bryant, R.A., Harvey, A.G., Dang, S.T., e.a. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 862-866.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., e.a. (2005). The Additive Benefit of Hypnosis and Cognitive-Behavioral Therapy in Treating Acute Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 334-340.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Nixon, R.D., e.a. (2006). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a 3-year follow-up. *Behavior Research & Therapy*, 44, 1331-1335.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., e.a. (2003). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 160, 585-587.
- Bryant, R.A., Sackville, T, Dang, S.T., e.a. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supporting counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1780-1786.
- Caffo, E., & Belaise, C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 493-535.
- Campbell, R. (1998). The community response to rape: victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Journal of Community Psychology*, 26, 355-379.
- Campbell, R., Baker, C.K., & Mazurek, T.L. (1998). Remaining radical? Organizational predictors of rape crisis centers' social change initiatives. *American Journal of Community Psychology*, 26, 457-483.
- Campfield, K.M., & Hills, A.M. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 327-340.
- Cardena, E. (2001). Evaluation of post-traumatic stress disorders. *Military Medicine*, 166 (Suppl. 2), 53-54.
- Cardena, E., Koopman, C., Classen, C., e.a. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 719-734.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., van Uchelen, A.J., e.a. (1998). Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine*, 60, 42-47.
- Carlier, I.V.E., Voerman, A.E., & Gersons, B.P.R. (2000). The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 87-98.
- Celano, M., Hazzard, A., Webb, C., e.a. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: an evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 1-17.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J., & Carlson, J.G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.
- Chemtob CM, Nakashima JP, Hamada RS. Psychosocial intervention for postdisaster trauma symptoms in elementary school children: a controlled community field study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 Mar;156(3):211-6.

- Cohen, J. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 53, 827-833.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., e.a. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cohen, J., Goodman, R.F., Brown, E.J., e.a. (2004). Treatment of childhood traumatic grief: contributing to a newly emerging condition in the wake of community trauma. *Harvard review of psychiatry*, 12, 213-216.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1998). Interventions for sexually abused children: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3, 17-26.
- Conlon, L., Fahy, T.J., & Conroy, R. (1999). PTSD in ambulant RTA victims: a randomized controlled trial of debriefing. *Journal of psychosomatic research*, 46, 37-44.
- Corcoran, J., & Allen, S. (2005). The Effects of a Police/Victim Assistance Crisis Team Approach to Domestic Violence. *Journal of Family Violence*, 20, 39-45.
- Cordova, M.J., Walser, R., Neff, J., e.a. (2005). Predictors of emotional adjustment following traumatic injury: personal, social, and material resources. *Prehospital and Disaster Medicine*, 20, 7-13.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2005). Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *The Journal of nervous and mental disease*, 193, 119-125.
- Deahl, M. (2000). Psychological debriefing: Controversy and challenge. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 929-939.
- Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., e.a. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 77-85.
- Deahl, M.P., Srinivasan, M., Jones, N, e.a. (2001). Evaluating psychological debriefing: are we measuring the right outcomes? *Journal of traumatic stress*, 14, 527-529.
- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms. *Child Maltreatment*, 1, 310-321.
- Devilly, G.J. (2002). Clinical intervention, supportive counselling and therapeutic methods: A clarification and direction for restorative treatment. *International Review of Victimology*, 9, 1-14.
- Devilly, G.J., & Cotton, P. (2003). Psychological Debriefing and the Workplace: Defining a Concept, Controversies and Guidelines for Intervention. *Australian Psychologist*, 38, 144-150.
- DiGiovanni, C., Jr. (1999). Domestic terrorism with chemical or biological agents: Psychiatric aspects. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1500-1505.
- Doherty, G.W. (1999). Cross-cultural counseling in disaster settings. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 3.
- Dorresteijn, A.M., van der Velden, P.G., Kleber, R.J., e.a. (2003). *De vuurwerkcramp Enschede. Een vergelijkend onderzoek bij de getroffen kinderen en gezinnen*. Zaltbommel/Amsterdam: IVP/AMC/de Meren.
- Dyregrov, A. (1999). Helpful and hurtful aspects of psychological debriefing groups. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 175-181.

- Echeburua, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims; an experimental study. *Journal of anxiety disorders*, 10 (3), 185-199.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., e.a. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024-1032.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53, 817-826.
- Eland, J. & Kleber, R.J. (1996a). *De Schokverwerkingslijst voor kinderen (SVLK)*. Utrecht, Instituut voor Psychotrauma.
- Eland, J. & Kleber, R.J. (1996b). *De Schokverwerkingslijst voor jonge kinderen (SVLJK)*. Utrecht, Instituut voor Psychotrauma.
- Eland, J., de Roos, C., & Kleber, R. (2002). *Kind en trauma; een opvangprogramma*. Lisse; Swets & Zeitlinger.
- Eland, J., de Roos, C., & Kleber, R. (1999). *Ontwikkelingsonderzoek naar een opvangprotocol voor kinderen na acute traumatisering*. [...].
- Emmerik, A. van, Kamphuis, J.H., Hulsbosch, A.M., e.a. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*, 303, 766-771.
- Etten, M.L. Van & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 5, no. 3, pp. 126-144.
- Everly, G.S., Jr. (2001). Thoughts on early intervention. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 207-210.
- Everly, G.S., & Boyle, S.H. (1999). Critical incident stress debriefing (CISD): a meta-analysis. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 165-168.
- Everly, G.S., Boyle, S.H., & Lating, J.M. (1999). The effectiveness of psychological debriefing with vicarious trauma: A meta-analysis. *Stress Medicine*, 15, 229-233.
- Everly, G.S., Jr., Flannery, R.B., Jr., & Eyler, V.A. (2002). Critical Incident Stress Management (CISM): a statistical review of the literature. *The Psychiatric quarterly*, 73, 171-182.
- Everly, G.S., Jr., Flannery, R.B., Eyler, V.A., e.a. (2001). Sufficiency analysis of an integrated multicomponent approach to crisis intervention: Critical incident stress management. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 174-181.
- Everly, G.S., Jr., & Lating, J.M. (2004). *Mitigating Posttraumatic Stress*. Anonymous. Anonymous. Washington, DC: American Psychological Association.
- Everly G.S. & Mitchell J.T. (1999). *Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing.
- Flannery, R.B. (1999). Psychological trauma and posttraumatic stress disorder: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 135-140.

- Flannery, R.B., Everly, G.S., Jr., & Eyler, V. (2000). The Assaulted Staff Action Program (ASAP) and declines in assaults: A meta-analysis. *International Journal of Emergency Mental Health* 2:143-148, 2000.
- Flannery, R.B., & Everly, G.S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 119-125.
- Foa, E.B., Cahill, S.P., Boscarino, J.A., e.a. (2005). Social, psychological, and psychiatric interventions following terrorist attacks: Recommendations for practice and research. *Neuropsychopharmacology* 30:1806-1817, 2005.
- Foa, E.B. et al (2000). Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press, 2000. 388 pp.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A., Feeny, N.C. (2006). An Evaluation of Three Brief Programs for Facilitating Recovery After Assault. *Journal of Traumatic Stress* 19(1), 29-43.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63, 948-955.
- Fremont, W.P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 381-392.
- Gelpin, E. et al (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry*, 57: 390-394.
- Gersons, B.P., & Carlier, I.V.E. (1998). *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gersons, B.P., Carlier, I.V., Lamberts, R.D., e.a. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*. 13 (2):333-347, 2000.
- Gersons, B.P.R., Huijsman-Rubingh, R.R.R., & Olff, M. (2004). De psychosociale zorg na de vuurwerkramp in Enschede; lessen van de Bijlmer-vliegramp. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 1426-1430.
- Gezondheidsraad. (2006). *Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn*. [...]: Gezondheidsraad.
- Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., e.a. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 773-780.
- Gist, R., & Grant, J. (2002). Devilly. Post-trauma debriefing: The road too frequently travelled. *Lancet*, 360, 741-742.
- Goenjian, A.K., Karayan, I., Pynoos, R.S., e.a. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154, 536-542.
- Gold, S.M., Zakowski, S.G., Heiddis, B., e.a. (2004). Higher Beck depression scores predict delayed epinephrine recovery after acute psychological stress independent of baseline levels of stress and mood. *Biological Psychology*, 67, 261-273.
- Gore-Felton, C., Gill, M., Koopman, C., e.a. (1999). A review of acute stress reactions among victims of violence: Implications for early intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 293-306.
- Gray, M.J., & Litz, B.T. (2005). Behavioral Interventions for Recent Trauma: Empirically Informed Practice Guidelines. *Behavior Modification*, 29, 189-215.

- Gray, M.J., Litz, B.T., & Olson, A.R. (2004). Methodological and ethical issues in early intervention research. Anonymous. *Anonymous*. New York, NY,US: Guilford Press. 2004.
- Grievink, L., van der Velden, P.G., Christiaanse, B., e.a. (2002). *Addendum bij hoofdrapportage. Gezondheid reddingswerkers vuurwerkcramp Enschede; gezondheidsonderzoek 18 maanden na de ramp*. Bilthoven/Zaltbommel: RIVM/IvP, 2002.
- Grievink, L., van der Velden, P.G., Christiaanse, B., e.a. (2004). *Gezondheid getroffen en vier jaar na de vuurwerkcramp Enschede*. Bilthoven/Zaltbommel: RIVM/IvP, oktober 2004.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (1998). The relationship between acute stress disorder and post-traumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Havenaar, J.M., & Bromet, E.J. (2003). De psychiatrische gevolgen van rampen: Een overzicht van de epidemiologische literatuur. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 367-376.
- Helsloot, & Ruitenberg, A. (2004). Citizen Response to Disasters: A Survey of Literature and Some Practical Implications. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 12, 98-111.
- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B., e.a. (1996). A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *BMJ: British medical journal*, 313, 1438-1439.
- Holbrook, T.L., Hoyt, D.B., Stein, M.B., e.a. (2001). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. *Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 51, 287-293.
- Hove, C. ten. (2002). *Faro: de ramp na de ramp*. Den Haag: Elsevier Overheid.
- Jabberghaderi, N. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 11, no. 5, pp. 358-368.
- Jackson, T., Witte, T., & Petretic-Jackson, P. (2001). Intimate partner and acquaintance violence and victim blame: Implications for professionals. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1, 153-168.
- Jaffe, P.G., & Crooks, V.C. (2004). Partner Violence and Child Custody Cases: A Cross-National Comparison of Legal Reforms and Issues. *Violence Against Women*, 10, 917-934.
- Joseph, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 101-113.
- Kamp, I. van, van der Velden, P.G., Stellato, R.K., e.a. (2006). Physical and mental health shortly after a disaster: first results from the Enschede firework disaster study. *European Journal of Public Health*, 16, 253-259.
- Kamp, I. van, & van der Velden, P.G. (2001). *Vuurwerkcramp Enschede: Lichamelijke en geestelijke gezondheid en ervaringen met de ramp; rapportage van het gezondheidsonderzoek*. [...]: GGD Twente/IvP/RIVM.
- Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. *PTSD research Quarterly*, 16, 1-8.
- Kenardy, J.A., & Carr, V.J. (2000). *Debriefing post disaster: Follow-up after a major earthquake*. Anonymous. Anonymous. New York, NY,US: Cambridge University Press.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., e.a. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.

- Kirschbaum, C., Klauer, T., Filipp, S.H., e.a. (1995). Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective responses to acute psychological stress. *Psychosomatic medicine*, 57, 23-31.
- Koren, D., Arnon, I., & Klein, E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A one-year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 367-373.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Lewis, S.J. (2003). Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 329-343.
- Litz, B.T., & Gray, M.J. (2002). Early intervention for mass violence: What is the evidence? What should be done? *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 266-272.
- Litz, B.T., Gray, M.J., Bryant, R.A., e.a. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 112-134.
- Litz e.a., Plenary talk ISTSS, (2004). The International Society for Traumatic Stress Studies 20th Annual Meeting Final Program and Proceedings War As A Universal Trauma, November 14–18, 2004. Hilton New Orleans Riverside New Orleans, Louisiana, USA.
- Loey, N.E. van, Maas, C.J., Faber, A.W., e.a. (2003). Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 361-369.
- Macnab, J., Russell, J.A., Lowe, J.P., e.a. (1999). Critical incident stress intervention after loss of an air ambulance: two-year follow up. *Prehospital and disaster medicine: the official journal of the National Association of EMS Physicians and the World Association for Emergency and Disaster Medicine in association with the Acute Care Foundation*, 14, 8-12.
- Macnab, J., Sun, C., & Lowe, J. (2003). Randomized, controlled trial of three levels of critical incident stress intervention. *Prehospital and disaster medicine: the official journal of the National Association of EMS Physicians and the World Association for Emergency and Disaster Medicine in association with the Acute Care Foundation*, 18, 367-371.
- McNally, R.J. (2003). Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Biological Psychiatry* 53 (9), 779-88.
- Macy, R.D., Behar, L., Paulson, R., e.a. (2004). Community-based, acute posttraumatic stress management: A description and evaluation of a psychosocial-intervention continuum. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 217-228.
- March, J.S. (2003). Acute stress disorder in youth: A multivariate prediction model. *Biological Psychiatry*, 53, 809-816.
- Marchand, A., Guay, S., Boyer, R., Iucci, S., Martin, A., St-Hilaire, M. (2006). A Randomized Controlled Trial of an Adapted Form of Individual Critical Incident Stress Debriefing for Victims of an Armed Robbery. *Brief treatment and crisis intervention*.
- Martino, C. (2000). Psychological consequences of terrorism. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 105-112.
- Maxfield, L. & Hyer, L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, no. 1, pp. 23-41.

- Mayou, R.A., Ehlers, A., & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 665-675.
- Mayou, R.A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.
- Mellman, T.A., Bustamante, V., David, D., e.a. (2002). Hypnotic medication in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1183-1184.
- Milgram, N. (2004). Mass Trauma Intervention Goes to School. Anonymous. Anonymous. US: American Psychological Association. 49, 2004.
- Miller, J. (2003). Critical incident debriefing and social work: Expanding the frame. *Journal of Social Service Research* 30:7-25, 2003.
- Miller, L. (1999). Critical Incident Stress Debriefing: Clinical applications and new directions. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 253-265.
- Miller, L. (2002). Psychological interventions for terroristic trauma: Symptoms, syndromes, and treatment strategies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 283-296.
- Miller, M.E., & Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system: a meta-analytic review and critique. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology*, 20, 47-63.
- Mitchell, J.T. (2003). Major misconceptions in crisis intervention. *International journal of emergency mental health*, 5, 185-197.
- Mitchell, M. (1999). A current view from the UK on post incident care: 'Debriefing', 'defusing' and just talking about it. Anonymous. Anonymous. Springfield, IL, US: Charles C. Thomas Publisher.
- Mitchell, M., Sakraida, T.J., & Kameg, K. (2003). Critical incident stress debriefing: implications for best practice. *Disaster management & response: DMR: an official publication of the Emergency Nurses Association*, 1, 46-51.
- Mitchell J.T. & Everly G.S. (1996). *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation
- Mitte, K., Steil, R., & Nachtigall, C. (2005). Eine Meta-Analyse unter Einsatz des Random Effects-Modells zur Effektivität kurzfristiger psychologischer Interventionen nach akuter Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 34, 1-9.
- Murray, J., Ehlers, A., & Mayou, R.A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180, 363-368.
- Nachtigall, C., Mitte, K., & Steil, R. (2003). Zur Vorbeugung posttraumatischer Symptomatik nach einer Traumatisierung: Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit kurzfristiger Interventionen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 35, 273-281.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD). Anxiety: Management of post-traumatic stress disorder in adults in primary, secondary and community care*. London, UK: National Health Service, National Collaborating Centre for Mental Health. www.nice.org.uk
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2004). *NHG-standaard Angststoornissen M62*. Utrecht: NHG.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2003). *NHG-standaard Depressie M62*. Utrecht: NHG.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2005). *NHG-standaard standaard slaapproblemen en slaappmiddelen*. Utrecht: NHG.

- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). *Blauwdruk voor de aanpak van werkgerelateerde interventies in CBO-richtlijnen*. <http://nvab.artsennet.nl>
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische klachten. Geautoriseerde richtlijn Psychische Klachten*. NVAB Richtlijnen. <http://nvab.artsennet.nl>
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Leidraad voor bedrijfsartsen bij samenwerking met huisartsen. LESA Overspanning. NVAB Richtlijnen. <http://nvab.artsennet.nl>
- Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J., e.a. (2002). 60,000 disaster victims speak: part I. An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 207-239.
- Norris, F.H., Friedman, M.J., & Watson, P.J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65, 240-260.
- Norris, F.H., & Hamblen, J.L. (2004). Standardized Self-Report Measures of Civilian Trauma and PTSD. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Red.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 63-102). New York: Guilford Press.
- O'Donnell, L., Creamer, M., Bryant, R.A., e.a. (2003). Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clinical Psychological Review*, 23, 587-603.
- R. Ørner, R. (2003). A new evidence base for making early intervention in emergency services complementary to officers' preferred adjustment strategies. In R. Ørner & U. Schnyder (Red.), *Reconstructing Early Interventions after Trauma* (pp. 143-153). Oxford: Oxford University Press.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., e.a. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Papperman, T.J. (2003). Psychological Debriefing and Early Intervention after Trauma: Emerging Perspectives. *NYS Psychologist*, 15, 27-30.
- Parker, C.L., Everly, G.S., Barnett, D.J., Links, J.M. (2006). Establishing evidence-informed core intervention competencies in *psychological first aid* for public health personnel. *International Journal Of Emergency Mental Health*, 8 (2), 83-92.
- Patterson, G.T. (2001). Reconceptualizing traumatic incidents experienced by law enforcement personnel. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studie*, 5.
- Phipps, A., & Byrne, M.K. (2003). Brief interventions for secondary trauma: review and recommendations. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19, 139-147.
- Pitman, R.K., Sanders, K.M., Zusman, R.M., e.a. (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry*, 51, 189-192.
- Raphael, B., Martinek, N., & Wooding, S. (2004). Assessing Traumatic Bereavement. In J.P. Wilson & T.M. Keane, *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 492-510). New York: Guilford Press.
- Raphael, B., Meldrum, L., & McFarlane, A.C. (1996). Does debriefing after psychological trauma work? Time for randomised controlled trials. *Accident and emergency nursing*, 4, 65-67.
- Raphael, J.B., Wilson, J., Meldrum, L., e.a. (1996). Acute preventative interventions. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth, *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 463-479). New York: Guilford Press.

- Raphael, B., & Wooding, S. (2001). Early mental health interventions for traumatic loss in adults. Anonymous. Anonymous. New York, NY,US: Guilford Press. 2004. In terms of evidence-based interventions for prevention and treatment of traumatic bereavement, a number of approaches have been discussed (Raphael, Minkov, & Dobson, 2001; Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut, 2001).
- Regehr, C. (2001). Crisis debriefing groups for emergency responders: Reviewing the evidence. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 1*, 87-100.
- Resick, P.A. (2001). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*, 321-329.
- Resnick, H., Acierno, R., Holmes, M., e.a. (2000). Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 1317-1333.
- Resnick, H., Acierno, R., Kilpatrick, D.G., e.a. (2005). Description of an Early Intervention to Prevent Substance Abuse and Psychopathology in Recent Rape Victims. *Behavior Modification, 29*, 156-188.
- Richards, D. (2001). A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management. *Journal of Mental Health (UK), 10*, 351-362.
- Richmond, R.L., Kehoe, L., Hailstone, S., e.a. (1999). Quantitative and qualitative evaluations of brief interventions to change excessive drinking, smoking and stress in the police force. *Addiction, 94*, 1509-1521.
- Ritchie, E.C. (2003). Mass Violence and Early Intervention: Best Practice Guidelines. *Primary Psychiatry, 10*, 43-48.
- Roberts, A.R., Everly, G.S. (2006). A meta-analyses of 31 crisis intervention studies. *Brief treatment and Crisis Intervention 6(1)*, 10-21.
- Roos, C. de, & Eland, J. (2005). Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en adolescenten: diagnostiek en hulpverlening. In B. Gersons & M. Olff (Red.), *Behandelingsstrategieën bij post-traumatische stress-stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Roos, C. de, de Jongh, A., Greenwald, R., e.a. (submitted). A controlled comparison of EMDR and CBT for children and adolescents exposed to the Enschede fireworks disaster in the Netherlands.
- S. Rose, S., & Bisson, J. (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 697-710.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., e.a. (2001). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane database of systematic reviews, 3*, 2001.
- Rose, S., Bisson, J., Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics, 72*, 176-184.
- Rose, S., Bisson, J., Wessely, S. (2003). A systematic review of single psychological interventions ('debriefing') following trauma: updating the Cochrane review and implications for good practice. In R.J. Ørner & U. Snyder (Red.), *Reconstructing early intervention after trauma: innovations in the care of survivors* (pp. 24-39). Oxford:Oxford University Press.
- Rose, S., Brewin, C.R., Andrews, B., e.a. (1999). A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. Anonymous. Anonymous. US: Cambridge University Press. 29
- Schelling, G. et al (2001). The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biological Psychiatry*, vol. 50, no. 12, pp. 978-985.

- Schnyder, U. (2005). Psychothérapies pour les PTSD - une vue d'ensemble. *Psychothérapies*, 25, 39-52.
- Seidler, G.H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.
- Sensky, T. (2003). The utility of systematic reviews: The case of psychological debriefing after trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 171-175.
- Seynaeve, G.J.R. (2001). *Psycho-social support in situations of mass emergency: European policy paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters*. Brussels: Ministry of Public Health.
- Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., e.a. (1997). Predicting PTSD in trauma survivors: Prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. *British Journal of Psychiatry*, 170, 558-564.
- Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 209-218.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2001. 472 pp.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P.R., e.a. (2005). III. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 293, 2601-2608.
- Sijbrandij, M.E.M., Olff, M., Reitsma, J.B., e.a. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioural therapy: a randomized controlled trial, *American Journal of Psychiatry*, 164, 82-90.
- Silove, D., Blaszczyński, A., Manicavasager, V., e.a. (2003). Capacity of Screening Questionnaires to Predict Psychiatric Morbidity 18 Months After Motor Vehicle Accidents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 604-610.
- Silver, S.M., Rogers, S., Knipe, J., e.a. (2005). EMDR Therapy Following the 9/11 Terrorist Attacks: A Community-Based Intervention Project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12, 29-42.
- Stallard, P. Velleman, R., Salter, E., e.a. (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 47, 127-134.
- Stein, B.D., Jaycox, L.H., Kataoka, S.H., e.a. (2003). A Mental Health Intervention for Schoolchildren Exposed to Violence: A Randomized Controlled Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 290, 603-611.
- Stein, D.J., Seedat, S., van der Linden, G.J.H., e.a. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 15(Suppl. 2), S31-S39.
- Stewart, L.N. (2001). Crisis intervention training for nurses. Anonymous. Anonymous. US: Univ Microfilms International. 61,.
- Taylor, S., Wald, J., & Asmundson, G.J.G. (2005). Current Status and Future Directions in the Cognitive-Behavioral Treatment of PTSD. Anonymous. Anonymous. Hauppauge, NY,US: Nova Science Publishers.

- Townsend, C.J., & Loughlin, J.M. (1998). Critical incident stress debriefing in international aid workers. *Journal of travel medicine: official publication of the International Society of Travel Medicine and the Asia Pacific Travel Health Association*, 5, 226-227.
- Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 76-82.
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S., & Norwood, A.E. (1995). Psychiatric dimensions of disaster: Patient care, community consultation, and preventive medicine. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 196-209.
- Velden, G. van der, Eland, J., Kleber, R.J. (1997). *Handboek voor opvang na rampen en calamiteiten*. Zaltbommel:THEMA.
- Velden, P.G. van der, Grievink, L., Dorresteijn, A.M., e.a. (2005). Psychische klachten en het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg na de vuurwerkramp Enschede: een longitudinaal vergelijkend onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 571-582.
- Velden, P.G. van der, Grievink, L., Dusseldorp, A., e.a. (2002). *Gezondheid getroffen en vuurwerkramp Enschede. Rapportage gezondheidsonderzoek 18 maanden na de ramp*. Bilthoven/Zaltbommel: RIVM/IvP.
- Velden, P.G. van der, Grievink, L., Kleber, R.J., e.a. (2006). Post-disaster mental health problems and the utilization of mental health services: a four-year longitudinal comparative study. *Administration and policy in mental health*, 33, 279-288.
- Velden, P.G. van der, & Loon, P. (2005). *Psychosociale opvang in de eerste week na een ramp achtergrond, doelstellingen en activiteiten: VWS startnotitie*: Instituut voor Psychotrauma.
- Vereniging Nederlandse Gemeenten. (2004). *Slagen voor Veiligheid. Opzet Informatie- en Adviescentrum (IAC) na rampen*. [...]: VNG Uitgeverij.
- Verschuur, M.J., Maric, M., Cuijpers, A.T.F., van Emmerik, A.A.P., Rosendaal, F.R., Spinhoven, P. (2004). Het effect van het medisch onderzoek vliegcrash Bijlmermeer op de gezondheidsbeleving van bewoners en hulpverleners ruim acht jaar na de vliegcrash Bijlmermeer. Eindrapport van het medisch onderzoek vliegcrash Bijlmermeer. Effectonderzoek (MOVV-EF).
- Watson, P.J., Friedman, M.J., Gibson, L.E., e.a. (2003). Early intervention for trauma-related problems. Anonymous. Anonymous. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Watson, P.J., & Shalev, A.Y. (2005). Assessment and Treatment of Adult Acute Responses to Traumatic Stress Following Mass Traumatic Events. *CNS Spectrums*, 10, 123-131.
- Webb, N.B. (2005). Groups for Children Traumatically Bereaved by the Attacks of September 11, 2001. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55, 355-374.
- Weisath, L. (1991). *The information and support center: preventing the after-effects of disaster trauma. Psychiatric disorders in the social domain*. Oslo: Norwegian University Press.
- Wessely, S., Rose, S., & Bisson, J. (2000). Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2.
- Wessely, S.C. (2003). The role of screening in the prevention of psychological disorders arising after major trauma: pros and cons. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilson, J.P., Raphael, B., Meldrum, L., e.a. (2000). Chris Bedosky, and Melissa Sigman. Preventing PTSD in trauma survivors. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 181-196.

- Winkel, F.W., & de Winter, S. (1995). The perceived credibility of rape victims during a police interview: An experiment among victim assistance workers. Anonymous. Anonymous. Oxford, UK:: Walter De Gruyter.
- Winkel, F.W., Wohlfarth, T., & Blaauw, E. (2004). Police Referral to Victim Support: The Predictive and Diagnostic Value of the RISK (10) Screening Instrument. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25, 118-127.
- Winston, F.K., Kassam-Adams, N., Garcia-España, F., e.a. (2003). Screening for Risk of Persistent Posttraumatic Stress in Injured Children and Their Parents. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 290, 643-649.
- Witteveen, A.B., Bramsen, I., Johannes E. Hovens, and Henk M. van der Ploeg. Utility of the Impact of Event Scale in screening for posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports*, 97, 297-308.
- Wohlfarth, T.D., van den Brink, W., Winkel, F.W., e.a. (2003). Screening for posttraumatic stress disorder: An evaluation of two self-report scales among crime victims. *Psychological Assessment*, 15, 101-109.
- Wohlfarth, T.D., Winkel, F.W., 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.
- Zatzick, D. (2003). Collaborative care for injured victims of individual and mass trauma: A health services research approach to developing early interventions. Anonymous. Anonymous. New YorkS: Cambridge University Press.
- Zatzick, D., Roy-Byrne, P., Russo, J., e.a. (2004). A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. *Archives of General Psychiatry*, 61, 498-506.
- Zatzick, D., & Wagner, A. (2004). Evaluating and treating injured trauma survivors in trauma care systems. Anonymous. Anonymous. New York: Guilford Press.
- Zatzick, D., Kang, S.M., Müller, H.G., e.a. (2002). Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. *American Journal of Psychiatry*, 159, 941-946.

