
**Inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten:
psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland.**

Inventarisatie en beleidsaanbevelingen.

Dr. M. De Vries
Impact Kenniscentrum voor Psychosociale Zorg na Rampen, Amsterdam
www.impact-kenniscentrum.nl

Dr. A.M. Speets, drs. I.M. Kellert, drs. D.A. Smilde-van den Doel
Pallas Health Research and Consultancy, Rotterdam
www.pallas-healthresearch.com

Januari 2008

Inhoud

1 Inleiding	4
1.1 Doelstelling inventarisatie.....	4
1.2 Indeling van het rapport.....	5
2 Werkwijze	6
2.1 Wetenschappelijk kennis over psychosociale gevolgen bij hulpverleners.....	6
2.2 Huidige organisatie van preventie, opvang en behandeling van hulpverleners in Nederland.....	7
3 Wetenschappelijk kennis over psychosociale gevolgen bij hulpverleners na rampen	9
3.1 Acute stressstoornis en posttraumatische stressstoornis.....	9
3.2 Depressie, angststoornissen, middelenmisbruik, overige psychische klachten en LOK	11
3.3 Verschillen in traumagerelateerde klachten tussen verschillende populaties.....	13
3.4 Risicofactoren en beschermende factoren	15
3.4.1 Pre-traumatische factoren	15
3.4.2 Peri-traumatische factoren	18
3.4.3 Post-traumatische factoren.....	18
3.5 Preventie en behandeling van PTSS.....	19
4 Preventie, opvang en behandeling van hulpverleners in Nederland	20
4.1 Wet- en regelgeving over nazorg aan professionele hulpverleners.....	20
4.2 Rampenbestrijding	21
4.2.1 Processen bij een grootschalige calamiteit/ramp	22
4.2.2 Veiligheidsregio's	23
4.3 Psychosociale opvang van professionele hulpverleners	23
4.3.1 Opvang via werkgever.....	23
4.3.1.1 Regeling bij de brandweer	25
4.3.1.2 Regeling bij de ambulancediensten	28
4.3.1.3 Regeling bij de GHOR	31
4.3.1.4 Regeling bij de politie.....	31
4.3.2 Opvang via rampenbestrijdingsprocessen.....	34
4.4 Monitoring van professionele hulpverleners in Nederland	35
4.5 Ervaringen met nazorg aan hulpverleners na grootschalige calamiteiten en rampen.....	36
4.5.1 Opvang en nazorg aan hulpverleners na vuurwerkcrash Enschede	36
4.5.2 Opvang en nazorg aan hulpverleners na Schipholbrand.....	37
5 Conclusies	39
5.1 Psychosociale gevolgen bij professionele hulpverleners na rampen.....	39
5.2 Organisatie van preventie en nazorg in Nederland	40
5.3 Psychosociale opvang van professionele hulpverleners via werkgever	41
5.3.1 Brandweer	41
5.3.2 Ambulancediensten.....	43
5.3.3 GHOR.....	44
5.3.4 Politie.....	44
5.4 Monitoring van professionele hulpverleners in Nederland	46
6 Aanbevelingen	47
Referenties	50
Bijlagen	56
1 Lijst van geïnterviewde deskundigen	
2 Regelingen bij brandweer, ambulance en politie (samenvattende tabellen)	
3 Afkortingen	

Inleiding

Hulpverleners, zoals (vrijwillige) brandweer, ambulance/GHOR en politie, worden beroepsmatig frequent blootgesteld aan ernstige en traumatische 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 hulpverlener of van anderen. Professionele hulpverleners hebben in die zin een hoogrisicoberoep: ze zien doden en ernstig gewonden, worden geconfronteerd met de zelfkant van de samenleving en kunnen zelf levensgevaar lopen bij de uitoefening van hun werk.

Inzet bij rampen en grootschalige calamiteiten behoort tot de taakstelling van hulpverleners. Het meemaken van een ramp is voor alle betrokkenen, getroffen en hulpverleners, een ingrijpende en schokkende gebeurtenis die grote invloed kan hebben op de lichamelijke en/of psychische gezondheid. Zij worden geconfronteerd met grote machteloosheid, doodsangst, verbijstering, ernstige verwondingen en (soms bekende) doden. Daarnaast kunnen rampen gepaard gaan met blootstelling aan schadelijke stoffen en/of straling, zelf opgelopen letsel en verlies van dierbare bezittingen. In de eerste weken na een ramp kampen velen met allerlei stressreacties, zoals schrikachtigheid, pijnlijke herinneringen en verdriet. Deze worden in eerste instantie beschouwd als normale reacties op abnormale gebeurtenissen. Echter, bij een deel van de betrokkenen, en dat is meestal een minderheid, houden deze reacties aan en is er sprake van psychische stoornissen, zoals een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De gevolgen van rampen beperken zich echter niet tot psychische problemen. Een deel heeft voor korte of langere tijd te kampen met lichamelijke klachten, zoals hoofd- en spierpijn, concentratieproblemen en lichamelijke vermoeidheid (1).

Wetenschappelijk onderzoek naar de gezondheidseffecten van rampen richtte zich lange tijd vooral op de direct getroffen. Hulpverleners zijn echter ook van dichtbij bij een ramp betrokken en hebben als gevolg daarvan een potentieel risico om psychische gezondheidsklachten te ontwikkelen. De afgelopen decennia is er dan ook een toenemende aandacht voor de psychische gevolgen van rampen op professionele hulpverleners. Dit onderzoek bundelt deze wetenschappelijke kennis en inventariseert ook hoe preventie, opvang en behandeling van geüniformeerde hulpverleners in Nederland verloopt, zodat beleidsaanbevelingen geformuleerd kunnen worden voor de nazorg na rampen aan hulpverleners in Nederland en voor preventie van psychosociale klachten.

1.1 Doelstelling inventarisatie

Dit rapport richt zich op professionele hulpverleners die direct betrokken zijn bij rampen door bijvoorbeeld het verrichten van reddingswerkzaamheden ter plaatse van de ramp, betrokkenheid bij het verzorgen en vervoeren van slachtoffers of het bergen van overledenen. Deze werkzaamheden worden in Nederland uitgevoerd door verschillende groepen geüniformeerde hulpverleners, namelijk (vrijwillige) brandweer, ambulancepersoneel, GHOR-medewerkers en politie.

Het rapport bestaat uit twee verschillende onderdelen:

a. Inventarisatie wetenschappelijk kennis

Het doel van het eerste deel van deze studie is via een inventarisatie van wetenschappelijke kennis inzicht bieden in de psychosociale gevolgen van de inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten, veerkracht (resilience), preventie van negatieve effecten en periodieke monitoring bij geüniformeerde hulpverleners.

In het rapport zullen hiervoor de volgende vraagstellingen worden beantwoord:

1. Wat is na rampen de prevalentie van PTSS en andere traumagerelateerde klachten (angst, depressie, lichamelijk onverklaarde klachten, middelenmisbruik) bij geüniformeerde hulpverleners?
2. In hoeverre verschilt de prevalentie van traumagerelateerde klachten bij geüniformeerde hulpverleners van die van de algemene bevolking en van door rampen of grootschalige calamiteiten getroffen burgers?
3. In hoeverre verschilt de prevalentie van traumagerelateerde klachten tussen de verschillende betrokken geüniformeerde beroepen (brandweer, ambulance, GHOR, politie).
4. In hoeverre zijn er binnen de geüniformeerde beroepen risicogroepen te identificeren?
5. In hoeverre zijn er ramp- of calamiteitgerelateerde risicofactoren te identificeren?

b. Inventarisatie huidige organisatie van preventie, opvang en behandeling van geüniformeerde hulpverleners in Nederland

Het doel van het tweede deel van deze studie is inzicht bieden in de regelingen in Nederland voor de preventie, opvang en behandeling van psychosociale klachten bij geüniformeerde hulpverleners.

In het rapport zullen hiervoor de volgende vraagstellingen worden beantwoord:

- a. Welke (wettelijke) regelingen bestaan er in Nederland voor opvang en nazorg aan hulpverleners na een grootschalige calamiteit/ramp en welke organisaties zijn hierbij betrokken?
- b. Hoe is de preventie, opvang en behandeling van psychosociale gevolgen na rampen bij geüniformeerde hulpverleners (brandweer, ambulance, GHOR, politie) in Nederland momenteel geregeld?
- c. In hoeverre zijn er lacunes in preventie, opvang en behandeling van psychosociale gevolgen bij geüniformeerde hulpverleners te identificeren?
- d. In hoeverre is in Nederland voorzien in monitoring van psychosociale gevolgen bij geüniformeerde hulpverleners?
- e. Hoe is de nazorg aan geüniformeerde hulpverleners verlopen na recente rampen/grootschalige calamiteiten in Nederland?

1.2 Indeling van het rapport

Dit rapport bestaat uit zes hoofdstukken. In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksmethode beschreven. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de inventarisatie van de wetenschappelijke kennis op basis van internationale artikelen en Nederlandse rapporten. In dit hoofdstuk zullen achtereenvolgens de prevalentie van psychische problematiek onder hulpverleners, verschillen in traumagerelateerde klachten tussen verschillende populaties, risicofactoren en beschermende factoren en de preventie en behandeling van PTSS besproken worden. In hoofdstuk 4 komt de inventarisatie van de huidige organisatie van preventie, opvang en behandeling van geüniformeerde hulpverleners in Nederland na rampen en grootschalige calamiteiten aan de orde. Ten slotte volgen in hoofdstuk 5 de conclusies en in hoofdstuk 6 de aanbevelingen.

2 Werkwijze

In dit hoofdstuk wordt kort de opzet van deze studie beschreven. In de eerste plaats voor de inventarisatie van de wetenschappelijke kennis op het gebied van psychosociale gevolgen van rampen bij geüniformeerde hulpverleners. Vervolgens voor de inventarisatie van de huidige organisatie van preventie, opvang en behandeling van hulpverleners in Nederland na rampen en grootschalige calamiteiten.

2.1 Wetenschappelijk kennis over psychosociale gevolgen bij hulpverleners

Om inzicht te krijgen in bestaande kennis over de psychosociale gevolgen van de inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd via drie online databases (Pubmed, PILOTS database en PsychInfo). Artikelen zijn geselecteerd op basis van titel en samenvatting. Daarnaast zijn gerelateerde artikelen in Pubmed en de referenties van geselecteerde artikelen, drie recente reviews (2-6) en een recente Nederlandse bibliografie (7) gecheckt. Relevante artikelen met abstract vanaf 1990 zijn geïnccludeerd in dit onderzoek.

Om een adequaat beeld te krijgen van de invloed van rampen op professionele hulpverleners is er naast literatuur over (vrijwillige) brandweer, ambulance, GHOR en politie ook breder gezocht naar artikelen over reddingswerkers en inzet van militairen bij grote rampen. Artikelen met een onderzoekspopulatie die alleen bestond uit vrijwillige hulpverleners, zoals Rode Kruismedewerkers of burgers, zijn niet geïnccludeerd in dit literatuuronderzoek.

Voor het literatuuronderzoek zijn combinaties van de volgende zoektermen gebruikt:

- Ramp
 - Disaster
 - Trauma
- Hulpverleners
 - Emergency workers
 - Rescue workers
 - Disaster workers
 - Firefighters/fire fighters/fire-fighters
 - Police
 - Ambulance (crew)
 - Health personnel (off-site)
 - Soldiers
- Psychosociale gevolgen
 - Mental health
 - Acute stress disorder/ASD
 - Post traumatic stress disorder/PTSD
 - Posttraumatic stress
 - Psychological distress
 - Anxiety
 - Depression
 - Substance use disorder
 - Medically unexplained (physical) symptoms/unexplained physical symptoms/psychosomatic symptoms/psychosomatic complaints
 - Resilience

Aanvullend op de literatuursearch is gebruikgemaakt van een aantal rapporten over de gevolgen van Nederlandse rampen (8-15) en twee recent gepubliceerde proefschriften over de vliegcrash Bijlmermeer (16;17). Gedurende de laatste vijftien jaar heeft een aantal rampen en grootschalige calamiteiten plaatsgevonden in Nederland: de vliegcrash Bijlmermeer (1992), de Herculescrash (1996), de Legionella-epidemie in Bovenkarspel (1999), de vuurwerkcrash in Enschede (2000), de cafébrand in Volendam (2001) en de Schipholbrand (2005). Na al deze gebeurtenissen is gezondheidsonderzoek verricht. Wat betreft de psychische effecten voor hulpverleners zijn vooral de onderzoeken na de vliegcrash Bijlmermeer, de Herculescrash en de vuurwerkcrash Enschede van belang. De Legionella-epidemie is een ramp geweest met veel slachtoffers, maar in de context van dit rapport niet relevant, omdat er geen acute hulp geboden of reddingswerkzaamheden verricht moesten worden door brandweer, ambulancemedewerkers of politie. Bij de cafébrand in Volendam en de Schipholbrand is er wel onderzoek gedaan naar het handelen van de hulpverleners, maar zijn geen resultaten gepresenteerd over mogelijke nadelige psychische gevolgen van de rampen voor betrokken hulpverleners.

2.2 Huidige organisatie van preventie, opvang en behandeling van hulpverleners in Nederland

Om de huidige Nederlandse situatie te beschrijven wat betreft de preventie, opvang en behandeling van psychosociale gevolgen bij geüniformeerde hulpverleners is in eerste instantie informatie gezocht via internet (zoekmachine 'Google'). De trefwoorden 'rampenbestrijding', 'RGF' (Regionaal Geneeskundig Functionaris), 'landelijk model procesplan PSHOR (Psychosociale Hulpverlening na Ongevallen en Rampen)', 'Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen', 'bedrijfsopvangteam ambulance', 'bedrijfsopvangteam brandweer', 'team bedrijfsopvang politie' leverden de volgende relevante websites op:

<http://www.nvbr.nl>,
<http://www.handboekrampenbestrijding.nl>,
<http://www.rgf.nl>,
<http://www.nifv.nl>,
<http://www.minbzk.nl>,
<http://www.arboconvenanten.szw.nl>,
<http://www.minszw.nl>,
<http://www.brandweerkennisnet.nl>,
<http://www.ambulancezorg.nl> (ambulanceplein),
<http://www.sovam.nl>,
<http://www.politie.nl>.

Ook zijn de relevante links op deze websites nagezocht. Verder zijn links van brancheverenigingen en koepelorganisaties geraadpleegd om informatie over bedrijfsopvang c.q. psychosociale opvang/nazorg te vinden (CNV Ambulance, AmbulanceZorg Nederland, Beroeps Vereniging Ambulancezorg, politiebond Algemene Nederlandse Politie Vereniging (ANPV), politievakorganisatie ACP, AbvaKabo FNV, CNV Publieke Zaak, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)). Op de genoemde websites konden diverse rapporten van onderzoeksinstellingen, handreikingen over rampenbestrijding en crisisbeheersing, draaiboeken voor bedrijfsopvangteams van hulpverleningsorganisaties, het Landelijk Model procesplan PSHOR en bijbehorende relevante wetten gedownload worden. Deze bronnen werden als basis voor de inventarisatie gebruikt. Gevonden rapporten leverden ook verdere zoektermen op of gaven aanwijzing voor andere relevante rapporten of wetteksten. Deze werden ook via 'Google' opgezocht en voor deze studie gebruikt.

Omdat niet alle informatie via het Internet te verkrijgen was, zijn naast het literatuuronderzoek experts geconsulteerd die betrokken zijn bij preventie, opvang en behandeling van hulpverleners. Door middel van

semi-gestructureerde interviews is informatie verzameld over de regeling betreffende preventie, opvang en behandeling van psychosociale gevolgen bij geüniformeerde hulpverleners in Nederland, over mogelijke lacunes en over monitoring op dit gebied. Experts zijn geraadpleegd uit organisaties:

- waar geüniformeerde hulpverleners werkzaam zijn,
- die betrokken zijn bij de opleiding van geüniformeerde hulpverleners,
- die betrokken zijn bij beleidsvorming op het gebied van de opvang en nazorg aan geüniformeerde hulpverleners,
- die betrokken is bij gezondheidsmonitoring van hulpverleners,
- die betrokken zijn bij de hulpverlening aan geüniformeerde hulpverleners.

Een lijst van de vijftien geïnterviewde deskundigen is te vinden in bijlage 1.

3 Wetenschappelijk kennis over psychosociale gevolgen bij hulpverleners na rampen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de inventarisatie van de wetenschappelijke kennis op het gebied van psychosociale gevolgen van rampen bij geüniformeerde hulpverleners besproken. Achtereenvolgens zullen de omvang van psychische problematiek bij professionele hulpverleners, de verschillen in het vóórkomen van psychische klachten tussen verschillende populaties, de risicofactoren en beschermende factoren en preventie en behandeling van PTSS worden beschreven. In vergelijking met onderzoek naar directe slachtoffers van rampen is er relatief weinig onderzoek verricht naar de psychosociale gevolgen na rampen bij professionele hulpverleners.

Voorafgaand aan het bespreken van de resultaten is het van belang te benadrukken dat uitkomsten van de verschillende onderzoeken naar de psychische gevolgen van rampen bij hulpverleners sterk uiteen lopen en het daardoor soms moeilijk is directe vergelijkingen te maken. Deze verschillen houden verband met het specifieke karakter van elke ramp, de heterogeniteit van de onderzoekspopulaties en grote verschillen in onderzoeksmethodologie (bijvoorbeeld de selectie van deelnemers, het tijdsinterval na blootstelling aan de ramp, de wijze van vaststellen van de psychische symptomen en het gebruik van controlegroepen).

3.1 Acute stressstoornis en posttraumatische stressstoornis

Een acute stressstoornis (ASS) kan optreden als iemand is blootgesteld aan een ernstige traumatische ervaring. Symptomen van ASS zijn dissociatieve symptomen (verdoofdheid, verminderd bewustzijn, derealisatie, depersonalisatie of dissociatieve amnesie), herbelevingen van het trauma, actieve en passieve vermijding van stimuli die herinnering aan het trauma oproepen en verhoogde prikkelbaarheid. ASS duurt minimaal twee dagen en maximaal vier weken en treedt op binnen vier weken na de traumatische gebeurtenis. Als de symptomen herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid langer dan een maand aanhouden of meer dan een maand na de ramp ontstaan én aanzienlijke beperkingen veroorzaken in sociale, beroepsmatige en andere belangrijke levensgebieden, is er sprake van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (18). De diagnose ASS in de eerste maand na een schokkende gebeurtenis is overigens geen eenduidige voorspeller van problematiek op de langere termijn, zoals PTSS (19;20).

Acute stressstoornis

Drie onderzoeken hebben gegevens verzameld over het percentage hulpverleners met ASS (binnen een periode van vier weken na de ramp). De prevalenties tussen deze onderzoeken verschillen sterk. Twee weken na een aardbeving in centraal Taiwan kwam onder 9% van de 187 jonge mannelijke militaire reddingswerkers ASS voor (21). Dit nam snel af tot 2-3% vier weken na de ramp. Fullerton et al. stelden ASS een week na een vliegtuigongeluk vast bij 26% van de 207 reddingswerkers (22). Twee tot drie weken na de vuurwerkram্প Enschede rapporteerden 16% van de 639 brandweerm medewerkers symptomen van ASS (23).

Posttraumatische stressstoornis

Hoewel de gerapporteerde symptomen niet altijd ernstig genoeg zijn om aan alle diagnostische criteria van PTSS te voldoen (maar desondanks wel als zeer hinderlijk ervaren kunnen worden), geven de resultaten van de meeste onderzoeken naar de psychologische gevolgen van rampen bij hulpverleners aan dat hulpverleners een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van PTSS. De prevalentie van PTSS onder reddingswerkers varieert van 0-25% (14;21-41) tot uitschieters van 44-50% (42). Galea vermeldt in zijn review een soortgelijke range van 5-40% bij reddingswerkers. Op basis van zijn review komt Galea tot de conclusie dat PTSS globaal onder 10-20% van bij een ramp betrokken hulpverleners voorkomt (2). Dit

samenvattende prevalentiecijfers neemt niet weg dat PTSS onder hulpverleners ook in veel mindere of meerdere mate kan voorkomen, door factoren als mate van blootstelling, omvang ramp en soort hulpverleners. De range van de PTSS-prevalentie komt ook overeen met het literatuuronderzoek gepubliceerd in het proefschrift van Witteveen (16).

Een aantal onderzoeken meldt geen of een zeer lage prevalentie van PTSS onder hulpverleners. Ongeveer 90 dagen na reddingswerkzaamheden na een aardbeving in Iran had 3% van de 36 brandweerm medewerkers PTSS (34). In een groep van 66 beroepsmarineduikers (en 59 controlepersonen) werden geen posttraumatische stresssymptomen gevonden drie tot vier maanden na het bergen van stoffelijke overschotten uit een in zee neergestort vliegtuig (43). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de zeer strenge selectieprocedure, waardoor alleen mensen met bepaalde karaktereigenschappen worden aangenomen (o.a. snelle adaptatie, goed analytisch vermogen en goed vermogen zich niet hopeloos te voelen) en de zware training (o.a. gericht op het goed kunnen functioneren onder water en het niet in paniek raken bij confrontatie met fysieke moeilijke of emotionele situaties). Beide studies hebben echter slechts een beperkte groep hulpverleners onderzocht. Na de vuurwerkramp in Enschede bleken slechts twee (1%) van de 246 bij de ramp betrokken vrijwillige brandweerm medewerkers PTSS te hebben. Dit onderzoek vond wel langer na de ramp plaats, namelijk na drie jaar (38). Bij een ander onderzoek na de vuurwerkramp in Enschede onder politie, brandweer en ambulancemedewerkers kwam één tot twee jaar na de ramp ook bij minder dan één procent van de hulpverleners PTSS voor (14). In dit onderzoek werden in bedrijfsartsregistraties cliënten met de diagnose PTSS geïdentificeerd.

In de meeste studies komt PTSS bij ongeveer 20-25% van de hulpverleners voor. Van een heterogene groep reddingswerkers had 20% symptomen van PTSS 10-15 maanden na de aanslagen op het World Trade Centre in New York (24). Na de orkaan Katrina bleek 22% van 525 brandweerm medewerkers en 19% van 912 politiem medewerkers 7-13 weken na de ramp PTSS te hebben (25). Bij hulpverleners betrokken bij reddingswerkzaamheden na aardbevingen zijn vergelijkbare percentages van PTSS gevonden. Vijf maanden na de Chi-Chi aardbeving in Taiwan had 21% van 84 professionele brandweerm medewerkers PTSS (30) en twee maanden na de Bingol aardbeving in Turkije bleek 25% van 44 reddingswerkers symptomen van PTSS ontwikkeld te hebben (42). Een uitschieter wordt vermeld in het onderzoek van Sims en Sims (42). Zij vonden PTSS in 44% van de 70 politiem medewerkers één tot twee jaar na de Hillsborough voetbalstadionramp, waarbij 95 mensen werden doodgedrukt tegen de dranghekken. Mogelijk heeft het indringende gevoel van machteloosheid tijdens deze ramp grote invloed gehad op het zeer hoog percentage PTSS. Hoge PTSS-prevalenties zijn echter geen uitzondering. Galea vermeld in zijn review een studie waarbij PTSS voorkwam onder 50% van 469 brandweerm medewerkers blootgesteld aan een ramp veroorzaakt door grote bosbranden in Australië (44).

Wat opvalt bij onderzoeken die op verschillende tijdstippen na een ramp PTSS hebben gemeten, is dat er bij het verstrijken van de tijd geen duidelijke aflopende trend is in het vóórkomen van PTSS bij geüniformeerde hulpverleners. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat hulpverleners beroepsmatig regelmatig met stressvolle situaties en ernstige incidenten geconfronteerd (blijven) worden. Verscheidene onderzoeken hebben namelijk aangetoond dat bij hulpverleners door hun dagelijkse blootstelling aan stress PTSS meer voorkomt (45-47). In een longitudinale studie na een groot treinongeluk in Denemarken had zowel drie als zeven maanden na het ongeluk 10% van de 77 reddingswerkers PTSS (28). Bij 355 militaire reddingswerkers ingezet na een vliegramp nam de PTSS-prevalentie eerst toe van 8% na zes maanden tot 12% na twaalf maanden om vervolgens weer af te nemen tot 7% na achttien maanden (32). Bij een gezondheidsmonitoringsonderzoek onder bedrijfsartsen na de vuurwerkramp in Enschede zijn er in de halfjaarlijkse perioden van een half jaar voorafgaand tot twee jaar na de ramp ongeveer gelijke percentages van PTSS bij hulpverleners gerapporteerd van minder dan één procent (14). Tot slot blijken PTSS-klachten zelfs na een periode van 8,5 jaar na de vliegramp Bijlmermeer voor te komen bij respectievelijk 5% en 7% van de betrokken brandweer- en politiem medewerkers. De aanwezigheid van psychische problematiek 8,5

jaar na deze ramp kan deels het gevolg zijn geweest van de onzekerheid over mogelijke blootstelling aan toxische stoffen en lange maatschappelijke en media-nasleep na de ramp (35).

3.2 Depressie, angststoornissen, middelenmisbruik, overige psychische klachten en LOK

Naast ASS en PTSS wordt een aantal andere specifieke psychische en psychosociale gevolgen van rampen bij hulpverleners vermeld in de wetenschappelijke literatuur, zoals depressie, angst en overmatig alcoholgebruik. Dit kan zowel in combinatie met PTSS als op zichzelfstaand voorkomen. Een aantal symptomen van PTSS komt overeen met symptomen van depressieve stoornissen of angststoornissen (18). De kans op het krijgen van andere psychische stoornissen, zoals depressie en angst lijkt toe te nemen, naarmate de klachten van PTSS zich ernstiger manifesteren (42).

Depressie

De prevalentie van depressie onder hulpverleners varieert in verscheidene onderzoeken tussen 0-27%. Ongeveer 6% van een heterogene groep reddingswerkers had een depressie 10-15 maanden na de aanslagen van New York (24). Zeven tot dertien weken na de orkaan Katrina werden er symptomen van depressie gevonden bij 27% van de brandweerm medewerkers en 26% van de politiem medewerkers (25). Twee maanden na een aardbeving in centraal Taiwan had 15% van de 1104 reddingwerkers last van een depressie (48). Fullerton et al. hebben op twee verschillende tijdstippen de prevalentie van depressie bepaald in 207 reddingswerkers: 16% zeven maanden en 22% dertien maanden na een vliegtuigongeluk (22). Drie jaar na de vuurwerkramp Enschede kwam depressie voor bij 5% van de brandweerm medewerkers, in vergelijking met 2% voor de ramp (38). Ruim acht jaar na de vliegcrash Bijlmermeer rapporteerde 22% van de betrokken politiem medewerkers en 20% van de betrokken brandweerm leden depressieve klachten (17). Alexander et al. vonden geen toename in de frequentie van depressie onder 71 politiem medewerkers ten opzichte van een controlegroep van 53 niet-blootgestelde politiem medewerkers én in vergelijking met de situatie voor het zoeken van stoffelijk overschotten na een ramp op een booreiland (26;27). Een goede verklaring voor het feit dat er niet meer depressie voorkwam dan voor de ramp is de relatief lange voorbereidingstijd verkregen door de moeizame berging van het booreiland. De politiem medewerkers konden hierdoor een goed beeld krijgen van wat hen (als team) te wachten stond en ze konden zich mentaal voorbereiden.

Angststoornissen

Er is niet heel veel onderzoek gedaan naar het vóórkomen van angst als gevolg van een ramp bij reddingswerkers. Angststoornissen komen na een ramp bij ongeveer 6-12% van hulpverleners voor. Na de aanslagen in New York had 10-15 maanden na de ramp 6% van een heterogene groep reddingswerkers een angststoornis (24). Van ruim 28.000 politiem medewerkers die betrokken zijn geweest bij de hulpverlening na de aanslagen van New York werd door 12% een angststoornis gerapporteerd (49). Twee maanden na een aardbeving in centraal Taiwan had 11% van de reddingswerkers een angststoornis en 19% symptomen van fobische angst (48). Bij 12% van de politiem medewerkers (in vergelijking met 5% van de niet-blootgestelde politiem medewerkers) kwamen 8,5 jaar na de vliegcrash Bijlmermeer angststoornissen voor (50). Studies die gegevens voor en na een vergeleken laten slechts een lichte toename van angststoornissen onder hulpverleners zien of geen toename. Op basis van de bedrijfsartsregistraties in Enschede bleken angststoornissen drie jaar na de vuurwerkramp voor te komen bij 8% van de brandweerm medewerkers, in vergelijking met 4% voor de ramp (38). Alexander et al. vonden wederom geen toename van angststoornissen onder politiem medewerkers in vergelijking met voor de ramp (26;27).

Middelenmisbruik

Alcohol wordt regelmatig gebruikt als zelfmedicatie, als middel om de gevolgen van een ramp beter aan te kunnen en even te kunnen vergeten. Bij sommigen kan dit uiteindelijk leiden tot een alcoholverslaving.

Alcoholconsumptie blijkt vooral toe te nemen bij die personen die voor de ramp al regelmatig alcohol nuttigden (39;42). Ongeveer een kwart van de 181 brandweerm medewerkers rapporteerden excessief alcoholgebruik 34 maanden na een bomaanslag in Oklahoma City, maar slechts 2% waren nieuwe alcoholverslaafden als gevolg van deze aanslag (39). De aanslagen van New York veroorzaakten alcoholmisbruik in 10% van de reddingswerkers (24). Ruim acht jaar na de vliegcrash Bijlmermeer bleek 23% van de bij de werkzaamheden na de ramp betrokken brandmedewerkers overmatig alcohol te drinken, ten opzichte van 17% van de niet-betrokken brandweerm medewerkers. Van zowel betrokken als niet-betrokken politiem medewerkers gebruikten ongeveer 15% overmatig alcohol (11;12). Van ruim 28.000 politiem medewerkers die betrokken zijn geweest bij de hulpverlening na de aanslagen van New York werd er door 3% een overmatig gebruik gerapporteerd van alcohol of drugs (49). Er zijn geen andere onderzoeken die gegevens hebben gepubliceerd over drugsmisbruik door hulpverleners als gevolg van een ramp.

Overige psychische klachten

Een aantal onderzoeken heeft de algemene psychische gezondheid onderzocht. Van de 85 brandweerm medewerkers had 17% vijf maanden na een aardbeving klachten van psychische aard (30). Drie en zeven maanden na een groot trein ongeluk had 18% van de 77 reddingswerkers een hoog risico op een psychische stoornis (28). Anderhalf jaar na reddingswerkzaamheden na het instorten van twee boven elkaar gelegen wegen als gevolg van een aardbeving had negen procent van de 198 reddingswerkers een hoog risico op een psychische stoornis (51;52). Voor de politie-, brandweer- en ambulancemedewerkers was in het eerste half jaar na de vuurwerkcrash Enschede het percentage hulpverleners met psychische problematiek gestegen van 3% naar 5%, en dit bleef vervolgens verhoogd tot 6% twee jaar na de ramp (14;53). Een recent afgerond vierjarig onderzoek naar de gevolgen van de vuurwerkcrash in Enschede onder 1403 reddingswerkers (en 1650 controle reddingswerkers) toonde aan dat de prevalentie, incidentie en frequentie van aan psychische klachten (met name stressreacties, zoals PTSS en burnout) gerelateerd ziekteverzuim sterk waren toegenomen in het eerste jaar na de ramp. In de daaropvolgende jaren keerden deze waarden weer terug tot normale waarden. Het aantal dagen ziekteverzuim nam in de eerste 7-12 maanden na de ramp toe en bleef verhoogd in vergelijking met de controle reddingswerkers. De duur van het ziekteverzuim was alleen in de eerste zes maanden na de ramp langer in vergelijking met de controlegroep (54). Ruim acht jaar na de vliegcrash Bijlmermeer werden overige psychische klachten gerapporteerd in 12% van de betrokken brandweerm medewerkers (met name slaapproblemen, hostiliteit en somatische klachten) en onder 20% van de betrokken politiem medewerkers (met name slaapproblemen, hostiliteit, somatische klachten en angst). Ongeveer een derde van de brandweer- en politiem medewerkers met psychische klachten bracht deze klachten in verband met de Vliegcrash Bijlmermeer en de nasleep daarvan (11;12). Specifieke verwerkingsklachten, zoals ernstige herbelevingsreacties en vermijdingsreacties met betrekking tot de Herculescrash én met betrekking tot negatieve kritieken in de media kwamen na ongeveer vier jaar nog bij 8-12% van de reddingswerkers voor (9).

Lichamelijk onverklaarde klachten

Naast een toename van psychische problematiek is er na rampen ook vaak een stijging van lichamelijk onverklaarde klachten (LOK) waar te nemen. LOK zijn klachten zonder aantoonbare lichamelijke oorzaken. Voorbeelden zijn aanhoudende hoofdpijn, vermoeidheid, maag-darmklachten en spierpijn. Dit is een belangrijke categorie klachten na rampen, waarover binnen de wetenschap nog weinig consensus bestaat. Het domein voor LOK is niet goed afgebakend (8). Slechts enkele studies onder hulpverleners onderzochten het voorkomen van klachten als hoofdpijn, vermoeidheid en maagproblemen. Van ruim 28.000 politiem medewerkers die betrokken zijn geweest bij de hulpverlening na de aanslagen van New York werd door 8% hoofdpijn, 14% vermoeidheidsklachten en 5% maagproblemen gerapporteerd (49). Marmar et al. vonden een significante relatie tussen PTSS-symptomen en zelfgerapporteerde somatische symptomen, zoals hoofdpijn en spierpijn (52). Ruim acht jaar na de vliegcrash Bijlmermeer rapporteerden betrokken brandweer- en politiem medewerkers in vergelijking met niet-betrokken hulpverleners significant meer klachten in de symptoomcategorieën algemeen en niet-gespecificeerde klachten (bv. vermoeidheid),

cardiovasculair (bv. hartkloppingen), bewegingsapparaat (bv. lage rugpijn), zenuwstelsel (bv. verlies van kracht) en huid (bv. eczeem). Daarnaast meldden politiemedewerkers ook meer klachten van het spijsverteringskanaal (bv. zweren in de mond) en de luchtwegen (bv. benauwdheid). De prevalenties varieerden van 20-55% (17;35). De hogere prevalenties van de lichamelijke klachten onder de betrokken hulpverleners konden niet worden toegeschreven aan met de ramp gerelateerde systemische of orgaanspecifieke pathologische processen (o.b.v. klinische parameters in bloed en urine) of aan posttraumatische stressklachten (17;35). Drie jaar na de vuurwerkcramp Enschede rapporteerden 29% van de brandweermedewerkers klachten van het bewegingsapparaat (24% voor de ramp), 7% maagdarmproblemen (6% voor de ramp), 18% problemen met de luchtwegen (9% voor de ramp), 14% vermoeidheid (5% voor de ramp) en 21% hoofdpijn (18% voor de ramp) (38).

3.3 Verschillen in traumagerelateerde klachten tussen verschillende populaties

Om te bepalen in hoeverre de prevalentie van traumagerelateerde klachten van hulpverleners verschilt van die van de algemene bevolking en van door rampen getroffen burgers en of er mogelijk verschillen bestaan tussen de geüniformeerde beroepen worden in de volgende paragrafen diverse populaties met elkaar vergeleken.

Hulpverleners versus niet aan ramp blootgestelde controle hulpverleners

Een aantal onderzoeken heeft bij een ramp betrokken hulpverleners vergeleken met (gematchte) controlepersonen die niet waren blootgesteld aan de ramp. Op deze manier kan op een valide manier bepaald worden of het inderdaad de blootstelling aan de ramp was die tot een toename van psychische morbiditeit heeft geleid. In de meeste onderzoeken werd meer psychische problematiek gevonden bij hulpverleners die aan een ramp zijn blootgesteld in vergelijking met niet-blootgestelde hulpverleners. Onder reddingswerkers ingezet na een vliegtuigramp werd significant meer psychische problematiek gevonden in vergelijking met niet-blootgestelde controlepersonen: ASS (26% versus 2%), PTSS (17% versus 2%) en depressie (16% versus 10% na zeven maanden; 22% versus 13% dertien maanden na de ramp) (22). Ook werd een significant hogere prevalentie van PTSS-symptomen gevonden bij 434 militaire reddingswerkers ingezet na een aardbeving vergeleken met 154 controlemilitairen. Ruim acht jaar na de vliegramp Bijlmermeer werden PTSS en overige psychische klachten gerapporteerd in respectievelijk 5% en 12% van de betrokken en in 3% en 8% van de niet-betrokken brandweermedewerkers. Bij de betrokken politiemedewerkers werden PTSS en psychische klachten gerapporteerd in 7% en 20% en bij niet-betrokken politie in respectievelijk 2% en 12% (11;12;35). Enkele onderzoeken vinden geen verschil tussen blootgestelde en niet-blootgestelde hulpverleners. Het al eerder genoemde onderzoek van Alexander et al. vond geen toename in depressie en angststoornissen bij politiemedewerkers in vergelijking met voor de ramp en depressie en angststoornissen kwamen evenveel voor als bij de groep controlepersonen (26;27). Achttien maanden en drie jaar na de vuurwerkcramp Enschede werden er bij twee verschillende onderzoeken ook geen verschillen in psychische problematiek gevonden tussen een groep blootgestelde en niet-blootgestelde brandweermedewerkers (23;38). Na een aardbeving in Centaal Taiwan kwam ASS onder 187 militaire reddingswerkers zelfs minder voor dan onder 83 controles (21). Mogelijk waren oorzaken hiervan dat de militaire basis dicht bij het epicentrum van de aardbeving lag, waardoor de militairen naast reddingswerkers ook zelf primair getroffen waren; de reddingswerkers ouder waren, meer ervaren en beter opgeleid; en de militairen uit de controlegroep het bevel hadden gekregen op de basis te blijven, waardoor ze zich schaamden en schuldig voelden dat ze geen hulp hadden kunnen bieden aan de getroffen van de aardbeving.

Hulpverleners versus primair getroffen

Onder bij een ramp ingezette hulpverleners komen psychische klachten minder voor dan bij personen die primair zijn getroffen door een ramp (2;4-6). Galea vermeldt in zijn review samenvattende prevalenties voor PTSS van 10-20% voor reddingswerkers en 30-40% voor direct door een ramp getroffen personen (2). North et al. hebben in hun onderzoek naar de psychische gevolgen 34 maanden na de bomaanslag in Oklahoma City gegevens van 176 brandweerlieden en 88 direct getroffen personen vergeleken (39). De brandweerlieden hadden minder symptomen van PTSS (13 versus 23%), depressie (8% versus 13%) en paniekstoornissen (1% versus 6%) dan de direct getroffen personen, maar een veel hoger percentage alcoholmisbruik (25% versus 10%). Twee tot drie weken en 18 maanden na de vuurwerkcramp Enschede had respectievelijk 16% en 5% van de brandweermedewerkers en 74% en 40% van de getroffen bewoners symptomen van PTSS (23).

Hulpverleners versus de algemene bevolking

In de literatuur is vooral het vóórkomen van PTSS onder hulpverleners vergeleken met de algemene, niet door een ramp getroffen, bevolking. Onder bij een ramp ingezette hulpverleners komen PTSS en angst meer voor, depressie minder en alcoholmisbruik in vergelijkbare mate als onder de algemene bevolking. Dit bleek onder meer uit onderzoek van het CDC na de aanslagen in New York (24). Bij voornamelijk mannelijke reddingswerkers (20%) kwam PTSS vier keer meer voor dan onder de mannelijke algemene bevolking (5%) en angst (6%) twee keer meer. Depressie (6%) daarentegen kwam de helft minder voor dan in de algemene bevolking (10%). Alcoholmisbruik kwam in beide groepen evenveel voor (10%). Galea vermeldt in zijn review ook hogere prevalenties voor PTSS (10-20%) voor reddingswerkers dan voor de algemene bevolking (5-10%) (2). Dit komt overeen met de prevalenties die Morren et al. voor de algemene bevolking in hun artikel noemen van 8% voor Amerika, 6% voor Zweden en 8% voor Nederland (38).

Hulpverleners versus andere groepen hulpverleners

Er is maar een beperkt aantal onderzoeken gepubliceerd dat directe vergelijkingen heeft gemaakt tussen verschillende groepen hulpverleners. Definitieve conclusies zijn op basis hiervan dan ook niet te trekken. Uit de paar uitgevoerde studies zou blijken dat rampen tot meer psychische problematiek kunnen leiden bij ambulancepersoneel dan bij brandweer- en politiemedewerkers en dat er weinig verschillen bestaan in het vóórkomen van klachten bij brandweer en politie. Reddingswerkzaamheden verricht na het instorten van twee boven elkaar gelegen wegen als gevolg van een aardbeving hadden tot meer psychische problematiek geleid bij ambulancepersoneel in vergelijking met politie en brandweermedewerkers (51). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn verschillen in het wervingsbeleid (bv. psychologische screening), ondersteuning vanuit de organisatie (bv. groepsupport) en de kwaliteit van eerdere reddingswerkzaamheden (bijv. follow-up contact met slachtoffers en families). Het CDC vond nauwelijks verschillen tussen een groep van 912 politiemedewerkers en 525 brandweermedewerkers 7-13 weken na de orkaan Katrina: 19% PTSS en 26% depressie bij de politie en 22% PTSS en 27% depressieve symptomen bij de brandweermedewerkers (25). Het onderzoek ruim acht jaar na de vliegcrash Bijlmermeer toonde een iets hogere prevalentie van PTSS en psychische klachten aan bij politie (7% en 20%) in vergelijking met brandweermedewerkers (5% en 12%) (11;12).

Professionele hulpverleners versus vrijwilligers

Uit een beperkt aantal onderzoeken lijkt meer psychische problematiek voor te komen onder vrijwilligers dan onder professionele hulpverleners. Drie onderzoeken hebben een populatie van zowel professionele hulpverleners als vrijwillige reddingswerkers onderzocht en konden daardoor de verschillen tussen deze twee groepen goed vaststellen (31;33;34). Eén maand na een ernstig busongeluk had 13% van de 32 professionele hulpverleners (brandweer-, politie- en ambulancemedewerkers) en 25% van de 24 vrijwillige hulpverleners (vrijwillige brandweer- en Rode Kruismedewerkers) PTSS (31). Hagh-Shenas et al. vonden ook een lagere PTSS-prevalentie in professionele hulpverleners in vergelijking met twee groepen vrijwilligers: 3% PTSS in 36 brandweermedewerkers, 6% PTSS in 18 Rode Kruismedewerkers en 35%

PTSS in 100 studenten die hadden geholpen bij reddingswerkzaamheden na een aardbeving in Iran (34). Eén maand na een aardbeving in Taiwan werd er PTSS vastgesteld onder 20% van de 167 professionele reddingswerkers en 32% van de 85 niet-professionele militaire reddingswerkers.

Er wordt een aantal verklaringen in de wetenschappelijke literatuur genoemd voor de lagere prevalentie van psychische problematiek onder professionele reddingswerkers:

- Professionele hulpverleners moeten een psychologische screening ondergaan, waardoor juist die personen kunnen worden aangenomen die over meer veerkracht (resilience) beschikken bij herhaaldelijke blootstelling aan stress.
- Zelfselectie kan invloed hebben op hulpverleners. Personen die de zware psychische omstandigheden van het hulpverleningswerk niet aankunnen, zullen in een vroeg stadium op zoek gaan naar ander werk.
- Professionele hulpverleners hebben een uitgebreide training gehad om reddingswerkzaamheden te kunnen verrichten en goed te kunnen omgaan met acute stresssituaties.
- Professionele hulpverleners kunnen leren om beter om te gaan met crisissituaties door hun eerdere ervaringen met ernstige incidenten.
- Groepsinteractie (bv. groepsupport) zou gunstig kunnen zijn, waardoor na een ramp brandweerlieden en Rode Kruismedewerkers minder psychologische problematiek hadden dan vrijwillige studenten (33).

In de volgende paragraaf wordt uitgebreider ingegaan op de risicofactoren en beschermende factoren voor psychische gevolgen van rampen onder hulpverleners.

3.4 Risicofactoren en beschermende factoren

Risicofactoren en beschermende factoren voor psychische klachten na rampen zijn regelmatig onderzocht bij direct door rampen getroffen personen en uitgebreid beschreven in reviews of rapporten (o.a. 4-6;8;36). In deze paragraaf worden expliciet de factoren besproken uit onderzoeken naar de psychische gevolgen van rampen voor hulpverleners. Een groot deel van de risicofactoren en beschermende factoren voor direct getroffen personen en hulpverleners vertoont overlap. De etiologie van psychische klachten is multifactorieel bepaald en de factoren die een rol spelen bij het ontstaan en beloop van psychische klachten na rampen worden vaak in drie categorieën onderverdeeld: pre-traumatische of predisponerende factoren (factoren die verschillen in kwetsbaarheid tussen mensen bepalen), peri-traumatische of uitlokkende factoren (omstandigheden van de ramp die de klachten op gang brengen) en post-traumatische of instandhoudende factoren (factoren die klachten doen voortduren en het herstel in de weg staan). Een overkoepelende, sluitende theorie over de rol van de diverse factoren ontbreekt. Vast staat alleen dat personen meer risico lopen op het krijgen van psychische stoornissen na een ramp, naarmate meer factoren in het geding zijn. De risicofactoren en beschermende factoren voor psychische klachten na rampen bij hulpverleners zullen aan de hand van deze driedeling worden besproken.

3.4.1 Pre-traumatische factoren

Pre-traumatische of predisponerende factoren zijn factoren die verschillen in kwetsbaarheid tussen mensen bepalen.

Geslacht

Vrouwelijke hulpverleners hebben een grotere kans op nadelige psychologische gevolgen als gevolg van een ramp dan mannen (22;38;41;46;50). In het onderzoek van Sims en Sims naar de gevolgen 1-2 jaar na

de Hillsborough voetbalstadion ramp voldeden zelfs alle elf deelnemende vrouwelijke politiemedewerkers aan de PTSS-criteria (42).

Leeftijd

Het effect van leeftijd is niet eenduidig. Een aantal onderzoeken vermeldt een grotere kans op het krijgen van psychische stoornissen als gevolg van blootstelling aan een ramp naarmate hulpverleners ouder zijn (28;30;41;48;50;55), terwijl Fullerton et al. en Morren et al. constateerden dat juist jongere reddingswerkers een groter risico hadden (22;38). De factor werkervaring zal het effect van leeftijd mede beïnvloeden (zie einde van deze paragraaf).

Opleidingsniveau

Ook het effect van opleidingsniveau is niet volledig eenduidig. Een lagere opleiding was een onafhankelijke predictor voor PTSS in het onderzoek van Epstein et al. (32). Hierbij vermeldden ze wel dat het niveau van opleiding door verscheidene andere factoren (bijvoorbeeld het intelligentieniveau) bepaald wordt en deze factoren ook invloed kunnen hebben op het ontwikkelen van psychische gevolgen van een ramp. In tegenstelling hiermee vermeldden Morren et al. een hogere prevalentie van angst, depressie en slapeloosheid bij vrijwillige brandweermedewerkers met een hoger opleidingsniveau (38).

Burgerlijke staat

De resultaten van verscheidene onderzoeken tonen aan dat hulpverleners die alleenstaand zijn een grotere kans hebben op het ontwikkelen van psychologische problematiek na een ramp dan getrouwde hulpverleners (22;41;50;56). Fullerton et al. vermeldden dat ongetrouwde hulpverleners een bijna drie keer zo grote kans hadden op het ontwikkelen van ASS dan getrouwde collega's (22). Maar ook is er een onderzoek dat het tegenovergestelde effect heeft aangetoond. Na het verrichten van reddingswerkzaamheden als gevolg van een aardbeving hadden getrouwde brandweermedewerkers een grotere kans op het ontwikkelen van klachten van psychische aard (30). Ook het onderzoek van Morren et al. vond een groter, maar niet significant risico op psychische problematiek bij getrouwde brandweermannen (38). De invloed van het wel of niet getrouwd zijn hangt nauw samen met de factor sociale steun (56).

Sociale steun

De mate waarin iemand voor de ramp over een sociaal netwerk beschikt en na de ramp emotionele en praktische ondersteuning krijgt, is een belangrijke factor die zowel voor, tijdens als na de ramp van invloed kan zijn. Mensen met weinig sociale contacten zijn na een ramp vaak kwetsbaarder en lopen daarmee een groter risico op het ontwikkelen van negatieve psychologische gevolgen (26;27;56-59). Het kunnen delen van traumatische ervaringen en gevoelens met anderen helpt bij het verwerkingsproces van de blootstelling aan de ramp. Naast sociale steun van partners en vrienden, wordt steun vanuit de professionele organisatie, werkgevers en collega's ook van groot belang geacht (26;27;58). Belangrijk is om te vermelden dat negatieve psychische gevolgen van een ramp ook invloed kunnen hebben op de perceptie van sociale steun. Personen met minder psychische klachten kunnen beter in staat zijn de steun van anderen als positief te ervaren en daardoor meer openstaan voor de steun van naasten (58).

Persoonlijke factoren

Verscheidene persoonlijke factoren kunnen een positieve invloed hebben op de psychische gesteldheid van hulpverleners na het meemaken van ernstige incidenten of rampen. Hulpverleners met een stabiele persoonlijkheid, die positief denken, problemen zelf actief aanpakken, het vermogen hebben om omstandigheden adequaat waar te nemen, over een goed vermogen beschikken om zelf onverwachte situaties aan te kunnen (coping) en er invloed op kunnen uitoefenen hebben een kleinere kans op het ontwikkelen van psychische stoornissen en beter herstel van eventuele psychische klachten (34;58;60;61). Coping is een belangrijke persoonlijke factor. Een positieve wijze van coping is een actieve aanpak van de

problemen en dit beschermt tegen psychische klachten. Negatieve manieren van coping zijn bijvoorbeeld het weglopen voor problemen, bij de pakken neerzitten en zichzelf of anderen de schuld geven. Persoonlijke capaciteiten kunnen zowel als pre-, peri- en post-traumatische factor worden gezien.

Psychische problematiek in voorgeschiedenis

Hulpverleners met een voorgeschiedenis van psychopathologie (bijvoorbeeld angst, depressie of PTSS) hebben een grotere kans om ook na een ramp dergelijke stoornissen te krijgen en vaak in een ernstigere vorm dan personen die geen psychische problematiek hebben gehad in hun voorgeschiedenis (39;52;56). In het onderzoek van North et al. bleek zelfs 82% van de brandweermedewerkers met psychische stoornissen na reddingswerkzaamheden als gevolg van een bomaanslag een voorgeschiedenis van psychopathologie te hebben gehad (39).

Selectie

Selectie is een belangrijke factor die een rol speelt bij het vóórkomen van psychische problematiek bij hulpverleners. Het overgrote deel van de hulpverleners blijkt namelijk niet aan uitgebreide psychische klachten of stoornissen te lijden ondanks de frequente confrontatie met ernstige gebeurtenissen (33;43;61). Selectie vindt op twee manieren plaats (4;5;33;34;38;39;51). Ten eerste door de grondige screening voor het in dienst treden waardoor juist die personen kunnen worden aangenomen die over meer veerkracht (resilience) beschikken bij herhaaldelijke blootstelling aan stress. Ten tweede als gevolg van een proces van zelfselectie. Personen die de zware psychische omstandigheden van het hulpverleningswerk niet aankunnen, gaan in een vroeg stadium op zoek naar ander werk.

Training

Training lijkt een belangrijke factor om de negatieve psychische gevolgen bij hulpverleners na een ramp te reduceren of in sommige gevallen zelfs te voorkomen (43;56). Training zorgt ervoor dat hulpverleners beter zijn voorbereid op rampen, hun zelfverzekerdheid toeneemt en dat ze zichzelf beter onder controle hebben. Dit zijn allemaal factoren die invloed kunnen hebben op de preventie van PTSS of het herstel van PTSS kunnen versnellen. De impact van training is wel afhankelijk van de mate waarin het doel en omvang van de training overeenkomt met het soort werkzaamheden dat de hulpverleners na een ramp uitvoeren.

Werkervaring

Het effect van werkervaring is niet eenduidig in de wetenschappelijke literatuur. Werkervaring is een complexe variabele waarin verschillende andere variabelen, zoals blootstelling aan eerdere ernstige incidenten, training en de mogelijkheid van PTSS in de medische voorgeschiedenis een rol spelen. Aan de ene kant zijn er onderzoeken die hebben vastgesteld dat naarmate het aantal jaren werkervaring toeneemt, de kans op negatieve psychologische gevolgen van een ramp, zoals PTSS ook toeneemt (22;30;38;48;55;56). De resultaten van Fullerton et al. indiceren bijvoorbeeld dat hulpverleners met meer werkervaring een bijna zeven keer zo grote kans hadden op het ontwikkelen van PTSS dan collega's met minder werkervaring (22). Wanneer hulpverleners meer werkervaring hebben, zijn ze vaker aan traumatische ervaringen blootgesteld en kunnen eventuele psychische restsymptomen van eerdere reddingswerkzaamheden resulteren in een toename van psychische en posttraumatische morbiditeit. Aan de andere kant kan werkervaring een beschermende factor voor nadelige psychologische gevolgen zijn, omdat hulpverleners beter weten wat ze te wachten staat en hoe te moeten handelen bij ernstige incidenten en 'harder' worden (31;33;39;43;59). Alexander en Klein vonden beide effecten in een studie onder ambulancepersoneel. Bijna de helft (49%) van de onderzochte groep vond dat frequentere blootstelling aan traumatische ervaringen tot een betere coping leidde. 12% meende echter dat het vaker blootgesteld worden aan traumatische gebeurtenissen het (uiteindelijk) juist moeilijker maakt hiermee om te gaan (62).

3.4.2 Peri-traumatische factoren

Peri-traumatische of uitlokkende factoren zijn factoren die te maken hebben met de omstandigheden van de ramp die de klachten op gang kunnen brengen.

Karakteristieken ramp

Eén van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van psychische klachten en problemen na een ramp is de indringendheid waarmee de hulpverleners met de ramp zijn geconfronteerd (2;4-6;22;38;43;52;56;58). Factoren die deze indringendheid bepalen zijn onder andere blootstelling aan veel gewonden en doden, jonge leeftijd van slachtoffers, grootschalige vernietiging van onroerend goed en zelf gevaar lopen tijdens de reddingswerkzaamheden. Het blijkt dat naarmate men de ramp als indringender ervaart, het risico op het ontwikkelen van psychische problematiek toeneemt.

Karakteristieken werkzaamheden

Grotere blootstelling aan een ramp (o.a. blootstelling aan gewonde en dode slachtoffers, kinderslachtoffers, ernstige brandwonden, direct ter plaatse van de ramp werken en duur van de werkzaamheden) blijkt grotere psychische problematiek tot gevolg kan hebben (2;4-6;22;30;32;50-52;56;59;63). Daarnaast zorgen de omstandigheden van de werkzaamheden zelf, zoals lange werktijden, onveilige omstandigheden, slaapgebrek, geïsoleerde werkomgeving en voor langere tijd gescheiden zijn van dierbaren voor een extra lichamelijke en psychische belasting van hulpverleners (4-6;25;63;64). Overige psychisch belastende omstandigheden zijn het falen om directe slachtoffers te kunnen redden, contact met familie van overledenen, identificatie met slachtoffers en hun families en in sommige gevallen zijn hulpverleners zelf ook persoonlijk bij een ramp betrokken door vernieling van persoonlijke eigendommen of doordat er bekenden of dierbaren onder de slachtoffers zijn (4-6;24;25;29;63). Een goede voorbereiding op de specifieke reddingswerkzaamheden kan de negatieve psychische gevolgen verminderen (26;27;43), maar in de meeste gevallen ontbreekt hiervoor de benodigde tijd.

Dissociatie

Dissociatie is het proces waarbij een gecoördineerd geheel van handelingen, gedachten of emoties afgescheiden raakt van de rest van de persoonlijkheid. Dissociatieve symptomen zijn verdoofdheid, verminderd bewustzijn, derealisatie, depersonalisatie en dissociatieve amnesie, en komen ook voor bij personen met ASS (18). Het aanwezig zijn van dissociatieve symptomen tijdens de blootstelling aan de ramp heeft een beschermende werking tijdens de reddingswerkzaamheden, maar is een belangrijke predictor voor het ontwikkelen van PTSS en depressie na de ramp (22;30;32;52;56;59;65).

3.4.3 Post-traumatische factoren

Een aantal factoren dat al eerder is besproken bij de pre-traumatische risicofactoren (paragraaf 3.4.1), zoals persoonlijke factoren en sociale steun, is ook van belang als post-traumatische factoren. Post-traumatische of instandhoudende factoren zijn factoren die klachten doen voortduren en het herstel in de weg kunnen staan. In de internationale literatuur is weinig beschreven over mogelijke post-traumatische risicofactoren. De psychische stoornissen ASS en depressie lijken de kans op het ontwikkelen van PTSS te verhogen (22;32), maar de diagnose ASS in de eerste maand na een schokkende gebeurtenis is geen eenduidige voorspeller van problematiek op de langere termijn zoals PTSS (20). Daarnaast verhoogt het meemaken van stressvolle levensgebeurtenissen in de periode na de ramp het risico op het krijgen van PTSS (32;50). Uit het onderzoek na de Herculusramp bleek dat diverse aspecten van personeelszorg een gunstige samenhang vertoonden met de psychische gezondheid. Ernstige angstgevoelens, vijandigheidgevoelens, verwerkingsklachten en slaapproblemen kwamen significant minder voor bij reddingswerkers die a) erkenning, b) een plaats om het verhaal te vertellen, c) nazorg en opvanggesprekken, en d) informatie over de handelwijze van andere betrokken partijen wilden en hebben gehad, dan bij reddingswerkers die deze steun ook wilden maar niet hebben gekregen (9). Uit onderzoek

na de Bijlmer- en Herculesramp blijkt dat de media een grote impact kunnen hebben op het ontwikkelen van psychische problematiek bij hulpverleners (9;11;12). De intensiteit van de verwerkingsklachten ten gevolge van de negatieve kritieken in de media zoals over (vermeende) vrijgekomen giftige stoffen, (veronderstelde) foutieve handelingen van bij de ramp betrokken personen of organisaties, mislukte maatregelen die de ramp (schijnbaar) hadden kunnen voorkomen, (gesuggereerde) pogingen van de betrokken organisaties om de ware toedracht te verdoezelen (1) wijzen erop dat, jaren later, deze negatieve kritieken net zo belastend kunnen zijn als de ramp zelf. Er is dan duidelijk sprake van secundaire traumatisering.

3.5 Preventie en behandeling van PTSS

Vroegtijdige detectie en interventie van PTSS-symptomen is van groot belang om het ontwikkelen van posttraumatische morbiditeit te voorkomen of de ernst van klachten te reduceren. Hoewel dit belang door verscheidene onderzoekers benadrukt wordt (38;45;56;66), is er nauwelijks onderzoek gedaan naar het effect van psychologische preventie en interventie bij professionele hulpverleners. Een onderzoek onder politieagenten laat wel een positief effect zien van eclecticische psychotherapie (67). Van de mogelijke preventieve interventies en behandelmethoden voor PTSS, zoals debriefing, medicamenteuze therapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en psychotherapie, wordt in de wetenschappelijke literatuur alleen sporadisch aandacht besteed aan het effect van debriefing voor hulpverleners. Debriefing is een eenmalige nabespreking in groepsverband onder deskundige leiding, waarbij gesproken wordt over de ervaringen van de hulpverleners tijdens de reddingswerkzaamheden. Hulpverleners krijgen tijdens een debriefing de gelegenheid om hun emoties te uiten. Een debriefing vindt 24-72 uur na een grootschalige calamiteit of ramp plaats. Het effect van debriefing op de preventie van PTSS bij hulpverleners is niet eenduidig (66;68;69) of wordt zelfs geheel ontraden (70). Er staat wel vast dat onjuist uitgevoerde debriefings zelfs een schadelijk effect kunnen hebben, daarom is het noodzakelijk een strikt protocol te volgen als er besloten wordt een debriefing te houden voor professionele hulpverleners (66;68). De NICE- en APA-richtlijnen ontraden het routinematig aanbieden van eenmalige debriefing, maar deze rapporten zijn niet specifiek gericht op professionele hulpverleners (71;72). Impact ontwikkelde, in samenwerking met het Trimbos Instituut en onder auspiciën van de stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, een richtlijn voor vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Wat betreft debriefing wordt hierin aangesloten bij de NICE- en APA-richtlijnen. De Nederlandse richtlijn verschijnt in het najaar van 2007.

Personen die behoefte hebben aan eventuele nazorg moeten goed geïnformeerd zijn over de mogelijkheden om nazorg te krijgen, de nazorg moet ook in de jaren na een ramp beschikbaar blijven en het is vooral voor hulpverleners van belang dat de nazorg laagdrempelig is (49;73). Ongeveer vier jaar na de Herculesramp gaf een op de vijf reddingswerkers aan nog behoefte te hebben aan nazorg of opvanggesprekken (9).

4 Preventie, opvang en behandeling van hulpverleners in Nederland

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de huidige regeling van preventie, opvang en behandeling van hulpverleners in Nederland na rampen en grootschalige calamiteiten besproken. Achtereenvolgens zullen de relevante wet- en regelgeving over de nazorg van professionele hulpverleners (paragraaf 4.1), het verloop van een rampenbestrijding met bijhorende processen (paragraaf 4.2) en de huidige regeling van psychosociale opvang bij professionele hulpverleners aan de orde komen (paragraaf 4.3). Daarna wordt besproken hoe in monitoring is voorzien (paragraaf 4.4) en worden ervaringen besproken van het verloop van de nazorg aan hulpverleners bij enkele grootschalige rampen in Nederland (paragraaf 4.5).

4.1 Wet- en regelgeving over nazorg aan professionele hulpverleners

In geval van een ramp of grootschalig ongeval zijn veel wetten van toepassing. Onderwerp van onderzoek van dit rapport is de psychosociale hulpverlening bij geüniformeerde hulpverleners. In deze context zijn relevant: de *Arbeidsomstandighedenwet* (Arbo-wet, 1998), de *Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen* (Wghr, 1991) en de *Wet collectieve preventie volksgezondheid* (Wcpv, 1990) (74-76). Deze wetten geven weer wie voor de psychosociale nazorg aan hulpverleners verantwoordelijk is en welke verantwoordelijkheden daaraan verbonden zijn.

Het is voornamelijk de taak van de werkgever om werknemers op psychosociaal gebied op te vangen en ervoor te zorgen dat de psychosociale arbeidsbelasting zo gering mogelijk is (74). Naast de Arbo-wet moet volgens de *Wet rampen en zware ongevallen* (Wrzo, 1985) een rampenplan ook psychosociale nazorg omvatten (77). In de *Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen* (76) en de *Wet collectieve preventie volksgezondheid* (75) zijn de verantwoordelijkheden voor psychosociale opvang beschreven binnen de drie fasen van de rampenopvang (zie ook paragraaf 4.2.1). Deze nazorg bevat onder andere de nazorg aan hulpverleners.

Arbeidsomstandighedenwet

Volgens de Arbo-wet (74) is elk werkgever verplicht psychosociale arbeidsbelasting van zijn werknemers te voorkomen of te beperken (artikel 3, lid 2), ook als er vrijwilligers werkzaam zijn (artikel 16, lid 7, onderdeel c). Onder psychosociale arbeidsbelasting wordt in deze context de werkdruk in de arbeidssituatie begrepen die stress teweeg brengt. De toelichting op dit artikel luidt als volgt: "...Het beleid op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting moet onderdeel zijn van het algemene arbeidsomstandighedenbeleid. ... Uitgangspunt is dat psychosociale arbeidsbelasting waarbij schade aan de veiligheid en gezondheid van de werknemer kan worden veroorzaakt, dient te worden voorkomen. Indien dat redelijkerwijs niet mogelijk is, moet de werkgever psychosociale arbeidsbelasting zoveel mogelijk, in de eerste plaats bij de bron, beperken. De benodigde maatregelen voor voorkomen dan wel beperken van psychosociale arbeidsbelasting dienen gebaseerd te zijn op de risico-inventarisatie en –evaluatie. ... Een en ander onderstreept dat beleid op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting een aspect is van de gewone bedrijfsvoering. Voor een echt preventief beleid en goede zorg voor de medewerkers is het nodig dat de aandacht voor psychosociale arbeidsbelasting permanent in het reguliere beleid verankerd is. ... Iedere organisatie zal zelf moeten onderzoeken wat en in welke situatie de bronnen voor psychosociale arbeidsbelasting zijn. Vervolgens kunnen daarbij passende maatregelen gezocht worden."

Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen

De *Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen* (Wghr, artikel 1, lid b) geeft aan dat psychosociale zorg naar aanleiding van een ramp of zwaar ongeval onder de verantwoordelijkheid van de geneeskundige

hulpverlening valt (76). Psychosociale zorg betreft in dit geval opvang voor slachtoffers en medewerkers van hulpverleningsdiensten in de acute fase en de eerste nazorgfase na een ramp (zie paragraaf 4.2.1). De wet beschrijft niet hoe psychosociale hulpverlening zou moeten gebeuren. In het landelijk model procesplan PSHOR (78) is de wet praktisch uitgewerkt. Dit procesplan streeft ernaar een landelijke leidraad te zijn en concretiseert de wettelijke verplichting van de Wghr. Ondanks dat psychosociale hulpverlening voor geüniformeerden vanuit de Wghr geen verplichting is, wordt dit als aandachtspunt van de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) gezien. De RGF heeft als taak de diverse hulpverleningsorganisaties te vragen of zij als werkgever opvang geregeld hebben en of zij (ook bij een grootschalige ramp) in staat zijn voor hun eigen hulpverleners nazorg te verlenen. Als een werkgever niet de benodigde capaciteit heeft om nazorg te verlenen schakelt de RGF het kernteam van de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen (PSHOR) in voor eventuele hulpverlening. Het kernteam heeft de taak psychosociale opvang en nazorg te coördineren zodat psychosociale zorg aan iedereen (waaronder geüniformeerden) die er behoefte aan heeft, verleend kan worden.

Wet collectieve preventie volksgezondheid

De *Wet collectieve preventie volksgezondheid* (75) verplicht de gemeente tot het bieden van psychosociale hulp bij rampen (artikel 2, lid 2, onderdeel f). De wet omschrijft niet aan wie precies psychosociale nazorg moet verleend worden. De *Handreiking Opzet Informatie- en Adviescentrum na rampen* wordt bij rampen en grootschalige calamiteiten als invulling van de wet gezien (79). De vorming van een Informatie- en Adviescentrum (IAC) is één van de onderdelen van het gemeentelijke proces 'nazorg'. Een IAC heeft de taak om slachtoffers, hulpverleners, autoriteiten, nabestaanden en andere betrokkenen na de rampenbestrijding te informeren en adviseren en indien nodig verder te verwijzen. Daarnaast heeft het IAC een faciliterende en coördinerende functie die eraan bijdraagt om processen voor de verwerking van de ramp te ondersteunen. Daarbij hoort ook de psychosociale zorg aan onder andere hulpverleners. De GGD-directeur (vaak ook als RGF werkzaam) heeft de leiding over de coördinatie van de medische en psychosociale zorg na een ramp en onderhoudt namens de zorgaanbieders de contacten met het IAC. Om de hulpzoekenden adequaat te kunnen verwijzen leveren de zorgaanbieders een integraal zorgaanbod. Ziekenhuizen, de GGD, het RIAGG, maatschappelijk werk, de Districts Huisartsen Vereniging, Slachtofferhulp, etc. werken hierbij samen met de zorgaanbieders (79).

Wet publieke gezondheid

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport werkt aan een nieuw wetsvoorstel: *Wet publieke gezondheid*. Deze wet zal de *Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid* (Wcpv), de *Infectieziektewet* en de *Quarantainewet* vervangen. Voor zover bekend zal in de nieuwe wet ook het artikel over psychosociale nazorg (in brede zin inclusief financiering) uit de Wcpv worden opgenomen. Het is nog onbekend wanneer de wet zal worden ingevoerd. De ministerraad heeft er inmiddels mee ingestemd dat het wetsvoorstel voor advies aan de Raad van State zal worden gezonden. De tekst van het wetsvoorstel en van het advies van de Raad van State worden pas openbaar bij indiening bij de Tweede Kamer.

4.2 Rampenbestrijding

In geval van een ramp of zwaar ongeval werken de brandweer, geneeskundige hulpverlening, politie en gemeentelijke instellingen binnen een gemeente samen of als de omvang van een ramp groter is ook op regionaal niveau. Afhankelijk van het soort ramp vinden verschillende soorten bestrijdings- en hulpverleningsactiviteiten plaats. Deze activiteiten worden processen genoemd en worden hieronder kort beschreven. Tevens biedt dit inzicht in de verschillende taken die de hulpverleningsdiensten bij rampen en grootschalige calamiteiten uitvoeren.

4.2.1 Processen bij een grootschalige calamiteit/ramp

Bij rampen en grootschalige calamiteiten wordt hulp aan slachtoffers verleend in drie fasen, namelijk in de acute fase, eerste en tweede nazorgfase. Geüniformeerde hulpverleners voeren hun taken vooral uit tijdens de acute fase van een ramp. Van psychosociale hulpverlening en nazorg aan de geüniformeerde hulpverleners zelf kan in alle drie de fasen sprake zijn.

Acute fase

De acute fase is de bestrijding van de feitelijke ramp en duurt 3 x 24 uur (met verlengingsmogelijkheid tot maximaal 7 x 24 uur). Deze fase wordt binnen de vijf schakels van de veiligheidsketen ook repressieve fase genoemd. In de acute fase zijn zowel de brandweer, geneeskundige hulpverlening, politie als de gemeente betrokken:

- De brandweer is gericht op bron- en effectbestrijding. Hierbij horen naast de brandbestrijding redding en technische hulpverlening, het toegankelijk maken van het rampengebied voor andere hulpverleningsdiensten, opruimen en het waarschuwen van de bevolking (81).
- De geneeskundige hulpverlening wordt in samenwerking door diverse geneeskundige organisaties uitgevoerd. De belangrijkste taken van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) zijn bij een rampenbestrijding de spoedeisende medische hulpverlening (SMH) en psychosociale geneeskundige hulpverlening. SMH houdt in dat slachtoffers op de plaats van het incident én in het opvangcentrum worden behandeld en naar ziekenhuizen/huisartsen worden vervoerd en overgedragen (82). Zoals in het Landelijk model procesplan PSHOR (78) is omschreven wordt psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen (PSHOR) op verzoek van de RGF verleend. Psychosociale opvangteams bestaande uit medewerkers van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz), het Algemeen Maatschappelijk Werk of Bureau Slachtofferhulp verlenen eerste psychosociale hulp aan slachtoffers en geven zonodig crisisinterventie. Ook registreren zij de slachtoffers die gebruikgemaakt hebben van de opvang.
- Taak van de politie is het ontruimen en evacueren van mens en dier, het afzetten van wegen en afschermen van terreinen om rampbestrijding en hulpverlening te ondersteunen, het weghouden van grote verkeersstromen rondom het rampgebied, het regelen van verkeer, begeleiden van slachtoffers en de identificatie van overledenen (81).
- De taak van de gemeente bestaat uit informatievoorziening, tijdelijk opvangen van licht gewonden en/of evacués in een gemeentelijk opvangcentrum, registratie van slachtoffers en schade (83). Tevens wordt in de acute fase met het opstarten van een Informatie- en Adviescentrum (IAC) begonnen om het proces 'nazorg' voor de tweede nazorgfase voor te bereiden (79).

Eerste nazorgfase

Na sluiting van het gemeentelijke opvangcentrum c.q. de –centra wordt uitvoering gegeven aan de voortgezette opvang en begeleiding van getroffenen. Ook worden in deze fase voorbereidingsmaatregelen getroffen voor overdracht van slachtoffers die extra hulp nodig hebben aan het gemeentelijk proces 'nazorg'. De eerste nazorgfase duurt maximaal drie maanden (78).

Tweede nazorgfase

De start van deze fase is afhankelijk van de behoefte van de getroffenen en wordt mogelijk al in de acute fase voorbereid. De verantwoordelijkheid voor deze fase ligt primair bij de GGD, ook voor de afstemming met de reguliere zorginstellingen. Hoewel de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) niet de verantwoordelijke is voor deze fase wordt het als wenselijk gezien dat de RGF het initiatief neemt om de partijen voor de hulpverlening in deze fase bijeen te roepen en de overdracht van verantwoordelijkheden te regelen. Deze activiteiten dienen ingebed te worden in het gemeentelijk proces 'nazorg'. De tweede nazorgfase kan enkele jaren duren.

Bij deze drie fasen van de rampenbestrijding worden in totaal 25 processen uitgevoerd (84). Zoals in paragraaf 4.1 beschreven zijn voornamelijk de werkgevers verantwoordelijk voor de psychosociale opvang van de geüniformeerde hulpverleners. Daarnaast wordt psychosociale hulpverlening in de acute fase en eerste nazorgfase via de PSHOR (proces 10) verleend en in de tweede nazorgfase door de gemeente (proces 25).

4.2.2 Veiligheidsregio's

Het kabinet heeft besloten dat er in Nederland 25 veiligheidsregio's komen. Deze veiligheidsregio's zijn nog in oprichting, vanaf 1 juli 2006 is met de implementatie ervan gestart. Het streven is dat de nieuwe *Wet op de Veiligheidsregio's* per 1 januari 2008 van kracht wordt.

In een veiligheidsregio werken de brandweer, geneeskundige hulpverleningsdiensten, politie, gemeentelijke en andere diensten multidisciplinair samen. Op die manier kan in geval van een ramp of zwaar ongeval de burger optimaal geholpen worden. De regio's komen geografisch overeen met de politieregio's. Alle burgemeesters uit een veiligheidsregio vormen samen het bestuur van die veiligheidsregio. De regionale brandweercommandant, de RGF, de korpschef van politie en de coördinator veiligheid van de gemeenten ondersteunen het bestuur. Het bestuur is verantwoordelijk voor de rampen en crisisbestrijding in de regio en voor de basis brandweezorg. De bestuurlijke samenwerking van regionale brandweer en GHOR met de politie is één onderdeel van de negen uitgangspunten waar een veiligheidsregio aan moet voldoen. In het wetsvoorstel moet de directeur van een veiligheidsregio onder andere invulling aan nazorg geven.

4.3 Psychosociale opvang van professionele hulpverleners

Geüniformeerde hulpverleners worden in eerste instantie door hun werkgever opgevangen. Daarnaast kunnen zij ook gebruikmaken van de psychosociale hulpverlening via de rampenbestrijdingsprocessen. In de volgende paragrafen wordt dit nader uitgewerkt. Na algemene informatie over opvang via de werkgever (paragraaf 4.3.1) wordt per hulpverleningsdienst (paragrafen 4.3.1.1 tot en met 4.3.1.4) een beschrijving gegeven van de bestaande regelingen zoals gebleken uit deskresearch en via het raadplegen van deskundigen (zie paragraaf 2.2 en bijlage 1). In bijlage 2 zijn samenvattende tabellen opgenomen van de regelingen bij de brandweer, ambulancediensten en politie. In paragraaf 4.3.2 wordt de opvang via rampbestrijdingsprocessen beschreven.

4.3.1 Opvang via werkgever

Volgens de Arbo-wet zijn alle hulpverleningsdiensten als werkgever verplicht psychosociale preventie, opvang en behandeling te verlenen (zie paragraaf 4.1). Om aan die wet te voldoen hebben hulpverleningsdiensten in de regel BedrijfsOpvangTeams (BOT) opgericht. Een BOT is samengesteld uit medewerkers binnen een hulpverleningsdienst die als aanspreekpunt dienen om schokkende ervaringen te helpen verwerken. BOT-leden zijn speciaal voor deze taak opgeleid en worden regelmatig bijgeschoold om signalen van blijvende schade te herkennen en te helpen bij de verwerking ervan (83, zie ook kader 1). De BOT zijn in overleg met Arbodiensten geprotocolleerd. De regelingen worden in paragraaf 4.3.1.1 t/m 4.3.1.4 per hulpverleningsdienst beschreven. Gebleken is dat de opvang en nazorg per regio verschillend kan zijn ingevuld. Dit is echter niet uitputtend in kaart gebracht, wel zijn enkele verschillen in de invulling van de opvang en nazorg benoemd. De beschrijvingen per hulpverleningsdienst geven een globale indicatie van preventie, opvang en nazorg in Nederland bij de brandweer, ambulancediensten, GHOR en de politie.

Kader 1: BedrijfsOpvangTeam (BOT)

Een BedrijfsOpvangTeam heeft als doel de arbeidsomstandigheden en het welzijn van de werknemer te bevorderen via de volgende zes subdoelen (86):

1. Bieden van praktische hulp

Verlenen van materiële zorg, praktische en juridische ondersteuning.

2. Stimuleren van een gezonde verwerking

De mogelijkheden om een gebeurtenis te verwerken worden bevorderd en gestimuleerd. Daarbij is het eigen verhaal met de emoties van de medewerker van belang.

3. Vroegtijdig signaleren van stagnaties in de verwerking

Verwerkingsproblemen worden door het BOT gesignaleerd, en na overleg met de medewerker kan worden doorverwezen naar professionele hulpverlening.

4. Mobiliseren van het sociale netwerk

De familie en de sociale omgeving zoals collega's zijn een belangrijke steun voor een normaal verwerkingsproces. Deze hulp wordt door het BOT zo goed mogelijk geactiveerd. Het thuisfront wordt hierover geïnformeerd, maar ook de medewerkers worden aangemoedigd om thuis en op werk over hen emoties te praten. In veel gevallen zal dit voldoende zijn om de schokkende gebeurtenis adequaat te verwerken.

5. Bijsturen van negatieve reacties uit de omgeving

Kwetsende reacties of adviezen door het sociale netwerk of collega's werken negatief op het verwerkingsproces (secundaire victimisatie). Tijdens opvanggesprekken wordt nagegaan of negatieve reacties worden ervaren. Bovendien wordt door scholing van de medewerkers getracht secundaire victimisatie te voorkomen.

6. Omgaan met toekomstige schokkende gebeurtenissen

Opvanggesprekken creëren een sfeer om ook in toekomst makkelijker over ervaringen en gevoelens te praten.

4.3.1.1 Regeling bij de brandweer

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de regelingen bij de brandweer zoals gebleken uit deskresearch en via het raadplegen van deskundigen.

Preventie van psychosociale problematiek

Verskillende factoren kunnen van belang zijn bij de preventie van psychosociale problematiek. Hieronder worden de factoren die uit deze inventarisatie onder deskundigen naar voren kwamen en met preventie te maken hebben besproken.

Arbobeleid / Periodiek Arbeids Gezondheidskundig Onderzoek

Preventie van psychosociale gevolgen na een ernstig incident is in het arbobeleid opgenomen en ook de Sociaal Medische Teams (SMT) besteden hier aandacht aan. Tijdens het Periodiek Arbeids Gezondheidskundig Onderzoek (PAGO) wordt bijvoorbeeld gevraagd of er problemen bij het uitoefenen van het werk zijn. De vraag is of het PAGO daadwerkelijk een rol speelt bij het voorkomen van problemen omdat het in relatie tot voortzetting van de functie staat. Als een medewerker aangeeft dat hij grote problemen heeft kan hij door de bedrijfsarts als (tijdelijk) ongeschikt worden verklaard en vervolgens kan het gebeuren dat zijn functie niet wordt voortgezet. Het is daarom de vraag of medewerkers de betreffende vraag van de bedrijfsarts eerlijk en open beantwoorden.

Opleiding

In de opleiding voor brandweerlieden wordt aandacht besteed aan het herkennen van gedragspatronen en signalen van verwerkingsproblemen bij collega's. Hiervoor worden onder andere inschattinginstrumenten gebruikt om bepaalde signalen of gedragspatronen te herkennen bij collega's. Het wordt gestimuleerd met collega's te gaan praten als zij gedrag vertonen dat kan duiden op verwerkingsproblemen. In de opleidingen voor Officiers van Dienst (OvD) en bevelvoerder (leidinggevende in een voertuig) wordt dieper ingegaan op het herkennen van signalen en gedrag dat op verwerkingsproblematiek wijst. Ook wordt ingegaan op het voorkomen van verwerkingsstoornissen. In de leergang *Master of Crisis and Disaster Management* van het Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid *Nibra* in Arnhem en de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) in Den Haag komen nazorg en de voorbereiding daarop, omgang met stress en de verwerking van traumatische gebeurtenissen steeds meer aan de orde, ook omdat omgaan met agressie en geweld een steeds grotere rol speelt in de opleiding en het werkveld. De Masteropleiding is bedoeld voor functionarissen in de crisisbeheersing en rampenbestrijding.

Nascholing / trainingen

Per korps wordt bepaald of er na oefensessies aandacht is voor nazorg. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de wijze waarop hieraan invulling wordt gegeven. De trainingen zelf zijn mogelijk niet voldoende gericht op de omstandigheden en werkzaamheden bij grootschalige calamiteiten en rampen. Tijdens kaderdagen voor BOT-leden en leidinggevenden komt psychosociale nazorg aan de orde. Het BOT geeft dan bijvoorbeeld informatie over symptomen die op een verwerkingsprobleem kunnen wijzen en hoe het BOT bereikbaar is.

Werving en selectie

Om psychosociale problematiek zo goed mogelijk te voorkomen is het belangrijk al tijdens de wervings- en selectieprocedure naar mensen met de juiste persoonlijkheid te zoeken evenals aandacht te hebben voor het psychische verleden en het eigen veiligheidsbewustzijn van nieuwe medewerkers. Een manier om in de toekomst psychosociale problemen zo veel mogelijk te voorkomen is het in dienst nemen van medewerkers met een stabiele geestelijke persoonlijkheid. Niet bij alle korpsen kan echter zo selectief nieuwe

medewerkers worden aangenomen. In kleinere gemeenten is het vaak heel moeilijk nieuwe mensen te werven, waardoor dan minder kritisch geselecteerd wordt.

Voorlichtingsmateriaal

Voor medewerkers is er een brochure *Want niemand is van steen* (88) beschikbaar.

Psychosociale opvang na een traumatische ervaring

De brandweer heeft geen landelijk protocol voor opvang en nazorg voor de werknemers vastgesteld. Voor brandweermensen die met schokkende gebeurtenissen te maken krijgen zijn in de regel per brandweerkorps een BOT ingesteld voor opvang en nazorg.

Momenteel is de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) bezig om op landelijk niveau een raamcontract met Trauma Opvang Nederland (een landelijk opererende particuliere hulpverleningsorganisatie) af te sluiten, zodat het voltallige gemeentepersoneel verzekerd is van nazorg na een grootschalige ramp. Deze regeling zou dan theoretisch ook voor de brandweer kunnen gelden. In hoeverre de korpsen van de nieuwe regeling gebruiken zouden mogen of gaan maken is op dit moment nog onduidelijk. Overigens is het mogelijk dat er met de implementatie van de veiligheidsregio's in de toekomst zelfstandige brandweerkorpsen ontstaan. Een regeling voor gemeentepersoneel zou dan niet voor deze zelfstandige korpsen gelden.

Het ministerie van BZK is van plan het nazorgtraject voor brandweermedewerkers nader uit te werken en heeft de wens om hiervoor draagvlak onder alle betrokken organisaties, zoals korpsen, beroepsvereniging en ministerie te creëren. De randvoorwaarden vanuit het ministerie voor een goede rampenbestrijding zijn goed functionerende korpsen (ook wat betreft nazorg) met professionele, goed opgeleide hulpverleners.

BedrijfsOpvangTeam (BOT)

De brandweer heeft in de meeste regio's door het instellen van een BOT de opvang en nazorg zelf verzorgd. In sommige regio's wordt voor opvang en nazorg samengewerkt met andere organisaties, zoals met Bureau Slachtofferhulp in de regio IJssel-Vecht. De brandweer is in dienst bij de gemeente, maar de gemeenten hebben niet in een opvangregeling voor de brandweer voorzien. Het BOT is 24 uur per dag oproepbaar.

Hoewel de brandweer geen landelijk uniform protocol voor psychosociale hulpverlening heeft, wordt er veel aandacht aan opvang besteed. De handleiding *Nazorg brandweerpersoneel* (87) en de hierboven genoemde bijhorende voorlichtingsbrochure *Want niemand is van steen* (88) heeft in veel regio's als basis gediend voor het opzetten van gestructureerde opvang en nazorg via BOT.

Inzetcriteria BOT

Als een leidinggevende inschat dat een incident voor de ingezette brandweerlanden nadelige psychische gevolgen zou kunnen hebben, wordt het BOT gewaarschuwd. Meestal gaat het om inzetten waarbij sprake is van ernstig letsel bij slachtoffers of bij de brandweerlanden zelf, ernstig letsel bij kinderen, overleden kinderen of collega's, het bergen van dode lichamen, machteloos hebben moeten toezien en ingesloten zijn geraakt bij een brand. Als de ploegen van de werkzaamheden terugkomen, staat het BOT klaar voor de opvang.

Opvang door BOT

Bij de brandweer is opvang door het BOT gefocust op het hele team dat bij de inzet betrokken was. Door het BOT wordt daarom groepsbegeleiding gegeven. Bespreking van het incident met het BOT vindt als mogelijk direct na de inzet plaats en anders uiterlijk binnen één week na de inzet. Afhankelijk van de ernst van het incident en de behoefte van het personeel worden minimaal twee en maximaal vier gesprekken

gehouden. Uit ervaring van de vuurwerkcramp in Enschede blijkt dat na een grootschalige ramp veel meer gesprekken plaatsvinden (89). Een nabespreking wordt voor de teamleden aangeraden maar is niet verplicht. Afhankelijk van wat bij de groepsgesprekken wordt geobserveerd voeren BOT-leden ook individuele gesprekken. Een medewerker kan ook zelf het initiatief hiertoe nemen. Doel van de gesprekken is het verwerkingsproces op gang te brengen. Alle gesprekken worden vertrouwelijk behandeld en inhoudelijk niet gedocumenteerd of doorgespeeld naar leidinggevenden of anderen. Het BOT is er niet alleen voor de brandweermedewerkers, maar ook voor hun partners, voor het thuisfront. Dit geldt zeker voor inzetten met dodelijke afloop van een brandweermedewerker. Naast opvang via het BOT is er ook sociale steun vanuit het werkveld.

Opvang voor leidinggevenden en BOT-leden

Er bestaan verschillende opvattingen over hoe opvang voor leidinggevenden in de praktijk verloopt. Enerzijds bestaat de mening dat de opvangstructuur voor leidinggevenden op dezelfde manier werkt als bij de brandweerlieden. Ook in de verwijzingsprocedure zouden geen verschillen voor leidinggevenden en BOT-leden bestaan. Anderzijds bestaat de opvatting dat er geen opvangstructuur voor leidinggevenden is vastgelegd waardoor leidinggevenden geen gebruikmaken van het BOT. Voor BOT-leden is in procedures vastgelegd dat zij elkaar onderling opvangen of naar hun trainers kunnen gaan. Ook is intervisie in het BOT-protocol opgenomen.

Verwijzing door BOT

Zonodig wordt in overleg met de medewerker naar professionele hulp (maatschappelijk werker, bedrijfsarts) doorverwezen. Medewerkers kunnen ook zelf contact opnemen met de maatschappelijke werker of bedrijfsarts.

Cultuurverandering

Binnen de brandweer is de bedrijfscultuur aan het veranderen. Vroeger paste het niet in de cultuur van de brandweer om over schokkende gebeurtenissen te praten. Het uiten van ervaringen en emoties is echter de laatste tijd steeds meer uit de taboesfeer gekomen. Dit is belangrijk voor de mogelijkheden van preventie van psychosociale klachten. De laatste jaren is er ook meer aandacht aan nazorg besteed wat mogelijk heeft bijgedragen aan de cultuurverandering.

Professionele en vrijwilligers

Bij de brandweer zijn beroepsoefenaars en vele vrijwilligers werkzaam. Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) is verantwoordelijk voor het landelijke beleid ten aanzien van de brandweer. Vanuit het ministerie van BZK wordt geen onderscheid tussen beroepsoefenaars en vrijwilligers gemaakt. Voor beide groepen gelden dezelfde voorwaarden wat betreft opleiding en lichamelijke conditie. Ook het nazorgaanbod zou voor professionals en vrijwilligers gelijk moeten zijn. Uit de inventarisatie bleek echter dat niet altijd duidelijkheid bestaat over hoe het nazorgaanbod voor vrijwilligers geregeld is.

Regionale en multidisciplinaire samenwerking

Bij kleinschalige incidenten wordt geprobeerd BOT-leden als reserve te houden zodat zij voor de eventuele opvang van ingezet brandweerpersoneel kunnen zorgen. Als ook de BOT-leden het incident hebben meegemaakt wordt een beroep gedaan op een BOT uit een ander gebied in dezelfde regio. Door de implementatie van de veiligheidsregio's is het de bedoeling te komen tot regionale BOT. Alleen grote korpsen zullen dan een eigen BOT hebben, kleinere korpsen worden dan door een regionale BOT opgevangen. In sommige regio's is er inmiddels een regionale BOT gevormd.

Opvang na een ramp / grootschalige calamiteit

Waarschijnlijk wordt bij rampen en grootschalige calamiteiten dezelfde werkwijze voor nazorg via BOT aangehouden als bij een kleinschalig incident. Als de ramp zo groot is dat ook de brandweer uit omliggende

regio's bij de werkzaamheden is betrokken, zal waarschijnlijk voor de nazorg ook een beroep worden gedaan op het BOT van die regio's. Dit is echter niet overal structureel voorbereid. Bij rampen en grootschalige activiteiten kunnen bovendien ook de BOT-leden van de ingeschakelde (omliggende) korpsen betrokken zijn wat de inzet van die BOT lastig maakt. Door de nog lopende implementatie van veiligheidsregio's is er sprake van een overgangssituatie. Ook de voorbereiding van regionale nazorg bevindt zich nog in een ontwikkelingsfase. Als nu een ramp plaatsvindt, kan de kwaliteit van de opvangprocedure afhangen van de mate waarin de nazorg in de veiligheidsregio is voorbereid. Als de veiligheidsregio's goed zijn georganiseerd kan hieruit ook voordeel worden gehaald voor de nazorg.

Verwijzing en behandeling van psychosociale problematiek

Als psychosociale problematiek niet door het BOT opgevangen kan worden verwijst een BOT-lid de medewerker door naar professionele diensten, zoals het maatschappelijk werk of de bedrijfsgeneeskundige dienst. De medewerker kan ook zelf met deze diensten contact opnemen. Bepaalde regio's hebben een overeenkomst met specialistische hulpverleningsbureaus afgesloten waarheen verwezen kan worden. In andere regio's verwijst het BOT via de bedrijfsarts naar de particuliere zorgverzekeraar die vervolgens een specialist kan aanbevelen. Soms worden brandweerm medewerkers naar de politiepolikliniek Psychopol van Topzorgprogramma Psychotrauma (AMC/De Meren) doorverwezen. Deze hulpverlening is speciaal opgezet voor getraumatiseerde politieagenten, in enkele gevallen maken ook brandweerlieden daarvan gebruik. Er is geen landelijk aanspreekpunt voor behandeling van getraumatiseerde brandweerlieden.

4.3.1.2 Regeling bij de ambulancediensten

Deze paragraaf vermeldt de preventieve maatregelen, nazorg en behandeling bij de ambulancediensten zoals uit deskresearch en navraag bij deskundigen naar voren is gekomen.

Preventie van psychosociale gevolgen

Bij de ambulancediensten krijgt de preventie van psychosociale gevolgen veel aandacht. In opleidingen, informatiebrochures en in het arboconvenant wordt psychische overbelasting preventief aangepakt.

Arbobeleid / Periodiek Arbeids Gezondheidskundig Onderzoek (PAGO)

In het PAGO neemt de bedrijfsarts een psychomotorische test af en vullen de ambulancemedewerkers een vragenlijst in. In de vragenlijst komen onder andere vragen over psychosociale arbeidsbelasting aan de orde (bijvoorbeeld "Hebt u slaapproblemen"?). Als de bedrijfsarts constateert dat psychosociale arbeidsbelasting een probleem vormt voor het functioneren van de medewerker wordt naar specialistische hulp doorverwezen. SOVAM is momenteel bezig een landelijk uniform Periodieke Arbeidsgezondheidskundige Monitor (PAM) in te voeren. Op dit moment lopen nog pilotprojecten, deze zullen dit jaar afgesloten zijn en zal de PAM nog dit jaar (2007) ingevoerd worden. Het sectorfonds SOVAM is ook in de afrondende fase een nieuw arboconvenant te sluiten.

Opleiding

De Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening (SOSA), een opleidingsinstituut dat door de ambulancesector zelf wordt bestuurd en beheerd, leidt de drie voorkomende beroepsgroepen op binnen de ambulancezorg. Dit zijn ambulanceverpleegkundige (AVP), ambulancechauffeur (ACH) en meldkamer Ambulancezorg-Verpleegkundige (MKA-VP). In de eindtermen van de aangeboden basisopleidingen is stressmanagement opgenomen. Doelstellingen zijn dat de cursist na de opleiding onder emotionele stress kan werken, collega's bij het hanteren van stress kan begeleiden en methodieken kan toepassen om stress te hanteren. Tijdens de opleiding wordt één dag besteed aan psychosociale verschijnselen en gevolgen bij ambulancemedewerkers. Hierbij wordt onder andere ingegaan op het herkennen van psychosociale symptomen bij zichzelf en bij collega's, situaties die psychosociale gevolgen zouden kunnen oproepen en

de verwerking van de werkzaamheden. Daarnaast wordt ook het voeren van een collegiaal opvanggesprek geoefend.

Nascholing

Tijdens nascholingstrajecten wordt ook regelmatig aandacht aan preventie van psychosociale gevolgen besteed. Ieder medewerker in de ambulancezorg is verplicht nascholing te volgen. Anders dan in de basisopleidingen worden de nascholingen inhoudelijk aan de behoefte van het werkveld ingevuld. Incidenteel wordt psychosociale opvang onder collega's besproken, maar dit is niet structureel een onderwerp binnen de nascholing.

Voorlichtingsmateriaal

Voor medewerkers in de ambulancezorg is het *Sto-even-stil-bij-stress-boekje* ontwikkeld. Het boekje geeft informatie en tips over psychische belasting en hoe overbelasting herkent en voorkómen kunnen worden. Tevens is een checklist met diverse signalen bijgevoegd waarmee de medewerker bij zichzelf kan nagaan in welke mate hij of zij psychisch overbelast is. In 2006 is dit boekje aan alle ambulancemedewerkers toegestuurd.

Als uitvoeringsinstantie van het arboconvenant (zie paragraaf arbobeleid, vorige bladzijde) heeft SOVAM een werkpakket *Psychische belasting in de ambulancezorg* laten ontwikkelen. Checklists, doorstroomschema's en theoretische informatie geven meer duidelijkheid over overbelasting en stressherkenning en hoe daarmee omgegaan moet worden vanuit de leiding. Het werkpakket is aangeboden aan alle functionarissen Personeel & Organisatie in de ambulancesector, maar ook leidinggevend en medewerkers kunnen hiervan gebruikmaken.

Psychosociale opvang na een traumatische ervaring

Bij de ambulancediensten heeft het sectorfonds voor de ambulancezorg (SOVAM) een coördinerende rol in het beleid van opvang en nazorg. Er is landelijk vastgesteld hoe opvang en nazorg voor het ambulancepersoneel georganiseerd moet zijn, met de vrijheid regionale aanpassingen te maken.

BedrijfsOpvangTeam (BOT)

In 2000 zijn de ambulancediensten door SOVAM ondersteund om BOT op te richten en instant te houden. Daarvoor is door SOVAM in 2001 een handreiking *BedrijfsOpvangTeam Ambulancezorg* gepresenteerd (86). Om het gebruik van deze handreiking bij de regio's te stimuleren heeft SOVAM in de periode van 2001 t/m 2003 financiële ondersteuning geboden. Van de stimuleringsregeling maakten 23 van de 25 (Regionale Ambulance Voorziening) RAV-regio's gebruik. De handreiking heeft ruimte gelaten voor invulling vanuit de regionale en bedrijfseigen cultuur waardoor een BOT iets kan verschillen van een BOT in een andere regio. De maatregelen die een BOT neemt zijn niet geprotocolleerd, maar vinden in hoofdlijnen plaats volgens de handreiking.

Inzetcriteria BOT

Het BOT in de ambulancesector zijn 24 uur per dag beschikbaar. De centralist heeft hierbij een belangrijke en signalerende rol. De handreiking *BedrijfsOpvangTeam Ambulancezorg* bevat een 'incidentenlijst' die bij de centralist op de meldkamer ligt. Het BOT wordt ingeschakeld als een incident plaatsvindt dat op deze lijst voorkomt of als volgens de inschatting van de centralist ingezette medewerkers door een BOT-lid opgevangen moeten worden (90). Een ambulancemedewerker kan ook zelf het BOT om nazorg vragen wanneer hij daaraan behoefte heeft. Ook kan een collega aan het BOT doorgeven dat hij signalen van psychische problematiek herkent bij een collega.

Ambulancemedewerkers kunnen een 'code rood' afgeven wanneer ze behoefte aan rust hebben na een gebeurtenis. De medewerker is voor de duur van de 'code rood' (uren tot dagen) vrijgesteld van ritten.

Onbekend is of het BOT automatisch ingeschakeld wordt, wel wordt de leidinggevende geïnformeerd. Verder is uit de inventarisatie niet gebleken of bij alle ambulancediensten een dergelijke 'code rood' gegeven kan worden.

Opvang door BOT

Afhankelijk van het incident wordt opvang door het BOT individueel of groepsgewijs verleend. Volgens de handreiking *BedrijfsOpvangTeam Ambulancezorg* wordt een checklist voor het opvanggesprek gebruikt en zijn er faciliteiten voor de leden van het BOT. Als de psychische problemen de capaciteiten van een BOT te boven gaan wordt in overleg met de medewerker doorverwezen naar een externe deskundige zoals een bedrijfsarts, maatschappelijk werker of psycholoog. Deze procedure van opvang en begeleiding na een traumatische ervaring wordt toegepast volgens het handboek kwaliteitszorg, de HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector)-normen voor de ambulancezorg. Uit evaluatieonderzoek bleek dat er intensief gebruikgemaakt wordt van bedrijfsopvang en dat de medewerkers er zeer tevreden over zijn (90).

Opvang door collega's

Bij een traumatische ervaring steunen de meeste medewerkers op hun collega's en hun familie en/of vrienden. Als iemand anders reageert dan normaal wordt hij door collega's aangesproken. De centralisten spelen een belangrijke sleutelrol in het 'opvangen' van problemen. Door hun functie weten zij altijd wat er gebeurt en kunnen zij goed daarop inspelen. Om collegiale steun het beste te stimuleren en te faciliteren wordt veel aandacht aan effectieve teamstructuren besteed.

Opvang voor leidinggevend en BOT-leden

Een leidinggevende kan in geval van problemen naar de directie, bedrijfsarts of maatschappelijk werker gaan. BOT-leden vangen elkaar op en kunnen zonodig terecht bij de bedrijfsarts of maatschappelijk werker. Deze procedure lijkt echter niet bij iedereen bekend te zijn en niet in alle regio's toegepast te worden.

Ervaringen met BOT

Uit een evaluatieonderzoek van de stimuleringsregeling bleek dat bij de BOT de handreiking als een handige checklist diende om te bekijken of alle onderdelen in orde zijn (90).

Cultuurverandering

Het idee is dat het inrichten van BOT positief heeft bijgedragen aan een cultuurverandering binnen de ambulancesector. Mede door de oprichting van BOT wordt in de ambulancesector makkelijker gesproken over psychosociale problemen dan in het verleden.

Regionale en multidisciplinaire samenwerking

Een groot aantal ambulancediensten heeft het BOT ook op regionaal niveau georganiseerd, vaak in samenwerking met de politie en de brandweer. De meeste ambulancediensten zien daarin een groot voordeel. In andere regio's zijn initiatieven op regionaal niveau mislukt, doordat er bijvoorbeeld onvoldoende animo was van BOT-leden of door een verschil in vergoeding bij verschillende diensten (90).

Opvang na een ramp / grootschalige calamiteit

In het geval van grootschalige calamiteiten of rampen zijn binnen de ambulancediensten geen afspraken over opvang gemaakt. Vermoed wordt dat opvang plaatsvindt binnen de GHOR in afstemming met politie en brandweer. Voor een ramp die meerdere regio's treft, zijn geen landelijke afspraken over opvang gemaakt. Aangenomen wordt dat opvang door ieder ambulancedienst zelf geregeld zal worden, omdat men daar elkaar kent en weet hoe de gang van zaken is. Het idee is dat als de nazorg bij kleine incidenten goed functioneert dezelfde maatregelen ook in geval van een grote ramp toegepast kunnen worden.

Grotere regio's waar GGD, ambulance en GHOR in een pand zijn ondergebracht, lijken vaak beter op de nazorg van hun hulpverleners voorbereid, mede omdat de communicatielijnen wat korter zijn. Uit de inventarisatie bleek dat in kleinere regio's waar de verschillende geneeskundige diensten lokaal verspreid zijn, nazorg minder prioriteit heeft en misschien eerder door andere naburige ambulancediensten overgenomen moet worden bij grootschalige calamiteiten. Niet overal zijn hierover afspraken gemaakt met collega-ambulancediensten.

Verwijzing en behandeling van psychosociale problematiek

Als het BOT verwerkingsproblemen signaleert wordt in overleg met de medewerker een keuze gemaakt voor doorverwijzing. Na toestemming van de medewerker wordt ook met de leidinggevende overlegd over verdere maatregelen (uitroosteren, andere werkzaamheden). Doorverwijzing kan plaatsvinden naar de bedrijfsarts, maatschappelijke werker, psycholoog of andere specialistische hulpverlening. De verwijzingsprocedure is landelijk niet uniform geregeld. Grote ambulancediensten die bij een GGD ondergebracht zijn hebben vaak een interne maatschappelijk werker naar wie doorverwezen kan worden voordat door de bedrijfsarts naar een psycholoog wordt doorverwezen. Bij kleinere ambulancediensten wordt direct naar externe specialistische hulpverlening doorverwezen. Leidinggevendenden kunnen in geval van problemen terugkoppelen met de directie en contact opnemen met de bedrijfsmaatschappelijke werker of bedrijfsarts die dan verder doorverwijst.

4.3.1.3 Regeling bij de GHOR

In geval van een ramp is de GHOR de overkoepelende organisatie van diverse geneeskundige en psychosociale hulpverleningsdiensten. Ambulancediensten, GGD, ziekenhuizen, huisartsen, Rode Kruis en psychosociale hulpverlening (GGz, maatschappelijk werk, bureau Slachtofferhulp etc.) werken als ketenpartners samen met de GHOR.

Er is geen BOT voor een overkoepelende GHOR-setting of voor multidisciplinaire samenwerking (met brandweer en politie). Over hoe opvang van de geneeskundige diensten in geval van een ramp zal verlopen zijn geen of weinig afspraken gemaakt. In eerste instantie is iedere hulpverleningsdienst verplicht zelf nazorg aan medewerkers te verlenen, maar zoals bij een aantal ambulancediensten wordt nazorg soms op regionaal niveau multidisciplinair verleend. In de hulpverleningsregio Haaglanden bestaat het idee om een BOT voor een overkoepelende GHOR-setting en voor multidisciplinaire samenwerking op te bouwen. In de regio Brabant-Noord leunt de GHOR in geval van een groter incident op de kennis en ervaring van de ambulancediensten omdat nazorg bij de ambulancediensten goed geregeld is.

4.3.1.4 Regeling bij de politie

De politie bestaat uit 26 korpsen; 25 regiokorpsen en het Korps landelijke politiediensten (KLPD). Voor de inventarisatie is vooral navraag bij de KLPD gedaan. De regeling voor psychosociale hulpverlening na rampen bij de andere 25 korpsen zal in grote hoofdlijnen op dezelfde manier verlopen, maar ook hier kan ervan uitgegaan worden dat regelingen per regio verschillen. Voor de verwijzings- en behandelprocedure kon informatie over alle 26 korpsen ingewonnen worden. Via de geraadpleegde deskundigen was geen informatie beschikbaar over de aandacht voor preventie en nazorg in de opleidingen voor politieagenten.

Preventie van psychosociale gevolgen

Bij de politie zijn de maatregelen om psychosociale arbeidsbelasting te voorkomen of te beperken per korps verschillend. De belangrijkste preventieve maatregel binnen een korps is het BedrijfsOpvangTeam (BOT). Het BOT geeft bij politiemedewerkers voorlichting over verwerkingsprocessen en bevordert daardoor een open sfeer om over gevoelens te kunnen praten. Voordat een opleiding binnen de politie gevolgd kan

worden vindt een uitgebreide selectie plaats. De selectieprocedure houdt onder andere een psychologisch onderzoek in. Daarbij wordt heel zorgvuldig gekeken of de kandidaat geschikt is voor het werk binnen de politiedienst. De politiepolicliniek voor getraumatiseerde politiemensen Psychopol van het Topzorgprogramma Psychotrauma van AMC/De Meren heeft een zelfscorelijst ontwikkeld om klachten te kunnen herkennen. Deze zelfscorelijst is alleen bedoeld voor de herkenning van klachten en wordt niet gebruikt voor de verdere behandeling. Sommige korpsen maken gebruik van deze lijst. Daarnaast wordt momenteel een screeninglijst getest om klachten vroegtijdig te kunnen signaleren. Deze 10-scorelijst wordt momenteel nog gevalideerd door het AMC/De Meren.

Psychosociale opvang na een traumatische ervaring

In de meeste politieregio's wordt vindt de eerste opvang door een BOT plaats, maar er zijn ook regio's die de opvang anders hebben ingevuld. Zo is bijvoorbeeld in de politieregio Friesland een pastoor verantwoordelijk voor de nazorg.

BedrijfsOpvangTeam (BOT)

Een BOT, in sommige regio's ook Team BedrijfsOpvang (TBO) genoemd, is samengesteld uit een aantal hiervoor getrainde politiemedewerkers. Zij vangen collega's op na een ingrijpende gebeurtenis. Het BOT-team is 24 uur per dag oproepbaar. BOT-leden worden getraind signalen te herkennen die op een verwerkingsstoornis zouden kunnen wijzen en wanneer doorverwezen moet worden naar het bedrijfsmaatschappelijk werk of de bedrijfsarts. Het Topzorgprogramma Psychotrauma van AMC/De Meren is een landelijk verwijsadres voor politiemensen met PTSS. Op verzoek geeft Topzorgprogramma Psychotrauma voorlichting over PTSS en het bijhorende behandelprogramma aan het BOT (enkele of meerdere tegelijk). Binnen de KLPD zijn 45 politiemensen getraind voor het BOT. De KLPD heeft in totaal drie BOT, in het noorden, midden en zuiden van Nederland. Het BOT is 24 uur per dag oproepbaar

Inzetcriteria BOT

Er is een BOT-protocol waarin vastgelegd is wanneer een BOT ingeschakeld moet worden. Via een telegrafisch netwerk is de meldkamer altijd op de hoogte van wat er bij een inzet gebeurt. Op de meldkamer ligt een lijst van tien punten die aangeeft welke gebeurtenissen traumatiserend kunnen zijn. Zodra het een voorval van de lijst betreft wordt vanuit het kantoor een BOT geregeld zodat de agent(en) bij terugkomst meteen opgevangen kunnen worden.

Opvang door BOT

Na een volgens de 10-puntenlijst traumatiserend incident neemt het BOT altijd contact op met de agent(en). In de meeste gevallen vinden individuele gesprekken plaats omdat de politie alleen of in paren werkt. Indien er aanleiding voor is worden groepsgesprekken gevoerd (91). Bij de KLPD wordt altijd het dichtstbijzijnde BOT ingeschakeld. De inzet van een BOT zijn in een BOT-protocol voor de KLPD vastgelegd.

Opvang door collega's

Via een telegrafisch netwerk kunnen collega's op kantoor meeluisteren bij alles wat gebeurt. Als een politieagent een ernstig incident meemaakt kan hij daardoor gemakkelijk door collega's worden opgevangen.

Opvang voor leidinggeevenden en BOT-leden

Leidinggeevenden worden zelden op directe wijze aan een traumatische gebeurtenis blootgesteld. Daarom wordt opvang en nazorg zelden aan leidinggeevenden verleend. In geval van een grootschalige ramp zullen leidinggeevenden ook vaker in het rampgebied aanwezig zijn. Voor leidinggeevenden geldt dan dezelfde opvangstructuur als voor de andere medewerkers. Bij psychosociale opvang en nazorg wordt geen onderscheid in functie gemaakt.

BOT-leden worden volgens het BOT-protocol door supervisie en intervisie ondersteund. Bij de KLPD wordt elk BedrijfsOpvangTeam ondersteund door het bedrijfsmaatschappelijk werk. Om de zes á acht weken komt een BOT bijeen en krijgt het intervisie en supervisie door de bedrijfsmaatschappelijke werker.

Verwijzing door BOT

Wanneer het BOT bepaalde signalen van verwerkingsproblemen herkent die boven hun bekwaamheid gaan wordt naar specialistische hulp doorverwezen, in de meeste gevallen naar bedrijfsmaatschappelijk werk. De directe leidinggevende heeft de eerste verantwoordelijkheid voor zijn medewerkers en wordt op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen.

Ervaringen met BOT

Uit een evaluatieonderzoek van de KLPD naar het functioneren van het BOT kwam naar voren dat door de politieagenten de psychosociale opvang en nazorg door het BOT zeer gewaardeerd wordt.

Regionale en multidisciplinaire samenwerking

De regionale samenwerking van de verschillende politiekorpsen en daarmee ook het BOT functioneert goed omdat de politieregio's al geografisch overeenkwamen met de huidige GHOR-regio's. Daardoor hoeft de politie geen overgang te maken van kleine naar grote regio's (zoals brandweer en ambulancediensten in de veiligheidsregio's).

Opvang na een ramp / grootschalige calamiteit

Er is geen speciale regeling voor opvang na een grootschalige ramp. Dit heeft te maken met de ervaring na de vuurwerkramp in Enschede. In Enschede werden politieagenten door de plaatselijke GGz-instelling Mediant naar Psychopol van Topzorgprogramma Psychotrauma doorverwezen. Omdat er geen problemen met de verwijzingsprocedure waren en ook het aantal doorverwezen hulpverleners niet boven de capaciteit van Psychopol ging werd besloten geen extra protocol voor grote rampen te schrijven. Politie-medewerkers met arbeidsgerelateerde problematiek na de vuurwerkramp werden via de bedrijfsarts doorverwezen. Bij de KLPD wordt onderling afgestemd wie opvang doet als meerdere regio's door een ongeval getroffen zijn. Deze regeling werkt goed bij de KLPD en op dit moment is er geen aanleiding daarom iets te veranderen. Ook bij forensisch onderzoek is opvang door BOT georganiseerd en vastgelegd. Bij inschakeling van het Rampen Identificatie Team (RIT) wordt per geval afgestemd wie de opvang verzorgt. Deze werkwijze is niet landelijk geprotocolleerd maar de ervaring is dat het goed verloopt. In geval van grote rampen waarbij meerdere teams betrokken zijn kan de werkwijze en de verantwoordelijkheden ook voor die specifieke ramp schriftelijk worden vastgelegd. Dit is bijvoorbeeld na de tsunami in Azië van december 2004 gebeurd. Na deze tsunami is onder andere het RIT ingeschakeld voor identificatie van slachtoffers. Omdat ook andere teams bij de hulpverlening betrokken waren is toen een protocol opgesteld waarin vastgelegd is wie voor opvang en nazorg verantwoordelijk was.

Verwijzing en behandeling van psychosociale problematiek

Zoals bij de brandweer en ambulancediensten wordt ook binnen de politie naar professionele hulpverleners doorverwezen als zich verwerkingsproblemen voordoen. Psychosociale problematiek bij een agent wordt vaak door de leidinggevende gesignaleerd. De leidinggevende neemt dan contact op met de bedrijfsarts die de medewerker doorverwijst naar Psychopol van AMC/De Meren of de HSK Groep, een organisatie gespecialiseerd in onderzoek en behandeling van psychische problematiek. Afhankelijk van het korps kan de bedrijfsarts ook door het BOT worden ingeschakeld. Bij sommige korpsen is er als tussenschakel een maatschappelijk werker. De medewerker kan ook zelf contact opnemen met de bedrijfsarts. Als maatschappelijk werk als tussenschakel is ingezet wordt een uitgebreide intake door maatschappelijk werk verricht. Bij een vermoeden van psychische problemen wordt met de bedrijfsarts over de procedure overlegd en naar een van de behandelende organisaties doorverwezen. Zorgverzekeraar CZ heeft voor alle

politiekorpsen voor de behandeling van PTSS een contract afgesloten met Psychopol van AMC/De Meren en de HSK Groep. Doorverwijzing vindt dan ook plaats naar één van deze organisaties.

Bij doorverwijzing naar Psychopol houdt een psychiater een intake en een psycholoog voert een psychologisch onderzoek uit. Hierbij wordt gekeken of de medewerker daadwerkelijk PTSS heeft en of de persoon baat zal hebben van de bijhorende behandeling. Wanneer uit de intake en het psychologisch onderzoek blijkt dat de medewerker geen PTSS heeft wordt hij terugverwezen naar de bedrijfsarts met een advies over het vervolgtraject. Dit gebeurt bijvoorbeeld als sprake is van depressie of als de medewerker het behandelingstraject door comorbiditeit niet kan doorlopen. Via de bedrijfsarts wordt de medewerker vervolgens in de eigen regio door een specialist behandeld. Als uit de intake blijkt dat de medewerker PTSS heeft, volgt hij het behandelingstraject van Psychopol. Daarvoor heeft Psychopol een geografisch dekkend therapeutennetwerk. De dichtstbijzijnde therapeut voert de behandelingen uit. De behandeling bestaat gemiddeld uit 16 sessies, maar dit varieert per geval. De psycholoog / psychiater werkt onder verantwoording van het AMC/de Meren. Het behandelingstraject sluit aan op het reïntegratieplan van de arbodienst. Reïntegratie op het werk begint in het tweede deel van de behandeling. In sommige gevallen blijft de medewerker tijdens de gehele behandeling werken. Dit gebeurt altijd in overleg met de behandelaar en de bedrijfsarts. Na afloop van het behandelingstraject komt de medewerker voor een outtake naar het AMC/De Meren in Amsterdam. Daar wordt onderzocht of de behandeling effect heeft gehad en of volgens de medewerker alles naar wens is verlopen. Hierna zou de medewerker weer in staat moeten zijn om te werken. Dit behandelingstraject geldt voor iedereen, ook voor leidinggevenden en voor BOT-leden. BOT-leden kunnen net als andere politieagenten werkgerelateerde problemen krijgen. Bovendien lopen BOT-leden kans op secundaire traumatisering.

4.3.2 Opvang via rampenbestrijdingsprocessen

Omdat de Arbo-wet de werkgever verplicht voor zijn werknemers psychosociale opvang te bieden zorgen in de regel de brandweer, ambulance en politie zelf voor psychosociale opvang. Bij een ramp waar meerdere GHOR-regio's getroffen zijn en veel hulpverleningsdiensten uit verschillende regio's zijn betrokken heeft ook de werkgever de primaire verantwoordelijkheid voor de nazorg. Hoewel psychosociale opvang de taak is van de werkgever, is opvang van hulpverleners ook opgenomen in de procesplannen van de rampenopvang (zie paragraaf 4.2.1). De verantwoordelijke organisaties voor opvang variëren per nazorgfase.

Acute fase en eerste nazorgfase

In de acute fase en de eerste nazorgfase heeft de RGF de procesverantwoordelijkheid over de GHOR en daarmee voor psychosociale opvang. Reddingswerkers en hulpverleners (medisch en psychosociaal) vallen bij het proces psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen (PSHOR) onder de doelgroep indirecte getroffen en betrokkenen. Het is niet vastgelegd op welke manier de PSHOR hulp biedt voor geüniformeerde hulpverleners. Er wordt van uitgegaan dat dit zonodig ad hoc besloten wordt. Voor de coördinatie van psychosociale opvang heeft de PSHOR convenanten met ketenpartners gesloten, zoals GGz, GGD, Algemeen Maatschappelijk Werk en Bureau Slachtofferhulp (78). Het kernteam overweegt op basis van situatie, populatie en deskundigheid welke ketenpartners erbij betrokken kunnen worden. Als de brandweer, politie en/of ambulance bij grootschalige rampen via de RGF een beroep doet op de PSHOR, dan zal de opvang waarschijnlijk via het psychosociaal opvangteam gerealiseerd worden.

De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) heeft voor diverse branches binnen de zorgsector (kwaliteits)normen ontwikkeld. De norm voor een GHOR-bureau houdt onder andere een regeling in betreffende nazorg. Op basis hiervan moet de RGF een regeling getroffen hebben voor opvang en nazorg van specifieke functionarissen na een grootschalige ramp. Alle GHOR-bureau's moeten aan

deze norm voldoen, de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (Inspectie OOV) controleert of de GHOR-regio's voorbereid zijn op een eventuele ramp.

Tweede nazorgfase

Voor de tweede nazorgfase is de plaatselijke gemeente verantwoordelijk. Hoewel de gemeente verantwoordelijk is voor psychosociale hulpverlening beschrijft de *Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)* niet aan wie deze hulpverlening verleend moet worden. De *handreiking Opzet Informatie- en Adviescentrum (IAC) na rampen* kan als uitwerking van de wet gezien worden als het gaat om rampen (79). In deze handreiking zijn naast direct getroffen en andere betrokkenen ook hulpverleners als doelgroep voor nazorg opgenomen.

Op landelijk niveau is in deze fase geen collectieve nazorg voor hulpverleners geregeld. Ook zijn er geen eisen op regionaal niveau psychosociale hulpverlening voor geüniformeerden te organiseren. Het is de vraag of nazorg aan hulpverleners in de tweede nazorgfase in de regionale planvorming is opgenomen. Verder geldt dat er verschillende opvattingen over de wettelijke verplichting zijn betreffende psychosociale nazorg aan geüniformeerden. Sommigen zijn van mening dat tijdens de tweede nazorgfase de gemeente alleen voor de getroffen verantwoordelijk is en niet voor hulpverleners omdat de Wcpv niet duidelijk is over de doelgroep. Anderen menen dat op basis van de beschrijving van de doelgroepen in de handreiking *Opzet IAC na rampen*, een uitwerking van de wet, psychosociale hulpverlening tijdens de tweede nazorgfase ook voor hulpverleners georganiseerd moet worden. In hoeverre de hulpverleners in de praktijk gebruikmaken van de PSHOR en de hulpverlening van het gemeentelijk ingestelde IAC is onder deskundigen niet bekend. Op dit moment wordt niet geregistreerd of de RGF psychosociale hulpverlening tijdens inzetten als aandachtspunt meeneemt. Het landelijk bureau GHOR heeft met Impact afspraken gemaakt de daadwerkelijke inzetten op basis van het procesplan PSHOR te evalueren.

4.4 Monitoring van professionele hulpverleners in Nederland

Monitoring in reguliere omstandigheden

Monitoring van ingezette hulpverleners via de bedrijfsarts vindt in Nederland niet systematisch plaats. Alleen ingezette hulpverleners die voor klachten naar de bedrijfsarts doorverwezen worden, worden in het systeem van de bedrijfsarts geregistreerd. Wel wordt door de opvangteams in de verschillende hulpverleningsdiensten gerapporteerd wanneer een gesprek heeft plaatsgevonden. Deze wijze van verslaglegging zou mogelijk uitgebreid en gekoppeld kunnen worden aan bestaande registratiesystemen.

- Bij de brandweer is de verslaglegging zeer basaal. Het gesprek wordt niet inhoudelijk weergegeven en dient alleen om een overzicht te krijgen van het aantal gevoerde gesprekken. De rapportage kan niet tot een bepaalde medewerker teruggeleid worden.
- De ambulancediensten hebben een uitgebreid systeem voor verslaglegging. Via een digitaal meldingsformulier wordt vastgelegd wat het BOT-lid met de medewerker besproken en gesignaleerd heeft. In het meldingsformulier worden datum opvang, omschrijving incident, wijze van inschakelen bedrijfsopvang, inhoud eerste opvang, verwijzing, tijdsduur daadwerkelijke opvang en naam bedrijfsopvang geregistreerd. Deze gevoelige informatie is privacy beschermd en kan alleen door het BOT ingezien worden voor latere rapportages.
- Omdat opvang binnen de GHOR en de rampenbestrijdingsprocessen niet structureel plaatsvindt, is op dit moment ook geen sprake van systematisch rapporteren.
- Het is onbekend of binnen de politie opvanggesprekken in de vorm van een rapportage vastgelegd worden.

Monitoring na rampen

Gezondheidsmonitoring wordt in de literatuur vooral in samenhang met gezondheidsonderzoek na een ramp genoemd. Hierbij worden de gezondheidsproblemen (inclusief psychosociale problematiek) van de getroffen en in de tijd gevolgd op basis van bestaande registraties.

Na de vuurwerkramp in Enschede heeft gezondheidsmonitoring van hulpverleners plaatsgevonden via registraties van huisartsen, apothekers, bedrijfsartsen en RIAGG. Het ligt in de lijn der verwachting om bij een volgende (vooral plaatsgebonden) ramp gebruik te maken van de bestaande registraties van huisartsen, bedrijfsartsen en apothekers voor de monitoring van de gezondheid van hulpverleners. Op dit moment is nog niet voorzien in het monitoren bij de ziekenhuizen, omdat daar de registratie nog niet volledig elektronisch plaatsvindt. In hoeverre monitoring via registraties van de GGz kan plaatsvinden zal plaatselijk verschillen. Dit hangt onder meer af van het registratiesysteem van de plaatselijke GGz-instelling en ook van bijvoorbeeld de registratietrouw.

Bij gezondheidsmonitoring van hulpverleners is het van groot belang in een zo vroeg mogelijk stadium na een ramp een registratie aan te leggen van het ingezette personeel (brandweer, vrijwillige brandweer, politie en ambulancemedewerkers) en de wijze waarop en op welk tijdstip zij werden ingezet. Dit is belangrijk om de mate van blootstelling (exposure) te kunnen bepalen.

Monitoring van de gezondheidsgevolgen van rampen voor hulpverleners wordt zoveel als mogelijk voorbereid door het RIVM / CGOR in samenwerking met het Nivel door onder andere het stand-by houden monitorinstrumenten en het bijhouden van de ontwikkelingen binnen registraties, privacyregelingen en de dekkingsgraad van registrerende zorgverleners. Toch zal er als zich een ramp voordoet bij het opzetten van een gezondheidsmonitor in grote mate sprake zijn van improvisatie. Dit komt door onder andere de diversiteit aan gezondheidsinstellingen die betrokken zijn bij de nazorg aan hulpverleners, de beschikbaarheid van (elektronische) registratiesystemen en de verschillen in registratiesystemen tussen instellingen. Zorgverleners registreren bovendien vaak op verrichtingenbasis, dat wil zeggen voor de zorgverzekeraar. Improvisatie is dan nodig om de zorgverleners ook de inhoud van een contact te laten classificeren.

4.5 Ervaringen met nazorg aan hulpverleners na grootschalige calamiteiten en rampen

Nederland is in de afgelopen 15 jaren door een aantal rampen getroffen. De geboden psychosociale hulp aan geüniformeerde hulpverleners na een ramp kan inzicht geven in het verloop van de opvang en nazorg aan de hulpverleners. In deze paragraaf worden daarom kort de ervaringen besproken van de organisatie van de opvang en nazorg aan brandweer-, ambulance- en politiemedewerkers na de vuurwerkramp in Enschede (mei 2000) en na de Schipholbrand (oktober 2005).

4.5.1 Opvang en nazorg aan hulpverleners na vuurwerkramp Enschede

In het eindrapport vuurwerkramp Enschede (92) is kort beschreven hoe de nazorg aan de hulpverleners is verlopen. Politie en brandweertien waren in het algemeen tevreden over de eerste opvang. Het ambulancepersoneel was niet tevreden omdat er voor hen helemaal geen eerste opvang heeft plaatsgevonden.

Politie en brandweer

De medewerkers van politie en brandweer zijn na afloop van hun dienst samen in een hotel opgevangen. Bij deze eerste opvang waren professionele hulpverleners van de plaatselijke GGz, de

bedrijfsmaatschappelijke werker en de adviserende psychiater van het politiekorps aanwezig. Ook waren veel leidinggevend en collega's aanwezig. De volgende dag werden de ingezette politie- en brandweermedewerkers door collega's uit de regio vervangen. Bij het daarop volgende nazorgtraject maakte collegiale opvang een belangrijk deel uit. Ook is het BOT ingezet, zowel politie als brandweer had daarmee al goede ervaringen. Tijdens het nazorgtraject kregen ook de gezinnen van de betrokken politie- en brandweerfunctionarissen aandacht. Het gezamenlijke nazorgtraject voor politie en brandweer heeft tot een groot samenhangsgevoel onder hen geleid.

Ambulancemedewerkers

Voor de ambulancemedewerkers was er geen eerste opvang, ook beschikte de regionale ambulancedienst niet over een BOT. De regionale ambulancedienst heeft geen nazorg georganiseerd voor ingezet personeel. Ook was er voor dag na de ramp geen vervanging door andere diensten uit de regio geregeld. Het ambulancepersoneel was regulier ingeroosterd terwijl het op de dag van de ramp tot na middernacht had gewerkt. De tekortkoming in de eerste opvang en het handhaven van het reguliere werkrooster heeft een negatief effect gehad op het vertrouwen tussen personeel en leiding. Onbekend is of het gebrek aan nazorg gevolgen heeft gehad voor het vóórkomen van psychosociale problematiek omdat daar geen onderzoek naar is gedaan.

4.5.2 Opvang en nazorg aan hulpverleners na Schipholbrand

Na de Schipholbrand is aan het ambulancepersoneel, de brandweerlieden en de bewaarders van het cellencomplex Schiphol-Oost psychosociale opvang en nazorg verleend. De RGF heeft voor het verlenen van psychosociale hulp het proces PSHOR opgeschaald. Psychosociale opvang door de PSHOR werd op het cellencomplex alleen aan de bewaarders verleend omdat de celbewoners naar andere centra overgebracht werden. Opvang en nazorg voor de ambulancemedewerkers en brandweerlieden is door de werkgevers zelf verleend. Dit is volgens de hulpverleners, zowel van ambulance als brandweer naar tevredenheid verlopen. Hieronder wordt achtereenvolgens nader op de ervaringen met nazorg aan ambulancemedewerkers en brandweerlieden ingegaan (15).

Ambulancemedewerkers

In de nacht van de brand heeft de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) voor de medewerkers van de ambulancediensten het BOT laten oproepen (van regio Amstelveen), bestaande uit één persoon, ook een ambulanceverpleegkundige. Alle betrokken ambulancemedewerkers hebben met de BOT-medewerker en de OvD-G een debriefing gehad waarbij zij over de gebeurtenissen van die nacht konden spreken. Aansluitend heeft de medewerker van het BOT met de bemanning van één ambulance individuele gesprekken gevoerd. Deze gesprekken waren bedoeld om de ambulancemedewerkers hun verhaal te laten vertellen en een indicatie te krijgen voor eventuele nazorg. Na de individuele gesprekken heeft de BOT-medewerker nog een keer telefonisch contact gehad met deze ambulancemedewerkers. Zij gaven aan geen behoefte meer te hebben aan aanvullende gesprekken. Er bestond altijd de mogelijkheid het BOT weer in te schakelen.

Brandweermedewerkers

In de nacht van de brand heeft de commandant van de brandweer in overleg met de Officier van Dienst Brandweer besloten te zorgen voor nazorg aan betrokken brandweermedewerkers. De brandweer Schiphol (drie posten) beschikt niet over een eigen BOT. De commandant, tevens psycholoog, heeft na de brand op alle drie posten met de betrokken medewerkers een debriefing gehouden. Daarbij werden de gebeurtenissen gereconstrueerd en gevoelens uitgewisseld en is verteld wat de betrokken medewerkers in de toekomst mogelijk konden verwachten. Er werd extra aandacht aan de mogelijke berichtgeving in de media besteed. Twee dagen later werd op elke post een tweede debriefing gehouden door de

leidinggevende van die post. Aan deze debriefing namen ook de betrokken medewerkers van de ambulancedienst Schiphol, de betrokken medewerkers van de alarmcentrale Schiphol en de bevelvoerder van de brandweer Haarlemmermeer deel. Daarnaast was het BOT van de brandweer Amsterdam als toehoorder aanwezig om wanneer nodig de volgende 24 uur steun te verlenen. Er werd extra aandacht besteed aan de brandweermensen die de dode celbewoners hadden gevonden. Vijf dagen na de brand vond de derde debriefing plaats. Hierin is opnieuw veel aandacht aan de berichtgeving in de media besteed. Daarna had het gehele team vijf dagen vrij. De voorbereiding daarvan is ook tijdens de derde debriefing besproken. Verder heeft de brandweer Schiphol het cellencomplex Schiphol-Oost bezocht.

5 Conclusies

Dit hoofdstuk bespreekt de conclusies die getrokken kunnen worden op basis van het literatuuronderzoek naar psychosociale problematiek onder geüniformeerde hulpverleners na rampen (paragraaf 5.1) en de inventarisatie via deskresearch en het interviewen van deskundigen naar de huidige regelingen rond opvang en nazorg van hulpverleners. Hierbij wordt aandacht gegeven aan zowel positieve punten als mogelijk lacunes wat betreft de opvang en nazorg aan hulpverleners. Achtereenvolgens worden deze punten bij een rampbestrijding (paragraaf 5.2), de brandweer (paragraaf 5.3), ambulancediensten (paragraaf 5.4) en politie (paragraaf 5.5) besproken.

5.1 Psychosociale gevolgen bij professionele hulpverleners na rampen

Prevalentie

Opvallend is dat er in vergelijking met onderzoek naar directe slachtoffers van rampen relatief weinig onderzoek verricht is naar de psychosociale gevolgen na rampen bij professionele hulpverleners. De prevalentie van PTSS bij reddingswerkers kan sterk variëren, namelijk tussen 0-50% afhankelijk van de mate van blootstelling, de omvang ramp en het soort betrokken hulpverleners. In de wetenschappelijke literatuur wordt een samenvattend prevalentiecijfer gegeven van 10-20% voor PTSS. Daarnaast worden prevalenties bij hulpverleners genoemd voor depressiviteit van 0-27%, voor angst van 0-19%, voor overmatig alcoholgebruik van 3-25%, voor algemeen psychische klachten van 5-20% en voor Lichamelijk Onverklaarde Klachten (LOK) van 5-55%.

Psychische problematiek komt na rampen meer voor bij betrokken hulpverleners in vergelijking met niet-betrokken hulpverleners en de algemene (niet-getroffen) bevolking. Psychische problematiek komt daarentegen in mindere mate voor bij hulpverleners dan bij direct door een ramp getroffen personen. Hoewel dit slechts beperkt is onderzocht lijken ambulancemedewerkers meer psychische klachten te hebben dan politie- en brandweerm medewerkers. Onder hulpverleners komt overigens door hun dagelijkse blootstelling aan stress al meer PTSS voor dan in de algemene bevolking, dus ook wanneer geen sprake is van grootschalige calamiteiten en rampen.

Determinanten

De factoren die een rol spelen bij het ontstaan en beloop van psychische klachten na rampen kunnen in drie categorieën worden onderverdeeld, pre-, peri- en posttraumatische factoren. Door werkgevers kan vooral op de pre-traumatische en post-traumatische factoren invloed uitgeoefend worden, zoals op selectie en training van medewerkers en de organisatie van voldoende en goede nazorg na rampen. Hieronder worden de risicofactoren en de beschermende factoren apart besproken.

Risicofactoren

- Pre-traumatische risicofactoren die een grotere kans geven op psychosociale problematiek zijn vrouwelijke geslacht, het ervaren van weinig sociale steun, het ontbreken van positieve persoonlijke factoren (zoals een stabiele persoonlijkheid) en psychische problematiek in voorgeschiedenis. Voor leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau en werkervaring is het effect niet eenduidig.
- De indringendheid waarmee hulpverleners met een ramp geconfronteerd worden, langdurige blootstelling en zware werkomstandigheden en dissociatie ten tijde van de reddingswerkzaamheden zijn belangrijke peri-traumatische risicofactoren voor het ontwikkelen van psychosociale klachten.
- De post-traumatische factoren ASS en depressie kunnen de kans op PTSS te verhogen. Een diagnose ASS is echter geen eenduidige voorspeller. Het meemaken van stressvolle levensgebeurtenissen in de

periode na de ramp en negatieve media-aandacht kunnen psychische problematiek zoals PTSS veroorzaken.

Beschermende factoren

- De pre-traumatische factoren selectie (screening en zelfselectie) en training kunnen een beschermende werking hebben. Door een grondige screening voor indiensttreding kunnen personen worden aangenomen met de benodigde veerkracht (resilience). Daarnaast blijven door een proces van zelfselectie die personen werkzaam die de (zware) werkomstandigheden beter aankunnen. Training van medewerkers die aansluit bij het doel en de omvang van de werkzaamheden kan ervoor zorgen dat hulpverleners beter voorbereid zijn op hun taak en beter met de omstandigheden kunnen omgaan. Psychosociale klachten bij hulpverleners kunnen hierdoor worden gereduceerd of voorkomen.
- Een goede voorbereiding op de specifieke reddingswerkzaamheden kan de kans op negatieve psychische gevolgen verminderen. In de meeste gevallen ontbreekt het hiervoor echter aan de benodigde tijd.
- Zeer weinig onderzoek is verricht naar de effecten van nazorg op het vóórkomen van psychosociale klachten onder hulpverleners na rampen. Zowel gunstige persoonlijke eigenschappen als het ervaren van voldoende sociale steun zijn van belang als beschermende post-traumatische factoren. Uit ervaringen na de ramp met het Herculesvliegtuig bleek dat diverse aspecten van personeelszorg een gunstige samenhang vertoonden met de psychische gezondheid, namelijk het geven van erkenning en het bieden van nazorg en voeren opvanggesprekken met personeel dat hieraan behoefte had.

Preventie en behandeling

Er is weinig onderzoek gedaan naar preventie en therapie van psychosociale problematiek bij hulpverleners. Daardoor is niet duidelijk welke methoden het meeste effect hebben bij hulpverleners. Door hun frequente blootstelling aan traumatische omstandigheden zou het effect anders kunnen zijn dan bij niet-hulpverleners. Van de mogelijke preventieve interventies en behandelmethoden voor PTSS, zoals debriefing, medicamenteuze therapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en psychotherapie, wordt wat betreft hulpverleners alleen sporadisch aandacht besteed aan het effect van debriefing.

Het effect van debriefing op de preventie van PTSS bij hulpverleners is niet eenduidig of wordt zelfs geheel ontraden. Uit onderzoek is gebleken dat *individuele eenmalige debriefing* in ieder geval geen bijdrage aan het verwerkingsproces na een ingrijpend incident levert en mogelijk zelf schadelijk is. Er wordt echter hierbij geen onderscheid gemaakt tussen professionele hulpverleners en andere groepen slachtoffers (93). De NICE- en APA-richtlijnen ontraden het routinematig aanbieden van *eenmalige debriefing*, maar deze richtlijnen zijn ook niet specifiek gericht op professionele hulpverleners. Impact ontwikkelt, in samenwerking met het Trimbos Instituut en onder auspiciën van de stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, een Nederlandse richtlijn voor vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. De richtlijn verschijnt in het najaar van 2007.

5.2 Organisatie van preventie en nazorg in Nederland

Wettelijke regeling

Via wet- en regelgeving is vastgelegd dat na een inzet nazorg aan geüniformeerde hulpverleners verleend moet worden. Deze eis wordt in meerdere wetten en bijhorende handreikingen gesteld (via de werkgever en via rampenbestrijdingsprocessen). Mocht de werkgever, de eerste verantwoordelijke voor opvang en nazorg, deze plicht niet kunnen nakomen dan zou de nazorg aan hulpverleners door de

rampenbestrijdingsprocessen opgevangen moeten worden. Bij de hulpverleningsdiensten is goed bekend dat werkgever de eerste verantwoordelijkheid heeft voor de opvang en nazorg van de hulpverleners.

Over de wettelijke verplichting voor nazorg aan hulpverleners vanuit de rampenbestrijdingsprocessen is echter weinig bekend. Niet bij iedereen is duidelijk dat geüniformeerde hulpverleners (indirect getroffen) ook tot de doelgroepen behoren waaraan vanuit de rampenbestrijdingsprocessen psychosociale hulp verleend moet worden. In handreikingen die zich op de wetten baseren wordt de doelgroep wel expliciet vermeld maar er zijn geen eisen voor de handhaving van de handreikingen. Of geüniformeerden van de hulpverlening binnen de rampbestrijdingsprocessen gebruikmaken is niet duidelijk. Aangenomen wordt dat de hulpverleners zelf (brandweer, ambulance, politie) ook niet op de hoogte zijn. Het is daarnaast niet vastgelegd dat bij een grootschalige inzet de RGF ook de beschikbare capaciteit bij werkgevers voor psychosociale opvang van hun hulpverleners als aandachtspunt zou moeten hebben.

Veiligheidsregio's

Door implementatie van de veiligheidsregio's kan mogelijk ook voordeel voor de psychosociale opvang van hulpverleners behaald worden. In een regio waar al met elkaar wordt samengewerkt kan ook voor opvang en nazorg gemakkelijk op een nabijgelegen dienst worden gesteund. De samenwerking kan een betere afstemming mogelijk maken.

Nu de veiligheidsregio's in de opzetzfase zijn, is er sprake van een overgangssituatie van kleine regio's naar één grote regio. De opzetzfase blijkt veel tijd en moeite in beslag te nemen. Door de aandacht die de implementatie van de veiligheidsregio's vergt heeft opvang en nazorg mogelijk een lagere prioriteit. Ook zou er weinig aandacht kunnen zijn voor de omzetting van plaatselijke naar regionale BOT. De nazorg aan hulpverleners kan mogelijk in de knel komen. Het gevaar bestaat dat als in deze overgangsfase een ramp optreedt de nazorg niet goed is voorbereid.

5.3 Psychosociale opvang van professionele hulpverleners via werkgever

Bij alle hulpverleningsdiensten (brandweer, ambulance en politie) krijgt preventie van psychosociale problematiek en de opvang en nazorg na calamiteiten veel aandacht. Preventie van problematiek komt aan bod in opleiding, nascholing en het arbobeleid. Opvang en nazorg is meestal via BedrijfsOpvangTeams (BOT) gerealiseerd. De instelling van BOT heeft waarschijnlijk ook een positieve cultuurverandering binnen de hulpverleningsdiensten teweeggebracht. De zogenaamde 'machocultuur' lijkt opengebroken waardoor makkelijker over emoties en problemen gesproken kan worden. Hierdoor is het eerder mogelijk nazorg te bieden wanneer dat nodig is. Hieronder volgen per hulpverleningsdienst concluderende opmerkingen over de preventie, opvang en nazorg en de behandeling.

Er wordt vanuit gegaan dat opvang na een incident vanzelfsprekend is. Of opvang inderdaad de juiste aanpak is, is de vraag. Het zou ook juist extra belastend kunnen zijn om alle herinneringen naar voren te halen en andere verhalen over het incident te horen (zie ook paragraaf 5.1 over debriefing).

5.3.1 Brandweer

Preventie

Preventie van psychosociale gevolgen krijgt binnen de brandweerorganisatie steeds meer aandacht. In opleiding, nascholing, arbobeleid en bij werving en selectie wordt aan preventie een steeds belangrijkere rol toebedeeld. Vooral in de opleidingen voor brandweerlieden, leidinggevendenden als functionarissen in

crisisbeheersing en rampenbestrijding wordt aandacht besteed aan omgaan met stress, het herkennen van verwerkingsproblematiek en de preventie ervan. Ook is voorlichtingsmateriaal voorhanden.

Enkele aangrijpingspunten voor verbeteringen in de toekomst zijn:

- *Arbobeleid:* Preventie van klachten is in het arbobeleid opgenomen. Nadeel van het Periodiek Arbeids Gezondheidskundig Onderzoek (PAGO) is echter dat het in relatie tot voortzetting van de functie staat. Daardoor is het mogelijk dat een medewerker minder makkelijk een vertrouwensgesprek met een bedrijfsarts voert. Dit zou eventueel tot opstapeling van problemen zou kunnen leiden.
- *Nascholing / trainingen:* Het lijkt erop dat binnen de korpsen onvoldoende trainingen plaatsvinden die specifiek gericht zijn op omstandigheden en werkzaamheden bij grootschalige calamiteiten en rampen. In hoeverre dit bij alle regio's het geval is zou nader onderzocht kunnen worden. Omdat goede en voldoende training psychische problematiek kan voorkomen of reduceren is dit voor de werkgevers een belangrijk aangrijpingspunt voor preventie. Verder komt tijdens nascholing voor leidinggevendend nazorg niet heel geregeld aan de orde.
- *Werving- en selectie:* Om psychosociale klachten te voorkomen wordt al tijdens de wervings- en selectieprocedure naar medewerkers met een stabiele geestelijke persoonlijkheid gezocht. In kleine gemeentes kan soms echter niet heel kritisch geselecteerd worden omdat het moeilijk is überhaupt nieuwe mensen te krijgen. Omdat het hier vooral gaat om moeite met het werven van personeel (en niet zozeer de selectie van de juiste personen) is verbetering op dit punt waarschijnlijk moeilijk.

Psychosociale opvang na een traumatische ervaring

Opvang en nazorg is bij de brandweer meestal via BedrijfsOpvangTeams (BOT) gerealiseerd. Het BOT is niet alleen bestemd voor de brandweerlieden zelf, maar ook hun partners kunnen ervan gebruikmaken. Naast opvang via het BOT verloopt ook de sociale steun vanuit het werkveld goed.

Enkele aangrijpingspunten voor verbeteringen in de toekomst zijn:

- *Landelijk protocol:* Binnen de brandweerkorpsen kan de opvang en nazorg in de verschillende regio's verschillend zijn ingevuld. Diverse regelingen in opvang en nazorg kunnen bij rampen en grootschalige calamiteiten problemen opleveren als op nazorg en opvang van naburige, anders georganiseerde, regio's moet worden gesteund. Het ministerie van BZK is van plan te komen tot een landelijke regeling voor nazorg voor de brandweer waardoor dit probleem in de toekomst ondervangen zal worden. De VNG sluit een raamcontract voor nazorg van al het gemeentepersoneel af. Zelfstandige brandweerkorpsen zouden echter buiten een dergelijke regeling voor gemeenten vallen.
- *Inzetcriteria BOT:* Er is uit de inventarisatie niet naar voren gekomen dat er geen gestandaardiseerde procedure is voor inschakeling van het BOT. Leidinggevendend maken zelf een inschatting op basis van de ernst van het incident.
- *Opvang door BOT:* Nabespreking na een incident met het BOT is beperkt tot de groep die bij het incident betrokken was. Daardoor blijft leereffect beperkt tot deze betrokken groepsleden en is het moeilijk om structurele problemen op te sporen waar iedereen tegenaan loopt (94).
- *Leidinggevendend en BOT-leden:* De opvangregeling voor leidinggevendend is niet altijd duidelijk vastgelegd en/of goed gecommuniceerd.
- *Ervaringen met BOT:* Uit de inventarisatie is geen evaluatieonderzoek naar het BOT gebleken.
- *Professionele en vrijwillige brandweer:* Vanuit het beleid wordt geen onderscheid tussen beroepsoefenaars en vrijwilligers gemaakt, ook niet wat betreft nazorg. Toch zijn er wat betreft vrijwilligers mogelijke knelpunten te constateren. Voor nazorg aan vrijwilligers kan minder tijd zijn omdat zij na hun inzet vaak weer naar hun reguliere werk gaan. Vrijwilligers worden misschien ook minder snel voor behandeling doorverwezen. Zij zouden bovendien tussen wal en schip kunnen

vallen als beide werkgevers (van het hoofdberoep en van de hulpverleningsorganisatie) zich (financieel) niet verantwoordelijk voelen voor een eventueel behandelingstraject.

- *Rampen en grootschalige calamiteiten:* Er is geen landelijke uniforme regeling voor opvang en nazorg van geüniformeerde hulpverleners na rampen en grootschalige calamiteiten. Er wordt van uitgegaan dat bij rampen dezelfde procedures voor nazorg gevolgd kunnen worden. Coördinerende afspraken met naburige diensten over nazorg aan hulpverleners in het geval van een ramp lijken er nauwelijks te zijn. De hulpverleningsdiensten gaan er wel vanuit dat ze bij rampen op naburige diensten kunnen steunen. Het is bij de hulpverleningsdiensten onduidelijk op wie teruggevallen kan worden voor nazorg als bijna alle hulpverleners (inclusief BOT-leden) ingezet zijn bij de hulpverlening na een ramp.

Verwijzing en behandeling

Bij psychische problematiek die niet door het BOT kan worden opgevangen, wordt naar specialistische hulp doorverwezen. Aan wie doorverwezen wordt verschilt per regio. Uit de inventarisatie bleek het ontbreken van één landelijk verwijsadres geen belemmering te vormen voor het behandeltraject. Soms worden brandweerlieden met PTSS behandeld door Psychopol, de polikliniek voor politieagenten met PTSS van AMC/De Meren.

5.3.2 Ambulancediensten

Preventie

Voor preventie van psychosociale problematiek onder ambulancemedewerkers is zowel in het arbobeleid, in de opleiding als bij nascholingsactiviteiten ruim aandacht. Tijdens het Periodiek Arbeids Gezondheidskundig Onderzoek (PAGO) worden ambulancemedewerkers bevraagd over psychosociale arbeidsbelasting. Tijdens de basisopleidingen en nascholingen komt het herkennen en voorkomen van psychische problemen structureel aan de orde. Over het opvang- en nazorgbeleid zijn alle medewerkers via informatiebrochures en internet goed geïnformeerd. Er is een checklist waarmee iemand zelf kan nagaan of hij of zij psychisch overbelast is. Het werkpakket *Psychische belasting in de ambulancezorg* door iedereen in te zien. De uitgebreide informatieverstrekking blijkt de bewustwording van eventuele psychische problematiek te bevorderen en heeft een open sfeer onder het personeel gecreëerd.

Enkele aangrijpingspunten voor verbeteringen in de toekomst zijn:

- *Arbobeleid:* Ondanks de aandacht voor psychosociale arbeidsbelasting is het de vraag of bij het PAGO expliciet aandacht wordt besteed aan de behoefte van de medewerker voor eventuele nazorg. Bij het PAGO zou het initiatief hiertoe vooral van de medewerker moeten komen. Aandacht voor dit onderwerp verschilt waarschijnlijk per bedrijfsarts.
- *Opleiding:* Voor ambulancechauffeurs zijn geen eisen aan (medische) vooropleidingen verbonden waardoor ze vaak geen ervaring in de ambulancesector hebben opgebouwd en geen informatie hebben ontvangen over stressgerelateerde klachten en de preventie daarvan. De situaties die een ambulancechauffeur meemaakt kunnen echter ook zeer schokkend zijn.

Psychosociale opvang na een traumatische ervaring

Landelijk is vastgesteld hoe opvang en nazorg georganiseerd moet zijn. Het sectorfonds SOVAM heeft een coördinerende rol in het opvang- en nazorgbeleid binnen de ambulancediensten. Daardoor is dezelfde kwaliteit van nazorg bij alle diensten gewaarborgd. De verschillende diensten hebben de vrijheid om in detail aanpassingen door te voeren waardoor de identiteit van een ambulancedienst kan blijven bestaan. SOVAM heeft de oprichting van BOT onder ander ondersteund door het ontwikkelen van een handreiking. Deze handreiking bevat onder meer criteria voor de inschakeling van het BOT en een checklist voor een

BOT-opvanggesprek. Het ambulancepersoneel heeft in een evaluatieonderzoek aangegeven zeer tevreden te zijn over de bedrijfsopvang en maakt er veel gebruik van. Ook is het idee dat er voldoende sociale steun vanuit het werkveld gegeven wordt. Om collegiale steun te stimuleren wordt aandacht besteed aan effectieve teamstructuren.

Een groot aantal ambulancediensten heeft in samenwerking met brandweer en politie een BOT op regionaal niveau georganiseerd. Samenwerking en communicatie functioneert in een aantal regio's op multidisciplinair niveau goed.

Enkele aangrijpingspunten voor verbeteringen in de toekomst zijn:

- *Leidinggevenden:* De opvangstructuur voor leidinggevenden lijkt niet voldoende bekend. Leidinggevenden gaan er soms vanuit dat geen regeling voor hen bestaat, hoewel die er wel is via het BOT. Vooral voor leidinggevenden als Officier van Dienst (OvD) en Commandant van Dienst (CvD) is de opvangstructuur niet duidelijk, ook niet bij de GHOR.
- *Cultuurverandering:* Terwijl de invoering van BOT en de uitgebreide informatievoorziening de cultuur binnen de ambulancesector al veel veranderd heeft, is er soms nog steeds sprake van een machocultuur. Ambulancemedewerkers blijken beter voor anderen te kunnen zorgen dan voor zichzelf. Bij problemen zou soms nog steeds gedacht worden dat het zich vanzelf weer oplost.
- *Multidisciplinaire samenwerking:* In sommige regio's zijn initiatieven om te komen tot regionale samenwerking mislukt door bijvoorbeeld een verschil in vergoeding voor BOT-leden.
- *Rampen en grootschalige calamiteiten:* Voor grootschalige calamiteiten of rampen, zijn het in één regio of meerdere regio's, zijn geen landelijke afspraken gemaakt over het verloop van opvang en nazorg. Er wordt vanuit gegaan dat nazorg op dezelfde manier zal verlopen als bij kleine incidenten. Als de nazorg boven de capaciteit van de regionale ambulancediensten uitgaat wordt aangenomen dat een beroep op omliggende diensten kan worden gedaan. Een andere aanname is dat opvang binnen de GHOR in afstemming met politie en brandweer zal worden georganiseerd. Concrete afspraken zijn hier echter niet over gemaakt.

Verwijzing en behandeling

Bij psychische problematiek die niet door het BOT kan worden opgevangen, wordt naar specialistische hulp doorverwezen. Er is geen landelijk verwijsadres voor ambulancemedewerkers met psychosociale problematiek. Het is uit de inventarisatie niet gebleken of dit wenselijk zou zijn. Mogelijk verloopt de behandeling via de reguliere kanalen goed.

5.3.3 GHOR

Er is meestal geen BOT voor een overkoepelende GHOR-setting of voor multidisciplinaire samenwerking (met brandweer en politie). Over hoe opvang en nazorg van de geneeskundige diensten in geval van een ramp zal verlopen zijn geen of weinig coördinerende afspraken gemaakt.

5.3.4 Politie

Preventie

Via de geraadpleegde deskundigen was geen informatie beschikbaar over de aandacht voor preventie en nazorg in de opleidingen voor politieagenten. Bij de politie verschillen de maatregelen om psychosociale arbeidsbelasting te voorkomen of te beperken per korps. De belangrijkste preventieve maatregel binnen een korps is het BedrijfsOpvangTeam (BOT). Het BOT geeft bij politiemedewerkers voorlichting over verwerkingsprocessen en bevordert daardoor een open sfeer om over gevoelens te kunnen praten. Zoals

bij de andere hulpverleningsdiensten heeft ook bij de politie het BOT een positieve bijdrage geleverd aan het creëren van een open sfeer onder de medewerkers en de mogelijkheid over gevoelens te kunnen praten.

Voordat een opleiding binnen de politie gevolgd kan worden vindt een uitgebreide selectie plaats met onder andere een psychologisch onderzoek. Er wordt zorgvuldig bekeken of de kandidaat geschikt is voor het werk binnen de politiedienst.

Psychosociale opvang na een traumatische ervaring

In de meeste politieregio's en bij de KLPD is opvang en nazorg ingevuld via BOT. Opvang en nazorg van politieagenten verloopt meestal volgens een BOT-protocol waarin ook criteria voor de inzet van het BOT zijn opgenomen. Er wordt zelfkritisch naar de BOT-werkwijze gekeken en zondig worden aanpassingen doorgevoerd, voor BOT-leden is er ondersteuning. Voor leidinggevendenden geldt in principe dezelfde opvangstructuur als voor andere medewerkers. De ervaring is dat sociale steun vanuit het werkveld een positieve bijdrage levert aan het voorkomen van psychosociale problematiek.

Uit een onderzoek bleek (93) dat individuele debriefing geen PTSS voorkomt. Omdat juist bij de politie vaak individuele opvangsgesprekken plaatsvinden, wordt momenteel een screeningslijst getest om verwerkingsklachten vroegtijdig te kunnen signaleren. Daarnaast is er een zelfscorelijst voor agenten om klachten te kunnen herkennen.

De regionale samenwerking onder de politiekorpsen en het BOT functioneert goed. De politie heeft hierbij een voordeel ten opzichte van brandweer en ambulance omdat de politieregio's al geografisch overeenkwamen met de huidige GHOR-regio's waardoor er geen overgang meer gemaakt hoefde te worden naar één veiligheidsregio.

Enkele punten van aandacht zouden kunnen zijn:

- *Landelijk protocol:* Bij de politie kan de opvang en nazorg in de verschillende regio's verschillend zijn ingevuld. Diverse regelingen in opvang en nazorg kunnen bij rampen en grootschalige calamiteiten problemen opleveren als op nazorg en opvang van naburige, anders georganiseerde, regio's moet worden gesteund.
- *Rampen en grootschalige calamiteiten:* Een hulpverlener die zelf ook in het rampengebied woont en/of door de ramp een gewond familielid heeft zou extra aandacht voor opvang en nazorg moeten krijgen. Door de dubbele belasting kan hij geen afstand nemen van zijn werk. Dit kan de kans op PTSS vergroten. Dit punt kwam naar voren via de inventarisatie onder betrokkenen bij de politie, maar zal waarschijnlijk ook voor andere geüniformeerden gelden.

Verwijzing en behandeling

In geval van psychische problematiek hebben de politiediensten een landelijke uniforme regeling. Er zijn twee contractpartners waarnaar doorverwezen kan worden: Psychopol van AMC/De Meren en de HSK Groep. De behandelingsprocedure sluit goed aan bij het reïntegratieplan van de arbodienst. Uit ervaringen na de vuurwerkrampe in Enschede bleek deze opvang- en behandelingsstructuur goed te verlopen.

Vroeger dekte de verzekering de behandeling van PTSS en andere psychische klachten. Tegenwoordig heeft de verzekering een bepaald budget voor de behandelingskosten. Wanneer het budget is opgemaakt zouden de kosten bij de korpsen liggen. Dit kan ertoe hebben geleid dat de korpsen op de behandeling zouden kunnen bezuinigen. Juist na grote rampen zou de prevalentie van psychische klachten kunnen toenemen die door een behandeltraject zouden kunnen worden verholpen. Een korps kan zich na een ramp niet veroorloven dat de nazorg voor hun werknemers onvoldoende is. Bij grote rampen ondersteunen fondsen vaak de korpsen om de behandeling te dekken.

5.4 Monitoring van professionele hulpverleners in Nederland

Registratie van ingezette hulpverleners na reguliere inzetten en het monitoren van de gezondheid van de betrokken hulpverleners is niet structureel opgezet. Alleen ingezette hulpverleners die voor klachten naar de bedrijfsarts doorverwezen worden, worden in het systeem van de bedrijfsarts geregistreerd.

In geval van rampen ligt het in de lijn der verwachting om bij een volgende (vooral plaatsgebonden) ramp de gezondheid van hulpverleners te monitoren via bestaande registraties van huisartsen, bedrijfsartsen en apothekers. Dit in analogie naar de gezondheidsmonitoring van hulpverleners ingezet bij de vuurwerkcramp in Enschede. Monitoring van de gezondheidsgevolgen van rampen voor onder meer hulpverleners wordt zo veel als mogelijk voorbereid door het RIVM / CGOR in samenwerking met het Nivel. Na een ramp zal echter altijd ook sprake zijn van improvisatie door de diversiteit aan gezondheidsinstellingen die betrokken zijn bij de nazorg aan hulpverleners en de beschikbaarheid van (elektronische) registratiesystemen.

6 Aanbevelingen

Dit hoofdstuk geeft de aanbevelingen weer die uit de inventarisatie naar voren zijn gekomen. De aanbevelingen zijn globaal beschreven en kunnen onderling in verband gebracht worden.

Handreiking

Als een landelijk beleid geformuleerd wordt voor de nazorg aan geüniformeerde hulpverleners na rampen kan hierin het beste aangesloten worden bij inmiddels bestaande plaatselijke en/of regionale structuren voor nazorg. De meeste diensten, behalve de overkoepelende GHOR, hebben goed functionerende BOT. In sommige regio's wordt zelfs al op multidisciplinair niveau opvang en nazorg aangeboden.

Voor de nazorg aan geüniformeerde hulpverleners na rampen en grootschalige calamiteiten zou in samenhang met implementatie van de richtlijn *Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen* van Impact en het Trimbos Instituut aanvullende eenduidige informatie gecommuniceerd kunnen worden naar alle diensten. Bij de verschillende hulpverleningsdiensten zijn preventie, opvang en behandeling vaak verschillend ingevuld. Voor betere informatievoorziening over psychosociale problematiek en nazorg na rampen is het mogelijk voldoende om informatie en nieuwe ontwikkelingen hierover te bundelen en in een handreiking aan de diverse hulpverleningsdiensten te presenteren. Een dergelijke handreiking zou bijvoorbeeld verspreid kunnen worden als brochure en via een website.

Mogelijk kan bij de verdere ontwikkeling van nazorg aan geüniformeerden in Nederland ook gebruikgemaakt worden van ervaringen en de opzet van de nazorg in het buitenland waar ervaring is met grootschalige rampen zoals in de VS (o.a. 11/9), UK (bomaanslag Londen) en Spanje (bomaanslag Madrid).

Communicatie en afspraken over nazorg bij rampen

Binnen en tussen hulpverleningsregio's is het noodzakelijk ter voorbereiding op de nazorg aan hulpverleners overkoepelende afspraken te maken over de organisatie van de nazorg na een mogelijke ramp. Deze afspraken zouden bijvoorbeeld in een procedure vastgelegd kunnen worden. Hiervoor is ook bewustwording nodig voor wat een zeer omvangrijke ramp betekent voor de nazorg. Door de grootschaligheid van een ramp kan mogelijk niet teruggevallen worden op procedures die goed werken bij kleinschalige incidenten. Hier wordt soms wel vanuit gegaan. Bij de implementatie van de veiligheidsregio's is een belangrijk aandachtspunt ook afspraken te maken over opvang en nazorg van hulpverleners. Verder zou de plaats van de nazorg aan hulpverleners binnen de rampbestrijdingsprocessen verduidelijkt kunnen worden, zowel voor functionarissen in rampbestrijding en crisisbeheersing als voor de hulpverleners zelf. Nazorg aan hulpverleners zou duidelijk moeten zijn vastgelegd als aandachtspunt bij rampen.

Speciale aandacht zou besteed moeten worden aan de opvangprocedure voor leidinggevend en voor vrijwilligers van de brandweer. De opvangstructuur voor leidinggevend en is veelal niet bekend. In andere gevallen is geen specifieke regeling voor leidinggevend en getroffen. Juist bij grootschalige rampen zou een mogelijkheid moeten bestaan voor opvang en nazorg van de betrokken leidinggevend en in het rampengebied. De procedure zou beter vastgelegd en gecommuniceerd moeten worden. Opvang en nazorg voor vrijwilligers van de brandweer zou regulier tot de werktijd van de vrijwillige baan moeten horen. Zo kan psychische problematiek onder vrijwillige hulpverleners mogelijk beter voorkomen worden. De verantwoordelijkheid over de kosten van het behandeltraject voor vrijwillige hulpverleners zou beter geregeld en vastgelegd kunnen worden. Verder is het aan te raden na te gaan of de huidige financiële

regelingen voor de behandeling van klachten geen belemmering vormen voor de behandeling van getraumatiseerde hulpverleners.

Preventie

Uit de factoren die invloed hebben op het ontwikkelen van psychische problematiek als gevolg van rampen is gebleken dat werkgevers invloed kunnen uitoefenen op een aantal factoren. Bij leidinggevendenden binnen de hulpverleningsdiensten kan nieuwe bewustwording van de risicofactoren die met deze psychische problematiek samenhangen tot een verbeterd preventie- en nazorgbeleid leiden. Belangrijke factoren zijn:

- *Selectie*: Bij elke hulpverlener zou voldoende selectie/screening moeten plaatsvinden op basis van psychische problematiek in de voorgeschiedenis, persoonlijke karakteristieken etc. zodat personen worden aangenomen die beschikken over voldoende veerkracht.
- *Training*: Trainingen moeten voldoende aansluiten aan de omstandigheden en werkzaamheden bij rampen. Multidisciplinaire trainingen tussen brandweer, ambulance en politie spelen hierbij een cruciale rol omdat zij nauw samen moeten werken tijdens rampen. Verder is het van belang dat trainingen aan de functie aangepast zijn en onervaren hulpverleners vaker aan trainingen kunnen deelnemen. Nader onderzocht zou kunnen worden of op multidisciplinair niveau de hulpverleners voldoende training krijgen die aansluit bij de omstandigheden en werkzaamheden bij rampen.
- *Nascholing*: In nascholing zou structureel aandacht gegeven kunnen worden aan preventie van psychosociale klachten, stressmanagement en het herkennen van klachten. Speciale aandacht zou er kunnen zijn voor ambulancechauffeurs die niet altijd in hun opleiding informatie over stressgerelateerde klachten en de preventie ervan hebben meegekregen.
- *Sociale steun*: Collegiale steun binnen de hulpverleningsdiensten is er voldoende. Mogelijk kan het bieden van sociale steun nog verder verbeterd worden. Als het hele team meer alert wordt op signalen van psychische klachten en elkaar steunt wordt de teamstructuur hechter en ligt de ondersteunende taak niet alleen bij het BOT en leidinggevendenden. Dit kan mogelijk door bijscholing en teambuildingsactiviteiten getraind worden. Ook het geven van erkenning aan de ingezette hulpverleners speelt hierbij een belangrijke rol.
- *Karakteristieken werkomstandigheden*: Tijdens rampen zouden hulpverleners voldoende tijd moeten krijgen om te rusten en de mogelijkheid moeten hebben om contact te hebben met het thuisfront. Verder zou er voldoende eten en drinken aanwezig moeten zijn.
- *Arbobeleid / PAGO*: Het PAGO zou niet in relatie tot voortzetting van de functie mogen staan. De medewerker zou de mogelijkheid moeten krijgen open en eerlijk met de bedrijfsarts te kunnen praten zonder dat de functie ter discussie staat.

Onderzoek

Om steeds beter zicht te krijgen op de mogelijkheden voor verbetering van de opvang en nazorg aan geüniformeerde hulpverleners is op een aantal aspecten onderzoek aan te bevelen:

- Geüniformeerde hulpverleners kunnen zelf bevraagd worden over wat zij bij een inzet van een grootschalige ramp van nazorg verwachten en behulpzaam zouden vinden. Nazorg kan dan goed aansluiten bij de wensen van de hulpverleners zelf.
- Onderzoek naar de nazorg onder hulpverleners na incidenten bij de reguliere uitoefening van de functie en na rampen kan zicht bieden op de feitelijke organisatie en ervaring met nazorg.
- Onderzoek naar de effecten van nazorg op het voorkomen van psychosociale problematiek bij hulpverleners kan informatie bieden over hoe in de toekomst de nazorg voor hulpverleners evidence-based verbeterd zou kunnen worden. Specifiek aandacht voor hulpverleners is van belang omdat het een groep is die ook in hun reguliere werk veelvuldig met stress en traumatische ervaringen geconfronteerd worden.
- Onderzoek naar de preventie en therapie van psychosociale problematiek bij hulpverleners. Tot nu toe is er nog veel onbekend op dit gebied. Bekend is dat eenmalige debriefing mogelijk schadelijk is. Er is echter geen informatie voorhanden over dergelijke eenmalige debriefing bij hulpverleners.

Ook in de richtlijnen van NICE (UK) en APA (VS) is geen specifieke aandacht voor debriefing bij hulpverleners na hun inzet bij een incident. Meer onderzoek is nodig voordat uitspraken gedaan kunnen worden over eenmalige debriefing bij hulpverleners. Door de frequente blootstelling aan traumatische omstandigheden kan het effect bij hulpverleners anders zijn dan bij niet-hulpverleners.

Omgaan met berichtgeving in de media

Negatieve kritieken in de media zoals over (veronderstelde) foutieve handelingen van bij de ramp betrokken personen of organisaties, mislukte maatregelen die de ramp (schijnbaar) had kunnen voorkomen en (gesuggereerde) pogingen van de betrokken organisaties om de ware toedracht te verdoezelen kunnen net zo belastend zijn als de ramp zelf. Media kunnen een oorzaak zijn van secundaire traumatisering en bijdragen aan psychische problematiek. Mogelijk zijn er maatregelen te nemen die deze negatieve invloed van de media kunnen reduceren/voorkomen. Hulpverleningsdiensten kunnen in hun communicatie met de media dit als speciaal aandachtspunt in gedachten houden. In ieder geval zou omgang met negatieve kritieken in de media een plaats kunnen krijgen in de nazorg aan hulpverleners. Om te bepalen hoe dit het beste kan, is op basis van de huidige inventarisatie niet aan te geven. Wel kan van de ervaringen na de Schipholbrand gebruikgemaakt worden omdat daar in de nabesprekingen aandacht is besteed aan berichtgeving in de media.

Registratie en monitoring

Bij gezondheidsmonitoring van hulpverleners is het van groot belang in een zo vroeg mogelijk stadium na een ramp een registratie aan te leggen van het ingezette personeel (brandweer, vrijwillige brandweer, politie en ambulancemedewerkers). Vastgelegd moet worden op welke wijze, op welk tijdstip, hoe lang en waar zij werden ingezet. Dit is belangrijk om de mate van blootstelling (exposure) te kunnen bepalen.

Referenties

- (1) Van der Velden PG, Eland J, Kleber RJ. Handboek voor opvang na rampen en calamiteiten. Utrecht: Instituut voor Psychotrauma, 1997.
- (2) Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev* 2005;27:78-91.
- (3) Katz CL, Pellegrino L, Pandya A, Ng A, DeLisi LE. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. *Psychiatry Res* 2002;110:201-17.
- (4) Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry* 2002;65:207-39.
- (5) Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry* 2002;65:240-60.
- (6) Norris FH. Range, Magnitude, and Duration of the Effects of Disasters on Mental Health: Review Update 2005. [Http://www.redmh.org](http://www.redmh.org).
- (7) IJzermans CJ, Dirkzwager AJE, Breuning E. Long-term health consequences of disaster, a bibliography. Utrecht: Nivel, 2005.
- (8) Gezondheidsraad. Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006. Publicatie nr: 2006/18.
- (9) Van der Velden PG, Kleber RJ. Nasleep Herculesramp. Personeelszorg voor en huidige gezondheid van betrokken brandweer en ambulance medewerkers. Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma, 2000.
- (10) Schaap IA. Resilience. Amsterdam: Impact, 2006.
- (11) Huizink AC, Slottje P, Witteveen AB, Bramsen I, Twisk JWR, Bijlsma JA, et al. De gezondheid van hulpverleners en hangarmedewerkers ruim 8 jaar na de Vliegcramp Bijlmermeer. Eerste deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegcramp Bijlmermeer – Epidemiologie (MOVB-E). Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU Medisch Centrum, 2003.
- (12) Smidt N, Slottje P, Witteveen AB, Huizink AC, Twisk JWR, Bijlsma JA, et al. De gezondheid van hulpverleners en hangarmedewerkers ruim 8 jaar na de vliegcramp Bijlmermeer. Tweede deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegcramp Bijlmermeer - Epidemiologie (MOVB-E). Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU Medisch Centrum, 2004.
- (13) Grievink L, Van der Velden PG, De Vries M, Mulder YM, Smilde-van den Doel DA. Gezondheidsonderzoek na rampen: een inventarisatie van wensen en verwachtingen. Bilthoven: RIVM, 2006. RIVM rapport: 630940005/2006.
- (14) IJzermans CJ, Dirkzwager AJE, Den Ouden DJ, Kerssens JJ, Donker GA, Ten Veen PMH, et al. Monitoring gezondheid getroffen en Vuurwerkramp Enschede. Utrecht: Nivel, 2003.
- (15) Onderzoeksraad voor Veiligheid. Brand cellencomplex Schiphol-Oost. Eindrapport van het onderzoek naar de brand in het detentie- en uitzetcentrum Schiphol-Oost in de nacht van 26 op 27 oktober 2005. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2006. Projectnummer: M2005CH1026-1.
- (16) Witteveen AB. The long-term aftermath of the Amsterdam air disaster: psychological wellbeing of professionally involved rescue workers. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2006.
- (17) Slottje P. Long-term physical health effects of the air disaster in Amsterdam in professional assistance workers. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2006.

- (18) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
- (19) Bryant RA. Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2003;53:789-95.
- (20) Impact/Trimbos Instituut. Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Amsterdam/Utrecht: Impact/Trimbos Instituut, 2007.
- (21) Yeh CB, Leckman JF, Wan FJ, Shiah IS, Lu RB. Characteristics of acute stress symptoms and nitric oxide concentration in young rescue workers in Taiwan. *Psychiatry Res* 2002;112:59-68.
- (22) Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry* 2004;161:1370-6.
- (23) Van der Velden PG, Christiaanse B, Kleber RJ, Marcelissen FGH, Dorresteyn SAM, Drogendijk AN, et al. The effect of disaster exposure and post-disaster critical incidents on intrusions, avoidance reactions and health problems among firefighters: a comparative study. *Stress, Trauma and Crisis* 2006;9:73-93.
- (24) Mental health status of World Trade Center rescue and recovery workers and volunteers - New York City, July 2002-August 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53:812-5.
- (25) Health hazard evaluation of police officers and firefighters after Hurricane Katrina--New Orleans, Louisiana, October 17-28 and November 30-December 5, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006;55:456-8.
- (26) Alexander DA, Wells A. Reactions of police officers to body-handling after a major disaster. A before-and-after comparison. *Br J Psychiatry* 1991;159:547-55.
- (27) Alexander DA. Stress among police body handlers. A long-term follow-up. *Br J Psychiatry* 1993;163:806-8.
- (28) Andersen HS, Christensen AK, Odden Petersen G. Posttraumatic stress reactions among rescue workers after a major rail accident. *Anxiety res* 1991;4:245-51.
- (29) Cetin M, Kose S, Ebrinc S, Yigit S, Elhai JD, Basoglu C. Identification and posttraumatic stress disorder symptoms in rescue workers in the Marmara, Turkey, earthquake. *J Trauma Stress* 2005;18:485-9.
- (30) Chang CM, Lee LC, Connor KM, Davidson JR, Jeffries K, Lai TJ. Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:391-8.
- (31) Dyregrov A, Kristoffersen JI, Gjestad R. Voluntary and professional disaster-workers: similarities and differences in reactions. *J Trauma Stress* 1996;9:541-55.
- (32) Epstein RS, Fullerton CS, Ursano RJ. Posttraumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry* 1998;155:934-8.
- (33) Guo YJ, Chen CH, Lu ML, Tan HK, Lee HW, Wang TN. Posttraumatic stress disorder among professional and non-professional rescuers involved in an earthquake in Taiwan. *Psychiatry Res* 2004;127:35-41.
- (34) Hagh-Shenas H, Goodarzi MA, Dehbozorgi G, Farashbandi H. Psychological consequences of the Bam earthquake on professional and nonprofessional helpers. *J Trauma Stress* 2005;18:477-83.

- (35) Huizink AC, Slottje P, Witteveen AB, Bijlsma JA, Twisk JW, Smidt N, et al. Long term health complaints following the Amsterdam Air Disaster in police officers and fire-fighters. *Occup Environ Med* 2006;63:657-62.
- (36) Katz CL, Smith R, Silverton M, Holmes A, Bravo C, Jones K, et al. A mental health program for ground zero rescue and recovery workers: cases and observations. *Psychiatr Serv* 2006;57:1335-8.
- (37) Keller RT, Bobo WV. Handling human remains following the terrorist attack on the Pentagon: experiences of 10 uniformed health care workers. *Mil Med* 2002;167(9 Suppl):8-11.
- (38) Morren M, Yzermans CJ, van Nispen RM, Wevers SJ. The health of volunteer firefighters three years after a technological disaster. *J Occup Health* 2005;47:523-32.
- (39) North CS, Tivis L, McMillen JC, Pfefferbaum B, Spitznagel EL, Cox J, et al. Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Am J Psychiatry* 2002;159:857-9.
- (40) Ozen S, Sir A. Frequency of PTSD in a group of search and rescue workers two months after 2003 Bingol (Turkey) earthquake. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:573-5.
- (41) Renck B, Weisaeth L, Skarbo S. Stress reactions in police officers after a disaster rescue operation. *Nord J Psychiatry* 2002;56:7-14.
- (42) Sims A, Sims D. The phenomenology of post-traumatic stress disorder. A symptomatic study of 70 victims of psychological trauma. *Psychopathology* 1998;31:96-112.
- (43) Leffler CT, Dembert ML. Posttraumatic stress symptoms among U.S. navy divers recovering TWA flight 800. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:574-7.
- (44) McFarlane AC. The longitudinal course of posttraumatic morbidity. The range of outcomes and their predictors. *J Nerv Ment Dis* 1988;176:30-9.
- (45) Aardal-Eriksson E, Eriksson TE, Holm AC, Lundin T. Salivary cortisol and serum prolactin in relation to stress rating scales in a group of rescue workers. *Biol Psychiatry* 1999;46:850-5.
- (46) Bryant RA, Harvey AG. Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *J Trauma Stress* 1996;9:51-62.
- (47) Clohessy S, Ehlers A. PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *Br J Clin Psychol* 1999;38(Pt 3):251-65.
- (48) Liao SC, Lee MB, Lee YJ, Weng T, Shih FY, Ma MH. Association of psychological distress with psychological factors in rescue workers within two months after a major earthquake. *J Formos Med Assoc* 2002;101:169-76.
- (49) Dowling FG, Moynihan G, Genet B, Lewis J. A peer-based assistance program for officers with the New York City Police Department: report of the effects of Sept. 11, 2001. *Am J Psychiatry* 2006;163:151-3.
- (50) Witteveen AB, Bramsen I, Twisk JW, Huizink AC, Slottje P, Smid T, et al. Psychological Distress of Rescue Workers Eight and One-Half Years After Professional Involvement in the Amsterdam Air Disaster. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:31-40.
- (51) Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Ronfeldt HM, Foreman C. Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *J Trauma Stress* 1996;9:63-85.
- (52) Marmar CR, McCaslin SE, Metzler TJ, Best S, Weiss DS, Fagan J, et al. Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1071:1-18.

- (53) Dirkzwager AJ, Yzermans CJ, Kessels FJ. Psychological, musculoskeletal, and respiratory problems and sickness absence before and after involvement in a disaster: a longitudinal study among rescue workers. *Occup Environ Med* 2004;61:870-2.
- (54) Morren M, Dirkzwager AJ, Kessels FJ, Yzermans CJ. The influence of a disaster on the health of rescue workers: a longitudinal study. *CMAJ* 2007;176:1279-83.
- (55) Elklit A. The aftermath of an industrial disaster. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1997;392:1-25.
- (56) Alvarez J, Hunt M. Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *J Trauma Stress* 2005;18:497-505.
- (57) Leon GR. Overview of the psychosocial impact of disasters. *Prehospital Disaster Med* 2004;19:4-9.
- (58) Regehr C, Hill J, Glancy GD. Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:333-9.
- (59) Weiss DS, Marmar CR, Metzler TJ, Ronfeldt HM. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:361-8.
- (60) Beaton R, Murphy S, Johnson C, Pike K, Corneil W. Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire service personnel. *J Trauma Stress* 1999;12:293-308.
- (61) North CS, Tivis L, McMillen JC, Pfefferbaum B, Cox J, Spitznagel EL, et al. Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *J Trauma Stress* 2002;15:171-5.
- (62) Alexander DA, Klein S. Ambulance Personnel and critical incidents. Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *Br J Psychiatry* 2001;178:76-81.
- (63) Fullerton CS, McCarroll JE, Ursano RJ, Wright KM. Psychological responses of rescue workers: fire fighters and trauma. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62:371-8.
- (64) Fullerton CS, Ursano RJ, Reeves J, Shigemura J, Grieger T. Perceived safety in disaster workers following 9/11. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:61-3.
- (65) Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2003;129:52-73.
- (66) Hammond J, Brooks J. The World Trade Center attack. Helping the helpers: the role of critical incident stress management. *Crit Care* 2001;5:315-7.
- (67) Gersons BP, Carlier IV, Lamberts RD, van der Kolk BA. Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2000;13:333-47.
- (68) Davis J, Stewart L. Air flight disaster, posttraumatic stress, and postventive rescue and response: the aftermath of the San Diego PSA 182 plane crash recovery operation, 20 years on. *Accid Emerg Nurs* 2000;8:13-9.
- (69) Kenardy JA, Webster RA, Lewin TJ, Carr VJ, Hazell PL, Carter GL. Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *J Trauma Stress* 1996;9:37-49.
- (70) Carlier IV, Voerman AE, Gersons BP. The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *Br J Med Psychol* 2000;73(Pt 1):87-98.
- (71) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. 2004.

- (72) National Institute for Clinical Excellence. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2005.
- (73) Covell NH, Donahue SA, Allen G, Foster MJ, Felton CJ, Essock SM. Use of Project Liberty counseling services over time by individuals in various risk categories. *Psychiatr Serv* 2006;57:1268-70.
- (74) Arbeidsomstandighedenwet, 1998. [Http://wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl) (bezoekt 19 februari 2007).
- (75) Wet collectieve preventie volksgezondheid, 1990. [Http://wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl) (bezoekt 19 februari 2007).
- (76) Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen, 1991. [Http://wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl) (bezoekt 19 februari 2007).
- (77) Wet rampen en zware ongevallen, 1985. [Http://wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl) (bezoekt 19 februari 2007).
- (78) Raad van RGF'en OPRNI. Landelijk Model Procesplan. Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. Utrecht: Raad van RGF'en, 2004.
- (79) Handreiking opzet Informatie- en Adviescentrum (IAC) na rampen. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2004.
- (80) Wet maatschappelijke ondersteuning, 2006. [Http://wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl) (bezoekt 1 mei 2007).
- (81) BZK. Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding / Inhoud Handboek / Operationele Uitwerking (B) / B3. Rampbestrijdingsprocessen. [Http://www.handboekrampenbestrijding.nl](http://www.handboekrampenbestrijding.nl) (bezoekt 21 februari 2007).
- (82) Proces 9. Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH). GHOR Regio Haaglanden, 2004.
- (83) Crisisbeheersingsplan in de zin van de Wet rampen en zware ongevallen. Procesplan 11 Psychosociale hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR). Den Haag: College van B&W, 2005.
- (84) Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding. Overzicht Documentaire Rampenbestrijding. Deel A: Rampenbestrijding. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2003.
- (85) Het BedrijfsOpvangTeam Overbetuwe. Voor brandweercollaga's en hun partners. Brandweer Overbetuwe, 2007.
- (86) Handreiking Bedrijfs Opvang Team Ambulancezorg. Zwolle, 2001.
- (87) Directie brandweer. Nazorg brandweerpersoneel. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken, 1993.
- (88) Instituut voor Psychotrauma. Want niemand is van steen.... Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken, 1993.
- (89) Janssen M. Brandweer Enschede en de vuurwerkcramp. Zorg voor de brandweer. Opvang na een ramp. Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma, 2003. p. 30-45.
- (90) NIGZ-Werk & Gezondheid. Evaluatieonderzoek Stimuleringsregeling BOT & cursus 'Omgaan met Agressie'. SOVAM, Sectorfonds voor de ambulancezorg, 2004.
- (91) Jaarverslag. Politie Gelderland-Zuid. 2004.
- (92) Commissie onderzoek vuurwerkcramp. Commissie onderzoek vuurwerkcramp. De vuurwerkcramp. Eindrapport. Enschede/Den Haag, 2001.

- (93) Sijbrandij M, Olf M, Reitsma JB, Carlier IV, Gersons BP. Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189:150-5.
- (94) Model Incidentevaluatie Brandweer. Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg en Rampenbestrijding (NVBR), 2005.

Bijlagen

1 Lijst van geïnterviewde deskundigen

Tabel 1.1 Deskundigen van organisaties waar geüniformeerde hulpverleners werkzaam zijn en van opleidingen

	Organisatie	Deskundige	Functie
1	Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid <i>Nibra</i> , GHOR Academie	Dhr. Dirk de Vries	Accountmanager voor project kenniscentrum GHOR Academie
2	Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid <i>Nibra</i> , Brandweeracademie	Dhr. Jaap Molenaar	Vakgroepdecaan Incidentmanagement
3	GHOR Nederland	Drs. Will van Roessel	Programmasecretaris repressie en nazorg
4	GHOR, Hulpverleningsregio Haaglanden	Mw. Ingeborg W. Hofstede	Hoofd GHOR, plv. Regionaal Geneeskundig Commandant
5	GHOR, Hulpverleningsregio Haaglanden	Drs. Jacobine Glasbergen	Staffunctionaris Advisering & Planvorming (PSHOR)
6	Nederlands Ambulance Instituut / SOSA	Mw. Jantine Huizing	Projectmanager onderwijs
7	Instituut voor PsychoSociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (IPSHOR)	Drs. Karen Matlung	Directeur, GZ-psycholoog

Tabel 1.2 Deskundigen betrokken bij beleidsvorming

	Organisatie	Deskundige	Functie
8	GGD Nederland	Dr. Martin de Vries	Programmaleider Openbare Veiligheid en Crisismanagement (OVC)
9	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Directie Brandweer & GHOR, afdeling Kwaliteit Personeel en Materieel	Drs. Ronald M.J. Voorthuis	Coördinerend senior beleidsmedewerker

Tabel 1.3 Deskundige betrokken bij gezondheidsmonitoring van hulpverleners

	Organisatie	Deskundige	Functie
10	Nivel	Dr. C Joris IJzermans	Programmaleider Acute zorg en rampen

Tabel 1.4 Deskundigen betrokken bij hulpverlening aan geüniformeerde hulpverleners

	Organisatie	Deskundige	Functie	Informatie over
11	KLM Health Services	Drs. Willem A.L. Godefroy	Bedrijfsarts	Bedrijfsartsen
12	Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid <i>Nibra</i> , GHOR Academie	Drs. Jorine Juffermans	Senior onderzoeker voor project Kenniscentrum GHOR Academie	Huisartsen
13	AMC/De Meren, Topzorgprogramma Psychotrauma	Drs. Gré J. Westerveld	Psycholoog	Specialisten / Politie
14	Gedetacheerd door GIMD, werkzaam bij de KLPD	Mw. Anet Roes	Bedrijfsmaatschappelijk werker	Maatschappelijk werk / Politie
15	SOVAM	Drs. Marion van Swaay	Projectmanager	Ambulance / SOVAM

2 Regelingen bij brandweer, ambulance en politie (samenvattende tabellen)

Tabel 2.1: Preventie van psychosociale problematiek

	Brandweer	Ambulance	Politie
Arbobeleid / Periodiek Arbeids Gezondheidskundig Onderzoek (PAGO)	<ul style="list-style-type: none"> - Preventie van psychosociale gevolgen na een ernstig incident is in het arbobeleid opgenomen. - Sociaal Medische Teams (SMT) besteden er aandacht aan. - Tijdens het PAGO wordt gevraagd naar problemen bij het uitoefenen van het werk zijn. Het PAGO staat echter in relatie tot voortzetting van de functie zodat werknemers mogelijk niet open zijn over problematiek. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tijdens het PAGO wordt een psychomotorische afgenomen en vullen ambulancemedewerkers een vragenlijst in met o.a. vragen over psychosociale arbeidsbelasting. - SOVAM voert in 2007 een landelijk uniform Periodieke Arbeidsgezondheidskundige Monitor (PAM) in. 	
Opleiding	<ul style="list-style-type: none"> - In de brandweeropleiding wordt aandacht besteed aan het herkennen van gedragspatronen en signalen van verwerkingsproblemen bij collega's (o.a. via inschattinginstrumenten). - Gestimuleerd wordt te gaan praten met collega's als zij gedrag vertonen dat kan duiden op verwerkingsproblemen. - In de opleidingen voor Officiers van Dienst (OvD) en bevelvoerder (leidinggevende in een voertuig) wordt dieper ingegaan op het herkennen van verwerkingsproblematiek wijst en wordt ingegaan op het voorkómen van verwerkingsstoornissen. - In de leergang <i>Master of Crisis and Disaster Management</i> voor functionarissen in crisisbeheersing / rampenbestrijding komen nazorg, omgang met stress en de verwerking van traumatische gebeurtenissen aan de orde. 	<ul style="list-style-type: none"> - In de eindtermen van de opleidingen van de Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening (SOSA) voor ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en meldkamer Ambulancezorg-Verpleegkundige is stressmanagement opgenomen. - Tijdens de opleiding wordt één dag besteed aan psychosociale problematiek bij werknemers zelf en collega's, situaties die psychosociale klachten zouden kunnen oproepen en de verwerking van de werkzaamheden. - Een collegiaal opvanggesprek wordt geoefend. 	
Nascholing / training	<ul style="list-style-type: none"> - Per korps wordt bepaald of er na oefensessies aandacht is voor nazorg. - Mogelijk zijn trainingen onvoldoende gericht op de omstandigheden en werkzaamheden bij rampen. - Tijdens kaderdagen voor BOT-leden en 	<ul style="list-style-type: none"> - Tijdens nascholingen wordt regelmatig aandacht besteed aan preventie van psychosociale klachten. Ieder medewerker is verplicht nascholing te volgen. - Incidenteel wordt psychosociale opvang van collega's besproken (geen structureel onderwerp). 	

	Brandweer	Ambulance	Politie
	leidinggevend komt psychosociale nazorg aan de orde.		
Werving en selectie	- Niet alle korpsen kunnen heel selectief nieuwe medewerkers (met stabiele geestelijke persoonlijkheid) werven. In kleinere gemeenten is het vaak moeilijk nieuwe mensen te vinden.	-	- Voordat een opleiding binnen de politie gevolgd kan worden vindt een uitgebreide selectie plaats. De selectieprocedure houdt onder andere een psychologisch onderzoek in. Daarbij wordt heel zorgvuldig gekeken of de kandidaat geschikt is voor het werk binnen de politiedienst.
Voorlichtingsmateriaal	- Voor medewerkers is voorlichtingsbrochure <i>Want niemand is van steen</i> (86) beschikbaar. - Samen met de handleiding <i>Nazorg brandweerpersoneel</i> (85) heeft dit in veel regio's als basis gediend voor het opzetten van gestructureerde opvang en nazorg via BOT.	- Het <i>Sta-even-stil-bij-stress-boekje</i> bevat informatie en tips over psychische belasting en hoe overbelasting herkent en voorkómen kunnen worden. In 2006 is het boekje aan alle ambulancemedewerkers toegestuurd. - SOVAM heeft een werkpakket <i>Psychische belasting in de ambulancezorg</i> ontwikkeld met checklists, doorstroomschema's en theoretische informatie over overbelasting en stressherkenning. Dit werkpakket is aangeboden aan alle functionarissen Personeel & Organisatie. Ook leidinggevend en medewerkers kunnen hiervan gebruikmaken.	
Zelfscorelijst voor medewerkers	-	- Het <i>Sta-even-stil-bij-stress-boekje</i> bevat een checklist waarmee een medewerker bij zichzelf kan nagaan in welke mate hij of zij psychisch overbelast is.	- Psychopol van AMC/De Meren heeft een zelfscorelijst ontwikkeld om klachten te kunnen herkennen. Sommige korpsen maken er gebruik van - Een screeningslijst (10-scorelijst) om klachten vroegtijdig te kunnen signaleren wordt momenteel gevalideerd door het AMC/De Meren.

Tabel 2.2: Psychosociale opvang na een traumatische ervaring

	Brandweer	Ambulancediensten	Politie
Landelijk protocol	<ul style="list-style-type: none"> - Er is geen landelijk protocol voor opvang en nazorg. - De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is bezig om op landelijk niveau een raamcontract met Trauma Opvang Nederland af te sluiten, zodat al het gemeentepersoneel verzekerd is van nazorg na een grootschalige ramp. In hoeverre brandweerkorpsen van deze regeling gebruik mogen/ gaan maken is nog onduidelijk. Bij de implementatie van de veiligheidsregio's kunnen zelfstandige brandweerkorpsen ontstaan die dan niet onder een regeling voor gemeenten vallen. - Het Ministerie van BZK heeft het plan te komen tot een landelijke regeling voor nazorg van brandweerlieden met draagvlak onder alle betrokken organisaties, zoals korpsen en beroepsvereniging. 	<ul style="list-style-type: none"> - Landelijk is vastgesteld hoe opvang en nazorg georganiseerd moet zijn, met de vrijheid regionale aanpassingen te maken. - Opvang- en nazorgbeleid wordt gecoördineerd door het Sectorfonds voor de ambulancezorg (SOVAM). 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is geen landelijk protocol voor opvang en nazorg.
BedrijfsOpvangTeam (BOT)	<ul style="list-style-type: none"> - In de regel zijn BOT ingesteld, in sommige regio's wordt samengewerkt met andere organisaties, zoals met Bureau Slachtofferhulp. - De brandweer is in dienst bij de gemeente. De gemeenten hebben echter niet in een opvangregeling voor de brandweer voorzien. De brandweer verzorgt in de meeste regio's door het instellen van een BOT de opvang en nazorg zelf. - Het BOT is 24 uur per dag oproepbaar. 	<ul style="list-style-type: none"> - In 2000 zijn de ambulancediensten door SOVAM ondersteund om BOT op te richten en instant te houden. Hiervoor is in 2001 ook de handreiking <i>BedrijfsOpvangTeam Ambulancezorg</i> ontwikkeld (84). - De maatregelen die een BOT neemt zijn niet geprotocolleerd, maar vinden in hoofdlijnen plaats volgens de handreiking. - Het BOT is 24 uur per dag oproepbaar. 	<ul style="list-style-type: none"> - In de meeste politieregio's is er eerste opvang door een BOT, maar er zijn regio's die de opvang anders hebben ingevuld. - Op verzoek geeft het Topzorgprogramma Psychotrauma voorlichting over PTSS en het bijhorende behandelprogramma aan het BOT. - De KLPD heeft in totaal drie BOT, in het noorden, midden en zuiden van Nederland. - Het BOT is 24 uur per dag oproepbaar.
Inzetcriteria BOT	<ul style="list-style-type: none"> - Een leidinggevende maakt een inschatting of na een incident het BOT wordt gewaarschuwd. - Meestal gaat het om inzetten met ernstig letsel bij slachtoffers / brandweerlieden, ernstig letsel bij kinderen, overleden kinderen of collega's, bergen van dode lichamen, machteloos hebben moeten toezien en ingesloten zijn geraakt bij een brand. 	<ul style="list-style-type: none"> - Het BOT wordt ingeschakeld als een incident plaatsvindt dat op de incidentenlijst uit de handreiking <i>BedrijfsOpvangTeam Ambulancezorg</i> staat of volgens inschatting van de centralist (88). - Een medewerker kan ook zelf het BOT om nazorg vragen. Ook kan een collega aan het BOT doorgeven dat hij signalen van psychische problematiek herkent bij een collega. 	<ul style="list-style-type: none"> - In een BOT-protocol is vastgelegd wanneer het BOT ingeschakeld moet worden. Een lijst van tien punten geeft aan welke gebeurtenissen traumatiserend kunnen zijn. Zodra het een voorval van de lijst betreft wordt vanuit meldkamer het BOT opgeroepen zodat agent(en) bij terugkomst meteen opgevangen kunnen worden.
Opvang door BOT	<ul style="list-style-type: none"> - Opvang door het BOT wordt verleend aan het hele 	<ul style="list-style-type: none"> - Afhankelijk van het incident wordt opvang door het 	<ul style="list-style-type: none"> - In de meeste gevallen vinden individuele gesprekken

	Brandweer	Ambulancediensten	Politie
	<p>betrokken team (groepsbegeleiding). Als de ploegen van de werkzaamheden terugkomen, staat het BOT klaar voor de opvang.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bespreking van het incident met het BOT vindt als mogelijk direct na de inzet plaats en anders uiterlijk binnen één week. Afhankelijk van de ernst van het incident en de behoefte van het personeel zijn er minimaal twee en maximaal vier gesprekken. Nabespreking wordt aangeraden maar is niet verplicht. - Afhankelijk van de groepsgesprekken worden ook individuele gesprekken gevoerd. Een medewerker kan ook zelf het initiatief hiertoe nemen. - Alle gesprekken worden vertrouwelijk behandeld en inhoudelijk niet gedocumenteerd of doorspeeld naar leidinggevenden of anderen. - Het BOT is ook bedoeld voor partners van brandweerlieden, voor het thuisfront. 	<p>BOT individueel of groepsgewijs verleend. Volgens de handreiking <i>BedrijfsOpvangTeam Ambulancezorg</i> wordt een checklist voor het opvanggesprek gebruikt en zijn er faciliteiten voor de leden van het BOT.</p>	<p>plaats omdat de politie alleen of in paren werkt. Indien er aanleiding voor is worden groepsgesprekken gevoerd (89).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij de KLPD wordt altijd het dichtstbijzijnde BOT ingeschakeld. - Ook bij forensisch onderzoek is opvang door BOT georganiseerd en vastgelegd
Opvang door collega's	<ul style="list-style-type: none"> - Sociale steun vanuit het werkveld verloopt goed. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bij een traumatische ervaring steunen de meeste medewerkers op hun collega's, familie en/of vrienden. Als iemand anders reageert dan normaal wordt hij door collega's aangesproken. De centralisten spelen een belangrijke sleutelrol in het 'opvangen' van problemen. Door hun functie weten zij wat er gebeurt en kunnen zij daarop inspelen. Om collegiale steun te stimuleren en faciliteren wordt veel aandacht aan effectieve teamstructuren besteed. 	<ul style="list-style-type: none"> - Via een telegrafisch netwerk kunnen collega's op kantoor meeluisteren bij alles wat gebeurt. Als een politieagent een ernstig incident meemaakt kan hij daardoor gemakkelijk door collega's worden opgevangen.
Opvang voor leidinggevenden en BOT-leden	<ul style="list-style-type: none"> - Onduidelijkheid bestaat over opvang van leidinggevenden. Soms wordt ervan uitgegaan dat opvang verloopt zoals voor andere brandweerlieden. Anderzijds is het idee dat er geen opvangstructuur voor leidinggevenden is vastgelegd waardoor leidinggevenden geen gebruikmaken van het BOT. - Voor BOT-leden is in procedures vastgelegd dat zij 	<ul style="list-style-type: none"> - Een leidinggevende kan in geval van problemen naar de directie, bedrijfsarts of maatschappelijk werker gaan. - BOT-leden vangen elkaar op en kunnen zonodig terecht bij de bedrijfsarts of maatschappelijk werker. Deze procedure lijkt echter niet bij iedereen bekend te zijn en niet in alle regio's toegepast te worden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Leidinggevenden worden zelden directe aan een traumatische gebeurtenis blootgesteld, opvang en nazorg wordt zelden aan leidinggevenden verleend. - In principe geldt voor leidinggevenden dezelfde opvangstructuur als voor andere medewerkers. Bij psychosociale opvang en nazorg wordt geen onderscheid in functie gemaakt. - BOT-leden worden volgens het BOT-protocol door

	Brandweer	Ambulancediensten	Politie
	elkaar onderling opvangen of naar hun trainers kunnen gaan. Ook is intervisie in het BOT-protocol opgenomen.		supervisie en intervisie ondersteund. - Bij de KLPD wordt elk BOT ondersteund door het bedrijfsmaatschappelijk werk. Om de 6 á 8 weken komt een BOT bijeen en krijgt het intervisie en supervisie door de bedrijfsmaatschappelijke werker.
Ervaringen met BOT	-	- Uit evaluatieonderzoek bleek dat intensief gebruikgemaakt wordt van bedrijfsopvang en dat de medewerkers er zeer tevreden over zijn (88).	- Uit een evaluatieonderzoek van de KLPD naar het functioneren van het BOT kwam naar voren dat door de psychosociale opvang en nazorg door het BOT zeer gewaardeerd wordt.
Cultuurverandering	- Het uiten van ervaringen en emoties is steeds meer uit de taboesfeer gekomen. - De laatste jaren is meer aandacht aan nazorg besteed wat mogelijk heeft bijgedragen aan de cultuurverandering.	- Het idee is dat het inrichten van BOT positief heeft bijgedragen aan een cultuurverandering binnen de ambulancesector. Mede door de oprichting van BOT wordt makkelijker gesproken over psychosociale problematiek. - Soms is er echter nog steeds sprake van een zogenaamde 'machocultuur'. Ambulancemedewerkers zorgen soms beter voor anderen dan voor zichzelf. Bij problemen kan gedacht worden dat het zich vanzelf weer oplost.	-
Professionals en vrijwilligers	- Bij de brandweer werken zowel professionals als vrijwilligers. In principe wordt geen onderscheid in nazorg gemaakt tussen beroepsoefenaars en vrijwilligers. Het is echter niet altijd duidelijk hoe het nazorgaanbod voor vrijwilligers is geregeld.	-	-
Regionale en multidisciplinaire samenwerking	- Bij kleinschalige incidenten wordt geprobeerd BOT-leden als reserve te houden zodat zij voor de eventuele opvang van ingezet brandweerpersoneel kunnen zorgen. Als ook de BOT-leden het incident hebben meegemaakt wordt een beroep gedaan op een BOT uit een ander gebied in dezelfde regio. - Door de implementatie van de veiligheidsregio's is het de bedoeling te komen tot regionale BOT. Alleen grote korpsen zullen dan een eigen BOT hebben, kleinere korpsen worden dan door een regionale BOT opgevangen. In sommige regio's is er inmiddels een regionale BOT.	- Een groot aantal ambulancediensten heeft het BOT ook op regionaal niveau georganiseerd, vaak in samenwerking met de politie en de brandweer. De meeste ambulancediensten zien daarin een groot voordeel. In andere regio's zijn initiatieven op regionaal niveau mislukt, doordat er bijvoorbeeld onvoldoende animo was van BOT-leden of door een verschil in vergoeding bij verschillende diensten (88).	- De regionale samenwerking van de verschillende politiekorpsen en daarmee ook het BOT functioneert goed omdat de politieregio's al geografisch overeenkwamen met de huidige GHOR-regio's. Daardoor hoeft de politie geen overgang te maken van kleine naar grote regio's. - Aangegeven is dat het niet de voorkeur heeft politieagenten samen met medewerkers van andere hulpverleningsdiensten via het BOT te begeleiden. Andere geüniformeerden zijn mogelijk terughoudender in wat zij bij groepsbijeenkomsten vertellen als daar ook politieagenten aanwezig zijn.

<p>Opvang na een ramp / grootschalige calamiteit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bij rampen wordt uitgegaan van dezelfde werkwijze voor nazorg via BOT. - Als de brandweer uit omliggende regio's bij de werkzaamheden is betrokken, zal waarschijnlijk voor de nazorg ook een beroep worden gedaan op de BOT van die regio's. Dit is niet overal structureel voorbereid. - Bij zeer omvangrijke rampen kunnen ook BOT-leden zijn ingezet wat nazorg via BOT lastig kan maken. - Door de nog lopende implementatie van veiligheidsregio's is er sprake van een overgangssituatie. Ook de voorbereiding van regionale nazorg bevindt zich nog in een ontwikkelingsfase. Als nu een ramp plaatsvindt, kan de kwaliteit van de opvangprocedure afhangen van de mate waarin de nazorg op het niveau van de veiligheidsregio is voorbereid. Als de veiligheidsregio's goed zijn georganiseerd kan hieruit ook voordeel worden gehaald voor nazorg. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voor rampen zijn binnen de ambulancediensten geen speciale afspraken over opvang gemaakt. Vermoed wordt dat opvang plaatsvindt binnen de GHOR in afstemming met politie en brandweer. - Voor een ramp die meerdere regio's treft, zijn geen landelijke afspraken over opvang gemaakt. Aangenomen wordt dat opvang door iedere ambulancedienst zelf geregeld wordt. Het idee is dat als nazorg bij kleine incidenten goed functioneert dezelfde maatregelen ook in geval van een grote ramp toegepast kunnen worden. - Grotere regio's waar GGD, ambulance en GHOR in een pand zijn ondergebracht, lijken vaak beter op de nazorg van hun hulpverleners voorbereid, mede omdat de communicatielijnen korter zijn. - In kleinere regio's waar de verschillende geneeskundige diensten lokaal verspreid zijn zal bij grootschalige calamiteiten nazorg eerder door een naburige ambulancediensten overgenomen moeten worden. Niet overal zijn hierover afspraken gemaakt met collega-ambulancediensten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is geen speciale regeling voor opvang na een ramp. Na de vuurwerkramp in Enschede waren er geen problemen met de opvang en de verwijzingsprocedure en het aantal doorverwezen hulpverleners ging de capaciteit van Psychopol niet te boven. Op basis hiervan is besloten geen speciaal protocol voor rampen te schrijven. - Bij de KLPD wordt onderling afgestemd wie opvang doet als meerdere regio's door een ongeval getroffen zijn. Deze regeling werkt goed, op dit moment is er geen aanleiding iets te veranderen. - Bij inschakeling van het Rampen Identificatie Team (RIT) wordt per geval afgestemd wie de opvang verzorgt. Deze werkwijze is niet landelijk geprotocolleerd, de ervaring is dat het goed verloopt. - Bij grote rampen waarbij meerdere teams betrokken zijn kan werkwijze en verantwoordelijkheden ook voor die specifieke ramp schriftelijk worden vastgelegd, zoals na de tsunami in Azië (december 2004) is gebeurd. Na deze tsunami is o.a. het RIT ingeschakeld. Omdat ook andere teams bij de hulpverlening waren betrokken is een protocol opgesteld waarin was vastgelegd wie voor opvang en nazorg verantwoordelijk was.
---	---	---	--

Tabel 2.3 Verwijzing en behandeling van psychosociale problematiek

	Brandweer	Ambulancediensten	Politie
Verwijzing	<ul style="list-style-type: none"> - Zonodig verwijst het BOT in overleg met de medewerker naar professionele hulp (maatschappelijk werker, bedrijfsarts). - Medewerkers kunnen ook zelf contact opnemen met de maatschappelijke werker of bedrijfsarts. - Bepaalde regio's hebben een overeenkomst met specialistische hulpverleningsbureaus afgesloten waarheen verwezen kan worden. - In andere regio's verwijst het BOT via de bedrijfsarts naar de particuliere zorgverzekeraar die vervolgens een specialist kan aanbevelen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Als de psychische problemen de capaciteit van een BOT te boven gaan wordt in overleg met de medewerker doorverwezen naar een externe deskundige zoals een bedrijfsarts, maatschappelijk werker of psycholoog of andere specialistische hulpverlening. - De verwijzingsprocedure is landelijk niet uniform geregeld. Grote ambulancediensten die bij een GGD ondergebracht zijn hebben vaak een interne maatschappelijk werker naar wie doorverwezen kan worden voordat door de bedrijfsarts naar een psycholoog wordt doorverwezen. Bij kleinere ambulancediensten wordt direct naar externe specialistische hulpverlening doorverwezen. - Na toestemming van de medewerker wordt ook met de leidinggevende overlegd over verdere maatregelen (uitroosteren, andere werkzaamheden). - Leidinggevendenden kunnen in geval van problemen terugkoppelen met de directie en contact opnemen met de bedrijfsmaatschappelijke werker of bedrijfsarts die dan verder doorverwijst. 	<ul style="list-style-type: none"> - Als het BOT signalen van verwerkingsproblemen herkent die boven hun bekwaamheid gaan wordt naar specialistische hulp doorverwezen, in de meeste gevallen naar bedrijfsmaatschappelijk werk. Afhankelijk van het korps kan de bedrijfsarts ook door het BOT worden ingeschakeld. - Psychosociale problematiek wordt vaak ook door de leidinggevende gesignaleerd. De leidinggevende neemt dan contact op met de bedrijfsarts. - De medewerker kan ook zelf contact opnemen met de bedrijfsarts. Als maatschappelijk werk als tussenschakel is ingezet wordt een uitgebreide intake door maatschappelijk werk verricht. Bij een vermoeden van psychische problemen wordt met de bedrijfsarts over de procedure overlegd en naar een van de behandelende organisaties doorverwezen. - Zorgverzekeraar CZ heeft voor alle politiekorpsen voor de behandeling van PTSS een contract afgesloten met Psychopol van AMC/De Meren en de HSK Groep. Doorverwijzing vindt dan ook plaats naar één van deze organisaties.
Behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Er is geen landelijk aanspreekpunt voor behandeling van getraumatiseerde brandweerlieden. - Soms worden brandweerlieden bij Psychopol van Topzorgprogramma Psychotrauma (AMC/De Meren) behandeld voor PTSS. Deze hulpverlening is speciaal opgezet voor getraumatiseerde politieagenten, in enkele gevallen maken ook brandweerlieden daarvan gebruik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is geen speciaal landelijk aanspreekpunt voor behandeling van getraumatiseerde ambulancemedewerkers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bij Psychopol houdt een psychiater een intake en voert een psycholoog een psychologisch onderzoek uit. Gekeken wordt of de medewerker daadwerkelijk PTSS heeft en of de persoon baat zal hebben van de bijhorende behandeling. Eventueel wordt de medewerker terugverwezen naar de bedrijfsarts met een advies over het vervolgtraject. Via de bedrijfsarts wordt de medewerker vervolgens in de eigen regio door een specialist behandeld. - Als uit de intake blijkt dat de medewerker PTSS heeft, volgt hij het behandelingstraject van Psychopol. Daarvoor heeft Psychopol een geografisch dekkend therapeutennetwerk. De

	Brandweer	Ambulancediensten	Politie
			<p>dichtstbijzijnde therapeut voert de behandelingen uit. De behandeling bestaat uit gemiddeld 16 sessies, maar dit kan variëren. De behandeld psycholoog / psychiater werkt onder verantwoordelijkheid van AMC/de Meren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het behandelingstraject sluit aan op het reïntegratieplan van de arbodienst. Reïntegratie op het werk begint in het tweede deel van de behandeling. In sommige gevallen blijft de medewerker in overleg met de behandelaar en de bedrijfsarts gedurende de behandeling werken. - Na afloop van het behandelingstraject vindt een outtake bij AMC/De Meren plaats. Onderzocht wordt of de behandeling effect heeft gehad en of volgens de medewerker alles naar wens is verlopen. - Het behandelingstraject geldt voor iedereen, ook voor leidinggevenden en voor BOT-leden.

3 Afkortingen

ACH	Ambulancechauffeur
AMC	Amsterdam Medisch Centrum
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
APA	American Psychiatric Association
Arbo-wet	Arbidsomstandigheden wet
AVP	Ambulanceverpleegkundige
ASS	Acute stressstoornis
BOT	Bedrijfs Opvang Team
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CGOR	Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen
COPI	Commando Plaats Incident
CORT	Commando Rampterrein
CTPI	Coördinatie Team Plaats Incident
CvD	Commandant van Dienst
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure
IAC	Informatie- en Adviescentrum
Inspectie OOV	Inspectie Openbare Orde en Veiligheid
KLPD	Korps Landelijke Politiediensten
LOK	Lichamelijk onverklaarde klachten
LPA7	Landelijk Protocol Ambulancehulpverlening, 7 ^e versie
Ministerie BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
MKA-VP	Meldkamer Ambulancezorg-Verpleegkundige
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NSOB	Nederlandse School voor Openbaar Bestuur
OL	Operationeel Leider
OvD	Officier van Dienst
OvD-B	Officier van Dienst-Brandweer
OvD-G	Officier van Dienst-Geneeskundig
OvD-P	Officier van Dienst-Politie
PAGO	Periodiek Arbeids Gezondheidskundig Onderzoek
PAM	Periodieke Arbeidsgezondheidskundige Monitor
PSHOR	Psychosociale Hulpverlening na Ongevallen en Rampen
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RBT	Regionaal Beleidsteam
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIT	Rampen Identificatie Team
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
ROT	Regionaal Operationeel Team
SMH	Spoedeisende Medische Hulpverlening
SMT	Sociaal Medisch Team

SOSA	Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening
SOVAM	Sectorfonds voor de Ambulancezorg
TBO	Team bedrijfsopvang (politie)
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WGHR	Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRZO	Wet rampen en zware ongevallen