

R 98

TNO-rapport
97.001

**Psychosociale hulpverlening bij rampen en
zware ongevallen**
Handleiding voor het ontwikkelen van een
procesplan psychosociale hulpverlening

TNO Preventie en Gezondheid
Divisie Collectieve Preventie

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

auteur:
A.H. Rijsemus, arts, M.P.H.

datum:
januari 1997

TNO Preventie en Gezondheid
Gorterbibliotheek

07 FEB 1997

Postbus 2215 - 2301 CE Leiden

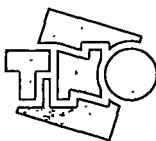
Stamboeknummer

15890

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
Algemene Voorwaarden voor onderzoeks-
opdrachten aan TNO, dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1997 TNO



Nederlandse Organisatie voor
toegepast-natuurwetenschappelijk
onderzoek TNO.

Rijseumus, A.H.

ISBN 90-6743-452-3

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 27,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 97.001.

INHOUD	pagina
TEN GELEIDE	5
SAMENVATTING	7
DEEL I: TOELICHTING	9
1. INLEIDING	11
1.1 De handleiding	11
1.1.1 Aanleiding	11
1.1.2 Doel van de handleiding	12
1.1.3 Totstandkoming van de handleiding	13
1.1.4 Opbouw van de handleiding	14
1.2 Organisatie van de rampenbestrijding	15
1.2.1 Inleiding	15
1.2.2 Structuur en verantwoordelijkheden	15
1.2.3 Positie van de psychosociale hulpverlening	17
2. ACHTERGRONDEN	18
2.1 Inhoudelijke aspecten van de psychosociale hulpverlening	18
2.1.1 Inleiding	18
2.1.2 Aard en omvang van verwerkingsstoornissen	18
2.1.3 Definitie en doelgroepen	19
2.1.4 Fasering en aard van de hulpverlening	20

2.2	Uitvoering van de psychosociale hulpverlening	23
2.2.1	Vorbereiding	23
2.2.2	Kwaliteitseisen	24
DEEL II:	MODELPROCESPLAN	25
3.	UITGANGSSITUATIE	27
3.1	Inleiding	27
3.1.1	Positie, doel en fasering van de psychosociale hulpverlening	27
3.1.2	Doel en werking van het procesplan	28
3.2	De psychosociale hulpverleningsorganisatie (PSHO)	28
3.2.1	Inleiding	28
3.2.2	De structuur van de PSHO	29
3.2.3	Het PSHO-actiecentrum	30
3.2.4	Bereikbaarheidsregeling	30
3.2.5	Raakvlakken met andere processen	30
4.	ACTIVITEITEN PSHO	31
4.1	Opdracht PSHO	31
4.2	Doel psychosociale hulpverlening	31

5. UITVOERING	32
5.1 Opschaling van de PSHO	32
5.1.1 Voorwaarschuwing PSHO	32
5.1.2 Alarmering van de PSHO	32
5.1.3 Formeren rampenopvangteam	33
5.1.4 Nazorg en beëindiging van de opschaling	33
5.1.5 Evaluatie	34
5.2 Taakstelling van de PSHO	35
5.2.1 Taken van het coördinatieteam	35
5.2.2 Taken van de rampenopvangteams	36
6. LOGISTIEK	37
6.1 Bevoorrading	37
6.2 Geneeskundige hulpverlening	37
6.3 Personeel	37
7. LEIDING EN COMMUNICATIE	38
7.1 Leiding	38
7.1.1 Het opperbevel op gemeentelijk/regionaal niveau	38
7.1.2 De procesverantwoordelijke binnen de GHR	38
7.1.3 De leiding over de PSHO	38
7.2 Communicatie	39

DEEL III: BIJLAGEN	41
Bijlage 1: Samenstelling projectgroep	43
Bijlage 2: Samenstelling begeleidingscommissie	45
Bijlage 3: Verslagen oefeningen	47
Bijlage 4: Schema systeem rampenbestrijding	57
AFKORTINGEN	59
LITERATUUR	61

TEN GELEIDE

Voor u ligt het resultaat - een handleiding - van het project 'Psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen'. Met het begrip handleiding wordt beoogd uit te drukken dat het niet gaat om op regionaal niveau verantwoordelijke bestuurders, managers en hulpverleners precies te dicteren hoe zij die hulpverlening moeten organiseren. Integendeel, het gaat er juist om hun enerzijds een richtsnoer in handen te geven voor de organisatie, maar hun anderzijds de ruimte te laten een eigen regio-specifieke uitwerking en implementatie van de regie- en de coördinatiefunctie te geven. Wel valt te hopen dat van de handleiding op hoofdlijnen een uniformerende werking uitgaat. Dat is van belang voor een goede bovenregionale communicatie en coördinatie.

De GGD'en zijn krachtens de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen de instellingen die verantwoordelijk zijn voor (de voorbereiding op) het proces van de hulpverlening. De Landelijke Vereniging voor GGD'en - als hun koepelorganisatie - vond het samenstellen van een handleiding voor de organisatie van de psychosociale hulpverlening nodig, omdat zij onderkende aan de hand van recente zware ongevallen en rampen, dat het om een belangrijk gebied gaat. Een gebied dat in de huidige praktijk bijna steeds te veel in de schaduw blijft van de somatische hulpverlening aan gewonde slachtoffers. Die aandacht voor het gewonde slachtoffer is natuurlijk terecht. Je zult het zelf maar zijn. Niet ontkend kan evenwel worden dat er zeer vele rampen zijn met weinig gewonde slachtoffers, maar helaas veel doden en nog veel meer indirecte slachtoffers, die in geestelijke en maatschappelijke zin in meer of minder ernstige mate ontredderd zijn. De organisatie van de hulpverlening bij zware ongevallen en rampen is daarom pas compleet als ook dit onderdeel goed uitgewerkt en beproefd is. En dat ook en zeker niet in de laatste plaats, omdat het naar ons oordeel een onderdeel van de openbare geestelijke gezondheidszorg betreft. In dat laatste begrip zit immers het feit verpakt dat het gaat om een complexe vorm van interorganisatorische samenwerking van reguliere en vrijwillige hulpverleners, hun instellingen en uitvoerende en beleidsvormende overheidsinstellingen.

Het voorgaande geldt ook in belangrijke mate voor dit project. Dat wil zeggen dat ook deze handleiding niet tot stand zou zijn gekomen zonder de hulp en steun van talloze medewerkers van evenzovele organisaties. Een beeld hiervan krijgt u als u kijkt naar de samenstelling van de

projectgroep en de begeleidingscommissie. Aan hen en aan hun organisaties gaat onze hartelijke dank uit. We hebben er alle vertrouwen in dat hun werk vrucht zal dragen.

Het bestuur van de LVGGD,
P.A.M. Meyknecht, arts, voorzitter

SAMENVATTING

De psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen is een onderdeel van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen, en ligt daarmee binnen het verantwoordelijkheidsdomein van de GGD'en. In de afgelopen jaren is enerzijds in toenemende mate duidelijk geworden dat mensen die een schokkende gebeurtenis meemaken vaak behoefte hebben aan psychosociale hulp. Anderzijds is gebleken dat bij het opstellen van rampenplannen onvoldoende rekening wordt gehouden met deze behoefte. Een en ander is voor de Landelijke Vereniging voor GGD'en en de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Binnenlandse Zaken reden geweest een project te starten dat tot doel had deze handleiding te schrijven voor het ontwikkelen van een procesplan waarin de organisatie van de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen nader wordt uitgewerkt. De handleiding is bestemd voor de directies en medewerkers van de instanties die op een of andere wijze betrokken zijn bij het verlenen van psychosociale hulp bij rampen en zware ongevallen.

De handleiding bestaat uit drie delen. Het tweede deel, de kern van het verhaal, is een modelprocesplan dat als voorbeeld kan dienen wanneer men zelf een procesplan gaat schrijven. Het procesplan gaat in op de doelstelling, organisatiestructuur, uitvoering, logistiek, en leiding en communicatie van de psychosociale hulpverlening. Het eerste deel is een inleiding op het modelprocesplan, waarin behalve op de organisatie van de hulpverlening ook wordt ingegaan op een aantal relevante inhoudelijke aspecten van de psychosociale hulpverlening. Het derde, en laatste deel van de handleiding bevat een aantal bijlagen.

Hoewel de handleiding geschreven is als een raamwerk dat ruimte laat voor een eigen regionale of gemeentelijke invulling van de hulpverlening, is een aantal duidelijke keuzes gemaakt, die voor een deel aansluiten bij binnen de rampenbestrijding heersende opvattingen. De drie belangrijkste worden hier genoemd. In de eerste plaats is ervoor gekozen de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen te laten uitvoeren door instanties die het verlenen van de reguliere psychosociale hulpverlening als taak hebben. In de tweede plaats wordt voorgesteld om ten behoeve van de uitvoering van de hulpverlening een structuur in het leven te roepen, waarbinnen de reguliere instanties in geval van een ramp of zwaar ongeval op efficiënte en effectieve wijze kunnen samenwerken. Deze structuur wordt psychosociale hulpverleningsorganisatie (PSHO) genoemd. Ten derde geeft de handleiding aan dat tijdens de nazorgfase de psychosociale

hulpverlening aan getroffen en zoveel mogelijk moet worden overgenomen door de reguliere hulpverlening.

De bruikbaarheid van de handleiding is geëvalueerd in drie GHR-regio's. De inzichten die deze evaluaties hebben opgeleverd zijn vervolgens gebruikt om de handleiding aan te passen. De evaluatieverslagen zijn als bijlagen aan de handleiding toegevoegd.

De lezer die snel een volledig overzicht wil hebben van de in deze handleiding behandelde onderwerpen, kan volstaan met het lezen van het tweede deel van de nota, te weten het modelprocesplan.

DEEL I: TOELICHTING

1. INLEIDING

1.1 De handleiding

1.1.1 Aanleiding

Mensen die een schokkende gebeurtenis meemaken, hebben vaak behoefte aan psychosociale hulp. Rampen en zware ongevallen die zich in de afgelopen jaren hebben voorgedaan hebben dit op navrante wijze duidelijk gemaakt. Voorbeelden zijn de Bijlmer-vliegcrash (1992), de vliegtuigongelukken bij Eindhoven en Texel (1996), en verscheidene busongevallen (Katowice en Regensburg, 1994; Antalya, Thionville en Winterberg, 1996). Met name over de (gevolgen van de) Bijlmer-vliegcrash is veel gepubliceerd.¹

De behoefte aan psychosociale hulp ontstaat doordat veel mensen moeite hebben met het verwerken van de schokkende gebeurtenis die ze hebben meegemaakt. Verwerkingsproblemen kunnen leiden tot het ontstaan van een (partiële) posttraumatische stressstoornis (PTSS) of andere verwerkingsstoornissen, zoals fobieën (Carlier et al, 1994). Om getroffen en te helpen hun schokkende ervaringen te verwerken en eventueel optredende verwerkingsstoornissen vroegtijdig te herkennen en te behandelen, is adequate psychosociale hulp van groot belang. In de praktijk blijkt, dat op veel plaatsen in Nederland bij het opstellen van rampenplannen en rampenbestrijdingsplannen geen of onvoldoende rekening wordt gehouden met de behoefte van getroffen en aan psychosociale hulp (Hendrix, 1991).²

Deze constatering, en het feit dat de Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdiensten (GGD'en) een centrale rol bekleden bij de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen (GHR), waarvan de psychosociale hulpverlening deel uitmaakt, vormden voor de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD) een reden om de organisatorische aspecten van de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen nader te willen uitwerken (Gorissen et

¹ Zie onder andere Crisis Onderzoek Team, 1993; Van Deursen et al, 1993; Gersons et al, 1993; Hellemans, 1993; Carlier et al, 1995).

Voor definities van de begrippen rampenplan en rampenbestrijdingsplan wordt verwezen naar subparagraaf 1.2.2.

al, 1995).^{3 4} Zij heeft ervoor gekozen dit samen met andere belanghebbende instanties te doen in de vorm van een ontwikkelingsproject, dat deze handleiding heeft opgeleverd (zie subparagraaf 1.1.3). Dit ontwikkelingsproject kan beschouwd worden als een onderdeel van het, bredere, project Versterking Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen (PVGHR). Het PVGHR is in 1996 in opdracht van de ministeries van Binnenlandse Zaken (BiZa) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van start gegaan, nadat de Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding en de Inspectie voor de Gezondheidszorg hun zorgen hadden geuit over de kwaliteit van de GHR.^{5 6}

1.1.2 Doel van de handleiding

De LVGGD wil met deze handleiding een bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen. De handleiding moet GGD'en in staat stellen om, in samenspraak c.q. samenwerking met hulpverlenende instanties als Het Nederlandse Rode Kruis (NKR), Buro's Slachtofferhulp, huisartsen, het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG'en) en kerkelijke instellingen, de psychosociale hulpverlening op verantwoorde wijze gestalte te geven.

Het accent ligt in de handleiding op de organisatorische aspecten van de voorbereiding op en uitvoering van de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen. De inhoudelijke aspecten van de hulpverlening vallen buiten de opdracht van de projectgroep. Op de inhoud van de

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 1991, 653. Wet van 14 november 1991, houdende regels inzake de organisatie en uitvoering van de geneeskundige hulpverlening bij rampen, alsmede de voorbereidingen daarop (Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen). 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, 1991.

Wanneer in deze handleiding de afkorting GHR gebruikt wordt, wordt daarmee bedoeld de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen. Oorspronkelijk stond deze afkorting voor geneeskundige hulpverlening bij rampen.

⁵ Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding, Inspectie voor de Gezondheidszorg. De opbouw van de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen. 's-Gravenhage: Ministerie van Binnenlandse Zaken, Directie Brandweer en Rampenbestrijding, 1995. Het rapport bestaat uit vier delen: Hoofdrapport, Deelrapport 1 (Bestuur, beleid, organisatie en samenwerking), Deelrapport 2 (De geneeskundige hulpverleningsketen) en Deelrapport 3 (Leiding en coördinatie).

Alons & Partners Consultancy bv. Geneeskundige hulpverlening: bij ongeval en ramp. Den Haag: Alons & Partners Consultancy bv, 1996.

hulpverlening zal alleen worden ingegaan voor zover dat relevant is voor de organisatorische vormgeving van de psychosociale hulpverlening.⁷

Concreet is de handleiding, die met name geschreven is voor de directies en medewerkers van de instanties die op een of andere wijze betrokken zijn bij het verlenen van psychosociale hulp, te gebruiken als hulpmiddel bij het ontwikkelen van een procesplan psychosociale hulpverlening.⁸ De handleiding is opgesteld als een raamwerk dat ruimte laat voor een eigen regionale c.q. gemeentelijke invulling van de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen.

1.1.3 Totstandkoming van de handleiding

Met de uitvoering van het ontwikkelingsproject, dat wil zeggen het schrijven van de voorliggende handleiding, was een uit negen personen bestaande projectgroep belast, die acht keer bijeen is geweest (zie voor de samenstelling van de projectgroep bijlage 1). De projectgroep is terzijde gestaan door een begeleidingscommissie, die met name tot taak had een beleidsmatig en inhoudelijk draagvlak voor (de uitkomst van) het ontwikkelingsproject te creëren en relevante kennis en ervaring in te brengen (zie voor de samenstelling van de begeleidingscommissie bijlage 2).

Het ontwikkelingsproject is in drie fasen uitgevoerd: ontwikkelingsfase, implementatiefase en evaluatiefase. Gedurende de ontwikkelingsfase is de handleiding in concept geschreven. Dit is gebeurd aan de hand van schriftelijke bronnen en de inbreng van de deskundigen die deel uitmaakten van de projectgroep en de begeleidingscommissie. De geraadpleegde schriftelijke bronnen staan vermeld in de literatuurlijst achter in de handleiding. De bron waar relatief veel inzichten aan zijn ontleend, is het *Rampenopvangplan RIAGG* (Theuvenet et al, 1996).⁹

Door medewerkers van het Instituut voor Psychotrauma in Utrecht wordt een handboek geschreven voor de opvang na rampen en calamiteiten. In dit handboek, dat naar verwachting in de loop van 1997 zal verschijnen, wordt met name op de inhoudelijke aspecten van de psychosociale hulpverlening na rampen en zware ongevallen ingegaan.

Wat onder een procesplan dient te worden verstaan en hoe het zich verhoudt tot een rampen- c.q. rampenbestrijdingsplan, wordt nader uitgelegd in subparagraaf 1.2.2.

De eindverantwoordelijkheid voor het *Rampenopvangplan RIAGG* berust bij de RIAGG Rijnmond Noord West. Het is totstandgekomen door samenwerking tussen de RIAGG Rijnmond Noord West, de RIAGG Rotterdam Zuid en omstreken, de RIAGG Zuidhollandse Eilanden, de RIAGG Dordrecht en omstreken, de GGD Rotterdam en omstreken, de GGD Zuidhollandse Eilanden, de GGD Nieuwe Waterweg Noord en de GGD Zuid-Holland Zuid. Het *Rampenopvangplan RIAGG* regelt de inzet van RIAGG-medewerkers bij de psychosociale hulpverlening na

Tijdens de implementatiefase is de bruikbaarheid van de concept-handleiding in drie GHR-regio's getoetst. In de regio Noord-Nederland is een procesplan voor de psychosociale hulpverlening geschreven, in de regio Zuid-Oost Brabant is een stafoefening gehouden en in de GHR-regio Rotterdam Rijnmond een inzetoefening (in bijlage 3 zijn verslagen van de twee oefeningen opgenomen). De evaluatiefase is gebruikt om de concept-handleiding, op basis van de tijdens de implementatiefase opgedane inzichten, bij te stellen en zodoende tot de onderhavige definitieve versie te komen.

Het ontwikkelingsproject is uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de LVGGD, in opdracht van BiZa en VWS.

1.1.4 Opbouw van de handleiding

De handleiding is opgebouwd uit drie delen. Deel II vormt de kern van de handleiding. Het is een modelprocesplan waarin het proces psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen wordt beschreven. Het kan als leidraad gebruikt worden door instanties die zelf een dergelijk procesplan willen opstellen. Achtereenvolgens wordt in het modelprocesplan ingegaan op de volgende aspecten van de psychosociale hulpverlening: organisatie, doelstelling, uitvoering, logistiek, en leiding en communicatie.¹⁰

Het voorliggende deel I van de handleiding, is een toelichting op het modelprocesplan. Hierin wordt met name aandacht geschonken aan de organisatie van de rampenbestrijding in Nederland en, voorzover relevant, aan inhoudelijke aspecten van de psychosociale hulpverlening.

Tenslotte bevat deel III de bijlagen.

rampen wanneer die zich in het verzorgingsgebied van de betrokken instellingen onverhoopt zouden voordoen.

Hiermee is aangesloten bij het in de rampenbestrijding veel gebruikte vijf-paragrafen-model.

1.2 Organisatie van de rampenbestrijding¹¹

1.2.1 Inleiding

De aard en schaalgrootte van een ongeval of ander incident bepalen of, en de mate waarin, hulpverlenende instanties als politie, brandweer en GGD worden ingezet. Wanneer de omvang en/of aard van een ongeval of ander incident zo is dat een ernstige verstoring van de algemene veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen dan wel grote materiële belangen in ernstige mate bedreigd worden en een gecoördineerde inzet van hulpverlenende instanties noodzakelijk is, is er sprake van een ramp. In een dergelijke situatie treden er allerlei coördinatiemechanismen in werking die er toe moeten leiden dat de bestrijding van de ramp effectief en efficiënt verloopt. Hieronder wordt beknopt uiteengezet hoe de rampenbestrijding in Nederland is georganiseerd.

1.2.2 Structuur en verantwoordelijkheden

Behalve in de Rampenwet en Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen (WGHR), heeft de rampenbestrijding een wettelijke basis in onder meer de volgende wetten: Gemeentewet, Provinciewet, Brandweerwet, Wet ambulancevervoer, en Wet infectieziektenbestrijding en opsporing ziekteoorzaken. Hoewel bij de uitvoering van de rampenbestrijding ook tal van niet-overheidsinstanties betrokken kunnen zijn, blijft de overheid altijd verantwoordelijk voor het beleid en de uitvoering van de rampenbestrijding. Omdat bij de rampenbestrijding veelal een groot aantal instanties samenwerkt is een heldere verantwoordelijkheidsstructuur en taakverdeling noodzakelijk, alsook een duidelijke aansturing.

In de rampenbestrijding wordt op veel plaatsen door hulpverlenende instanties op regionaal niveau samengewerkt. Op gemeentelijk niveau wordt de organisatie van de rampenbestrijding beschreven in rampenplannen en rampbestrijdingsplannen. Een rampenplan is een organisatieplan waarin in algemene zin is aangegeven hoe in geval van een ramp of een dreigende ramp gehandeld dient te worden teneinde tot een doelmatig bestrijden van de ramp en de gevolgen daarvan te komen. Voor

¹¹ De organisatie van de rampenbestrijding en met name van de geneeskundige hulpverlening bij rampen wordt beschreven in het in noot 5 vermelde rapport.

een ramp waarvan de plaats, aard en gevolgen voorzienbaar zijn, dient in een rampbestrijdingsplan het geheel van de bij die ramp te nemen maatregelen te zijn beschreven. In tegenstelling tot rampenplannen zijn rampbestrijdingsplannen niet openbaar.

Binnen het systeem van de rampenbestrijding kunnen vijf subsystemen worden onderscheiden, te weten: (1) bron-, gevolg- en effectbestrijding, (2) geneeskundige hulpverlening, (3) bevolkingszorg, (4) logistiek, en (5) ordehandhaving, beveiliging en verkeer. De subsystemen zijn vervolgens weer opgebouwd uit processen. In totaal bestaan er circa 30 processen, variërend van alarmering van bestuur en uitvoerenden tot bron- en effectbestrijding en strafrechtelijk onderzoek.¹² Een beschrijving van deze processen maakt, in de vorm van procesplannen of deelplannen, deel uit van rampenplannen en rampbestrijdingsplannen (zie bijlage 4 voor een schema van het systeem van de rampenbestrijding).

De burgemeester draagt de eindverantwoordelijkheid voor de rampenbestrijding. Degenen die aan de bestrijding van een ramp deelnemen, staan onder zijn bevel. De operationele leiding bij de bestrijding van een ramp is in beginsel in handen van de commandant van de brandweer. Wanneer een (dreigende) ramp van meer dan plaatselijke betekenis is, kan de commissaris der Koningin burgemeesters aanwijzingen geven inzake het bij de rampenbestrijding te voeren beleid. Ook kan de commissaris in de operationele leiding van de rampenbestrijding voorzien. De minister van Binnenlandse Zaken kan op zijn beurt de Commissarissen aanwijzingen geven wanneer het algemeen belang dat dringend vereist.

In geval van een (dreigende) ramp worden vanuit het dagelijks functioneren het bestuur en de hulpverlenende instanties opgeschaald. Of en wanneer wordt opgeschaald, bepaalt de burgemeester. Hij zal dat doen als er naar zijn mening sprake is van een (dreigende) ramp in de zin van de Rampenwet. Echter, ook in geval van zware ongevallen die niet voldoen aan de definitie van het begrip ramp, kan de burgemeester besluiten (gedeeltelijk) op te schalen.¹³

De namen van de vijf subsystemen alsook de namen van en het aantal processen kan per regio verschillen.

Uiteraard kunnen de degenen die de leiding hebben over de hulpverlenende instanties, ook zelf bepalen of zij (in het kader van de reguliere hulpverlening) willen opschalen. Daarbij kan er gewerkt worden volgens de procedures die in rampenplannen en rampenbestrijdingsplannen zijn vastgelegd. Tot bestuurlijke opschaling in het kader van de Rampenwet kan echter alleen de burgemeester beslissen.

1.2.3 Positie van de psychosociale hulpverlening

Het subsysteem geneeskundige hulpverlening bestaat uit drie processen: (1) somatische hulpverlening, (2) gezondheidsbescherming en medisch-milieukundige maatregelen en (3) psychosociale hulpverlening. Omdat de psychosociale hulp in het tijdvak dat onmiddellijk na de ramp ligt, in de regel wordt aangeboden in een of meer opvangcentra, heeft het proces psychosociale hulpverlening raakvlakken met diverse processen binnen het subsysteem bevolkingszorg, met name opvang en verzorging, en registreren van slachtoffers (zie ook paragraaf 2.2)

Krachtens de WGHR is de directeur van de GGD belast met de leiding over de geneeskundige hulpverlening bij rampen, alsook met het treffen van voorbereidingen die het mogelijk moeten maken de hulp adequaat te verlenen. Omdat de psychosociale hulpverlening deel uitmaakt van de geneeskundige hulpverlening, is de directeur van de GGD ook belast met de leiding over deze hulpverlening.

2. ACHTERGRONDEN

2.1 Inhoudelijke aspecten van de psychosociale hulpverlening

2.1.1 Inleiding

Hoewel het accent in de handleiding ligt op de organisatorische aspecten van de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen, is er voor gekozen om in deze en de drie volgende subparagrafen toch kort in te gaan op een aantal inhoudelijke aspecten van de psychosociale hulpverlening. Immers, inhoudelijke aspecten zijn mede bepalend voor de organisatorische vormgeving van de psychosociale hulpverlening. Er zal achtereenvolgens kort worden ingegaan op de aard en omvang van verwerkingsstoornissen, de definitie van psychosociale hulpverlening, de doelgroepen waarop de hulpverlening zich richt en tenslotte de fasering en aard van de hulpverlening.¹⁴

2.1.2 Aard en omvang van verwerkingsstoornissen

Eerder werd reeds opgemerkt dat mensen soms moeite hebben met het verwerken van de schokkende gebeurtenissen die ze hebben meegemaakt. Wat schokkende gebeurtenissen zijn en hoe deze kunnen leiden tot verwerkingsstoornissen wordt in het boek *Ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk* (Carlier et al, 1994) beschreven. Bij schokkende gebeurtenissen moet gedacht worden aan gebeurtenissen die buiten het patroon van de gebruikelijke ervaringen liggen en pijnlijk en ontwrichtend zijn voor de betrokkenen. In de regel zal de verwerking van een schokkende gebeurtenis moeizamer verlopen naarmate deze een sterker traumatiserend effect heeft, dat wil zeggen intensere gevoelens van angst en machteloosheid teweegbrengt. Hoe sterk een schokkende gebeurtenis traumatiserend werkt, hangt niet alleen af van de aard van de gebeurtenis zelf, maar ook van de draagkracht van de persoon in kwestie. Verder kunnen ook omgevingsfactoren het traumatiserend effect beïnvloeden. Zo verergeren conflicten op het werk en het ontbreken van sociale steun in de privésfeer het effect. Wanneer een schokkende gebeurtenis een traumatisch

Zie noot 7.

effect heeft, spreekt men wel van een traumatische gebeurtenis. Deze wordt gedefinieerd als een gebeurtenis waarbij de betrokkene direct of indirect is geconfronteerd met een feitelijke of dreigende dood, of die ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van de desbetreffende persoon of anderen, en die gepaard ging met een intense emotionele reactie bij betreffende, zoals angst, hulpeloosheid of afschuw.

Het verwerken van een traumatische gebeurtenis kan met verwerkingsproblemen of verwerkingsstoornissen gepaard gaan. Van verwerkingsstoornissen spreekt men alleen wanneer een psychiatrische diagnose gesteld kan worden, zoals PTSS of pleinvrees. Wanneer geen psychiatrische diagnose gesteld kan worden, maar de verwerking wel gestoord verloopt, is er sprake van een verwerkingsprobleem. Hierbij moet men bijvoorbeeld denken aan vage lichamelijke klachten en depressieve gevoelens.

Er komen steeds meer gegevens beschikbaar over het vóórkomen van verwerkingsstoornissen. Het meest is bekend over PTSS, alhoewel de onderzoeksresultaten niet eenduidig zijn. Volgens de meest betrouwbare literatuurgegevens komt PTSS in de algemene bevolking bij ongeveer negen procent van de mensen voor. Voor Vietnam-veteranen ligt dit cijfer hoger, voor politie- en brandweerpersoneel lager.¹⁵

2.1.3 Definitie en doelgroepen

De psychosociale hulp bij rampen en zware ongevallen kan omschreven worden als de hulp die beoogt het herstel van het psychisch evenwicht van de getroffen te bevorderen en zodoende bij te dragen aan het voorkomen van verwerkingsproblemen en verwerkingsstoornissen. Het tweede doel is het bevorderen van de vroegtijdige herkenning en adequate behandeling van eenmaal opgetreden verwerkingsproblemen en verwerkingsstoornissen.

Deze psychosociale hulpverlening richt zich zowel op de direct als de indirect getroffen van rampen en zware ongevallen. De direct getroffen zijn degenen die de ramp of het zware ongeval zelf hebben meegemaakt. Tot de indirect getroffen worden onder meer gerekend de familie, vrienden en kennissen van de direct getroffen, ooggetuigen en reddingswerkers.

Zie onder andere Breslau et al, 1991; Schlenger et al, 1992; Resnick et al, 1993; Carlier et al, 1994; Norris, 1994; Kessler et al, 1995; Marmar et al, 1996.

enigszins terughoudende, observerende rol moeten vervullen en pas in actie dienen te komen als er duidelijke aanwijzingen zijn dat psychosociale hulp gewenst is.

- c. Getroffenen zijn in de regel het beste af met steun door mensen uit hun directe omgeving. De psychosociale hulpverleners (en ook degenen die belast zijn met de maatschappelijke opvang) dienen dit type steun dan ook zoveel mogelijk te stimuleren. Andere vormen van hulp kunnen variëren van een troostend woord, het organiseren en leiden van groepsgesprekken (waaronder *debriefings*), en, in voorkomende gevallen, het verlenen van acute psychiatrische zorg.
- d. Aan getroffenen dient schriftelijke informatie te worden verstrekt over de gevoelens en emoties die kunnen optreden als gevolg van de schokkende gebeurtenis die ze hebben meegemaakt. Ook dient te worden uitgelegd wanneer het aanbeveling verdient professionele hulp te zoeken en welke weg daartoe bewandeld dient te worden.
- e. Er dient te worden bijgedragen aan het scheppen van randvoorwaarden voor het bevorderen van het welzijn van getroffenen. Dat wil zeggen dat er aandacht moet zijn voor hulpvragen op het gebied van materiële, juridische en financiële aangelegenheden.²¹

Verder verdient het aanbeveling van alle getroffenen die in een opvangcentrum aanwezig zijn de huisarts in te lichten over de schokkende gebeurtenis die zij hebben meegemaakt, om de huisarts zodoende vroegtijdig en op individueel niveau te attanderen op het mogelijk optreden van verwerkingsproblemen en verwerkingsstoornissen. Het inlichten van de huisartsen, dat binnen het subsysteem bevolkingszorg geregeld moet worden, dient schriftelijk te gebeuren en alleen nadat de betrokkenen daartoe toestemming hebben gegeven.

Gebleken is dat wanneer (te) bureaucratisch, dat wil zeggen niet snel en efficiënt, op dit soort hulpvragen wordt ingespeeld, dit de verwerking van de schokkende gebeurtenissen negatief kan beïnvloeden.

2.2 Uitvoering van de psychosociale hulpverlening

2.2.1 Voorbereiding

Het project Versterking Geneeskundige Hulpverlening bij rampen (PVGHR) heeft een visiedocument opgeleverd, waarin op hoofdlijnen een toekomstvisie op de GHR wordt uitgewerkt.²² Centraal in het document staat het uitgangspunt dat de GHR een voortzetting dient te zijn van de reguliere hulpverlening, zij het in een grootschaliger situatie. Omdat de psychosociale hulpverlening onderdeel is van de GHR is in deze handleiding bij dit uitgangspunt aangesloten. Dat wil zeggen dat er voor gekozen is om voor de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen gebruik te maken van de instanties die in reguliere situaties deze hulp ook bieden. De schaalgrootte van rampen en zware ongevallen en de diversiteit van de problematiek van de getroffen en de diversiteit van de diversiteit van de problematiek van de getroffen maken het onmogelijk en onwenselijk om de psychosociale hulpverlening door één instantie te laten verlenen. Het verdient dan ook de voorkeur om (vrijwillige en professionele) instanties, die onder normale omstandigheden ieder afzonderlijk ook actief zijn op dit terrein, in rampsituaties en bij zware ongevallen te laten samenwerken. Om deze samenwerking effectief en efficiënt gestalte te kunnen geven, wordt voorgesteld een speciale structuur in het leven te roepen waarbinnen de hulpverlenende instanties bij rampen en zware ongevallen kunnen samenwerken. Deze structuur is de psychosociale hulpverleningsorganisatie (PSHO) genoemd. De PSHO wordt geleid door een coördinatieteam waarvan de voorzitter rechtstreeks rapporteert aan de directeur van de GGD. Het coördinatieteam is samengesteld uit telkens één vertegenwoordiger van de in de PSHO participerende instanties. Dit dient iemand te zijn die door directie c.q. het bestuur van de instantie waarvan hij deel uitmaakt, gemandateerd is om beslissingen te nemen, met name omtrent de inzet van de medewerkers uit de eigen organisatie.

Om de aansturing van de medewerkers van de diverse instanties door het coördinatieteam mogelijk te maken, is het bij het ontwikkelen van het procesplan psychosociale hulpverlening van wezenlijk belang hierover zeer goede afspraken te maken.

De keuze van de in de PSHO participerende instanties kan per gemeente of regio verschillen. Gedacht kan worden aan het AMW, het Bureau Slachtofferhulp en de RIAGG. Of de GGD ook

Zie noot 6.

betrokken zal zijn bij het verlenen van de psychosociale hulp hangt onder meer af van de bij de GGD aanwezige relevante expertise. Dit laatste geldt ook voor het zitting nemen van GGD-medewerkers in het coördinatieteam. Welke keuze er ook gemaakt wordt, de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen zal conform het huidige wettelijk kader moeten worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de directeur van de GGD.

2.2.2 Kwaliteitseisen

De kwaliteit van de psychosociale hulpverlening wordt enerzijds bepaald door de kwaliteit van de bij de hulpverlening betrokken instanties en hulpverleners en anderzijds door de wijze waarop zij ten behoeve van de psychosociale hulpverlening bij rampen met elkaar samenwerken. De instanties die participeren in de psychosociale hulpverlening bij rampen dienen te beschikken over een eigen kwaliteitsbeleid, dat aansluit bij de op dit terrein bestaande wetgeving, en onder meer aandacht besteedt aan de organisatie van de hulpverlening, de deskundigheid van de hulpverleners en de bejegening van en informatievoorziening aan cliënten en patiënten.

Daarnaast is het van belang om over specifieke kwaliteitseisen te beschikken voor de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen. Daarbij kan gedacht worden aan:

- inhoudelijke kwaliteitseisen voor de hulpverleners, waaronder eisen ten aanzien van na- en bijscholing;
- organisatorische kwaliteitseisen voor de participerende instanties, waaronder het beschikken over een bereikbaarheidsregeling;
- eisen ten aanzien van de hulpverleningsproces zelf, zoals het werken aan de hand van protocollen;
- eisen ten aanzien van de deelname aan oefeningen.

In het brede PVGHR zal apart aandacht worden geschonken aan de kwaliteit van de GHR.

DEEL II: MODELPROCESPLAN

3. UITGANGSSITUATIE

3.1 Inleiding

3.1.1 Positie, doel en fasering van de psychosociale hulpverlening

Het proces psychosociale hulpverlening maakt samen met het proces somatische hulpverlening en het proces gezondheidsbescherming en medisch-milieukundige maatregelen deel uit van het subsysteem geneeskundige hulpverlening.

De directeur van de GGD geeft leiding aan de voorbereiding op en uitvoering van de psychosociale hulpverlening. De coördinatie en daadwerkelijke uitvoering van de hulpverlening is opgedragen aan de psychosociale hulpverleningsorganisatie (PSHO) die door de organisaties die er in deelnemen speciaal voor dit doel in het leven is geroepen (zie paragraaf 3.2).

Het proces psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen heeft een tweeledig doel:

- het bevorderen van het herstel van het psychisch evenwicht van de getroffen en omzodoende verwerkingsstoornissen te voorkomen;
- het bevorderen dat eenmaal opgetreden verwerkingsstoornissen vroegtijdig worden herkend en adequaat worden behandeld.

Het proces psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen kent wat de uitvoering van de hulpverlening betreft twee fases, te weten de opvangfase en de nazorgfase. Van de opvangfase is sprake zolang de in het kader van de rampenbestrijding ingerichte opvangcentra geopend zijn. Met het sluiten van de opvangcentra begint de nazorgfase. Wanneer de nazorgfase eindigt, hangt af van de aard en omvang van de psychosociale problematiek en wordt bepaald door de directeur van de GGD (zie ook subparagraaf 5.1.4).

3.1.2 Doel en werking van het procesplan

Het doel van het procesplan is inzicht te geven in de volgende aspecten van de psychosociale hulpverlening bij rampen: (1) organisatie, (2) doelstelling, (3) uitvoering, (4) logistiek, en (5) leiding en communicatie.

Het procesplan wordt opgesteld door de GGD in nauwe samenwerking c.q. samenspraak met de instanties die (direct of indirect) bij de psychosociale hulpverlening zijn betrokken. Nadat het is goedgekeurd door de directeur van de GGD wordt het voorgelegd aan en vastgesteld door het verantwoordelijk bestuur van de GHR-regio. Vervolgens wordt het toegestuurd aan alle instanties die een rol spelen bij de rampenbestrijding. Na iedere inzet of oefening van de PSHO wordt het procesplan op basis van evaluatie-uitkomsten aangepast. Actualisering van feitelijke gegevens (zoals namen en telefoonnummers) dient tenminste twee maal per jaar te gebeuren.

3.2 De psychosociale hulpverleningsorganisatie (PSHO)

3.2.1 Voorbereiding

In geval van rampen en zware ongevallen wordt de psychosociale hulp aan getroffen personen verleend vanuit de PSHO. De directeur van de GGD is verantwoordelijk voor (het opzetten van) de PSHO. In de PSHO kunnen de volgende organisaties participeren: het AMW, het Bureau Slachtofferhulp en de RIAGG. Met elk van deze organisaties dient de GGD een samenwerkingsovereenkomst sluiten waarin in ieder geval zijn opgenomen:

- de namen en functies van de door de desbetreffende instanties voor de PSHO beschikbaar gestelde functionarissen;
- bereikbaarheid en opkomsttijden van deze functionarissen;
- posities van de betreffende functionarissen binnen de PSHO-structuur en hun bevoegdheden, taken en verantwoordelijkheden;
- afspraken inzake de kwaliteit van de te leveren psychosociale hulp;
- afspraken over de deelname aan oefeningen;

- afspraken over financiële tegemoetkomingen voor bereikbaarheidsdiensten, oefeningen, inzet bij rampen en zware ongevallen en de aanschaf van benodigde apparatuur (bijvoorbeeld ten behoeve van de communicatie).²³

3.2.2 De structuur van de PSHO

Binnen de structuur van de PSHO worden twee geledingen onderscheiden, te weten het coördinatieteam en de rampenopvangteams. Het coördinatieteam is samengesteld uit de directeurs (of hun plaatsvervangers) van de hulpverlenende instanties die in de PSHO participeren. Elk van hen laat zich bijstaan door een functionaris uit de eigen organisatie ten behoeve van secretariële en anderszins praktische ondersteuning.

Het coördinatieteam is belast met het formuleren van PSHO-beleid, het leiding geven aan de rampenopvangteams, en het coördineren van de samenwerking met hulpverlenende instanties die actief zijn binnen andere processen waarmee het proces psychosociale hulpverlening raakvlakken heeft. De directeur GGD benoemt één van de leden van het coördinatieteam als voorzitter. De voorzitter van het coördinatieteam rapporteert aan de directeur van de GGD. De rampenopvangteams dragen zorg voor de uitvoering van de psychosociale hulpverlening binnen het door het coördinatieteam vastgestelde PSHO-beleid. De leiders van de rampenopvangteams rapporteren aan de voorzitter van het coördinatieteam.

De rampenopvangteams worden samengesteld door het coördinatieteam aan de hand van lijsten met de voor de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen inzetbare functionarissen. De namen en functies van deze personen kunnen worden ontleend aan de samenwerkingsovereenkomsten die dienen te worden afgesloten tussen de GGD en de bij de hulpverlening betrokken instanties (zie subparagraaf 3.2.1). De rampenopvangteams bestaan uit zeven tot tien personen, waarvan tenminste twee RIAGG-functionarissen. In ieder geval één van de RIAGG-functionarissen dient psychiater te zijn. De leider van een rampenopvangteam is bij voorkeur een RIAGG-functionaris met leidinggevende capaciteiten.

In deze handleiding wordt verder niet ingegaan op de financiële aspecten van de GHR. In het PVGHR gebeurt dit echter wel.

3.2.3 Het PSHO-actiecentrum

Het PSHO-coördinatieteam opereert vanuit een actiecentrum. Er dienen twee lokaties beschikbaar te zijn voor het actiecentrum om zo goed mogelijk voorbereid te zijn op de situatie dat een lokatie in het rampgebied zou liggen en daardoor niet beschikbaar.

3.2.4 Bereikbaarheidsregeling

Om de PSHO effectief te kunnen laten functioneren, dienen de participerende instanties c.q. hun medewerkers snel inzetbaar te zijn. Om deze inzet te waarborgen zal in ieder geval voor de sleutelfunctionarissen van de betrokken instanties een bereikbaarheidsregeling van kracht moeten zijn.

3.2.5 Raakvlakken met andere processen

Binnen het subsysteem geneeskundige hulpverlening is het proces psychosociale hulpverlening met name nauw gerelateerd aan het proces somatische hulpverlening. Daarnaast bestaan er raakvlakken met diverse processen van het subsysteem bevolkingszorg.

De GGD is verantwoordelijk voor de invulling van het proces somatische hulpverlening. Deze keten omvat het geheel van handelen vanaf het moment van opsporen van een slachtoffer tot en met het moment dat verdere behandeling niet meer nodig is. Andere gemeentelijke diensten zijn verantwoordelijk voor het subsysteem bevolkingszorg. Binnen dit subsysteem zijn de zaken geregeld die noodzakelijk zijn voor de waarschuwing en alarmering van de bevolking, de evacuatie van de bevolking uit het bron- en effectgebied, de inrichting van opvangcentra, en de registratie en maatschappelijke opvang van getroffenen.

Waar de activiteiten van de PSHO raakvlakken vertonen met de activiteiten van de instanties die uitvoering geven aan de bevolkingszorg en de somatische hulpverlening dienen werkafspraken gemaakt te worden tussen (of namens) degenen die verantwoordelijk zijn voor en leiding geven aan de diverse activiteiten. Op basis van deze werkafspraken moeten de diverse procesplannen op elkaar worden afgestemd.

4. ACTIVITEITEN PSHO

4.1 Opdracht PSHO

De opdracht van de PSHO is tijdens de opvang- en nazorgfase zorg te dragen voor de coördinatie en uitvoering van de psychosociale hulpverlening aan getroffen personen. De PSHO richt zich op de direct en indirect door een ramp of zwaar ongeval getroffen personen.

De bij een ramp of zwaar ongeval betrokken reddingswerkers en andere hulpverleners worden ook tot de indirect getroffen personen gerekend. De PSHO richt zich echter niet op hen, omdat de hulpverlening aan deze groep geacht wordt deel uit te maken van de arbozorg die door de eigen organisatie moet worden geboden.

Een uitzondering wordt gemaakt voor degenen die de psychosociale hulp verlenen. Reden is dat het hier om mensen gaat van verschillende organisaties die in een opvangcentrum met elkaar samenwerken en het aanbeveling verdient om met hen gezamenlijk de tijdens hun inzet opgedane ervaringen te bespreken.

4.2 Doel psychosociale hulpverlening

Het doel van de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen is tweeledig. Ten eerste wordt met de hulp beoogd bij te dragen aan het voorkomen van verwerkingsproblemen en verwerkingsstoornissen. In de tweede plaats is de hulp er op gericht de vroegtijdige herkenning en adequate behandeling van eenmaal opgetreden verwerkingsproblemen en verwerkingsstoornissen te bevorderen.

5. UITVOERING

5.1 Opschaling van de PSHO

5.1.1 Voorwaarschuwing PSHO

In geval van een (veronderstelde) ramp of zwaar ongeval neemt de directeur van de GGD contact op met de voorzitter van het coördinatieteam van de PSHO met het verzoek de PSHO voor te bereiden op een mogelijke opschaling. De voorzitter van het coördinatieteam neemt vervolgens het initiatief tot het informeren van de leden van het coördinatieteam, de directies van de in PSHO participerende instanties, en de leiders van de rampenopvangteams over de ontvangen voorwaarschuwing en vraagt hen zich gereed te maken voor een mogelijke inzet. Het waarschuwen van de diverse functionarissen gebeurt aan de hand van alarmeringslijsten (zie paragraaf 7.2.).

5.1.2 Alarmering van de PSHO

Als blijkt dat een opvangcentrum wordt geopend, verzoekt de directeur van de GGD de voorzitter van het coördinatieteam de PSHO paraat te maken. De voorzitter van het coördinatieteam zorgt er dan voor dat de leden van het coördinatieteam en het (naar schatting) benodigde aantal leiders van rampenopvangteams volgens de alarmeringslijst van de PSHO worden opgeroepen. Ook laat hij de directies van de in de PSHO participerende instanties van deze oproep op de hoogte brengen. Daarna stelt de voorzitter het actiecentrum PSHO in werking. De voorzitter en de leden van het coördinatieteam begeven zich vervolgens naar het actiecentrum. De leiders van de rampenopvangteams gaan naar het opvangcentrum. Op initiatief van de leiders van de rampenopvangteams wordt (volgens de alarmeringslijst) contact opgenomen met de leden van de rampenopvangteams met het verzoek zich gereed te maken voor een mogelijke inzet.

5.1.3 Formeren rampenopvangteam

De leider van het coördinatieteam formeert in overleg met de leiders van de rampenopvangteams één of meer rampenopvangteams. Deze formatie vindt plaats na een terugmelding door deze functionarissen over de aanwezigheid en inzetbaarheid van de hulpverleners. Het aantal rampenopvangteams dat wordt geformeerd en de omvang ervan is afhankelijk van de aard en omvang van de ramp.

Na besluit tot formatie worden de leden van de gevormde rampenopvangteams op initiatief van de leiders van de teams volgens de alarmeringslijsten opgeroepen en verzocht zich te melden op de plaats van hun inzet. De gealarmeerde hulpverleners zijn verplicht om zich naar de plaats van hun inzet te begeven wanneer zij daartoe worden opgeroepen. Wanneer er in een opvangcentrum gelijktijdig meer dan één rampenopvangteam werkzaam is, zal de voorzitter van het coördinatieteam één van de leiders van de rampenopvangteams aanwijzen als coördinerend leider. Deze onderhoudt dan mede namens de andere leiders van de rampenopvangteams contact met het PSHO-actiecentrum.

Leden van de rampenopvangteams die ten tijde van de alarmering niet bereikbaar zijn maar wel over de ramp of het zware ongeval hebben gehoord, dienen zelf contact te leggen met het actiecentrum om te horen of hun inzet noodzakelijk is.

5.1.4 Nazorg en beëindiging van de opschaling

Wanneer de opvangfase ten einde is, dat wil zeggen de opvangcentra zijn gesloten, begint de nazorgfase. Het is de bedoeling dat de psychosociale hulpverlening aan getroffen en in de nazorgfase zoveel mogelijk wordt overgenomen door de reguliere hulpverlening met de huisarts als poortwachter voor toelating tot tweedelijns voorzieningen.

De rampenopvangteams dienen aan het begin van de nazorgfase grotendeels ontbonden te worden. Het is denkbaar dat een inzet van rampenopvangteams op beperkte schaal tijdens de nazorgfase nog nodig is (bijvoorbeeld voor het begeleiden van nabestaanden tijdens een rouwdienst). De voorzitter van het coördinatieteam beslist óf, en op welke wijze, de inzet van rampenopvangteams tijdens de nazorgfase dient te geschieden.

Het coördinatieteam is verantwoordelijk voor het opstellen van een nazorgplan, waarin de tijdens de nazorgfase te verrichten activiteiten worden beschreven. Gedurende de nazorgfase zal het coördinatieteam nog regelmatig bijeenkomen om de psychosociale hulpverlening door de reguliere hulpverleners te bewaken en ondersteunen. Activiteiten die tijdens de nazorgfase door of onder verantwoordelijkheid van de PSHO kunnen worden ondernomen zijn bijvoorbeeld:

- het geven van voorlichting aan onderwijzers over het omgaan met kinderen die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt;
- het geven van publieksvoorlichting (bijvoorbeeld over het verwerken van schokkende gebeurtenissen);
- het bieden van inhoudelijke ondersteuning aan huisartsen;
- het helpen oplossen van knelpunten rond de toegang tot de reguliere hulpverlening;
- het leveren van deskundige(n) voor een informatiepunt voor getroffen en;
- het organiseren van groepsbijeenkomsten, waaronder zonodig *debriefings*;
- het geven van informatie ten aanzien van materiële, juridische en/of financiële aangelegenheden, die (mede) het gevolg zijn van de ramp of het zware ongeval.

De directeur van de GGD bepaalt uiteindelijk wanneer de opschaling in zijn geheel wordt beëindigd en daarmee de nazorgfase wordt afgesloten. Hij zal dit pas doen nadat hij of zij zich hierover heeft laten adviseren door de voorzitter van het coördinatieteam.

5.1.5 Evaluatie

Na het optreden van de PSHO bij een ramp zal binnen twee weken, en onder leiding van de GGD, een eerste evaluatie van de opvangfase plaatsvinden, waarvan de resultaten schriftelijk zullen worden vastgelegd en aangeboden aan de betrokken besturen. Bij deze eerste evaluatie dient in ieder geval aandacht te worden geschonken aan:

- de inhoud van de hulpverlening en de wijze waarop de hulp geboden is;
- de noodzakelijke vervolgwerkzaamheden;
- de verstrekte en nog te verstrekken informatie;
- de samenwerking met derden;
- de interne alarmering en inzet van de hulpverleners;

- de direct noodzakelijke aanpassingen aan het procesplan;
- de eerste financiële gevolgen van de hulpverlening;
- de te verwachten vervolgschade;
- het vervolg van de noodzakelijke nazorg.

Na afloop van de nazorgfase zal eveneens binnen twee weken onder leiding van de GGD een evaluatie plaatsvinden. Deze evaluatie is met name gericht op de aard en effectiviteit van de in de nazorgfase door de PSHO ondernomen activiteiten. Ook de resultaten van deze evaluatie zullen schriftelijk worden vastgelegd en aangeboden aan de betrokken besturen. Op basis van de uitkomsten van beide evaluaties zullen werkafspraken zonodig worden herzien en zal het procesplan worden aangepast.

5.2 Taakstelling van de PSHO

5.2.1 Taken van het coördinatieteam

De verantwoordelijkheden van het coördinatieteam betreffen het formuleren van beleid, het geven van leiding aan de PSHO en het onderhouden van externe contacten (zie ook subparagraaf 3.2.2). Op basis van deze verantwoordelijkheden kunnen de volgende hoofdtaken van het coördinatieteam worden onderscheiden:

1. Het, in opdracht van de directeur van de GGD, opstarten en beëindigen van de opschaling van de PSHO.
2. Er zorg voor dragen dat de hulp naar aard en omvang aansluit op de problematiek van de getroffen.
3. Het leidinggeven aan en ondersteunen van de rampenopvangteams.
4. Het onderhouden van contacten met de directeur van de GGD en hem informeren over de voortgang van de hulpverlening.
5. Het onderhouden van contacten met de leidinggevendenden van andere (relevante) processen en het afstemmen van de werkzaamheden.
6. Het verzorgen van voorlichting aan publiek en media (in principe via de afdeling Voorlichting van de gemeente).

7. Het zorgen voor een goede verslaglegging van alle belangrijke beslissingen (en activiteiten).
8. Het opstellen van een nazorgplan.
9. Het organiseren en (doen) uitvoeren van de evaluatie.

5.2.2 Taken van de rampenopvangteams

De rampenopvangteams zijn verantwoordelijk voor het verlenen van de psychosociale hulp aan getroffen en. Hun activiteiten zullen zich met name afspelen tijdens de opvangfase in de opvangcentra. De volgende hoofdactiviteiten kunnen worden onderscheiden:

1. Het bieden van adequate psychosociale hulp aan getroffen en die daarvoor in aanmerking komen, waaronder begrepen ook psychiatrische hulp.
2. Het bieden van ondersteuning aan de functionarissen die belast zijn met de maatschappelijk opvang;
3. Het geven van voorlichting over verwerkingsproblemen aan getroffen en en andere relevante doelgroepen;
4. Het zonodig verstrekken van informatie aan getroffen en over de werkzaamheden van andere in het opvangcentrum werkzame instanties, zoals het Rampen Identificatie Team.
5. Het contact onderhouden met het coördinatieteam over de voortgang van de hulpverlening;
6. Het zonodig bieden van hulp buiten de opvangcentra;
7. Het zorgen voor een goede verslaglegging van alle belangrijke activiteiten (en beslissingen).

6. LOGISTIEK

6.1 Bevoorrading

De logistieke verzorging (zoals maaltijden en meubilair) voor zowel de hulpverleners als de getroffen en in het opvangcentrum wordt verzorgd door het subsysteem bevolkingszorg. De leiders en de leden van de rampenopvangteams kunnen in de opvangcentra gebruik maken van de door de andere instanties geboden faciliteiten. Afstemming dient plaats te vinden met de centrale leiding van het opvangcentrum. In de voorbereidingsfase dient de GGD hierover afspraken te maken met de desbetreffende instanties.

6.2 Geneeskundige hulpverlening

Geneeskundige hulpverlening, afvoer en zonodig ziekenhuisopname vinden plaats in overleg met de GGD-vertegenwoordiger in het opvangcentrum. De GGD-vertegenwoordiger coördineert de inzet van ambulances in overleg met de CPA.

6.3. Personeel

Aanvulling en aflossing van personeel wordt geregeld door het PSHO-actiecentrum, na raadpleging van de in het opvangcentrum aanwezige (coördinerend) leider van het/de rampenopvangteam(s).

7. LEIDING EN COMMUNICATIE

7.1 Leiding

7.1.1 Het opperbevel op gemeentelijk/regionaal niveau

Gemeentelijk niveau

Het opperbevel bij de rampenbestrijding ligt in handen van de burgemeester. Hij laat zich hierbij bijstaan door een gemeentelijke rampenstaf bestaande uit een beleidsteam en een operationeel team. De operationele leiding over de diensten en organisaties (te velde) is in handen gelegd van de brandweercommandant, tenzij de burgemeester anders beslist.

Regionaal niveau

Bij een ramp die de gemeentegrens overschrijdt, is de bestuurlijke coördinatie in handen van de coördinerend burgemeester. Dit kan een vaste burgemeester zijn of de burgemeester van de eerstgetroffen gemeente. De coördinerend burgemeester laat zich bijstaan door een regionaal operationeel team. Hier is de regionale brandweer commandant belast met de operationele leiding over de (regionale) diensten en organisaties, tenzij de coördinerend burgemeester anders beslist.

7.1.2 De procesverantwoordelijke binnen de GHR

De directeur van de GGD is belast met de leiding over de geneeskundige hulpverlening bij rampen en als zodanig lid van het operationeel team (zie boven). Voor de coördinatie en uitvoering van zijn beleid beschikt hij over een GGD-actiecentrum.

7.1.3 De leiding over de PSHO

De PSHO staat onder leiding van de voorzitter van het coördinatieteam. De directies van de in de PSHO participerende organisaties delegeren voor de duur van de ramp hun taken wat betreft de psychosociale hulp aan de getroffen en aan de voorzitter van het coördinatieteam.

7.2 Communicatie

Hier dienen telefoon-, fax- en telexnummers te worden opgenomen van het PSHO-actiecentrum en alle bij de psychosociale hulpverlening betrokken instanties en functionarissen, alsook de alarmeringsschema's.

DEEL III: BIJLAGEN

BIJLAGE 1: SAMENSTELLING PROJECTGROEP

Mr. W. van den Ouwelant, voorzitter

Adviseur/Projectleider

LVGGD, Utrecht

A.H. Rijseumus, arts, M.P.H., secretaris

Public health specialist

TNO Preventie en Gezondheid, Leiden

Mevr. Dr. I.V.E. Carlier

Projectleider psychotraumagroep, vakgroep Psychiatrie

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam Zuidoost

Drs. J.C.C.M. van Corven

Psycholoog, afdeling Gezondheidsbevordering

GGD Eindhoven

Dr. P.J.C. Köhne

Directeur

GGD Midden-Kennemerland, Heemskerk

G. Lettinga

Coördinator geneeskundige hulpverlening (zware ongevallen en rampen)

GGD Amstelland-de Meerlanden

Amstelveen

M.G. de Ruiter

Coördinator geneeskundige hulpverlening bij rampen

GGD Rotterdam en omstreken

Drs. J.M.W. Slegers

Hoofd afdeling Zorgcoördinatie en Ondersteuning

GG en GD, Amsterdam

Drs. D.C. Theuvenet

Hoofd afdeling Preventie

Riagg Rijnmond Noord West, Vlaardingen

BIJLAGE 2: SAMENSTELLING BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Rijswijk

R.M.W. Smeets, psychiater

Hoofdinspecteur geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg

Landelijke Huisartsen Vereniging, Utrecht

Drs. M.C. Ribbens

Directiesecretaris

Landelijke Organisatie Slachtofferhulp, Utrecht

Drs. F.C.A.M. van Eck

Landelijk projectleider verkeer

Nederlands Patiënten/Consumenten Federatie, Utrecht

alleen stukken toegestuurd

LVGGD, Utrecht

G.G.H. Coumans, arts

Directeur GGD Rivierenland

Ministerie van Binnenlandse Zaken, Den Haag

Directie Brandweer en Rampenbestrijding,

afdeling Organisatie Rampenbestrijding

Drs. C.L.P.M. Goemans

Ministerie van VWS, Rijswijk

Directie Curatieve Somatische Zorg

Drs. P.S.B. Boom

Nederlands Centrum Buitenlanders

Mevr. R. Smulders

Senior beleidsmedewerker

Het Nederlandse Rode Kruis, Den Haag

Mevr. drs. K.M.M. Hermeler

Psycholoog, lid van de werkgroep Psychosociale zorg
aan hulpverleners van Het Nederlandse Rode Kruis

Raad van Kerken in Nederland, Leusden

Dr. J.W. van der Molen

Secretaris sectie Dienst

Stichting Leger des Heils, Amsterdam

Welzijns- en gezondheidszorg

H.J. Dijkstra

Voorzitter directie Amsterdam

NVAGG, Utrecht

Dr. W.J. de Waal

Directeur Riagg Den Bosch

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Den Haag

Mr. E.L. Huberts

Beleidsmedewerker Welzijn en Gezondheid

VOG-AMW, Rijswijk

Mwvr. drs. E.P. Gommers

Beleidsmedewerker

BIJLAGE 3: VERSLAGEN OEFENINGEN

1. EVALUATIE VAN DE INZETOEFENING PROFILERING

M.G. de Ruiter

Coördinator geneeskundige hulpverlening bij rampen

GGD Rotterdam en omstreken

1.1 De aanleiding

De evaluatie van de CMI-brand in februari 1996 en de afronding van het landelijk project Psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen gaven aanleiding tot het organiseren van een samenwerkingsoefening in de daadwerkelijke opvang en verzorging van evacués, waarin alle elementen, die van een dergelijke opvang deel uitmaken, beoefend zouden worden. De oefening vond plaats op zaterdag 9 november 1996 in de deelgemeente Feijenoord.

1.2 Het algemene doel van de samenwerkingsoefening

Het algemene doel van de oefening was om de navolgende capaciteiten te ontwikkelen van de diensten en organisaties, die conform het gemeentelijke rampenplan zijn belast met de inrichting van een opvangcentrum:

1. het kunnen inrichten en in bedrijf houden van het opvangcentrum en uitvoering geven aan alle taken en werkzaamheden die binnen het opvangcentrum moeten worden uitgevoerd;
2. het kunnen toepassen van regelingen, plannen en procedures die in dit kader relevant zijn;
3. het leiding kunnen geven aan een gecoördineerde inzet van hulpverleners gericht op een grootschalige en acute hulpverlening aan de evacués in het daarvoor ingerichte opvangcentrum;
4. het kunnen bieden van adequate hulpverlening, gericht op de verzorging en de begeleiding van de evacués in het opvangcentrum;
5. het kunnen rapporteren van alle voor de betrokken organisaties noodzakelijke informatie aan het volgende hiërarchische niveau en aan andere relevante hulpverlenende instanties die in het opvangcentrum actief zijn;

6. het kunnen toepassen van de middelen ten behoeve van de informatievoorziening en -verwerking binnen het opvangcentrum.

De deelnemende diensten en organisatie hebben naast het algemene doel specifiek voor hun eigen dienst of organisatie nevensdoelen geformuleerd en getoetst tijdens de evaluatie.

1.3 De oefenopzet

De oefening speelde zich af in het wijkcentrum de Nieuwe Persoonhal in de deelgemeente Feijenoord te Rotterdam. De oefening richtte zich met name op het inrichten en in bedrijf houden van het opvangcentrum door de leidinggevende organisatie in het opvangcentrum, de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SoZaWe), en de aanpalende organisaties. De deelnemers aan de oefening werden geconfronteerd met een gefingeerd voorval in Rotterdam-Zuid, dat uitgroeide tot een ramp. De politie stelde het evacuatieplan in werking en onder leiding van SoZaWe werd een opvangcentrum in gericht.

Om alle facetten, die bij een inrichting van een opvangcentrum noodzakelijk zijn, te oefenen, werden ongeveer 350 wijkbewoners ingeschakeld als tegenspelers. Zij werden in groepen van circa 40 tot 50 personen met een bus en een rolstoelbus naar het opvangcentrum vervoerd. De tegenspelers vormden een gemiddelde doorsnede van de wijk. Naast deze personen waren 23 LOTUS-slachtoffers uitgenodigd voor het uitbeelden van evacués met gedragsstoornissen en/of medische problemen. De bewoners kregen na afloop een Rotterdampas als dank voor hun medewerking.

Conform de daarvoor bestaande richtlijnen werd het opvangcentrum ingericht, waarna de hulpverleners de binnenkomende evacués registreerden en naar hun plaats begeleidden. Hierna gingen de hulpverleners over tot het verrichten van andere tot hun taak behorende werkzaamheden.

1.4 Draaiboek en oefenstaf

De voorbereiding van deze oefening werd vastgelegd in een uitgebreid draaiboek. Elke deelnemende dienst had een vertegenwoordiger in de oefenstaf, het totaal van de staf bestond uit

14 deelnemers. De oefening stond onder leiding van een vertegenwoordiger van de GGD. Aan de voorbereiding van de oefening is ruim drie maanden gewerkt.

1.5 Samenvatting van de evaluatie

Van de evaluatie van de oefening is een uitgebreid verslag gemaakt. Belangstellenden kunnen dit verslag opvragen bij de LVGDD. In het kader van het landelijk project wordt hier volstaan met de conclusies en aanbevelingen.

1.5.1 Conclusie

Aan de hand van de beschikbare plannen en procedures, de tijdens de oefening opgedane ervaring en de evaluatierapportages, komt de evaluatiecommissie tot de conclusie dat de oefening in algemene zin goed is verlopen. Hiermee wordt niet gezegd dat alles voorspoedig is gegaan. Er waren beslist ook zaken die anders verliepen dan gepland. Echter, hiervan is waarschijnlijk meer te leren dan van wat goed ging.

Op grond van de door de evaluatie opgedane inzichten zullen de proces- en rampenplannen moeten worden bijgesteld teneinde bij een daadwerkelijk optreden een adequaat antwoord te kunnen geven. Goede opleidingen en mono- en multidisciplinair oefenen zijn daarbij van essentieel belang.

1.5.2 Aanbevelingen

De evaluatie leidt tot de volgende aanbevelingen:

1. Onder leiding van de RIAGG dient voor alle hulpverleners binnen het opvangcentrum een basiscursus psychosociale hulpverlening te worden georganiseerd.
2. De in het geëvacueerde gebied werkzame huisartsen en thuiszorgorganisaties dienen bij de opvang te worden ingeschakeld.
3. De hygiëne binnen het opvangcentrum dient te worden bewaakt.
4. De routes waarlangs de evacués naar het opvangcentrum worden gebracht, dienen door de politie te worden vrijgehouden.

5. De informatiebalie dient te beschikken over adequate informatie.
6. De herkenbaarheid van de hulpverleners dient te worden bevorderd (bijvoorbeeld door het dragen van opvallende kleding).
7. Het adequate gebruik van portofoons en mobiele telefoons dient te worden bevorderd.
8. De leiding van het opvangcentrum dient te worden getraind in crisisbesluitvorming, zoals dat ook gebeurt tijdens de opleidingen Coördinatieteam Plaats Incident (CTPI) en Commando Rampterrein (CoRT) aan het Nederlands Instituut voor Brandweer en Rampenbestrijding (NIBRA).
9. In de evacuatiebussen dient een wagenbegeleider te worden meegestuurd voor het geven van informatie en uitleg over de ramp en de evacuatie.
10. Het aantal in te zetten hulpverleners dient te worden gerelateerd aan het aantal evacués. Hiervoor zullen normen moeten worden ontwikkeld.
11. Het opvangcentrum dient te worden voorzien van een deugdelijke omroepinstallatie voor het doorgeven van informatie aan de evacués.
12. De taakverdeling tussen de hulpverleners dient beter op elkaar te worden afgestemd.
13. Er dient een beter evenwicht te worden gevonden in de therapeutische en praktische benadering van de evacués.
14. Er dient voldoende budget voor een oefening beschikbaar te zijn.

2. EVALUATIE VAN DE STAFOEFENING PSHO-96

Drs. J.C.C.M. van Corven

Psycholoog, Afdeling Gezondheidsbevordering

GGD Eindhoven

2.1 De oefening PSHO-96 in Zuid-Oost Brabant

Op 27 november 1996 zijn de directies en staffunctionarissen van de RIAGG'en en het maatschappelijk werk bijeengekomen die zijn belast met de coördinatie van de psychosociale opvang na incidenten, calamiteiten en rampen. Zij namen deel aan de oefening PSHO-96, die gehouden werd in het kader van de implementatiefase van het LVGGD-project Psychosociale hulpverlening na rampen en zware ongevallen. De oefening kan gezien worden als een stafoefening, bedoeld voor instellingen die zorg dragen voor de psychosociale opvang na rampen (de RIAGG, het maatschappelijk werk en de GGD).

De deelnemers aan de oefening dienden voor aanvang van de oefening globaal bekend te zijn met:

1. de taken, organisatiestructuren en werkwijzen van de diensten die deel uitmaken van de rampenbestrijdingsorganisatie, met name van de diensten die een taak hebben in het kader van de nazorg;
2. het modelprocesplan van de LVGGD;
3. het eigen plan Inzet Psychosociale Zorg van het Samenwerkingsverband Regio Eindhoven (SRE);
4. de crisisbesluitvormingsprocedure.

De oefening richtte zich op de inzet van de PSHO bij een grootschalige gebeurtenis. De oefening ving aan op het moment dat het PSHO-actiecentrum operationeel was en omvatte de eerste twee uren van de inzet van de rampenopvangteams in een opvangcentrum.

De oefening werd voorafgegaan door een aantal inleidingen. In de ochtend werden twee voordrachten gehouden door M. de Ruiter en J. Snellen. J. Snellen ging inhoudelijk in op de psychosociale opvang van slachtoffers nadat ze betrokken waren bij een ramp. M. de Ruiter ging in op het organisatorische kader van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en de plaats daarin

van de psychosociale hulpverlening. De middag werd ingeleid door een uiteenzetting over de oefening. Daarna werden twee PSHO-actiecentra ingericht. Tijdens de oefening kregen de deelnemers, op basis van een gesimuleerde rampsituatie, schriftelijke informatie aangereikt. Aan de hand van deze informatie diende een beoordeling van de toestand te worden gemaakt en een inzetplan voor de PSHO te worden samengesteld. Voorts werden tijdens de oefening berichten aangereikt waarop een reactie gegeven moest worden. Indien het verloop van de oefening hiertoe aanleiding gaf, kon de oefenleiding aanwijzingen geven. Het inzetplan en de reactie op de berichten werden op een flipover geschreven. Binnen elke groep werd een woordvoerder aangewezen die het inzetplan en de reactie op de berichten na afloop van de oefening in een plenaire zitting toelichtte.

De beoogde uitkomsten van de oefeningen waren:

1. Het kunnen toepassen van de besluitvormingsprocedures in het PSHO-actiecentrum en het opvangcentrum.
2. Het kunnen opstellen van een inzetplan, formuleren van bijstandsaanvragen, en formuleren en verzorgen van bevelsuitgiften.
3. Het leiding kunnen geven aan een samenwerkingsverband van diensten en organisaties van verschillende disciplines.
4. Het kunnen coördineren van de uitvoering van alle taken en werkzaamheden van de psychosociale hulpverlening die binnen het toegewezen opvangcentrum moeten worden uitgevoerd.
5. Het kunnen toepassen van middelen voor de informatievoorziening en -verwerking binnen een team.
6. Het kunnen afstemmen en samenwerken binnen de zorgverlening via operationele leidingstructuren.
7. Het bekend zijn met regelingen, plannen en procedures met betrekking tot de hulpverlening in de nazorgfase.

2.2 Evaluatie

Teneinde te bezien of de oefening aan de doelen had beantwoord, werd de oefening plenair geëvalueerd. Hierin stonden de volgende vragen centraal:

1. Kunnen de organisaties werken met de richtlijnen zoals geformuleerd in de handleiding?
2. Kan men regiospecifieke invulling geven aan de handleiding?
3. Welke tekortkomingen inzake opleiding, mankracht, bereikbaarheid en dergelijke dienen nog te worden opgelost?
4. Zijn afspraken met betrekking tot verantwoordelijkheden, beschikbaarheid en bereikbaarheid (schriftelijk) voor de toekomst worden vastgelegd?
5. Sluit de LVGGD-handleiding aan op het eerder geformuleerde plan Inzet Psychosociale Zorg van het SRE en de GGD'en in Zuid-Oost Brabant?

Over het algemeen kan men stellen dat de deelnemers de oefening zeer op prijs hebben gesteld. Men gaf aan dat een aantal doelen zeker is gehaald. Zowel de opzet als het functioneren van de oefenleiding werden als geslaagd beschouwd. Het leereffect voor zowel de organisatie als het eigen functioneren werd als voldoende tot groot beoordeeld. Daarbij tekent men wel aan dat een regelmatig oefenschema, protocollering van procedures en vastlegging van verantwoordelijkheden en taken nodig zijn om optimaal te kunnen functioneren binnen een PSHO-actiecentrum. Deelnemers bleken met name behoefte te hebben aan vervolgafspraken, waarbij behalve aan de zojuist opgesomde zaken, ook aandacht besteed moet worden aan taken en bevoegdheden ten aanzien van de psychosociale hulpverlening zelf.

In ieder geval is de oefening voor een aantal deelnemers aanleiding geweest om binnen hun eigen organisatie de PSHO op te zetten dan wel te verbeteren. Ten aanzien van evaluatiedoelen 1, 2 en 5 kan opgemerkt worden dat door de LVGGD-projectgroep geformuleerde handleiding goed aansluit op het plan Inzet Psychosociale Zorg van SRE en GGD'en in Zuid-Oost Brabant. Het laatstgenoemde kan men beschouwen als een beschrijving van de hiërarchische structuur en opschaling van de psychosociale zorg na rampen. De handleiding werkt dit inhoudelijk verder uit. De deelnemers onderschreven deze hiërarchische structuur en konden binnen de oefening globaal gezien goed uit de voeten met de in de handleiding beschreven richtlijnen.

Ten aanzien van evaluatiedoel 3 kwamen uit de plenaire evaluatie aan het eind van de oefening de volgende knelpunten naar voren:

1. Onvoldoende richtlijnen ten aanzien van de communicatie binnen het PSHO-actiecentrum (zowel wat betreft de vaardigheid als de middelen) en ten aanzien van de communicatie tussen actiecentrum en opvangcentrum.

2. Onduidelijkheid over de rol- en taakverdeling binnen het actiecentrum.
3. Onduidelijkheid over de taakverdeling binnen het opvangcentrum.
4. Chronologische logboeken waarin handelingen, tijdsaanduidingen en belangrijke beslissingen vermeld staan, konden nauwelijks worden bijgehouden.
5. Adequaat reageren op binnenkomende berichten werd als taakverzwarend gezien. Vaak ontbrak ook de controle op afhandeling van binnenkomende berichten.
6. Aan het maken van een tussentijds situatierapport kwam men niet toe.

Men kan stellen dat de hier opgesomde knelpunten veelal te wijten zijn aan gebrek aan ervaring. Er moesten in het PSHO-actiecentrum in korte tijd veel beslissingen genomen worden, die tegelijkertijd ook nog beschreven, uitgevoerd en gecontroleerd moesten worden. Ook het ontbreken van vooraf afgesproken rol- en taakverdelingen binnen het actiecentrum zijn mede oorzaak van de hier opgesomde knelpunten.

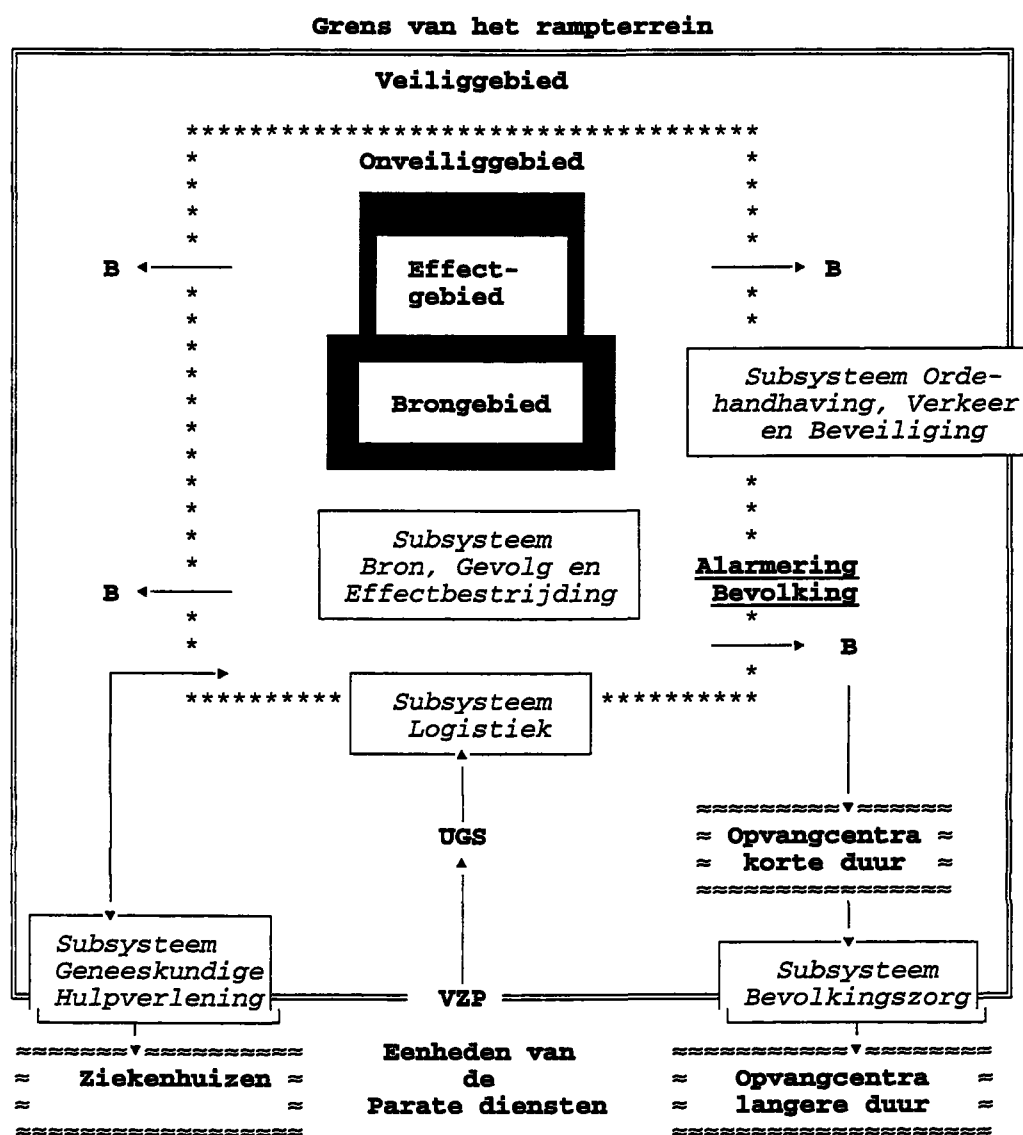
Aan evaluatiedoel 4, het maken van schriftelijke afspraken, is men op deze dag niet toegekomen, maar dit verdient volgens de deelnemers zeker de aandacht in het vervolgtraject. Met name kwesties en afspraken inzake voldoende eigen potentieel, staffuncties, samenwerking, bereikbaarheid, protocollering en dergelijke, dienen hierbij aan de orde te komen. In onderstaande aanbevelingen wordt dit voor een deel al meegenomen.

2.4 Aanbevelingen

Voor het vervolgtraject zijn de volgende aanbevelingen van belang. Deze dienen nog nader te worden uitgewerkt.

1. Werk een regionale protocollering uit waarbinnen de volgende zaken schriftelijk en bindend zijn vastgelegd:
 - wijze van alarmering (onder andere lijst van namen van coördinatoren en functionarissen die ingezet kunnen worden, en beschikbaarheids-/bereikbaarheidsregelingen);
 - beschrijving van rollen en taken in actie- en opvangcentra.
2. Stel een oefenschema op.
3. Maak afspraken ten aanzien van training en opleiding.

4. Formuleer kwaliteitseisen c.q. kwaliteitsprofielen, waaraan in te zetten personeel en instellingen moeten voldoen.
5. Richt een centraal depot van voorlichtingsmateriaal in.
6. Vorm netwerken van in te zetten organisaties om elkaar op de hoogte te houden van ontwikkelingen inzake de psychosociale opvang bij rampen en calamiteiten.

BIJLAGE 4: SCHEMA SYSTEEM RAMPENBESTRIJDING²⁴

B = Verplaatste bevolking;
UGS = Uitgangsstelling eenheden; VZP = Verzamelpunt eenheden

24

Uit: Theuvenet DC, Buuren ET van, Pol R van der, Schouten W, Ruiters MG de (redactie). Rampenopvangplan RIAGG: preventieve psychische hulpverlening bij rampen. Vlaardingen: RIAGG Rijmond Noord West, 1996.

AFKORTINGEN

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
BiZa	Ministerie van Binnenlandse Zaken
CoRT	Commando Rampterrein
CTPI	Coördinatieteam Plaats Incident
GGD	Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdienst
GHR	Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen en Zware Ongevallen
LVGGD	Landelijke Vereniging voor GGD'en
NIBRA	Nederlands Instituut voor Brandweer en Rampenbestrijding
NRK	Het Nederlandse Rode Kruis
PSHO	Psychosociale Hulpverleningsorganisatie
PTSS	Posttraumatische Stressstoornis
PVGHR	Project Versterking Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
SRE	Samenwerkingsverband Regio Eindhoven
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGHR	Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen

LITERATUUR

ALONS & PARTNERS CONSULTANCY BV. Geneeskundige hulpverlening: bij ongeval en ramp. Den Haag: Alons & Partners Consultancy bv, 1996.

BOON RFA. Organisatie en aanbod bij schokkende gebeurtenissen (eerste concept-protocol). Arnhem: RIAGG Arnhem, december 1994.

BRESLAU N, DAVIS GC, ANDRESKI P, PETERSON E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of General Psychiatry 1991;48:216-22.

CARLIER IVE, LAMBERTS RD, GERSONS BPR. Ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk: een onderzoek naar de risicofactoren voor verwerkingsproblemen en het effect van een behandelingsprogramma bij politiemensen met een verwerkingsstoornis. Arnhem: Gouda Quint, 1994. Politiestudies 16.

CARLIER IVE, UCHELEN AJ van, GERSONS BPR. De Bijlmermeer-vliegramp: een vervolgonderzoek naar de lange termijn psychische gevolgen en de nazorg bij getroffen. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Psychiatrie, 1995.

CORVEN J van, SNELLEN J, JACOBS L, SMEETS P. Plan inzet psychosociale zorg. SRE, GGD Eindhoven, GGD Geldrop-Valkenswaard, GGD Helmond, september 1995.

CRISIS ONDERZOEK TEAM. De Bijlmerramp: rampbestrijding en crisismanagement in Amsterdam: een reconstructie en evaluatie van het optreden van de gemeente Amsterdam door het Crisis Onderzoek Team Rijks Universiteit Leiden/Erasmus Universiteit Rotterdam in opdracht van Burgemeester en Wethouders van Amsterdam. Amsterdam: Stadsuitgeverij Amsterdam, 1993.

DEURSEN S van, PRINS JMG, KELDERMAN FF, PRIESTER RW. Kinderen na de ramp: hulpverlening aan jeugdige slachtoffers van de Bijlmer-vliegramp. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1993;10:1077-88.

GERSONS BPR, CARLIER IVE. De Bijlmerramp: crisisinterventie en consultatie. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1993;10:1043-55.

GGD ZUID-KENNEMERLAND, GGD MIDDEN-KENNEMERLAND. Procesplan. Psychosociale hulpverlening na calamiteiten (tussen-concept). Juni 1996.

GORISSEN WHM, LICHTVELD RA, KLIPHUIS L, VOS M. Het sociaal-geneeskundig perspectief in de rampeneeskunde: de rol van de GGD. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1995;73(3):155-56.

HELLEMANS J. Groepsbehandeling voor slachtoffers van de Bijlmer-ramp. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1993;10:1089-94.

HENDRIX MJJL. Psychosociale hulp na calamiteiten: studie over de noodzaak tot psychosociale hulp na calamiteiten uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van WVC. November 1991.

INSPECTIE BRANDWEERZORG EN RAMPENBESTRIJDING, INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. De opbouw van de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen. Hoofdrapport. 's-Gravenhage: Ministerie van Binnenlandse Zaken, Directie Brandweer en Rampenbestrijding, 1995.

INSPECTIE BRANDWEERZORG EN RAMPENBESTRIJDING, INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. De opbouw van de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen. Deelrapport 1: Bestuur, beleid, organisatie en samenwerking. 's-Gravenhage: Ministerie van Binnenlandse Zaken, Directie Brandweer en Rampenbestrijding, 1995.

INSPECTIE BRANDWEERZORG EN RAMPENBESTRIJDING, INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. De opbouw van de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen. Deelrapport 2: Geneeskundige hulpverleningsketen. 's-Gravenhage: Ministerie van Binnenlandse Zaken, Directie Brandweer en Rampenbestrijding, 1995.

INSPECTIE BRANDWEERZORG EN RAMPENBESTRIJDING, INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. De opbouw van de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij

rampen. Deelrapport 3: Leiding en coördinatie. 's-Gravenhage: Ministerie van Binnenlandse Zaken, Directie Brandweer en Rampenbestrijding, 1995.

KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 1995;52:1048-60.

MARMAR CR, WEISS DS, METZLER TJ, RONFELT HM, FOREMAN C. Stress responses in emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress* 1996;9:63-85.

NORRIS FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;60:409-418.

RESNICK HS, KILPATRICK DG, DANSKY BS, SAUNDERS BE, BEST CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;61:984-91.

RIAGG BREDA. Inzet RIAGG Breda als bijstandsverlenende dienst in rampsituaties. Breda: RIAGG Breda, juli 1995.

SCHLENGER WE, KULKA RA, FAIRBANK JA, HOUGH RL, JORDAN BK, MARMAR CR, WEISS DS. The prevalence of posttraumatic stress disorder in the Vietnam generation: a multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder. *Journal of Traumatic Stress* 1992;5:333-63.

STAATSBLOED VAN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN, 1991, 653. Wet van 14 november 1991, houdende regels inzake de organisatie en uitvoering van de geneeskundige hulpverlening bij rampen, alsmede de voorbereidingen daarop (Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen). 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, 1991.

THEUVENET DC, BUUREN ET van, POL R van der, SCHOUTEN W, RUITER MG de (redactie). Rampenopvangplan RIAGG: preventieve psychische hulpverlening bij rampen. Vlaardingen: RIAGG Rijnmond Noord West, 1996.

WURFF A van der, WILDEBOER SCHUT C, GREVE B, BOLLING I, BLOEM J. Projectplan. Beslisdocument 2 van het project 'Opvang na calamiteiten'. Eindprodukt van de planningsfase. Zwolle: RIAGG Zwolle, november 1995.

