

Naar een brede visie op psychosociale interventies na schokkende gebeurtenissen

Suggesties voor een herziening van richtlijnen

De Multidisciplinaire richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (2007) richt zich op de eerste zes weken na de gebeurtenis. Uiterlijk 2010 wordt bepaald of herziening nodig is. Onderstaande bijdrage bepleit een aantal grondige wijzigingen. Allereerst: neem de gerezen psychosociale problemen en behoeften als uitgangspunt, en niet PTSS. Vervolgens: betrek de dynamiek na afloop erin, houd de aanbevelingen flexibel en spits de richtlijn toe op grootschalige gebeurtenissen.

Peter G. van der Velden, Peter van Loon,
Rolf J. Kleber, Saskia Uhlenbroek en Jaap Smit

In het dagelijkse leven kunnen mensen acuut getroffen worden door een schokkende gebeurtenis, zoals een ernstig (verkeers)ongeval, (seksueel) fysiek geweld, serieuze bedreiging of brand. Verder bestaat het risico getroffen te worden door grootschaliger calamiteiten zoals vliegcrashes en terroristische aanslagen. Naast deze acute en min of meer eenmalige schokkende gebeurtenissen (Type I trauma, Terr, 1993) zijn er ook schokkende gebeurtenissen die meer chronisch van aard zijn (Type II trauma), zoals oorlog, herhaaldelijk huiselijk geweld en seksueel misbruik.

Degenen die getroffen zijn, kunnen voor korte of lange tijd te maken krijgen met allerlei sociale, lichamelijke, praktische en psychische moeilijkheden (Galea, Tracy, Norris & Coffey, 2008; Van der Velden & Middeldorp, 2008; Yzermans et al., 2005). De meeste getroffen zijn in staat op termijn het normale dagelijkse leven weer inhoud en vorm te geven. Bij een deel van de getroffen – en dat is meestal een minderheid – is dat niet het geval. Zij blijven in ernstige mate last houden van allerlei praktische, medische en/of juridische problemen. Daarnaast kunnen zij kampen met allerlei psychische klachten, die strikt genomen niet aan de criteria van een psychische stoornis voldoen, maar het functioneren wel belemmeren (Havenaar & Bromet, 2003). Over het algemeen ontwikkelt een minderheid van de

getroffenen een psychische stoornis zoals een depressieve stoornis, pathologische rouw of een posttraumatische stressstoornis (cf. Deering et al., 1996; DiMaggio & Galea, 2006; Galea, Nandi & Vlahov, 2005; Kessler, Sonnega, Hughes & Nelson, 1995; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). Bij een deel is sprake van een sterk verhoogd gebruik van middelen zoals alcohol en tabak (cf. Feldner, Babson & Zvolensky, 2007; Stewart, 1996).

Na dergelijke schokkende gebeurtenissen speelt steeds de vraag of en op welke wijze vanuit de hulpverlening het best gereageerd kan worden, om de crisis te beheersen en de zorg aan getroffen optimaal te laten verlopen. Richtlijnen voor hulpverleners kunnen daarbij behulpzaam zijn, zowel voor het handelen in de concrete situaties alsook voor hun voorbereiding daarop (opleiden, trainen, oefenen). De waarde ervan zal vooral afhangen van het toepassen en hanteren van wetenschappelijke inzichten ('evidence based' of 'evidence informed') en systematische ervaringen ('best practices').

Met de Nederlandse *Multidisciplinaire richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen* (Trimbos/IMPACT, 2007) is een start gemaakt met het formaliseren van aanbevelingen voor hulpverleners die zorg verlenen aan getroffen. In dit artikel willen wij ingaan op de diverse thema's en dilemma's rondom de vroegtijdige

psychosociale interventies. Met onze bespreking en met de daaruit voortvloeiende voorstellen willen wij – in aansluiting op de gedachte dat de richtlijn een ‘levend’ document is – een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van deze belangrijke richtlijn. In de box ‘Hoofdpunten herziene richtlijn’ zijn de belangrijkste wijzigingsvoorstellen beknopt weergegeven.

Nederlandse richtlijn

De genoemde richtlijn werd in 2007 gepresenteerd en geeft, op basis van dezelfde methodiek als andere ggz-richtlijnen, aanbevelingen ter ondersteuning van mensen die betrokken zijn bij het verlenen van “vroegtijdige” psychosociale interventies in de eerste zes weken na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen.² Hieronder volgt eerst een kort resumé van de belangrijkste overwegingen en aanbevelingen.

De richtlijn richt zich met name op de posttraumatische stressstoornis (PTSS) omdat volgens de richtlijn de beschikbare en geraadpleegde wetenschappelijke literatuur zich grotendeels toespitst op PTSS (p. 12). Haar aanbevelingen hebben als doel ‘het bevorderen van natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen, het signaleren van getroffen en die behoefte hebben aan acute psychische hulp en zo nodig doorverwijzen en zo nodig behandelen van getroffen en die behoefte hebben aan acute psychische hulp’ (p. 13). De richtlijn is in principe ontwikkeld voor grootschalige rampen (waaronder terroristische aanslagen), maar daarbij is vooral gebruik gemaakt van literatuur over kleinschalige gebeurtenis-

Bij een verdenking van seksueel misbruik van kinderen, speelt een andere dynamiek dan na een roofoverval of familiemoord

sen. Dit is volgens de richtlijn mogelijk omdat ‘de effecten van kleinschalige incidenten en grootschalige gebeurtenissen vergelijkbaar zijn en er geen onderzoek is waaruit het tegendeel blijkt’ (p. 11).

Daarvoor geeft de richtlijn, kort samengevat, vooral aanbevelingen over:

1. voorlichting aan getroffen en (dat wil zeggen geruststellende uitleg over stressreacties, advies routine oppakken en advies wanneer hulp te zoeken),
2. psychologische triage (dat wil zeggen onderscheiden van degenen die wel of niet acute klinische zorg nodig hebben), en
3. welke (vroegtijdige) therapeutische behandeling aan getroffen en met een acute stressstoornis en met name een posttraumatische stressstoornis moet worden geboden [dat wil zeggen Cognitieve gedragstherapie (CGt), Eye movement desensitization reprocessing (EMDR)].

Een aantal interventies wordt ontraden, namelijk:

1. preventieve psycho-educatie gericht op veranderingen van traumagerelateerd gedrag,
2. vroegtijdige screening van getroffen en op PTSS (vanwege de gebrekkige voorspellende waarde), en
3. psychologische ‘debriefing’ of soortgelijke eenmalige interventies als preventief middel tegen het ontwikkelen van PTSS (vanwege het ontbreken van wetenschappelijk bewijs van het nut ervan).

In de richtlijn zijn de volgende twee basale uitgangspunten vooral van belang. Het eerste is: ‘Alle getroffen en hebben recht op een steunende context’ (p. 44) en die moet ‘doorlopend beschikbaar en toegankelijk zijn’ (p. 14), bestaande uit onder meer het: bieden van een luisterend oor, steun en troost; openstaan voor de directe praktische behoeften van getroffen en; het bieden van feitelijke en actuele informatie over de schokkende gebeurtenis; en het faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families. Deze steunende context vormt de ‘basis van waaruit de voorgestelde vroegtijdige psychosociale interventies worden uitgevoerd’ (p. 14) en dus niet het primaire doel. Het tweede uitgangspunt is het volgen van het principe van ‘watchful waiting’: ‘dat professionals, maar ook anderen, zoals partners van getroffen en, leidinggevend en scholen, in de eerste 6 weken dienen af te wachten en de getroffen en oplettend dienen te volgen, tenzij er sprake is van evidente klinische problematiek’ (p. 50).

Aanpak van de crisis

De inhoud van de psychosociale hulpverlening na schokkende gebeurtenissen wordt naar onze mening idealiter bepaald door de consequenties ervan. De ontwrichting die plaatsvindt, resulteert meestal direct in een vorm van psychosociale crisis voor korte of lange tijd. Het leven ‘staat op zijn kop’ en allerlei basale verwachtingen omtrent een veilige wereld worden ontkracht (Janoff-Bullman, 1992). Er is sprake van ongelof, verbijstering, onzekerheid en stress, en bij grootschaligere gebeurtenissen is altijd sprake van chaos en crisis (cf. Muller, Rosenthal, Helsloot & Van Dijkman, 2009; Van Duin, 1992; Rosenthal, 1984). Los van alle specifieke bijzonderheden van allerlei schokkende gebeurtenissen, zijn dit steeds min of meer terugkerende verschijnselen. De stressreacties en problemen zijn steeds afhankelijk van de aard, ernst en omvang van de gebeurtenis, waaronder de opgeroepen bronnen van stress, en de context waarin het plaatsvindt (cf. Hobfoll, 1991; Van der Velden, Eland & Kleber, 1997). Bij het beoordelen van deze stressreacties dienen ook problemen die reeds vóór de gebeurtenis aanwezig waren te worden ‘meegewogen’ (cf. Dirkzwager, 2008; Rosen & Lilienfeld, 2007). Zo blijken bij reddingswerkers al bestaande klachten en organisatorische stressoren veelal belangrijkere voorspelers te zijn van klachten na schokkende gebeurtenissen dan de blootstelling aan schokkende gebeurtenissen (cf.

Hodgins, Creamer & Bell, 2001; Huddleston, Stephens & Paton, 2007; McCaslin et al., 2006).

Na schokkende gebeurtenissen is het indammen, beheersen en reduceren van de ontstane (bronnen van) stress ten gevolge van de crisis voor alle betrokkenen één van de eerste opgaven (cf. Muller et al., 2009), zoals het herstel van veiligheid en basale levensbehoeften (Van der Velden, Van Loon, Yzermans & Kleber, 2006). Afhankelijk van de aard en omvang van de gebeurtenis kunnen hierbij zeer veel mensen/functionarissen betrokken zijn; zoals hulpverleningsdiensten, maatschappelijke organisaties, huisartsen en anderen. Daarnaast is veelal ook sprake van een maatschappelijke weerslag waarin ook politici en media een rol vervullen (cf. Jong & Van der Post, 2008; Muller et al., 2009; Vasterman, 2008).

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, beschikken direct betrokkenen over een bepaalde veerkracht en zelfredzaamheid om acute problemen (samen) aan

‘Psychosociaal crisismanagement’ ontbreekt ten onrechte in de richtlijn

te pakken en opgeroepen stress te hanteren (cf. Benight, Cieslak & Molton, 2008; Bonanno, 2004; Laugharne, Janca & Widiger, 2008; Luszczynska, Benight & Cieslak, 2009). Daarbij denken wij niet alleen aan de getroffen zelf, maar ook bijvoorbeeld aan hun familie, vrienden, collega’s en leidinggevenden (of breder: de betrokken organisaties). Dat betekent niet dat er geen (heftige) emoties zijn of mensen niet kampen met andere problemen of klachten, maar dat zij (voorlopig) in staat zijn controle te herwinnen en problemen op te lossen. Als uitgangspunt van hulpverlening mag hierop volgens ons worden vertrouwd.

De realiteit leert echter ook dat in bepaalde gevallen getroffen mensen moeite hebben problemen op te lossen en/of grote twijfel bestaat ‘of men het wel juist aanpakt’. Bijvoorbeeld omdat men het overzicht kwijt is, het gevoel van onveiligheid de boventoon voert, er allerlei dilemma’s optreden, het onderlinge wantrouwen groeit, persoonlijke en juridische conflicten opspelen of schuldvragen de boventoon voeren (Jong & Van der Post, 2008; Van Loon, 2008). In het proces van indammen, beheersen en reduceren van stress(factoren) kunnen psychosociale hulpverleners (medewerkers Slachtofferhulp, maatschappelijk werk, ggz-professionals en anderen) een taak hebben. De vraag is dan vervolgens: met welke interventies?

Omdat schokkende gebeurtenissen en de directe psychosociale gevolgen en behoeften enorm variëren, is daarop op voorhand naar onze overtuiging geen pasklaar antwoord te geven (cf. Watson & Shalev, 2005). Bijvoorbeeld, na een plotselinge verdenking van een leerkracht van seksueel misbruik van kinderen, speelt een andere

dynamiek dan bijvoorbeeld na een roofoverval, familietoedracht, of een vliegtuigramp (cf. Jong & Van der Post, 2008; Van Loon, 2008). Besmettingsrampen hebben weer andere gevolgen en dynamiek, dan bijvoorbeeld vliegcrampen (cf. Hyams, Murphy & Wessely, 2002; Van der Velden, Yzermans & Stom, 2009). Ook op de langere termijn kunnen de psychosociale gevolgen, ook bij dezelfde typen gebeurtenissen, zeer verschillend zijn (Van der Velden & Kleber, 2009). Co-morbiditeitsprofielen van stoornissen blijken op hun beurt ook behoorlijk te kunnen variëren (cf. Deering et al., 1996).

In ieder geval zijn naar onze mening een vijftal algemene taken voor betrokken hulpverleners te benoemen, die afhankelijk van de situatie meer of minder prominent zijn:

1. het in kaart brengen van de (bronnen van) stress en opgeroepen problemen ten gevolge van de gebeurtenis;
2. op basis van deze inventarisatie vaststellen welke ‘oplossingsprioriteit’ hebben;
3. op basis hiervan besluiten wie het best is toegerust om de beoogde interventies uit te voeren;
4. desgewenst een bijdrage leveren aan de uitvoering ervan; en
5. zorg dragen voor tussentijdse evaluaties en eventuele adviezen voor bijstellingen van aard en omvang van interventies.

Hierbij kan het bekende BOB-principe (beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming) worden gebruikt (cf. Beuving & Van der Lugt, 2004); Voor een aantal concrete voorbeelden van dit, wat wij gemakshalve ‘psychosociaal crisismanagement’ noemen, verwijzen wij naar Van Loon (2008).

De achtergrond van het perspectief van ‘psychosociaal crisismanagement’

Dit ‘psychosociaal crisismanagement’, dat in de richtlijn niet aan de orde komt, is meer dan een toevoeging; het komt voort uit een andere kijk op schokkende gebeurtenissen en de ervoor benodigde richtlijnen.

In essentie gaat het volgens ons om de zeer principiële vraag of een psychosociale richtlijn voor allerlei typen schokkende gebeurtenissen zich (alleen) moet richten op (dreigende) psychopathologie, en dan met name PTSD, of zich juist moet richten op de ontstane en de veel bredere categorie van psychosociale problemen en behoeften? Dit is een cruciaal thema in de studie van traumatische stress (zie ook Kleber, 2000). Wij menen dat de psychosociale interventies bekeken moeten worden vanuit een breed perspectief en niet vanuit een (beperkt) psychopathologieperspectief. Het laatste heeft het risico in zich dat iedere emotionele uiting wordt geproblematiseerd, gepsychologiseerd en gemedicaliseerd en daarmee wordt uitgeroepen tot en/of toegeschreven aan het exclusieve domein van ‘psychosociale hulpverleners’.

In de huidige praktijk is het zo dat hulpverleners van

Hoofdpunten herziene richtlijn

- Richt zich op de brede categorie van psychosociale problemen en behoeften, en niet alleen op PTSS.
- Wekt niet de indruk dat alle schokkende gebeurtenissen (van rampen tot roofovervallen, dood et cetera) vanuit psychosociaal perspectief eenzelfde benadering behoeven.
- Is een algemene richtlijn ten behoeve van welbevinden van getroffenen en geen ggz-richtlijn. (Indien het een ggz-richtlijn blijft, beperk deze dan tot het ggz-domein (psychopathologie)).
- Bevat aanbevelingen hoe te komen tot een adequate inschatting (taxatie) van de opgeroepen psychosociale problemen en behoeften, om zodoende gericht te kunnen bepalen of en welke psychosociale interventies door welke hulpverleners of functionarissen en/of organisaties wenselijk zijn.
- Heeft expliciet aandacht voor samenwerking met de vele andere actoren bij een ramp of calamiteit. Een integrale aanpak verdient sterke voorkeur.
- Besteedt expliciet aandacht aan context, dynamiek, en nasleep van de schokkende gebeurtenis en koppelt aanbevelingen daaraan. Een zeswekencriterium is daarmee van ondergeschikt belang.
- Is dermate flexibel dat naar gelang de aangetroffen situatie gehandeld kan worden.
- Verwijst voor behandeling van psychische stoornissen direct en consequent naar bestaande ggz-richtlijnen.
- Beperkt zich tot rampen en calamiteiten (grootschalige gebeurtenissen) en maakt een duidelijk onderscheid met incidenten (verkeersongevallen en dergelijke).

bijvoorbeeld Slachtofferhulp, de PSHOR (psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen), PHSI (psychosociale hulpverlening bij incidenten), (school/bedrijfs) maatschappelijk werk, ggz en/of de GGD/Jeugdgezondheidszorg van de GGD concreet te maken krijgen met crisis, chaos en intense emoties. Concrete en praktische vragen voor hen zijn dan: 'Hoe kan de rust, orde en structuur worden teruggebracht en wie heeft daarin welke rol?'; 'Hoe kom ik tot een goede beoordeling van de situatie, en waar moet ik op letten?'; 'Wat zijn de steeds terugkerende elementen in een crisis, en waar zijn welke interventies in deze fase waarschijnlijk het meest effectief?'; 'Hoe kan bepaald worden bij wie het aan een steunende context ontbreekt?'; 'Er spelen allerlei problemen, maar het blijkt dat die vóór de gebeurtenis ook al aanwezig waren. Hoe pak ik die aan?' en 'Hoe kan ik de rol van adviseur bij betrokken organisaties (school, bedrijf) het best vervullen?' Idealiter zouden richtlijnen, zeker in een tijd waarin steeds vaker bij crises (incidenten) acuut de hulp wordt ingeroepen van deze hulpverleners, tegemoet moeten komen aan deze vragen in het veld.

Interventies zijn daarmee gericht op crisis- en stressmanagement afgestemd op de ontstane specifieke situatie. Bij de brand in het cellencomplex Schiphol-Oost (2005), bijvoorbeeld, was primair een inventarisatie nodig van alle groepen betrokkenen en hun verblijfplaats, zoals nabestaanden, gedetineerde slachtoffers, medewerkers van het Schiphol-Oostcomplex en daarna de toewijzing van de zorg en vervolgens de taxatie van de toestand. De benodigde zorg verschilde per groep, medische en psychologische triage voor gedetineerde slachtoffers, intensieve een-op-eenondersteuning voor de nabestaanden en de organisatie van de onderlinge steun voor medewerkers. Waar de sturing ontbrak en de

crisis op zijn beloop werd gelaten, zijn in een latere fase problemen ontstaan.

Psychosociaal crisismanagement is welhaast per definitie maatwerk (cf. Benedek & Fullerton, 2007). Het risico dat bestaat en ook al zichtbaar is, is dat de huidige richtlijn als dwingend protocol wordt gehanteerd. Men is bevreesd om op basis van de specifieke omstandigheid of uniciteit van de situatie van de richtlijn afwijkende beslissingen te nemen teneinde het gewenste resultaat te bereiken. Aanbevelingen behoren naar onze overtuiging zo flexibel te zijn dat van de leidraad kan worden afgeweken, om zich goed te kunnen richten op de aanwezige (psychosociale) problemen en gerezen behoeften (cf. Schellekens & Van Everdingen, 2000). Belangrijk argument daarvoor is dat, anders dan bij een gediagnosticeerde psychische stoornis, direct na een calamiteit of ramp in eerste instantie (nog) geen sprake is van een relatief eenduidig en helder afgebakend probleem (c.q. een stoornis). In de huidige richtlijnen worden afwijkingen van de regels echter alleen geaccepteerd, indien beargumenteerd en gedocumenteerd (zie verder hieronder).

Waarschijnlijk zijn toekomstige aanbevelingen op dit vlak niet altijd met wetenschappelijke studies, in het bijzonder RCT-studies, te onderbouwen. In het wetenschappelijk essay *Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence* zijn Hobfoll en collega's (2007) daarover vrij helder: 'It is our combined judgment that there will not be a blueprint that will be based on direct evidence (i.e., randomized, controlled trials) in this field in the reasonable future. Indeed, many of us feel that the chaotic and varied nature of disasters and mass casualty situations will prevent us ever having a clear, articulated blueprint based on strong, direct, empirical evidence' (cf. Jones,

Greenberg & Wessely, 2007). Een goed voorbeeld is het zogenaamde Informatie en Adviescentrum (IAC). Een dergelijk centrum is met veel succes gecreëerd na de vuurwerkramp in Enschede en na de cafébrand in Volendam. Strikt genomen is het IAC niet gebaseerd op wetenschappelijke RCT-studies, maar het belang van een dergelijk centrum is intussen algemeen aanvaard en ondersteund. Bij een toekomstige grote ramp zal zeker een IAC worden ingericht.

Diversiteit gevolgen

Inhoudelijk richten de aanbevelingen zich dus op de posttraumatische stressstoornis (PTSS) en voor een deel op de acute stressstoornis (ASS). Ten behoeve daarvan is steeds gekeken naar wat al dan niet bewezen effectief is in de preventie, vroegtijdige screening en (vroegtijdige) behandeling van PTSS. Eenzelfde keuze is gemaakt in de Australische richtlijn *Treatment of Acute Stress Disorder and Post-traumatic Stress Disorder* (ACPMH, 2007) die in dezelfde tijd verscheen, maar deze Australische handleiding richt zich niet primair op 'vroegtijdige psychosociale interventies' maar op de therapeutische behandelingen van de genoemde stoornissen. In tegenstelling tot de Nederlandse richtlijn, gaat deze richtlijn overigens wel expliciet in op verschillen tussen typen schokkende gebeurtenissen.

Psychosociale problemen en behoeften zijn echter, zoals in de inleiding gemeld, veel omvangrijker en diverser dan de posttraumatische stressstoornis. Zo treden ook veelvuldig middelenmisbruik, depressieve klachten, angstsymptomen en -stoornissen, verliesverwerking, slaapproblemen en lichamelijk onverklaarde klachten op na schokkende gebeurtenissen (cf. Van den Berg, Grievink, Yzermans & Lebet, 2005; Feldner, Babson & Zvolensky, 2008; Stewart, 1996; Neria, Galea & Norris, 2009; Van der Velden & Kleber, 2009). Comorbiditeit is eerder regel dan uitzondering (cf. Kleber, 2008). Ook over rouw en verliesverwerking is een hele reeks studies beschikbaar met betrekking tot de onderwerpen die in de richtlijnen aan bod komen (cf. Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2001; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007) en bij rampen zijn meestal doden te betreuren (cf. Shear et al., 2006). Ook zijn er vaak psychosociale gevolgen die niet direct betrekking hebben op psychopathologie, zoals materiële problematiek (huis kwijt, financiële problemen et cetera), boosheid, gevoelens van onzekerheid, schuldgevoelens, ziekteverzuim, en arbeidsconflicten. Een prangende praktische vraag is dan ook wat hulpverleners aan moeten met deze dominante gevolgen.

Aan de term 'psychosociale interventies' in de titel van de richtlijn wordt ons inziens dan ook meer recht gedaan als ook aan deze andere en even reële psychosociale gevolgen (en daaraan gerelateerde behoeften) aandacht wordt besteed. Voorstelbaar is dat deze andere gevolgen ook andere interventies vergen. In brede zin blijken psychologische interventies zeer effectief te kunnen zijn (zie voor een algemeen overzicht: Barlow,

2004), maar ze moeten dan wel specifiek gekoppeld zijn aan de betreffende klacht of stoornis. Mogelijk zijn niet alle vragen op basis van wetenschappelijk onderzoek even goed te beantwoorden, maar dat is ook het geval in de huidige richtlijn gezien de vele onderzoeks-aanbevelingen en de zeer lage niveaus van bewijskracht van veel aanbevelingen (cf. Van Emmerik, 2007). Dit feit is ons inziens een reden te meer terughoudend te zijn met het dwingend voorschrijven van interventies (die niet betrekking hebben op behandeling).

Ook de literatuur over andere schokkende gebeurtenissen, zoals kanker en aids, levert relevante inzichten voor een psychosociale richtlijn voor (deze) schokkende gebeurtenissen op. Want, ook al meldt de huidige richtlijn dat zij vooral is ontwikkeld voor rampen, herhaaldelijk worden aanbevelingen in de richtlijn gedaan voor rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Niettemin stellen wij voor de richtlijn te beperken tot grootschalige gebeurtenissen, waarvan de onderlinge variatie al groot is (cf. Neria, Galea & Norris, 2009).

Dynamiek en context

Vanuit een dergelijk 'psychosociaal' perspectief, kan ook beter een onderscheid worden gemaakt tussen verschillende vormen van psychosociale zorg (praktisch, informatief en dergelijke) en degenen die het bieden. Na een ramp hebben bijvoorbeeld het herstel van veiligheid en controle, informatie, vervangen van verloren medicijnen, herhuisvesting, praktische hulp en dergelijke, hoge prioriteit. Veel van deze belangrijke zorg heeft invloed op het psychosociale welbevinden en op de ervaren behoeften (cf. Galea et al., 2008), maar deze wordt niet zozeer door professionals uit de psychosociale zorg geboden, maar door bijvoorbeeld reddingswerkers, sociale diensten, burgemeesters, betrokken bedrijven, woningcorporaties, en voorlichters. Dat geldt ook bijvoorbeeld voor informatie aan burgers bij besmettingsrampen. Psychosociale zorg omvat dus (veel) meer dan interventies of activiteiten vanuit de professionele psychosociale zorg (cf. Van der Vel-

Idealiter zouden richtlijnen tegemoet moeten komen aan vragen uit het veld

den, Yzermans & Kleber, 2006). Dit laat natuurlijk verwijzing naar bestaande richtlijnen voor de behandeling van psychische stoornissen onverlet: daarom kan naar onze mening een richtlijn op dit punt worden ingekort door direct en consequent, zoals bij andere stoornissen, te verwijzen naar de bestaande PTSS-richtlijn.

Een ander perspectief heeft betrekking op de context, dynamiek, ontwikkelingen en nasleep van schokkende gebeurtenissen. Ook die is, zoals hierboven toegelicht en anders dan de richtlijn stelt, nogal gevarieerd. Daarbij is

het zeer de vraag of de problemen en behoeften waarvoor getroffen en betrokken zich gesteld zien, zich allemaal en altijd concentreren in de eerste zes weken na het gebeure. Met andere woorden: of voorlichting, triage en eventuele behandeling in de eerste zes weken, daarmee altijd het meest doelmatig zijn. Zo spelen in de eerste maanden na rampen en calamiteiten allerlei praktische problemen een prominente rol die te maken hebben met basale levensbehoeften. Onder dergelijke omstandigheden is de behoefte aan professionele psychische hulp, uitzonderingen daargelaten, in de eerste weken relatief gering (cf. Covell et al., 2006; Van der Velden et al., 2006), waarschijnlijk doordat getroffen en betrokkenen juist dan geheel andere zaken aan hun hoofd hebben (cf. Hobfoll, 1991; Wessely, 2003). Heel concreet: ouders van wie de kinderen bijvoorbeeld zeer ernstig verbrand zijn en die dagelijks hun kinderen in het ziekenhuis bezoeken (zoals bij de Nieuwjaarsbrand in Volendam), hebben in deze fase vermoedelijk meer behoefte aan of baat bij snelle hulp in de vorm van praktische ondersteuning (gezinshulp, vervoer naar ziekenhuis en dergelijke die bijkomende stress reduceren en enige rust bieden) dan het advies behandeling te zoeken als sprake is van ass- of PTSD-symptomen (cf. Janssen, Van der Velden & Kleber, 2005). Bij andere schokkende gebeurtenissen daarentegen, bijvoorbeeld een 'hit-and-run'-overval op een bank, zijn de overige levensomstandigheden vrijwel ongewijzigd en speelt dus een andere dynamiek. Dat ligt weer anders bij besmettingsrampen, waar de ramp zich over een langere periode voltrekt (zoals bij Mexicaanse of nieuwe griep). Anders gesteld: bij aanbevelingen voor psychosociale interventies dienen de context waarin de gebeurtenis plaatsvindt, de dynamiek en nasleep van schokkende gebeurtenissen sterk betrokken te worden (cf. Watson & Shalev, 2005). Hiermee vervalt de volstrekt willekeurige periode, c.q. de eerste zes weken, waar de richtlijn betrekking op heeft (cf. Taal, 2008).

Begrenzingsen

Aansluitend op de vorige punten hebben we ook te maken met maatschappelijke ontwikkelingen en beeldvorming. Op dit moment signaleren wij de volgende trend in Nederland (zoals ook buiten Nederland wordt gesignaleerd; cf. Gist, 2002; McNally, Bryant & Ehlers, 2003). Bij vooral kleinschalige calamiteiten – de afgelopen acht jaren heeft zich in Nederland (gelukkig) geen ramp voorgedaan – is er groeiende (politieke en bestuurlijke) druk waarneembaar op de psychosociale zorg, om direct hulp te verlenen waarbij men vaak 'gesprekken' met individuele of groepen slachtoffers voor ogen heeft. In ieder geval 'moet er iets gebeuren'. De opgeroepen en in de media vaak uitvergroete emoties (cf. Vasterman, 2008), en impliciete denkbeelden van verantwoordelijken van het openbaar bestuur lijken daar debet aan te zijn. De reacties en emoties zijn heftig, en 'dus' moet de psychosociale hulpverlening (Slachtofferhulp, PSHOR

et cetera) in actie komen. Dit suggereert dat zonder een dergelijke inzet alle getroffen groot risico lopen op psychopathologie. Anderzijds, horen wij steeds vaker van deze psychosociale hulpverleners dat zij in dergelijke situaties, na een eerste beoordeling van de situatie, geregeld tot de slotsom komen dat (soms na het meehelpen aanbrengen van enige structuur en orde) op dat moment verder geen extra hulpverleningsactiviteiten nodig zijn (of dat men in voorkomende gevallen gewoon kan terugvallen op de normale gezondheidszorg, zoals

Aanbevelingen behoren zo flexibel te zijn dat ervan kan worden afgeweken

de huisarts). Een psychosociale richtlijn waarin taxatie van de gerezen psychosociale toestand één van de eerste interventies is, op basis waarvan *mogelijk* vervolgactiviteiten plaatsvinden, biedt hiervoor duidelijk ruimte. Immers, in principe moet een uitkomst óók kunnen zijn dat *geen* verdere extra activiteiten ondernomen hoeven te worden, simpelweg omdat mensen het zelf aankunnen. Anders gesteld: een psychosociale richtlijn die *géén* ruimte biedt voor de conclusie dat er vanuit de genoemde psychosociale hulpverlening (Slachtofferhulp, PSHOR et cetera) *geen* extra activiteiten nodig zijn, continueert en bestendigt deze contraproductieve ontwikkeling.

'Watchful waiting'-principe

In de huidige richtlijn is het basale principe van 'watchful waiting' van belang: professionals, maar ook anderen, zoals partners van getroffen, leidinggevend en scholen, dienen in de eerste zes weken af te wachten en de getroffen oplettend te volgen, tenzij er sprake is van 'evidente klinische problematiek'. Het 'watchful waiting'-principe is bekend in de (huisarts)geneeskunde, waarbij de lengte van de periode waarin wordt afgewacht mede afhankelijk is van de ernst van de symptomen, progressie van symptomen zonder ingreep, de risico's en opbrengsten van wachten, en de leeftijd en medische geschiedenis van betreffende patiënten (zie verder Driffield & Smith, 2007). We komen dit principe ook tegen in de psychiatrie en psychologie, bijvoorbeeld bij aanbevelingen met betrekking tot depressie (Meridith, Cheng, Hickey & Dwight-Johnson, 2007). Dit principe wordt ook verwoord in buitenlandse richtlijnen over schokkende gebeurtenissen, hoewel telkens toch net iets anders geformuleerd. Zo stellen de NICE-guidelines bijvoorbeeld: 'Where symptoms are mild and have been present for less than 4 weeks after the trauma, watchful waiting, as a way of managing the difficulties presented by individual people with PTSD, should be considered.'

Bij de mogelijke ruimte die dit principe uit de huidige richtlijn biedt, willen wij twee opmerkingen plaatsen.

De eerste heeft betrekking op een aantal aanbevelingen in de richtlijn die haaks op dit principe lijken te staan. Zo krijgen in de richtlijn bijvoorbeeld voorlichting en psychologische triage een prominente plaats. De voorlichting beschreven in de richtlijn (zie boven) dient aan *alle* getroffen en te worden aangeboden. Bij de voorgestelde psychologische triage ligt dat gecompliceerder: in de richtlijn wordt een globaal onderscheid gemaakt tussen getroffen en zonder psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen, getroffen en bij wie

Psychosociale problemen en behoeften zijn veel omvangrijker en diverser dan PTSS

hieromtrent twijfel bestaat en getroffen en die hiermee kampen (en diagnostiek en behandeling dient te worden aangeboden). Alle getroffen en zonder psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen dienen (toch) gerustgesteld te worden en korte voorlichting te krijgen. Opmerkelijk is overigens dat in de richtlijn wordt ontraden om psycho-educatie te geven welke gericht is op veranderingen van traumagerelateerd gedrag, terwijl bijvoorbeeld het advies hulp te zoeken bij ernstige klachten in principe daarop gericht is (vanuit de wetenschap dat een deel van de getroffen en met deze klachten geen of laat hulp zoekt: cf. Rodrigues & Kohn, 2008; Van der Velden et al., 2007).

In welke categorie een getroffene valt, kan natuurlijk alleen ná een dergelijke triage worden vastgesteld. Maar hoe moet dat geschieden? Op het moment dat getroffen en zich tot hulpverleners wenden met een vraag of probleem, of bijvoorbeeld door een belangrijk deel van de groep getroffen en te benaderen voor dit doel? Screening van alle getroffen en in de eerste zes weken wordt door de richtlijn ontraden. Het gemaakte onderscheid tussen triage en signalering in de richtlijn, lijkt echter toch het benaderen van een grote groep te suggereren, maar misschien zijn andere interpretaties mogelijk. Verder moet volgens de richtlijn, in tegenstelling tot het 'watchful waiting'-principe, aan *alle* mensen die op het werk met een schokkende gebeurtenis worden geconfronteerd, begeleiding worden geboden en deze dient uitgevoerd te worden door een hulpverlener of een getrainde vrijwilliger (p. 19). Met andere woorden: in de richtlijn lijkt (impliciet) gepreludeerd te worden op mogelijke afwezigheid van veerkracht en zelfredzaamheid (cf. Jones, Greenberg & Wessely, 2007).

De tweede opmerking heeft betrekking op de hierboven door ons bepleite aandacht voor het 'psychosociaal crisismanagement' in een richtlijn. Uit bovenstaande mag duidelijk zijn dat dit helemaal *geen* 'watchful waiting'-opstelling is; het is juist een zeer actief proces dat start met een gedegen taxatie van de toestand of crisis. Een 'watchful-waiting' benadering is naar onze mening

dus een zeer nuttige beleidslijn die gevolgd kan worden. Maar, de keuze daarvoor vindt plaats nadat de crisis min of meer onder controle is, en is afhankelijk van de ontwikkelingen en dynamiek na schokkende gebeurtenissen.

Dr. P.G. van der Velden is als Programmaleider onderzoek verbonden aan het Instituut voor Psychotrauma, Nienoord 5, 1112 XE, Diemen.

E-mailadres: <peter.vdvelden@ivp.nl>.

P. van Loon is Projectleider hulpverlening aan het Instituut voor Psychotrauma.

Prof.dr. R.J. Kleber is hoogleraar Psychotraumatologie aan de Universiteit Utrecht.

Mw drs. S. Uhlenbroek is Projectleider hulpverlening Justitie medewerkers, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag.

Drs. J. Smit is Directeur Slachtofferhulp Nederland te Utrecht.

Noten

1. Deze richtlijn is door bijna alle deelnemende organisaties formeel geautoriseerd. Het Instituut voor Psychotrauma (IvP) heeft de richtlijn niet geautoriseerd. Het bleek onmogelijk om delen te autoriseren of in zijn geheel te autoriseren na opname in de richtlijn van een door het IvP geschreven addendum (zie verder <http://www.ivp.nl/defaulta1b1.html?id=10066&back=1>). Het Nederlands Huisartsen Genootschap ging conform hun algemeen beleid niet over tot formele autorisatie van richtlijnen in de ggz.
2. In dit artikel laten wij reeds bestaande draaiboeken en protocollen voor calamiteiten die door (locale) instanties zijn gemaakt, buiten beschouwing.

Literatuur

- ACPMH (2007). *Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: ACPMH.
- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Benedek, D.M. & Fullerton, C.S. (2007). Translating five essential elements into programs and practice. *Psychiatry*, 70, 345-349.
- Benight, C.C., Cieslak, R. & Molton, I.R. (2008). Self-evaluative appraisals of coping capability and posttraumatic distress following motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 677-785.
- Berg, B. van den, Grievink, L., Yzermans, C.J. & Le Bret, E. (2005). Medically unexplained physical symptoms in the aftermath of traumatic events. A review of the disaster literature. *Epidemiological Reviews*, 27, 92-106.
- Beuving, S. & Lugt, A. van der (2004). *Opnieuw organiseren met een kwaliteitsmodel*. Deventer: Kluwer.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Covell, N.H., Donahue, S.A., Allen, G., Foster, M.J., Felton, C.J. & Essock S.M. (2006). Use of Project Liberty counseling services over time by individuals in various risk categories. *Psychiatric Services*, 57, 1268-1270.
- Deering, C.G., Glover, S.G., Ready, D., Eddleman, H.C. & Alarcon, R.D. (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 336-346.
- DiMaggio, C. & Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academy of Emergency Medicine*, 13, 559-566.
- Dirkzwager, A.J.E. (2008). Risico- en beschermende factoren voor psychosociale gezondheidsproblemen na rampen. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 131-137.
- Driffeld, T. & Smith, P.C. (2007). A real options approach to watchful waiting: theory and an illustration. *Medical Decision Making*, 27, 178-188.
- Duin, M.J. van (1992). *Van rampen leren. Een vergelijkend onderzoek naar de lessen uit spoorwegongevallen, hotelbranden en industriële ongelukken*. Den Haag: cot.
- Emmerik, A. van (2007). Ingrijpende gebeurtenissen: vroeg ingrijpen? *De Psycholoog*, 6, 384-385.
- Feldner, M.T., Babson, K.A. & Zvolensky, M.J., 2007. Smoking, traumatic event exposure, and post-traumatic stress. A critical review of the empirical literature. *Clinical Psychological Review*, 27, 4-45.

- Galea, S., Nandi, A. & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Review*, 27, 78-91.
- Galea, S., Tracy, M., Norris, F. & Coffey, S.F. (2008). Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two years after Hurricane Katrina. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 357-368.
- Gist, R. (2002). What have they done to my song? Social science, social movements, and the debriefing debates. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 273-279.
- Havenaar, J.M. & Bromet, E.J. (2003). De psychiatrische gevolgen van rampen. Een overzicht van de epidemiologische literatuur. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 367-376.
- Hobfoll, S. (1991). Traumatic stress. A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research*, 4, 187-197.
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., Friedman, M., Gersons, B.P., Jong, J.T. de, Layne, C.M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A.E., Pynoos, R.S., Reissman, D., Ruzek, J.I., Shalev, A.Y., Solomon, Z., Steinberg, A.M. & Ursano, R.J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315.
- Hodgins, G.A., Creamer, M. & Bell, R. (2001). Risk factors for posttrauma reactions in police officers: a longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 541-547.
- Huddleston, L., Stephens, C. & Paton, D. (2007). An evaluation of traumatic and organizational experiences on the psychological health of New Zealand police recruits. *Work*, 28, 199-207.
- Hyams, K.C., Murphy, F.M. & Wessely, S. (2002). Responding to chemical, biological, or nuclear terrorism: the indirect and long-term health effects may present the greatest challenge. *Journal of Health Politics and Policy Law* 27, 273-291.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Janssen, M., Velden, P.G. van der & Kleber, R.J. (2005). *Was alles maar weer normaal. Over leven na de brand in Volendam*. Zaltbommel: Thema.
- Jones, N., Greenberg, N. & Wessely, S. (2007). No plans survive first contact with the enemy. Flexibility and improvisation in disaster mental health. *Psychiatry*, 70, 361-365.
- Jong, W. & Post, M. van der (2008). *Een wereld van verschil*. Amsterdam: IMPACT/Genootschap van burgemeesters.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kleber, R.J. (2000). Het trauma voorbij: over de grenzen van de psychotraumatologie. *De Psycholoog*, 35, 8-15.
- Kleber, R.J. (2008). Psychopathologie na rampen: algemene karakteristieken en kritische kanttekeningen. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 117-123.
- Laugharne, J., Janca, A. & Widiger, T. (2008). Posttraumatic stress disorder and terrorism: 5 years after 9/11. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 36-41.
- Loon, P. van (2008). Psychosocial crisismanagement na calamiteiten. Casussen en interventies. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 111-116.
- Luszczynska, A., Benight, C.C. & Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma. A systematic review. *European Psychology*, 14, 49-60.
- McCaslin, S.E., Metzler, T.J., Best, S.R., Liberman, A., Weiss, D.S., Fagan, J. & Marmar, C.R., (2006). Alexithymia and PTSD symptoms in urban police officers: cross-sectional and prospective findings. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 361-373.
- McNally, R.J., Bryant, R.A. & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.
- Meredith, L.S., Cheng, W.J.Y., Hickey, S.C., Dwight-Johnson, M. (2007). Factors associated with primary care clinicians' choice of a watchful waiting approach to managing depression. *Psychiatric Services*, 58, 72-78.
- Muller, E.R., Rosenthal, U., Helsloot, I. & Dijkman, E.R.G. van (2009). *Crisis: studies over crisis en crisisbeheersing*. Deventer: Kluwer.
- Neria, Y., Galea, S. & Norris, F. (2009). *Mental Health and Disasters*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rodrigues, J.J. & Kohn, R. (2008). Use of mental health services among disaster survivors. *Current Opinions in Psychiatry*, 21, 370-378.
- Rosen, G.M. & Lilienfeld, S.O. (2007). Posttraumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28, 837-868.
- Rosenthal, U. (1984). *Rampen, rellen, gijzelingen*. Amsterdam/Dieren: De Bataafse Leeuw.
- Schellekens, W.M.L.C.M., Everdingen, J.J.E. van (2009). *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Shear, K., Jackson, C., Essock, S., Donahue, S. & Felton, C. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients after September 11th. *Psychiatric Services*, 57, 1291-1297.
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. *Psychological Bulletin*, 120, 83-112.
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960-1973.
- Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W. & Schut, H. (2001). *Handbook of Bereavement Research; Consequences, Coping and Care*. Washington: American Psychological Press.
- Taal, L. (2008). Enkele principiële overwegingen over richtlijnen psychische hulpverlening na calamiteiten. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 176-179.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas. An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Trimbos/IMPACT (2007). *Multidisciplinaire richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen* (2007). Utrecht: Trimbos Instituut.
- Vasterman, P. (2008). Media en crisis. *Psychologie & Gezondheid*, 39, 105-111.
- Velden, P.G. van der, Eland, J. & Kleber, R.J. (1997). *Handboek opvang na rampen en calamiteiten*. Zaltbommel: Thema.
- Velden, P.G. van der & Kleber, R.J. (2009). *Substance use and misuse after disasters*. In Y. Neria, S. Galeo & F. Norris (Eds.), *Mental health and disasters* (p. 94-115). Cambridge: Cambridge University Press.
- Velden, P.G. van der & Middeldorp, H. (red.) (2008). *Themanummer Rampen en calamiteiten*. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 101-180.
- Velden, P.G. van der, Grievink, L., Yzermans, C.J., Kleber, R.J. & Gersons, B.P.R. (2007). Correlates of mental health services utilization 18 months and almost 4 years postdisaster among adults with mental health problems. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1029-1039.
- Velden, P.G. van der, Loon, P. van, Yzermans, C.J. & Kleber, R. (2006). Psychosociale zorg in de eerste weken na een ramp. *De Psycholoog*, 41, 658-663.
- Velden, P.G. van der, Yzermans, C.J. & Stom, C. (2009). Inzetbaarheid personeel, ethische kwesties en attributen van klachten bij besmettingsrampen. *Medisch Contact*, 64, 202-205.
- Watson, P.J. & Shalev, A.Y. (2005). Assessment and treatment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic events. *CNS Spectrum*, 10, 123-131.
- Wessely, S.C. (2003). The role of screening in the prevention of psychological disorders arising after major trauma: Pros and cons. In R.J. Ursano, C.S. Fullerton & A.E. Norwood (Eds.), *Terrorism and disaster*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Yzermans, C.J., Donker, G.A., Kersters, J.J., Dirkzwager, A.J., Soeteman, R. J. & Veen, P. tenM. (2005). Health problems of victims before and after disaster. A longitudinal study in general practice. *International Journal of Epidemiology*, 34, 810-819.

Towards a broader view on psychosocial interventions after potential traumatic events Suggestions for a revision of current Dutch guidelines

P.G. van der Velden, P. van Loon, R.J. Kleber, S. Uhlenbroek, J. Smit

In 2007, the Dutch *Multidisciplinary Mental Health Services guideline on early interventions after disasters, terrorism, and other drastic events* was published. This guideline is aimed at psychosocial interventions during the first six weeks post-event. In 2010 or earlier, a revision of the guideline will be considered. In this paper we will demonstrate that the current guideline needs a major revision. We argue that a revised guideline should focus on potential and distinguishable psychosocial problems and needs, and not only on PTSD; should consider and take into account the large diversity in consequences and dynamics after these events; should pay attention towards crisis management and reduction of sources of event-related stressors; should be flexible to be able to meet the specific consequences and needs among victims; should focus on more or less single potential traumatic events affecting a (large) group of people, instead of assuming that the guideline is applicable to all potential drastic events; and should refer consequently and directly to specific Dutch guidelines for the treatment of mental disorders, including the Dutch PTSD guideline.