

---

# GGD Handreiking

psychosociale hulp  
bij rampen en crises



---

# Colofon

## **Opdrachtgevers**

Deze uitgave is ontwikkeld binnen het Stimuleringsprogramma Nafase, een initiatief van het ministerie van Veiligheid en Justitie in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het centrum Gezondheid en Milieu van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, en het ministerie van Defensie.

## **Auteurs**

Jorien Holsappel, Michel Dückers

## **Medewerking**

Désirée Lesger, Renate van den Bronk, Werkgroep Handreiking

## **Uitgave**

Impact, Landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen

Partner in Arq Psychotrauma Expertgroep, Diemen 2015

## **© 2015 Impact**

Deze handreiking is beschikbaar via [www.impact.arq.org](http://www.impact.arq.org) en GGD Kennisnet.

Wanneer nieuwe inzichten daar aanleiding toe geven, wordt de handreiking bijgewerkt en van een nieuw versienummer voorzien.

---

---

# Inhoud

---

1	Inleiding .....	4
1.1	Achtergrond en doel .....	4
1.2	Visie op psychosociale hulpverlening.....	5
1.3	Procesboom PSH .....	5
1.4	Opzet van de handreiking.....	7

## DEEL 1 (Koude fase)

2	Structuur .....	10
2.1	Eén proces PSH .....	10
2.2	Alarmering, opschaling en coördinatie .....	12
3	Teams en Rollen .....	14
3.1	Teams .....	14
3.2	Rollen .....	15
3.3	Convenant met de GHOR .....	17
3.4	Afspraken met partnerorganisaties.....	17
3.5	Ondersteuning door experts .....	19
4	Plannen en Draaiboeken .....	20
4.1	GROP en PSH procesbeschrijving .....	20
4.2	Draaiboeken en protocollen .....	20
5	Gezondheidsonderzoek (GOR) .....	22
A	Checklist voorbereiding .....	23

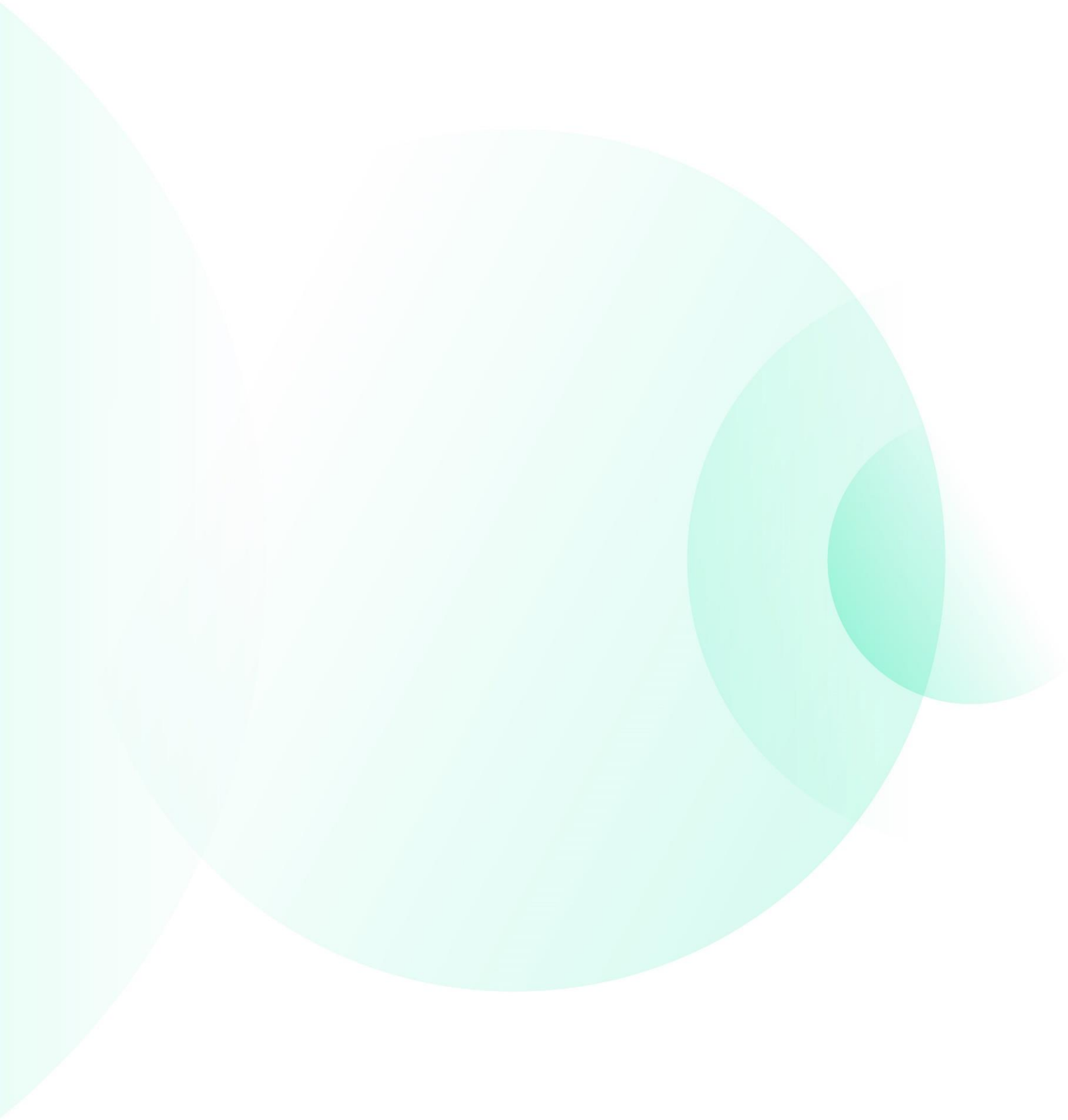
---

---

## DEEL 2 (Warme fase)

B	Uitvragen melding .....	27
C	Acties direct na melding .....	28
D	Eerste teambijeenkomst (voorbereiding) .....	30
E	Eerste teambijeenkomst (agenda).....	31
F	Checklist BOB .....	32
G1	Checklist doelgroepen (incidenten).....	33
G2	Checklist doelgroepen (rampen) .....	35
H	Behoeften, problemen en veerkracht .....	36
I	Voorbeeld afwegingen inzet van hulpverleners .....	38
J	Voorbeeld afwegingen informatieverstrekking .....	40
K	Aandachtspunten bijeenkomsten .....	42
L	Op de opvanglocatie.....	45
M	Formats voor coördinatie van de uitvoering.....	46
N	Afschaling .....	49
O	Format Nafaseplan.....	50
P	Evaluatie .....	51
	Bijlage 1 Lijst van afkortingen .....	54
	Bijlage 2 Lijst van documenten .....	55

---



---

# 1 Inleiding

---

## 1.1 Achtergrond en doel

De afgelopen jaren zijn er diverse documenten opgesteld die betrekking hebben op het bieden van psychosociale hulpverlening (PSH) bij schokkende gebeurtenissen.<sup>1</sup> Wat opvalt is dat er in de meeste publicaties vooral aandacht is voor bestuurlijke structuren en dat er weinig concreet ingegaan wordt op de inhoud van de hulpverlening zelf. De *Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises* (2014) doet dit juist wél. Echter, omdat dit een richtlijn is voor het hele veld, is voor een brede insteek gekozen. Om daarnaast te kunnen voorzien in de behoefte aan concrete adviezen gericht op GGD'en, is besloten om een aparte handreiking te formuleren. Dit boekje is daarvan het resultaat.

Deze handreiking neemt de Multidisciplinaire Richtlijn als uitgangspunt en focust daarbij op de GGD-taken. De handreiking is bedoeld als een deskundigenadvies. Ze is geen richtlijn of normstellend kader, maar beoogt op basis van actuele kennis en *good practices* houvast te bieden bij de besluitvorming, uitvoering en evaluatie van het werk. Daarbij is, behalve voor de hulpverleningspraktijk, aandacht voor organisatorische zaken en inhoudelijke afwegingen die daarbij een rol spelen. Waar dat relevant is wordt een duidelijk verband gelegd met bestaande richtinggevende documenten. Op die manier wordt ook duidelijk hoe die zich tot elkaar en tot deze handreiking verhouden.

De handreiking is bruikbaar bij de voorbereiding op de psychosociale hulpverlening bij schokkende gebeurtenissen. Het helpt om na te gaan of bij uw GGD de capaciteit aanwezig is om de verlangde hulp te kunnen bieden. Ook worden er aanknopingspunten geboden voor planvorming. Daarnaast kunnen de beslisschema's en checklists die in deze handreiking zijn opgenomen structuur en houvast bieden tijdens de uitvoering. Ook de afronding en evaluatie krijgen aandacht.

---

<sup>1</sup> Voor de witte kolom valt bijvoorbeeld te denken aan het [Modelconvenant Publieke Gezondheid](#) (2011), het [Modelplan GROEP](#) (2012), of het [Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO](#) (2012). Een lijst met afkortingen is te vinden in bijlage 1. Bijlage 2 is een lijst van documenten waarnaar in deze handreiking verwezen wordt.

---

## 1.2 Visie op psychosociale hulpverlening

Basis voor de handreiking is de [Multidisciplinaire Richtlijn PSH](#). Daarin zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd voor PSH:

- Sluit aan bij behoeften, problemen en risicofactoren
- Sluit aan bij dynamiek en fase
- Sluit aan bij veerkracht en zelfredzaamheid
- Sluit aan bij de context van de getroffene
- Sluit aan bij aanwezige hulpverleningscapaciteit
- Evalueer de PSH

Bovengenoemde uitgangspunten dienen richtinggevend te zijn voor afwegingen die moeten worden gemaakt wanneer PSH wordt ingezet. De Richtlijn bevat veel informatie over de inhoud van bijvoorbeeld behoeften, problemen, risicofactoren, fasering, veerkracht, context en evaluatie. Deze informatie zullen we in deze handreiking niet allemaal herhalen; waar het in de handreiking om gaat, is hoe GGD'en op basis van de uitgangspunten van de Richtlijn kunnen handelen.

## 1.3 Procesboom PSH

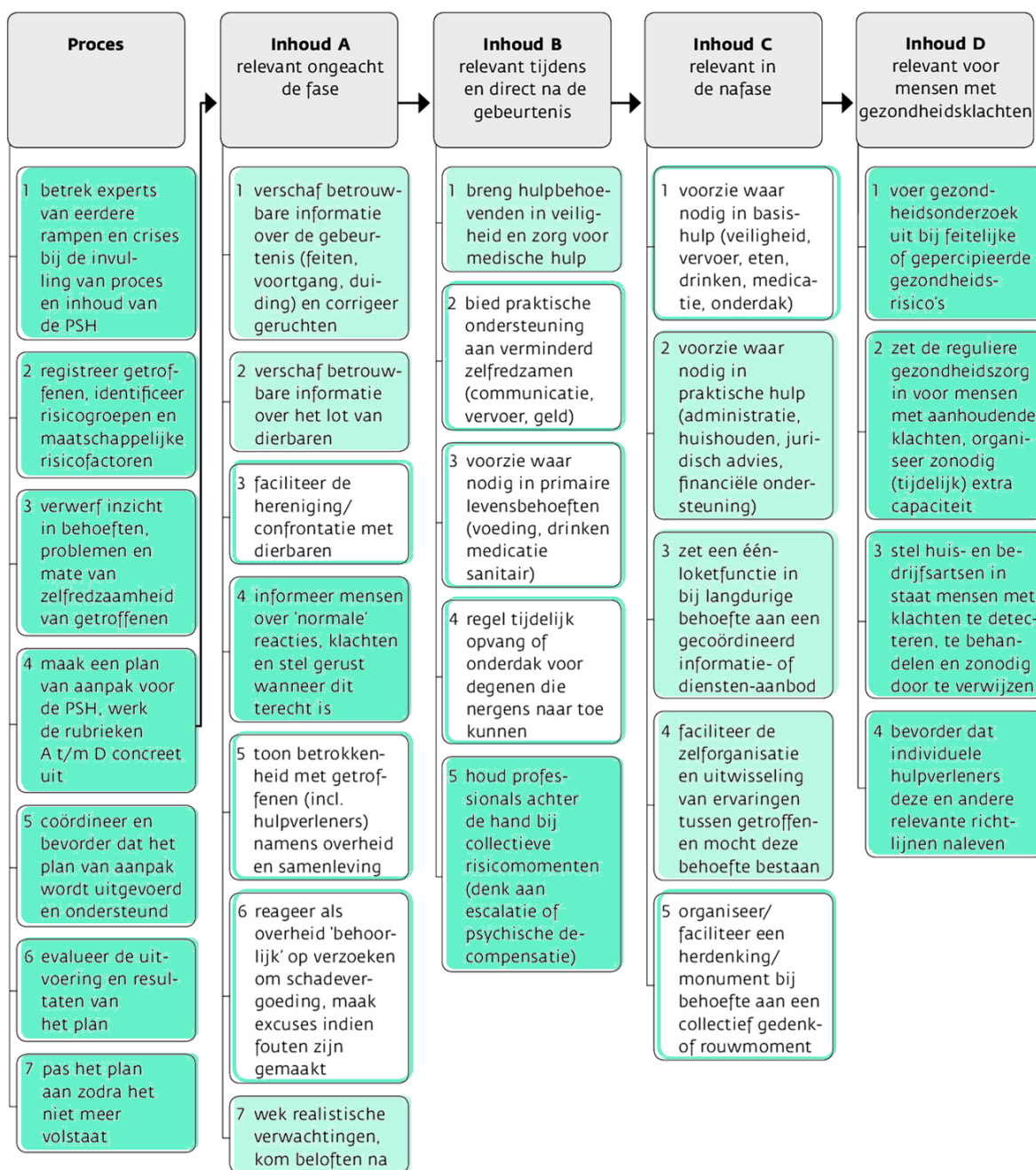
De [Multidisciplinaire Richtlijn PSH](#) biedt handvatten in de vorm van 'procesbomen'. Deze vormen een soort 'grondplan' voor de organisatie en uitvoering van de hulpverlening: voor collectieve PSH, voor individuele PSH en voor PSH binnen de organisatie. Met deze handreiking zoomen we eerst inhoudelijk in op die velden in de procesboom voor collectieve PSH (figuur 1) waarvoor de verantwoordelijkheid is belegd bij GGD en ketenpartners. Ten aanzien van het proces zijn de stappen die beschreven worden in de 'processtam' leidend. De processtam benoemt stappen die genomen moeten worden om te komen tot goede planvorming, uitvoering en evaluatie (linkerkant van de procesboom). Het doorlopen van de stappen in de linkerkant van de procesboom is altijd nodig. Dit helpt om als team goed inzicht te krijgen in de situatie en in reactie daarop de interventies te kiezen die daarbij aansluiten. In feite wordt met de processtam de zogenoemde BOB-methodiek toegepast. Deze methode helpt om snel een overzicht van het incident te verkrijgen door middel van scenario-denken waardoor de mogelijke gevolgen op korte en lange termijn kunnen worden benoemd (**B**eeldvorming). Op basis van deze beeldvorming formuleert men problemen, aandachtspunten en doelen voor de hulpverlening (**O**ordeelsvorming). En tenslotte neemt men op basis van de beeldvorming en oordeelsvorming besluiten over het organiseren van de uitvoering van de inzet (**B**esluitvorming).

In concreto: middels de stappen 2 en 3 vindt beeldvorming plaats; bij stap 4 gaat het om oordeelsvorming en besluitvorming; stap 5 betreft de uitvoering. Bij de overige stappen gaat het om evaluatie en mogelijke herziening van het beeld en aanpassing van het plan.

De 'takken' van de boom benoemen per fase aandachtspunten die, afhankelijk van de situatie, aan de orde kunnen zijn. De aandachtspunten omvatten alle aspecten van PSH die de Richtlijn noemt: basishulp, informatie, praktische hulp, emotionele en sociale ondersteuning, en zorg bij gezondheidsklachten. De aspecten basishulp, praktische hulp en informatie vallen echter (grotendeels) onder de verantwoordelijkheid van de gemeente, en wel in het kader van de bevolkingszorg. De focus van de processen die de GGD coördineert, ligt bij het bieden van emotionele en sociale ondersteuning en bij de gevolgen

voor de gezondheid of het voorkomen daarvan. Daarnaast speelt de GGD een belangrijke rol bij het informeren van getroffen en.

Figuur 1, procesboom collectieve PSH



In de hier getoonde procesboom zijn de velden waarop de GGD en haar ketenpartners de **eerstverantwoordelijke** zijn voor de planvorming en uitvoering, donker gekleurd gemarkeerd.

Ten aanzien van de licht gemarkeerde velden moet **intensieve afstemming** plaatsvinden met de gemeente; het geven van inhoudelijk advies of het inzetten van psychosociale hulpverleners kan hier gewenst zijn. De witte velden zijn in principe de verantwoordelijkheid van de gemeente, maar zijn ook omljnd. Het kernteam moet zich in deze ten minste laten informeren, maar kan ook desgevraagd meedenken en adviseren.



---

## 1.4 Opzet van de handreiking

De handreiking is gesplitst in twee delen die verschillend van karakter zijn. Het eerste deel is vooral bruikbaar in de zogenoemde koude fase en helpt om na te gaan of de voorbereiding goed geregeld is. In dit deel wordt ingegaan op structuur, rollen en teams, plannen en draaiboeken, partners en convenanten. Daarnaast is er aandacht voor de relatie tot gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR). De tekst biedt op deze punten een algemeen kader dat regionaal aan te passen is en vormt een verbinding legt met allerlei bestaande recente documenten, die door middel van links in de tekst ook direct op te roepen zijn.

Het tweede deel heeft de vorm van een aantal checklists per fase. Zo is er bijvoorbeeld een model-agenda voor de teambijeenkomsten, een checklist voor doelgroepen, een checklist voor voorlichtingsbijeenkomsten, en een checklist voor de inzet van hulpverleners. Daarmee is het ook direct bruikbaar in de warme fase. Er is aandacht voor het onderscheid en de overlap tussen kleine en grote incidenten.

Reacties en inbreng vanuit het veld zijn tijdens de totstandkoming van deze handreiking van groot belang geweest. Ondanks de verschillen tussen die er bestaan tussen de verschillende GGD'en is ernaar gestreefd deze handreiking te maken tot een gemeenschappelijk document dat bruikbaar is voor elke GGD.

---



---

# Deel 1 (Koude fase)

---

Wat te doen ter voorbereiding?

Deel I van deze handreiking gaat in op zaken die tijdens de voorbereiding aan de orde komen. De checklist aan het einde van dit deel is bedoeld om na te gaan of aan de beschreven voorwaarden is voldaan.

Gebuurkte termen kunnen hier en daar verschillen van termen die regionaal worden gehanteerd, bijvoorbeeld als het gaat om de definitie van opschaling of om de benaming van rollen en teams. In de beschrijving in dit hoofdstuk wordt gerefereerd aan de aanduidingen zoals die gebruikt worden in het Modelconvenant Publieke Gezondheid en het Modelplan GROP.

## 2 Structuur

### 2.1 Eén proces PSH

De GGD wordt in de Wet publieke gezondheid (Wpg) verantwoordelijk gemaakt voor het bevorderen van psychosociale hulpverlening bij rampen. Waar deze taak eerst vooral de nazorg betrof, is de GGD nu ook in de acute fase verantwoordelijk voor de coördinatie van de uitvoering van de PSH.

Deze verschuiving in verantwoordelijkheden vloeit voort uit wijzigingen van de Wet veiligheidsregio's in 2010 en de Wet publieke gezondheid in 2012 en wordt weergegeven in onderstaande tabel. De tabel heeft uitsluitend betrekking op de verdeling binnen de witte kolom.

Tabel 1. Verschuiving van verantwoordelijkheden

	Verantwoordelijk		Coördinatie		Uitvoering	
	Was	Is	Was	Is	Was	Is
PSH bij incidenten	Ge-meente	Ge-meente	GGD	GGD	Ketenpartners, bijv. SHN, GGZ, MW	
PSH Acute grootschalige opvang	GHOR	DPG	GHOR/GGZ/SHN (afhankelijk van regionale afspraken)	GGD	Ketenpartners, bijv. SHN, GGZ, MW	
PSH Nazorg	GGD Directeur	DPG	GGD	GGD	SHN, GGZ, MW	SHN, GGZ, MW, Reguliere zorg

De belangrijkste verandering is dat de GGD nu altijd directe verantwoordelijkheid draagt voor de coördinatie van de psychosociale hulpverlening. Deze verschuiving in verantwoordelijkheden zorgt ook voor een andere afbakening in taken, zowel in de warme fase als in de voorbereiding. De actuele verdeling in taken met betrekking tot PSH tussen GHOR en GGD is weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. Verdeling wettelijke taken tussen GHOR en GGD

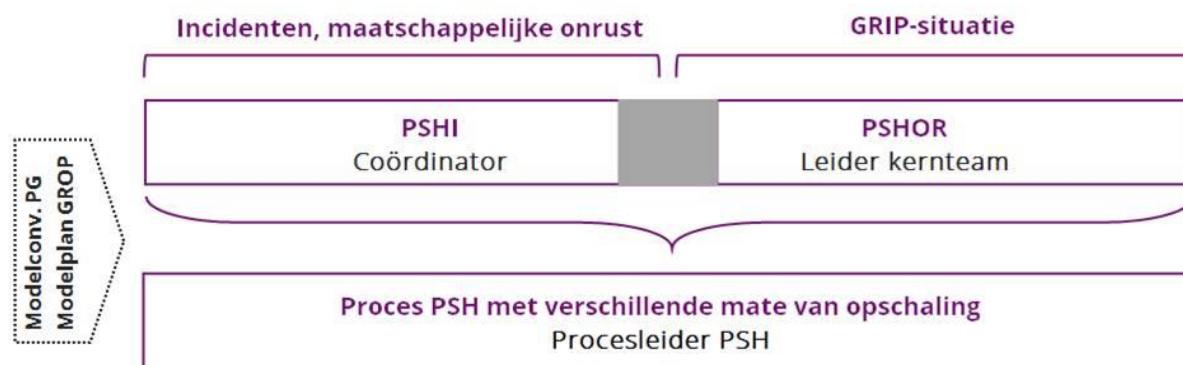
	GHOR	GGD
Vorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schriftelijke afspraken met GGD, huisartsen en ziekenhuizen over de voorbereiding en uitvoering</li> <li>Informer en consulteren GGD bij mogelijke dreigingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opstellen procesbeschrijving PSH</li> <li>Afspraken maken met ketenpartners (convenanten)</li> <li>Informer en consulteren GHOR bij mogelijke dreigingen</li> </ul>
Acute fase	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij grote incidenten: alarmering GGD via crisiscoördinator</li> <li>Wanneer andere GGD-processen niet relevant zijn: beslissing of PSH-inzet nodig is en alarmering PSH-procesleider</li> <li>Regie op aansluiting PSH op andere hulpdiensten en nazorgtaken van gemeente/veiligheidsregio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coördinatie van de inhoudelijke uitvoering</li> <li>Vakinhoudelijke communicatie en advies</li> </ul>
Nafase	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tot het moment van afschaling: regie op aansluiting PSH op andere hulpdiensten en nazorgtaken van gemeente/veiligheidsregio</li> <li>Zorg voor de eigen medewerkers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coördinatie van de inhoudelijke uitvoering</li> <li>Vakinhoudelijke communicatie en advies</li> <li>Zorg voor de eigen medewerkers</li> </ul>

Met deze scherpere afbakening vervalt in feite de scheiding tussen de PSHI-structuur en de PSHOR-structuur. Er kan nu gesproken worden van één PSH-proces, waarbij coördinatie van de inhoudelijke uitvoering centraal staat. Dit heeft de volgende voordelen:

- Er hoeft geen overdracht meer plaats te vinden van GHOR naar GGD.
- De indelingen in fasen is niet langer noodzakelijkerwijs gekoppeld aan een vastgesteld aantal uren of aan GRIP-afschaling, maar vindt plaats op grond van inhoudelijke argumenten.
- De ervaring met inhoud en processen die vanuit incidenten is opgedaan, kan ook worden benut bij grootschaliger gebeurtenissen.
- Andersom kan een goed functionerende PSHOR structuur ook vaker worden ingezet bij incidenten, in gevallen waarin daarvoor nog geen goede structuur is.
- Het 'grijze gebied' dat er nu soms is tussen PSHI en PSHOR, wordt beter ondervangen.
- De aansluiting bij het GROOP is beter geborgd.

Het Modelconvenant Publieke Gezondheid (2011) en het Modelplan GROOP (2012) gaan in feite uit van PSH als één (GROOP-)proces met verschil in de mate van opschaling. Het implementeren van deze documenten in de organisatie vereist een omslag in het denken. Hieronder is de verandering schematisch weergegeven.

Figuur 2 Schematische weergave overgang naar 1 PSH proces



Wat betreft de uiteindelijke structurering van het proces laten de documenten ruimte voor een eigen invulling. Dit betekent dat werkende regionale structuren en oplossingen kunnen worden behouden. Ook deze handreiking kent die insteek: het doel is niet om precies voor te schrijven hoe het proces ingericht dient te worden. Integendeel, het gaat ons erom kaders en tools te bieden die het mogelijk maken een werkwijze te vinden die het beste aansluit bij de situatie van de betreffende GGD.

- ! In deze handreiking wordt uitgegaan van de PSH-procesleider als overkoepelende functie. Er wordt echter in de beschrijvingen nog regelmatig verwezen naar de rollen van PSHI-coördinator en leider kernteam. Dat gebeurt omdat dit onderscheid bij een groot deel van de GGD'en nog steeds gemaakt wordt en er nog steeds sprake is van verschillen in taken en bevoegdheden, ook wanneer beide in één persoon verenigd zijn. GGD'en waar dit verschil niet meer bestaat, kunnen dit onderscheid uiteraard negeren.

## 2.2 Alarmering, opschaling en coördinatie

In de praktijk is de verandering meestal minder groot dan het op het eerste gezicht misschien lijkt. Hieronder wordt ingegaan op de consequenties voor de alarmering, opschaling, en leiding en coördinatie.

### Alarmering

- Bij grote incidenten of een GRIP-situatie alarmeert de GHOR de PSH-procesleider. De procesleider bepaalt vervolgens welke mate van opschaling nodig is, welke rol hij of zij zelf aanneemt en wie er verder gealarmeerd dienen te worden (zie checklist C). De coördinatie is daarmee vanaf het begin de verantwoordelijkheid van de GGD. Behalve de wijze van inschakelen (en wellicht de naamgeving) heeft dit voor de werkwijze van een goed geoefend PSHOR-team geen wezenlijke consequenties.
- Ook bij kleine incidenten is de procesleider PSH in principe het aanspreekpunt. Deze bepaalt welk 'team' er wordt ingeschakeld. Sommige GGD'en zullen kiezen voor één team dat zowel bij grote als bij kleine incidenten inzetbaar is. Bij andere GGD'en zal in dit geval het calamiteitenteam of PSHI-team ingeschakeld worden.

## Opschaling en afschaling van de PSH

‘Opschaling’ hoeft niet gekoppeld te zijn aan GRIP, maar vindt plaats wanneer coördinatie gewenst is. Vorm en mate van coördinatie kunnen uiteraard verschillen.

Coördinatie van de PSH is nodig wanneer:

- Er sprake is van maatschappelijke onrust of een risico op verstoring van de openbare orde en veiligheid.
- De reguliere uitvoering van de GGD-taken of psychosociale hulpverlening in het gedrang komt of dreigt te komen.
- Diverse partnerorganisaties bij één casus betrokken zijn en er behoefte is aan afstemming.
- Er sprake is van een GRIP-situatie waarin de GGD een uitvoerende rol heeft.

Ook de inzet van een calamiteitenteam of PSHI-team is in deze definitie een vorm van ‘opschaling’:

- Een ervaren en getraind PSHI-team kan blijven functioneren bij incidenten. De PSH-procesleider heeft dan vooral een rol in de afstemming binnen de GGD en kan zorgdragen voor continuering van het reguliere werk.
- Nieuw is dat de procesleider vooraf de afweging kan maken welke mate van coördinatie er nodig is. Juist bij de gevallen die nu vaak in het grijze gebied vallen, kan dit zorgen voor een adequatere inzet. Bijvoorbeeld bij grote branden (vaak GRIP, maar op PSH-niveau soms af te handelen als incident), of incidenten met weinig directe slachtoffers maar veel getuigen (wat grotere opvang rechtvaardigt).

**Afschaling van de PSH** gebeurt op inhoudelijke gronden, dus niet (meer) per se na 3x24 uur. In een GRIP-situatie staat afschaling van de GGD los van het moment van de GRIP-afschaling: die hoeft niet gelijktijdig te zijn. In verband met de financiering is het wel van groot belang om een duidelijk moment aan te wijzen waarop de overgang naar regulier plaatsvindt. Ten aanzien van PSH kan afschaling worden geadviseerd als er geen centrale coördinatie meer nodig is omdat:

- (potentiële) bronnen van stress waar mogelijk zijn weggenomen en de betrokkenen een gevoel van controle hebben herwonnen.
- er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat er geen behoefte meer is aan ondersteuning, die niet binnen het reguliere circuit geboden kan worden.
- de dreiging van maatschappelijke onrust is verdwenen of tot een beheersbaar niveau gedaald.

## Leiding en coördinatie

- Sommige GGD'en zullen ervoor kiezen de rol van PSHI-coördinator en procesleider PSH samen te laten vallen in één persoon. Het proces bij kleine incidenten zal dan nauwelijks wijzigen.
- Ook bij grotere incidenten zullen in de praktijk bepaalde rollen mogelijk gaan samenvallen: de procesleider PSH kan ook voorzitter of leider kernteam zijn.
- Het laten samenvallen van rollen in één persoon is aan te bevelen omdat er anders een extra schakel in de afstemming zit.

**De stroomlijning naar één PSH-proces wil niet zeggen dat er één draaiboek moet komen voor alle mogelijke situaties.** Inhoudelijk, en ook wat betreft het gewenste coördinatie-niveau, zal er verschil blijven bestaan tussen ‘klein’ en ‘groot’. Deze handreiking besteedt aandacht aan die verschillen. Tegelijk wordt in de handreiking duidelijk dat er veel overlap is. Juist op die punten valt er uiteraard winst te halen door er één proces van te maken met één vast team. Bij grote incidenten kan dan gemakkelijker gebruik worden gemaakt van de ervaring met kleine incidenten.

## 3 Teams en Rollen

### 3.1 Teams

Uitgaande van PSH als één proces ligt de coördinatie in de eerste plaats bij de procesleider PSH. Deze zal een inschatting maken van de behoefte aan ondersteuning en kan, afhankelijk van de benodigde opschaling, een team inschakelen. De meeste GGD'en kennen een calamiteitenteam/PSHI-team, een kernteam en een opvangteam.<sup>2</sup>

Het **Calamiteitenteam** of **PSHI-team** kan (door de gemeente) worden ingeschakeld bij calamiteiten die coördinatie van de PSH vergen, maar ook bij incidenten die maatschappelijke onrust veroorzaken. Het is meestal een multidisciplinair team, waarin naast ketenpartners ook politie en gemeente vertegenwoordigd zijn.

Het **Kernteam** coördineert bij grootschalige situaties de inzet van de uitvoerende partnerorganisaties. Het kernteam bestaat uit leidinggevende vertegenwoordigers van de uitvoerende organisaties in het opvangteam.

Het kernteam beslist over:

- De inzet van psychosociale hulpverleners vanuit de diverse ketenpartners.
- Het verschaffen van inhoudelijke informatie over mogelijke reacties en risico's.
- Het adviseren van de gemeente ten aanzien van communicatie en opvang; het faciliteren van hereniging met naasten en het bij elkaar houden van families; het organiseren van een herdenking; en het opzetten van een centraal loket voor informatie, zoals een Informatie en Adviescentrum (IAC) of een online Informatie en Verwijs Centrum (IVC).
- Advies aan de GGD-crisiscoördinator over het al dan niet uitvoeren van gezondheidsonderzoek (dit kan ook pas spelen in de nafase).
- Het moment van afschaling en overgang naar de nafase.
- Aanvullende nazorg aan niet-professionele ondersteuners (gemeente, vrijwilligers kerken, luchthavenpersoneel, etc.).

De gemeente is in het kader van de bevolkingszorg verantwoordelijk voor de acute opvang en basishulp na een crisis. Ook de verantwoordelijkheid voor het organiseren van een herdenking en voor de crisiscommunicatie ligt bij de gemeente. Omdat dit een belangrijk deel van de PSH beslaat en van invloed is op behoeften, problemen en vragen van getroffen en, moet hierover steeds goede afstemming plaatsvinden tussen het kernteam PSH en de gemeente. Daartoe kan bijvoorbeeld afgesproken worden dat er altijd een vertegenwoordiger vanuit het kernteam wordt toegevoegd aan het crisisteam van de gemeente.

<sup>2</sup> Kernteam en opvangteam vielen eerder onder verantwoordelijkheid van de GHOR.



Het **Opvangteam** verleent directe psychosociale hulpverlening aan getroffen en in een opvangcentrum en bestaat uit medewerkers van de uitvoerende organisaties, aangestuurd door een leider opvangteam. Het opvangteam ondersteunt ook niet-professionele hulpverleners (gemeente, kerk, etc.).

## 3.2 Rollen

Eerder werd al duidelijk dat er ook verschillende trekkerrollen zijn. Het is wettelijk verplicht om in elk geval een procesleider PSH, een leider kernteam en een leider opvangteam te benoemen. Daarnaast hebben veel GGD'en een calamiteitenteam of PSHI-team, waar coördinatoren aan verbonden zijn. **Zoals eerder opgemerkt gaat het niet om functies, maar om rollen die ook in één persoon vertegenwoordigd kunnen zijn.** Omschrijvingen van die rollen zijn bijvoorbeeld te vinden in het Modelplan GROOP (voor de procesleider), in het Besluit Personeel Veiligheidsregio's (voor de leider kernteam en leider opvangteam) en in de OTO kaarten van de betreffende functies. In het overzicht hieronder zijn verschillende beschrijvingen bij elkaar gebracht en naast elkaar gezet om de verschillen weer te geven. De procesleiders PSH dienen opgeleid te zijn middels een **OTO- traject (Opleiden-Trainen-Oefenen)** en hun rol regelmatig te oefenen. Dit geldt ook voor de andere rollen. Een OTO-coördinator organiseert en bewaakt dit.

Tabel 3. Verantwoordelijkheden en rollen

Procesleider PSH	Coördinator PSHI
<p>Coördineert emotionele en psychische ondersteuning en informatievoorziening in het kader van het PSH-proces</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besluit over de mate van opschaling</li> <li>• Alarmeert coördinator PSHI</li> <li>• Neemt beslissingen en verdeelt de daaruit voortvloeiende taken voor het proces</li> <li>• Houdt DPG op de hoogte en adviseert deze waar nodig</li> <li>• Kan DPG adviseren ondersteuning te vragen (via RIVM)</li> <li>• Let op de continuïteit van het reguliere werk en wijst medewerkers hiervoor aan</li> <li>• Stuurt evaluatie aan</li> <li>• Draagt zorg voor nazorg aan de eigen medewerkers</li> </ul>	<p>Stuurt multidisciplinaire aanpak calamiteit aan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informeert teamleden</li> <li>• Roept team bijeen</li> <li>• Stuurt opstellen plan van aanpak aan</li> <li>• Controleert uitvoering plan van aanpak</li> <li>• Koppelt regelmatig terug naar procesleider PSH</li> <li>• Zorgt voor adequate aanpassingen indien de situatie daarom vraagt</li> <li>• Houdt informatie-uitwisseling tussen betrokken partijen op gang</li> <li>• Bepaalt of vervolgacties noodzakelijk zijn</li> <li>• Zorgt voor goede afronding en overdracht</li> <li>• Zorgt dat er een moment is dat medewerkers hun verhaal kwijt kunnen</li> <li>• Bereidt evaluatiebijeenkomst voor</li> </ul>
<p><b>Bij grotere incidenten ook:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alarmeert (leider) kernteam</li> <li>• Neemt deel aan kernteam (als leider of lid)</li> <li>• Informeert de GGD crisiscoördinator</li> <li>• Verzamelt informatie over de andere processen</li> </ul>	<p><b>Leider kernteam</b></p> <p>Leiding geven aan de psychosociale hulpverlening op tactisch niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bijeenroepen van het kernteam PSH</li> <li>• Zit bijeenkomsten kernteam PSH voor</li> </ul>

- Stemt plannen af met de andere processen in het GGD crisisteam
- Informeert leider kernteam
- Formuleert adviezen voor de GGD crisiscoördinator, de DPG en/of de bestuurder
- Informeert de betrokken afdelingen, receptie en communicatie over ontwikkelingen met betrekking tot afschaling en mogelijke vervolgacties voor de betreffende afdeling
- Draagt zorg voor aflossing en vervanging van de medewerkers kernteam en opvangteams
- Neemt initiatief tot evaluatie van organisatorische procesgang tijdens en na de inzet

- Beslist met kernteam over de wijze van inzet van capaciteit en deskundigheid van psychosociale hulpverleners met betrekking tot direct en indirect getroffen
- Zorgt voor bijstelling van de plannen op grond van analyse van informatie

#### Verzamelen, analyseren, evalueren van informatie

- Wisselt informatie uit met medewerkers van het kernteam PSH, leiders opvangteams PSH, en procesleider PSH
- Draagt zorg voor de bewaking van de procedures ten aanzien van privacy, registratie en rapportage (zie checklist L)
- Laat een logboek bijhouden van de handelingen van het kernteam PSH en psychosociale opvangteams
- Doet actief navraag ten aanzien van de wijze waarop de opvang van diverse groepen hulpverleners geregeld is

#### Verstrekken van informatie

- Verstreekt informatie aan medewerkers kernteam en leider opvangteam
- Laat informatie verstrekken aan de direct en indirect getroffen over mogelijke reacties op een schokkende gebeurtenis

De leider kernteam geeft, naast bovengenoemde taken, functioneel leiding aan de Leider Opvangteam.

#### De **Leider Opvangteam**:

- Organiseert het werk van het opvangteam ter plaatse en onderhoudt daartoe contact met zowel het kernteam PSH als andere diensten en organisaties in het opvangcentrum
- Adviseert op basis van zijn of haar ervaringen ter plaatse het kernteam, bijvoorbeeld ten aanzien van vervolgstappen of communicatieboodschappen
- Geeft besluiten van het kernteam door aan medewerkers van het opvangteam en ziet toe op de uitvoering ervan
- Draagt zorg voor de briefing van de medewerkers opvangteam.
- Verzamelt de informatie over behoeften, vragen en problemen die via de medewerkers binnenkomt
- Onderhoudt contact met het hoofd opvangcentrum en de andere hulpverleners ter plaatse
- Voert gesprekken met de medewerkers en houdt zicht op hun welzijn.

**Leden van het opvangteam** zijn medewerkers van GGD en/of partnerorganisaties en zijn getraind, opgeleid en werkzaam volgens de principes van de Multidisciplinaire Richtlijn PSH. Zij zijn verantwoordelijk voor de daadwerkelijke opvang en ondersteuning van de getroffen.

### 3.3 Convenant met de GHOR

Vanwege de hiervoor beschreven verschuiving in verantwoordelijkheden tussen de GHOR en de GGD is in 2011 een Modelconvenant Publieke Gezondheid opgesteld. Dit convenant omvat afspraken over:

- Alarmering
- Op- en afschaling
- Leiding en coördinatie
- Informatievoorziening en – management
- Communicatie
- Afstemming over rollen bij de ontwikkeling van een regionaal risicoprofiel en regionaal crisisplan
- Positie, opleiding, training en oefening van leiders kernteam en leiders opvangteam
- Betrokkenheid bij reguliere activiteiten die mogelijk tot opschaling leiden.

### 3.4 Afspraken met partnerorganisaties

Al geruime tijd wordt een Modelconvenant PSH ontwikkeld dat als uitgangspunt dient voor het vastleggen van afspraken met partners. Afspraken met uitvoeringsinstanties moeten in elk geval duidelijkheid geven over de volgende aspecten:

- De inzet van PSH-medewerkers
- Het oefenen, trainen en opleiden van functionarissen ter voorbereiding op rampen
- Welke diensten, taken en inzet (producten beschreven in outputtermen) partijen over en weer van elkaar kunnen verwachten
- De wijze van melding en alarmering
- De wijze van op- en afschaling
- Leiding en coördinatie
- De onderlinge kostenverdeling tussen partijen
- De wijze van overleg tussen partijen.

Elke GGD is vrij om te bepalen met welke partnerorganisaties zij wil samenwerken. Vanuit de principes die beschreven worden in de Multidisciplinaire Richtlijn PSH, is het raadzaam om hulpverleners vanuit 0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn bij een calamiteit te betrekken. Wanneer ook de GGZ betrokken is bij de PSH, wordt sneller duidelijk of getroffen al eerder met de hulpverlening contact hebben gehad. Ook schept het de mogelijkheid om getroffen meer gerichte hulp te bieden.

Gebruikelijke partners zijn **Slachtofferhulp**, **Maatschappelijk Werk** en **GGZ**. Ten aanzien van deze organisaties zijn er echter geen wettelijke verplichtingen als het gaat om de inzet in de acute fase. Dit impliceert dat er mogelijk lokaal verschillende afspraken gemaakt kunnen worden. Behalve het eerder genoemde lijstje in het kader van het convenant, is het goed om ook afspraken te maken over de

---

kwaliteit van de te leveren ondersteuning en bijvoorbeeld over de wijze van evalueren. Deze moet bijvoorbeeld in lijn zijn met de [Multidisciplinaire Richtlijn PSH](#).

De rol van de **GGZ** kan in de acute fase verschillend worden ingevuld, afhankelijk van de gemaakte afspraken. In sommige regio's is de GGZ onderdeel van het kernteam en het opvangteam, in andere regio's zijn er afspraken over beschikbaarheid op afroep. Het is hoe dan ook aan te bevelen een regeling te treffen met de GGZ, om waar nodig snel gebruik te kunnen maken van hun expertise. Zonder convenant blijkt dat vaak lastig. Recente veranderingen in de taken van de GGZ zullen dat ook niet makkelijker maken. Ook is het van belang om van tevoren op de hoogte te zijn van procedures die de GGZ hanteert met betrekking tot de uitwisseling van gegevens. Bijvoorbeeld als het gaat om de vraag of een betrokkene bekend is bij de GGZ.

**Huisartsen** zijn met name belangrijk om de continuïteit van de zorg te waarborgen. In de acute fase kunnen zij al een rol spelen bij het herkennen van klachten en het doorverwijzen. Zij dienen daarom tijdig bij de hulpverlening betrokken te worden. Dit impliceert een goede onderlinge informatie-uitwisseling. Dat geldt zeker als er zich in het werkgebied van de huisarts een calamiteit heeft voorgedaan waarbij sprake is van bijzondere gezondheidsrisico's). In bepaalde situaties kan het zelfs goed zijn om een huisarts in het PSH-team te hebben. Het is daarom wijs om te zorgen voor korte lijnen met huisartsen en afspraken te maken over hun mogelijke inzet en bereikbaarheid. Dat laatste kan ook gelden voor bedrijfsartsen. Zij vormen een logisch aanspreekpunt als er zich op het werk een calamiteit voordoet.

**Geestelijke verzorgers** maken niet standaard deel uit van het PSH-team. Dat neemt niet weg dat zij een rol kunnen spelen bij de opvang. Het is daarom verstandig om als PSH-procesleider of als team contacten te onderhouden met geestelijk verzorgers en op de hoogte te zijn van hun aanbod, werkwijze en bereikbaarheid. In sommige regio's is dit belegd bij de lokale overheid. Een handig hulpmiddel voor het overleg met geestelijk verzorgers is de [handreiking 'Rampenspirit'](#) (Impact 2011). Dit boekje biedt zowel tips voor de ondersteuning die geestelijk verzorgers kunnen bieden, als voor een structuur waarin bereikbaarheid en afstemming geregeld is.

Bij zaken waarbij kinderen betrokken zijn, zoals gezinsmoorden of zedenzaken op scholen, kan het PSH-team worden uitgebreid met het **Bureau Jeugdzorg (BJz) – met Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)/Veilig Thuis; Jeugdgezondheidszorg (JGZ); het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG); en het Kinder- en Jeugdtraumacentrum (KJTC)**.

Ook **vrijwilligersorganisaties**, zoals buurtorganisaties of sportclubs kunnen een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld bij het contact leggen met mensen. Maar zij kunnen ook worden ingeschakeld bij activiteiten in de sfeer van de collectieve rouwverwerking. Het is niet mogelijk en niet nodig om deze organisaties op een dergelijke rol voor te bereiden. Ze kunnen die juist spelen vanuit hun natuurlijke functie binnen de gemeenschap. Wel is het van belang om als procesleider een aanspreekpunt te hebben en in de besluitvorming rekening te houden met de mogelijke rol van dergelijke organisaties.

Naar aanleiding van de BOB-inventarisatie (zie checklist F) kunnen ook actoren worden uitgenodigd waarmee geen afspraken gemaakt zijn, maar die in specifieke gevallen een belangrijke rol kunnen spelen vanwege hun expertise, contact met de doelgroep, etc.

---

## 3.5 Ondersteuning door experts

Elke GGD dient zelf te beschikken over een goede basis om een crisis het hoofd te kunnen bieden. Maar niet iedereen hoeft alle (specialistische) kennis en expertise zelf in huis te hebben – zolang in de voorbereiding maar goed is meegenomen waar die dan wél betrokken kan worden. Dit kunnen experts zijn van andere GGD'en of GGZ of experts op specifieke terreinen zoals seksueel geweld, rouw, gehandicapten, ouderen of kinderen. Ook is het mogelijk om via RIVM het Arq-crisisteam in te schakelen.<sup>3</sup> Dit is een team van medewerkers van het Instituut voor Psychotrauma (IVP) en Stichting Impact. Zij kunnen het lokale PSH-team tijdens een crisis ondersteuning kunnen bieden aan het lokale PSH team.

Die ondersteuning kan bijvoorbeeld de vorm hebben van:

- meedenken in het teamoverleg
- input bieden voor het opstellen van informatie voor getroffen
- meedenken over het opstellen van een nazorgplan
- adviseren over de wijze van herdenken
- (adviseren over) de opvang en ondersteuning van betrokken medewerkers en hulpverleners
- ondersteuning bij de evaluatie van de PSH.

Ten aanzien van complexere multidisciplinaire gezondheids-gerelateerde vraagstukken kan een adviesverzoek worden neergelegd bij de Expertgroep van het RIVM.

---

<sup>3</sup> Het team kan ingeschakeld worden via het centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM, telefoonnummer 030 - 274 27 42 of 030 - 274 91 11 (buiten kantooruren). De ondersteuning wordt gefinancierd door VWS en is gratis voor GGD en GHOR.

---

---

# 4 Plannen en Draaiboeken

---

## 4.1 GROP en PSH procesbeschrijving

Elke GGD moet beschikken over een actueel **GGD Rampen Opvang Plan (GROP)**. Hierin zijn de basisvereisten van de crisisorganisatie beschreven. Daaronder vallen melding en alarmering, op- en afschaling, leiding en coördinatie en informatiecoördinatie. Het Modelplan GROP (2012) kan gebruikt worden om na te gaan of het bestaande plan nog voldoet aan actuele eisen.

Daarnaast beschikt elke GGD over een recente **procesbeschrijving PSH**, als onderdeel van het GROP, waarmee ook geoefend is. Deze procesbeschrijving is ook afgestemd met de GHOR en de uitvoerende organisaties. Zaken die hierin zijn vastgelegd zijn:

- Doel van het proces
- Beschikbaarheidsregelingen en de alarmering van functionarissen
- Opschaling – criteria en proces
- Samenstelling team(s), partners waarmee de GGD samenwerkt
- Organisatie en capaciteit
- Verantwoordelijkheden en taken
- Werkzaamheden
- Relatie met het gemeentelijke proces bevolkingszorg
- Informatiemanagement
- Afschaling – criteria en proces
- Regeling ondersteuning en zorg voor de eigen medewerkers
- Evaluatie – criteria en proces

## 4.2 Draaiboeken en protocollen

De hierboven genoemde aspecten moeten worden uitgewerkt in plannen. Daarnaast kunnen draaiboeken en protocollen worden ontwikkeld die gedetailleerder ingaan op aandachtspunten en te nemen stappen. Een *plan* kan bijvoorbeeld vermelden dat het organiseren van een voorlichtingsavond een mogelijke interventie is. In een *draaiboek* staat dan beschreven welke acties dat vraagt en met welke zaken rekening moet worden gehouden bij het organiseren van zo'n avond. Wanneer daarbij bepaalde regels gelden, denk bijvoorbeeld aan het delen van informatie of het benaderen van betrokkenen, kunnen deze worden vastgelegd in *protocollen*.

---

Het opstellen van een draaiboek is raadzaam om de volgende redenen:

- Het biedt houvast en structuur in een chaotische situatie. Het kan tijdswinst opleveren en de kwaliteit van de besluitvorming vergroten
- Lessen en ervaringen uit eerdere casussen kunnen erin worden verwerkt, wat impliceert dat ze een volgende keer ook toegepast worden
- Het versoepelt de overdracht van taken en het inwerken van nieuwe mensen
- Het vergroot het rendement van OTO-activiteiten en van evaluaties, omdat er een duidelijke standaard ligt.

Voorbeelden van draaiboeken en protocollen voor incidenten zijn:

- [Draaiboek Calamiteiten- en Zedenteam Hollands-Midden](#)
- [KIZ Protocollenpakket Rotterdam Rijnmond](#)
- [Procesbeschrijving PSHI Midden- en West Brabant en Brabant Noord](#)

**Let op:**

- Voor de praktische toepasbaarheid van een draaiboek is het van belang dat de mensen die ermee moeten werken er van te voren mee vertrouwd zijn. Het draaiboek dient ook vooral overzichtelijk te zijn. Wanneer er in een draaiboek te veel wordt uitgeweid en op details wordt ingegaan, zal de neiging groot zijn om het in een acute situatie alsnog terzijde te leggen.
  - Het is natuurlijk aan te raden om draaiboeken van anderen te gebruiken als inspiratie voor het eigen draaiboek. Maar houd er rekening mee dat wat ‘werkt’ in het ene team of werkgebied niet noodzakelijkerwijs ook elders past. De (door)ontwikkeling van een draaiboek is een gezamenlijk proces. En als het goed is weerspiegelt het ook opgedane ervaringen. Niemand kan zich in één keer een kant-en-klaar draaiboek eigen maken. Dat remt alleen maar af, of blijft op de plank liggen.
  - Maak het draaiboek zo generiek mogelijk en beschrijf niet allerlei uitzonderingssituaties of scenario's.
-

---

## 5 Gezondheidsonderzoek (GOR)

---

Bij feitelijke of verwachte gezondheidsrisico's bij een ramp of incident, hetzij lichamelijk hetzij psychisch, kan gezondheidsonderzoek (GOR)<sup>4</sup> belangrijke informatie opleveren over behoeften en welbevinden van getroffen en betrokkenen. Ook kan gezondheidsonderzoek worden ingezet om de effectiviteit van de geboden hulpverlening na langere tijd te toetsen. Of gezondheidsonderzoek wordt uitgevoerd, wordt beslist door het bevoegd gezag. Het is aan de GGD om hierover een advies uit te brengen. De [Handreiking Gezondheidsonderzoek na rampen](#) (RIVM 2013) ondersteunt GGD'en bij de beslissing of er al dan niet een gezondheidsonderzoek moet plaatsvinden.

Bij bekende belangrijke bronnen van stress (zoals evacuatie, verlies dierbaren) of als er sprake is van daadwerkelijke, verwachte of vermeende gezondheidsklachten bij getroffen en betrokkenen, kan GOR zinvol zijn. Het kan daarbij gaan om bestaande klachten die aan het incident gekoppeld zijn, maar ook om klachten die aan het incident worden toegeschreven (attributie). Nog een andere mogelijkheid is dat het gaat om klachten waarvan mensen verwachten dat ze zullen gaan optreden. Dergelijke klachten leiden geregeld tot allerlei onrust, ook maatschappelijk gezien. Deze onrust kan tevens een reden zijn om gezondheidsonderzoek te overwegen.

Afhankelijk van de mate en omvang van de ramp kan gezondheidsonderzoek een zorginhoudelijk, beleidsmatig, maatschappelijk of wetenschappelijk doel hebben. Voorbeelden van bepaalde typen onderzoek zijn: individueel medisch onderzoek, onderzoek met behulp van vragenlijsten, of onderzoek aan de hand van registraties van bijvoorbeeld huisartsen. Voor verdere details over de overwegingen die een rol spelen bij gezondheidsonderzoek en de daarmee verband houdende procedures, verwijzen we naar de [Handreiking Gezondheidsonderzoek](#). Hier is van belang te benadrukken dat elke vorm van onderzoek onder getroffen en betrokkenen goed afgestemd dient te worden met de procesleiders van andere betrokken GGD processen en met de gemeente.

---

<sup>4</sup> In sommige regio's wordt het afgekort als GZO, om verwarring met GHOR te voorkomen.

---



# A Checklist voorbereiding

	ja	Wordt aan ge- werkt	nee
De GGD kent één proces PSH met verschillende mate van opschaling			
De GGD heeft één of meerdere Procesleider(s) PSH, Leider(s) Kernteam en Leider(s) Opvangteam benoemd en opgeleid, getraind en geoefend voor het coördineren van PSH			
De GGD beschikt over een uitgewerkt procesplan PSH			
Er is een beknopt en actueel draaiboek voor PSH			
Er is een actueel convenant tussen GHOR en GGD (Convenant Publieke Gezondheid)			
Er is een actueel convenant tussen GGD en relevante partnerorganisaties			
Het proces PSH is onderdeel van de OTO-cyclus van de GGD en opgenomen in het meerjarenbeleidsplan OTO GGD			
De procesleiders PSH zijn goed op de hoogte van hun rol en hun verantwoordelijkheden: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ze zijn bekend met het GGD Rampen Opvang Plan (GROP)</li> <li>– Ze zijn bekend met de crisiscoördinatoren en de procesleiders van de andere processen (MMK, IZB en GOR)</li> <li>– Ze zijn vertrouwd met hun taakomschrijving</li> </ul>			
De procesleiders zijn inhoudelijk goed op de hoogte zijn van het doel van PSH en de te nemen stappen <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ze zijn ze bekend met de inhoud van actuele handreikingen, richtlijnen en procesbeschrijvingen voor hun proces</li> </ul>			
De procesleiders zijn bekend met de afspraken met de PSH ketenpartners en beschikken over een actueel netwerk en de 24-uurs bereikbaarheidsgegevens van de ketenpartners			
De PSH procesleiders weten welke experts ze kunnen inschakelen en hebben de daarvoor benodigde bereikbaarheidsgegevens			
De procesleiders PSH zijn op de hoogte van de mogelijkheden van gezondheidsonderzoek en de afwegingen daarbij en zijn in staat om hierover tijdig met de procesleider GOR in gesprek te gaan			



---

# Deel 2 (Warme fase)

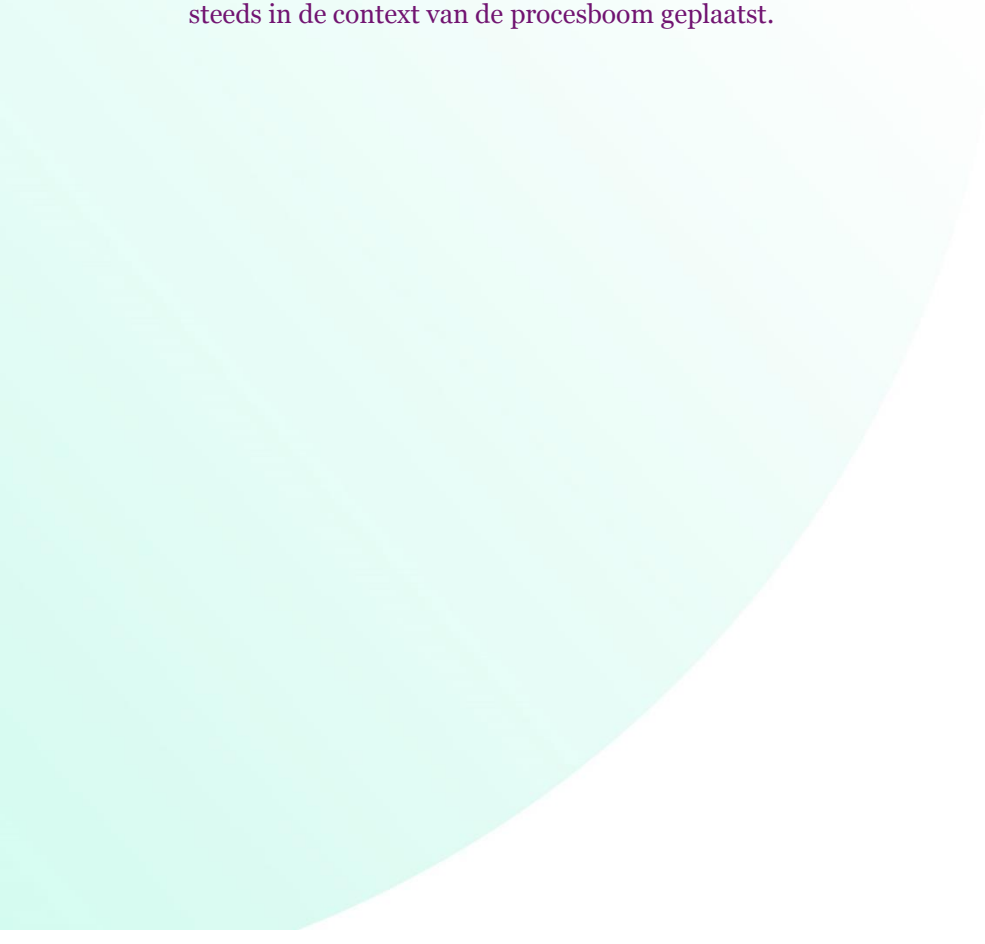
---

Wie, wat, wanneer en hoe in de warme fase

Dit deel is anders van opzet dan Deel 1. Het beoogt direct toepasbare praktische aanknopingspunten te bieden in de vorm van checklists, formats, aandachtspunten en voorbeelden. Daarbij is, waar nodig, onderscheid gemaakt tussen grote en kleine incidenten. De checklists kunnen houvast bieden in uiteenlopende situaties, maar het is uiteraard onmogelijk om uitputtende checklists te maken die bij elke situatie en bij elke aanpak aansluiten. Daarom blijft het noodzakelijk om scherp te blijven op specifieke situatiegebonden elementen die niet genoemd zijn. Behalve dat ze houvast bieden tijdens de warme fase, kunnen de checklists in dit deel ook benut worden voor de uitwerking van een eigen protocol of draaiboek.

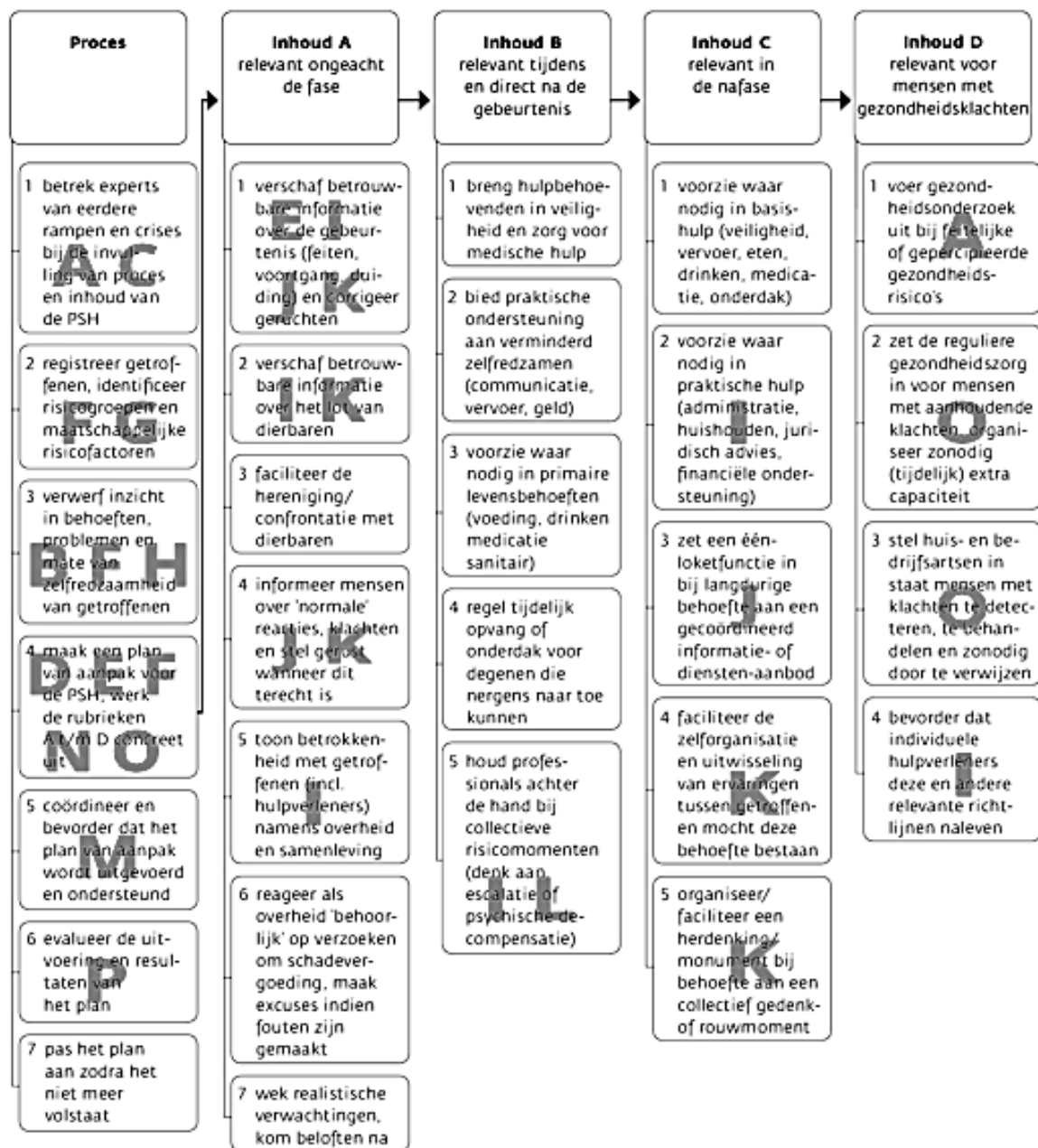
De checklists volgen de chronologie van de processtappen. Figuur 4 op de volgende pagina laat zien hoe ze gekoppeld zijn aan de procesboom: hierin wordt per veld, de corresponderende checklist in deze handreiking aangeduid.

In de checklists zelf wordt naar de velden van de procesboom verwezen aan de hand van een code. Deze bestaat uit een letter (P voor processtap en A, B, C of D voor de afzonderlijke fasen) en een cijfer (het nummer van de betreffende stap of het veld). Daarmee worden de checklists en aandachtspunten steeds in de context van de procesboom geplaatst.



---

Figuur 4 Procesboom met verwijzing naar de checklists



# B Uitvragen melding

Vraag bij een melding onderstaande gegevens:

## **Wie**

Van wie komt de melding? Wat zegt dit over de te volgen procedure?

## **Wat**

Wat is er gebeurd (aard, omvang en gevolgen van incident/ramp)?

## **Wanneer**

Wat is het tijdstip dat het ongeval /de ramp heeft plaatsgevonden?

## **Waar**

Wat is de locatie waar de ramp heeft plaatsgevonden (straat, gemeente, bron, effectgebied, onveilig gebied, en veilig gebied). Wat is dit voor gebied (industrieterrein, woonwijk, school, enz.)?

Zijn er, behalve de eigen regio, ook andere veiligheidsregio's betrokken?

## **Hoe**

Hoe is het ongeval / ramp ontstaan?

## **Opschaling**

Is er sprake van (dreigende) maatschappelijke onrust?

Is er sprake van meerdere geactiveerde GGD-processen (Is het GROEP in werking)?

In hoeverre is de gemeentelijke/regionale rampenorganisatie opgeschaald (GRIP-niveau)?

## **Getroffenen**

Wat is bekend ten aanzien van de getroffenen (wie zijn er betrokken; aantal doden en gewonden; aantal kinderen; aantal ouderen; aantal vluchtelingen / migranten / buitenlanders, geografische spreiding betrokkenen)?

## **Opvangcentrum**

Zijn er centra ingericht? Zo ja, hoeveel? En waar? Hoeveel getroffenen worden verwacht in elk opvangcentrum? Zijn daar al hulpverleners actief?

*Registreer alle informatie uit de melding*

# C Acties direct na melding

## Procesleider PSH

### Bepaal de benodigde mate van opschaling/inzet

1. Is het GROEP in werking gezet?  
Ja > PSH procesleider neemt deel aan het crisisteam en kan een PSH-team inschakelen.  
Nee > PSH procesleider houdt GGD-crisiscoördinator op de hoogte.
2. Is op één of meer van onderstaande vragen het antwoord 'ja', schakel dan de coördinator PSHI in (of pak deze rol op)

- Is er sprake van (risico op) maatschappelijke onrust?
- Is er sprake van (risico op) veel media-aandacht?
- Is er sprake van (risico op) een bestuurlijk afbreukrisico?.
- Zijn er meerdere ketenpartners betrokken en er is behoefte aan afstemming onderling en/of met de gemeente en politie?
- Is er op korte of langere termijn behoefte aan extra PSH-capaciteit of expertise ten aanzien van de situatie?
- Is er sprake van een complexe combinatie van een aantal oorzaken?
- Zijn bij de oplossingen belangentegenstellingen en daaruit voortvloeiende conflictsituaties te verwachten?

3. Is *daarnaast* nog op één of meer van de volgende vragen het antwoord 'ja', schakel dan de Leider Kernteam in (of pak deze rol op) en alarmeer de Leider Opvangteam.

- Is de groep personen die direct of indirect betrokken zijn bij het incident relatief groot?
- Is er opvang nodig van direct of indirect betrokkenen in een opvangcentrum?
- Is er sprake van grote gemeentelijke, regionale en/of landelijke impact?
- Is er (kans op) een ernstige verstoring van de algemene veiligheid?
- Is er (kans op) ontwrichting van de sociale structuur?
- Is er sprake van (risico op) een bestuurlijk afbreukrisico?

### Informeer collega procesleiders

Geef een terugkoppeling van deze acties aan de DPG.

Adviseer eventueel de DPG om experts in te schakelen via RIVM/cGM

Ga na wat de inzet (mogelijk) betekent voor de voortgang van het reguliere werk en tref daarvoor, waar mogelijk, maatregelen.

# Coördinator PSHi

## **Zoek contact met andere betrokken organisaties (bijvoorbeeld gemeente, politie, school)**

- verifieer de melding
- verzamel extra informatie over de situatie ter plekke, de behoefte aan hulp en ondersteuning en welke vorm van directe hulpverlening aan betrokkenen al op gang gekomen is
- maak afspraken over de rol van het PSH team en over de afstemming

## **Informeert de leden van het PSH team**

## **Informeert collega coördinatoren**

## **Plan een teambijeenkomst (zie checklist bijeenkomst)**

# Leider Kernteam

## **Alarmeer leden Kernteam**

**Neem contact op met de Leider Opvangteam**, indien deze actief is.

- Verzamel informatie over de situatie ter plekke, de behoefte aan hulp en ondersteuning, en welke vorm van directe hulpverlening aan betrokkenen al op gang gekomen is.

## **Beleg een bijeenkomst (zie checklist bijeenkomst)**

---

# D Eerste teambijeenkomst (voorbereiding)

## Locatie

- Groot: actiecentrum inrichten in de plaats waar de opvang plaatsvindt, bijvoorbeeld in het de GGD-gebouw of in het gemeentehuis
- Klein: gemeentehuis, politiebureau
- Informeer de receptie, zodat ze weten waar ze de deelnemers naar toe kunnen verwijzen

## Dagen tijdstip

- Hangt uiteraard samen met moment van melding.
- Bij voorkeur niet aan het einde van de dag, zodat geplande acties nog zoveel mogelijk diezelfde dag kunnen worden uitgevoerd..
- Houd ook rekening met andere deadlines (bijvoorbeeld die van een persconferentie) of voorwaarden (bijvoorbeeld de beschikbaarheid van benodigde informatie).

## Uitnodigen

- Stel de leden van het calamiteiten- of kernteam op de hoogte en nodig hen uit. Doe dit bij voorkeur per telefoon, zeker als de bijeenkomst al snel plaatsvindt.
- Ga na of, behalve de teamleden, andere relevante partijen aanwezig moeten zijn bij de bijeenkomst. Bijvoorbeeld medewerkers van een betrokken school, adviseurs, vertegenwoordiger geestelijke verzorging, of doelgroep gerelateerde organisaties (bij betrokkenheid van kinderen bijvoorbeeld JGZ of CJG, bij licht verstandelijk gehandicapten bijvoorbeeld MEE).
- In verband met de afstemming met het gemeentelijke proces bevolkingszorg, is het aan te raden altijd iemand vanuit de gemeente uit te nodigen.
- Zorg daarbij wel dat de groep niet te groot wordt (maximaal één vertegenwoordiger per organisatie).
- Regel een notulist.



# E Eerste teambijeenkomst (agenda)

1. Opening	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doel van de bijeenkomst</li> <li>• Korte schets van de situatie</li> <li>• Uitleg over de verslaglegging</li> <li>• Benadruk het vertrouwelijke karakter van de bijeenkomst</li> <li>• Maak afspraken over het verstrekken van persoonsgegevens</li> </ul>
2. Voorstelronde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Functie, instelling, vervanger</li> <li>• Doorgeven deelnemers- en bereikbaarheidslijst</li> </ul>
3. Vaststellen agenda-punten	
4. BOB: Beeldvorming Oordeelsvorming Besluitvorming	Zie checklist BOB
5. Indien (nu al) nodig: afspraken over informatiebijeenkomst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doel</li> <li>• Doelgroep</li> <li>• Waar</li> <li>• Wanneer</li> <li>• Welke informatie kan er gegeven worden</li> <li>• Uitnodigingen (speciaal aandacht voor het bereiken van bijzondere doelgroepen)</li> <li>• Programma</li> <li>• Taakverdeling</li> <li>• Mogelijke vragen</li> </ul>
6. Communicatie richting de media	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is het huidige mediabeeld?</li> <li>• Check dat er geen informatie naar buiten gaat voordat de direct betrokkenen op de hoogte zijn</li> <li>• Afstemming met politie en gemeente</li> <li>• Zo nodig aanstellen eigen perswoordvoerder</li> <li>• Afspraken over geheimhouding/Informatie naar buiten</li> </ul> <p><i>Het <u>Modelplan GROEP</u> biedt een aantal praktische tips en kaders voor de communicatie met betrekking tot het incident</i></p>
7. Vervolg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bereikbaarheid deelnemers in weekenden/avonden.</li> <li>• Eventuele vervolgbijeenkomst plannen</li> </ul>

# F Checklist BOB

<p><b>Beeldvorming</b></p> <p>Maak onderscheid tussen feiten, veronderstellingen, mogelijke scenario's en conclusies.</p> <p>(Hoe) zijn gegevens geverifieerd? Wat kan nog worden gedaan om gegevens te verifiëren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Feiten over het incident/de ramp</b> Eventueel tijdslijn maken</li> <li>• <b>Wie zijn er betrokken?</b> Zie checklist inventarisatie doelgroepen</li> <li>• <b>Inschatting maatschappelijke onrust</b> Voedingsbodems? Bijvoorbeeld sluimerende onrust, bedreiging kinderen, politieke gevoeligheid, nieuwswaardigheid, voorgeschiedenis, etc.</li> <li>• <b>Feiten over de opvang en hulpverlening tot nu toe</b> Wie zijn betrokken? Eigen ketenpartner(s), brandweer, politie, GHOR, Gemeente(n), communicatieadviseur, RIVM/Centrum Gezondheid &amp; Milieu, overige organisaties, bijvoorbeeld bestuur school, woningbouwverenigingen, etc. Welke maatregelen zijn al genomen en door wie/welke partij? Hoe lopen samenwerkingsrelaties?</li> <li>• <b>Waar vraagt de situatie om?</b> Is opvang, hulpverlening, voorlichting, nazorg noodzakelijk? Waar is behoefte aan? Zie checklist behoeften, problemen, veerkracht. Welke risico's zouden kunnen optreden?</li> <li>• <b>Wat is de beschikbare speelruimte?</b> Moeten we rekening houden met beperkingen door bijvoorbeeld het wettelijk kader?</li> </ul>
<p><b>Oordeelsvorming</b></p> <p>*zie voor uitgewerkte voorbeelden de checklist inzet hulpverleners en de checklist informatieverstrekking</p>	<p><b>Toets mogelijke interventies* aan de uitgangspunten voor goede PSH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sluit het aan bij de behoeften, problemen en risicofactoren?</li> <li>• Is dit het juiste moment of is het in een latere fase aan de orde?</li> <li>• Biedt het ruimte voor de eigen veerkracht en zelfredzaamheid van de betrokkenen?</li> <li>• Maken we zo veel mogelijk gebruik van bestaande structuren?</li> <li>• Doet de aanpak recht aan individu én aan collectief?</li> <li>• Maken we zo efficiënt gebruik van de beschikbare mensen en middelen?</li> <li>• Brengt deze aanpak risico's met zich mee?</li> </ul>
<p><b>Besluitvorming</b></p> <p>op basis van oordeelsvorming</p>	<p><b>Besluiten over inzet en opstellen van een opvang- en hulpverleningsplan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wat</li> <li>• door wie</li> <li>• wanneer</li> <li>• verslaglegging en communicatie</li> </ul>

# G1 Checklist doelgroepen (incidenten)

## Netwerkanalyse

Sociale netwerken zijn niet alleen belangrijk voor het bieden van steun, maar ervaren zelf ook de impact van verlies, ontzetting of angst naar aanleiding van rampen of incidenten. Om een volledig beeld te krijgen van alle (groepen) mensen die ondersteuning nodig hebben, is het nodig om een *netwerkanalyse* uit te voeren. Hiervoor kan bij incidenten gebruik gemaakt worden van het *kringenmodel*, waarbij de overledene(n) of andere direct getroffen(en) centraal staan (zie figuur 3).

- ! Als het incident is veroorzaakt door een menselijke dader, vergeet dan niet om ook de sociale kring van de dader op dezelfde manier in kaart te brengen.

Figuur 3. Kringenmodel voor netwerkanalyse



### **1. Wie is/zijn er overleden of slachtoffer van geweld of misbruik?**

- Zijn de namen officieel bevestigd?
- Waar komen zij vandaan, wat is hun relatie tot de plek van het incident?
- Wat is er bekend over hun achtergrond?

### **2. Zijn er nog mensen vermist?**

- Vermissing brengt andere reacties teweeg dan verlies. Maak duidelijk onderscheid in de benadering tussen nabestaanden en familie van vermisten.
- Bij zedenzaken: zullen zich mogelijk nog meer slachtoffers melden?

### **3. Wie zijn de directe nabestaanden?**

- Uiteraard moet hierbij gedacht worden aan ouders, kinderen, partners, broers en zussen.
- Kijk niet alleen naar de huidige situatie, maar denk ook aan stiefouders of juist biologische ouders, kinderen uit een eerdere relatie, ex-partners en halfbroers en –zussen.

### **4. In welke sociale kringen wordt het verlies nog meer gevoeld?**

- Denk aan de volgende doelgroepen:
  - School (kinderen, docenten, ouders).
  - Sportvereniging (teamgenoten, clubgenoten/leden, trainers, bestuur)
  - Kinderopvang/BSO (kinderen, leiding, ouders)
  - Werkplek (collega's, leidinggevenden, cliënten)
  - Religieuze gemeenschap
- Is er contact is met de leider(s) van de genoemde instellingen om de behoeften te kunnen peilen en af te kunnen stemmen over bijvoorbeeld media-aandacht en de inzet van hulpverleners?
- Is de school op de hoogte gebracht wanneer een kind één of beide ouders heeft verloren?

### **5. Waren er hulpverleners, omstanders of getuigen betrokken?**

- Is bekend welke hulpverleners betrokken waren (bijvoorbeeld bij een reddingspoging of bij het vinden of bergen van overledenen)?
  - Waren er omstanders die hulp hebben geboden, of die getuige waren van de gebeurtenis?
  - Het komt regelmatig voor dat deze mensen zich wat 'vergeten' voelen. Van beide kanten kan er ook vraag zijn naar een ontmoeting tussen nabestaanden en de mensen die getuige zijn geweest van iemands laatste momenten.
-

# G2 Checklist doelgroepen (rampen)

## Doelgroepenmatrix

Bij **rampen en grote incidenten** waarbij meerdere grote groepen in kaart gebracht moeten worden, kan de volgende matrix gebruikt worden.

	Om wie gaat het?	Risicogroepen aanwezig?*	Contact geweest/ zoeken	Contact via:
Nabestaanden	>> Zie kringenmodel			
Gewonden				
Evacués				
Misbruikslachtoffers				
Mensen met materiële schade				
Mensen met financiële schade				
Omstanders/toeschouwers die (uit eigen beweging) zijn geregistreerd				
...				
Samenleving	(wie tonen reactie, zijn er specifieke vragen of initiatieven?)			

\* Vrouwen, kinderen, ouderen, etnische minderheden, omgeving met weinig sociale steun en/of lage sociaaleconomische status, eerder gebeurtenis meegemaakt (stapeleffect), bestaande psychische problemen (toelichting zie [Multidisciplinaire Richtlijn PSH](#), hoofdstuk 2)

# H Behoeften, problemen en veerkracht

Voor elke doelgroep die is geïdentificeerd, moet in kaart worden gebracht welke behoeften en problemen er zijn en in welke mate men zelfredzaam is. **Getroffenen zullen in de verschillende fasen, verschillende behoeften kennen.** Dit punt dient dus in de loop van het proces regelmatig herzien te worden, om als basis te kunnen dienen voor de planvorming.

- ! Ga steeds uit van behoeften die bekend zijn, expliciet geuit zijn of duidelijk gesignaleerd zijn (feitenanalyse), niet van veronderstellingen.

## Behoeften

Focus op de behoefte aan:

- controle en overzicht
- ondersteuning of zorg door psychosociale hulpverleners (opvangteam/specialisten)
- informatie over mogelijke reacties
- duiding en geestelijke ondersteuning
- lotgenotencontact
- ondersteuning bij het omgaan met de media

De gemeente is verantwoordelijk voor andere, meer basale of praktische behoeften zoals:

- opvang
- hereniging
- praktische informatie
- informatie over de toedracht
- een herdenkingsbijeenkomst
- excuses

In een multidisciplinair team (calamiteitenteam) komen deze ook aan de orde.

Bij rampen kan het kernteam hierin adviseren. Uiteraard dient de leider kernteam goed op de hoogte te zijn van de afwikkeling hiervan. Gebrekkige communicatie, of het niet voldoen aan basale behoeften, kunnen namelijk belangrijke bronnen van stress vormen, die psychische klachten of extra behoefte aan psychosociale ondersteuning kunnen veroorzaken.

- ! Voorkom een focus op gevolgen, zonder dat de oorzaken aangepakt worden.

# Problemen

Er is sprake van een probleem wanneer getroffen na een ramp onvoldoende in staat zijn het evenwicht of de controle te hervinden, of te maken hebben met voortdurende psychische klachten die het dagelijks functioneren hinderen. Dergelijke problemen kunnen worden gesignaleerd middels:

- Rapportage van hulpverleners/opvangteam (SITRAP)
- Rapportage van huisartsen aan het kernteam
- Gezondheidsonderzoek, wanneer daar aanleiding toe is (zie [Handreiking Gezondheidsonderzoek na Rampen](#))

In de eerste fase betreft het meestal ‘normale reacties op een abnormale gebeurtenis’, zoals zich afgeestompt voelen, concentratieproblemen, slapeloosheid, gespannenheid, vermoeidheid of verminderde eetlust. Dergelijke reacties nemen over het algemeen in de loop van de tijd af.

Als dat niet gebeurt, is extra aandacht nodig en kunnen zich op langere termijn ook trauma-gerelateerde klachten ontwikkelen. Deze kunnen zich bijvoorbeeld uiten in verhoogde prikkelbaarheid, herbelevingen in de vorm van nachtmerries (gepaard met slecht slapen), herinneringen, flashbacks en dissociatie, en vermijding van prikkels of verdoofd reageren op de omgeving. Ook kunnen zich tekenen van depressie voordoen zoals somberheid, hopeloosheid, schuldgevoel, boosheid, schaamte, middelenmisbruik, een negatief zelfbeeld en passiviteit.

Het is van belang om problemen nog lang te blijven monitoren; soms ontwikkelen mensen pas na langere tijd klachten. In het nafaseplan dient daarom ook aandacht te zijn voor de borging van blijvende aandacht en informatievoorziening. Deze moet aansluiten bij de verschillende fasen na een schokkende gebeurtenis, zoals die zijn beschreven in de [Multidisciplinaire Richtlijn PSH bij rampen en crises \(2014\)](#).

# Veerkracht

Bij veerkracht moet gedacht worden aan het vermogen van getroffen om zelf, of met hulp van hun eigen omgeving, de gevolgen van de gebeurtenis te boven te komen.

## Ga na wat bekend is over:

- Mentale weerbaarheid van de getroffen personen (zelfvertrouwen, *self efficacy*, discipline, gevoel van controle, ervaring in het hanteren van psychische klachten)
- Omvang en capaciteiten van het sociale netwerk – familie, omgeving, kerk, etc. - van de getroffen personen (mate waarin getroffen op dit netwerk terug kunnen vallen, activiteiten die zij daarbinnen ontplooiën)
- Vertrouwen in de verstrekte informatie en in de overheid<sup>5</sup>
- De mate waarin de bestaande structuur van betrokken organisaties (zoals scholen, sportclubs, buurtorganisaties of de werkplek van getroffen) bestand is tegen de impact van de gebeurtenis.
  - Zijn leidinggevenden in staat om hun rol goed in te vullen?
  - Zijn aan de instelling verbonden hulpverleners zoals schoolartsen, maatschappelijk werkers, vertrouwenspersonen, collegiaal ondersteuners en dergelijke in staat om adequate opvang te bieden?

<sup>5</sup> Gebaseerd op [Veerkrachtmonitor](#), Impact 2011.

# I Voorbeeld afwegingen inzet van hulpverleners

Oordeelsvorming op basis van beeldvorming	Besluitvorming (indien positief antwoord op vragen bij oordeelsvorming)
<p><b>Sluit aan bij behoeften, problemen en risicofactoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Is er behoefte aan individuele begeleiding?</li> <li>– Is er sprake van (acute) psychische problematiek?</li> <li>– Is er behoefte aan duiding en geestelijke ondersteuning</li> <li>– Is er sprake van risicogroepen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zorg voor passende zorg door de ketenpartners of binnen de reguliere zorg.</li> <li>– Schakel de GGZ in</li> <li>– Schakel geestelijke verzorging in</li> <li>– Schat risico's in en schakel hulpverleners in met competenties gericht op de betreffende groep.</li> <li>– Benader etnische minderheden zo regulier als mogelijk en zo cultuurspecifiek als nodig.</li> </ul>
<p><b>Sluit aan bij dynamiek en fase</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zijn er (informatie)bijeenkomsten?</li> <li>– Worden evacués gezamenlijk opgevangen?</li> <li>– Is er sprake van risicofactoren, specifiek voor de eerste fase (blootstelling aan dood en vernietiging, doodsangst, dissociatie, verlies van wat dierbaar is en bijkomende stressbronnen, geografische en gepercipieerde nabijheid van de ramp, bijkomend verlies en andere stressbronnen).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Afhankelijk van te verwachten reacties/emoties hulpverleners op de achtergrond beschikbaar (zonder hesjes!)</li> <li>– Deskundige leveren voor vraagbaak/forum van experts (indien van toepassing)</li> <li>– Afhankelijk van te verwachten reacties en emoties/ hulpverleners op de achtergrond beschikbaar/aanwezig voor luisterend oor, steun en troost, oog voor praktische behoeften</li> <li>– Beoordeel of dit om extra of specifieke inzet van hulpverleners vraagt, met in acht-neming van andere overwegingen.</li> </ul>



Oordeelsvorming op basis van beeldvorming	Besluitvorming (indien positief antwoord op vragen bij oordeelsvorming)
<p><b>Sluit aan bij veerkracht en zelfredzaamheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schat in wat mensen zelf (niet) kunnen doen om hun gevoel van controle en veiligheid te hervinden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wees terughoudend met de inzet van hulpverleners; geef mensen vooral snel weer zelf controle. Bij een te groot hulpaanbod gaan mensen die niet direct hulp nodig hebben, eerder geloven dat ze hulp nodig hebben.<sup>6</sup></li> <li>– Identificeer en mobiliseer steunbronnen in de sociale omgeving</li> </ul>
<p><b>Sluit aan bij de context van de getroffen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zijn in het getroffen gebied, of rondom de getroffen personen, hulpverleners of organisaties actief die bekend zijn met de getroffen en zijn die in staat reguliere ondersteuning te bieden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schakel de betreffende organisaties in bij de opvang en eventueel in het kernteam. Ondersteun hen waar nodig. Stel de organisaties in staat om te zorgen voor continuïteit van zorg, en waar nodig voor een goede overgang van acute hulp naar reguliere zorg.</li> </ul>
<p><b>Sluit aan bij aanwezige hulpverleningscapaciteit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zijn bestaande structuren intact/bestand tegen de impact van de gebeurtenis?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zet in op ondersteuning van bijvoorbeeld leidinggevenden of leerkrachten, maar laat hulpverleners hun taken niet overnemen.</li> </ul>

<sup>6</sup> In de Richtlijn PSH wordt het evenwicht tussen hulpvraag en –aanbod duidelijk gemaakt in het parabooolmodel. Het juiste evenwicht wordt bereikt vanuit een goede inschatting van de situatie.

# J Voorbeeld afwegingen informatieverstrekking

De Multidisciplinaire Richtlijn PSH stelt dat **voorlichting** moet worden geboden die ten minste bestaat uit:

- (a) geruststellende uitleg over mogelijke reacties;
- (b) aanraden om de dagelijkse routine op te pakken, uiteraard voor zover mogelijk; en
- (c) aangeven wat men zelf kan doen en wanneer en waar hulp te zoeken.

In de Richtlijn worden verschillende **manieren** benoemd om informatie te delen:

- via speciaal aangewezen contactpersonen voor getroffen
- instellen van een informatienummer
- persconferenties
- informatiebijeenkomsten
- besloten bijeenkomsten voor overlevenden en nabestaanden
- massamedia
- mailing, brochures en websites
- al dan niet gesloten fora
- Informatie en adviescentrum (IAC) of Online informatie en verwijscentrum (IVC)

In de checklist hieronder ligt de focus op de besluitvorming over de communicatie van de specifieke thema's voor de GGD: **reacties en handelingsperspectief**. Hoe informatie aangeboden dient te worden, hangt af van de situatie. Voor het bepalen van de inhoud is het cruciaal aan te sluiten bij de betreffende fase.

Oordeelsvorming vanuit beeldvorming	Besluitvorming
<p>Sluit aan bij behoeften, problemen en risicofactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Spelen er specifieke thema's waar informatie over nodig is (bijvoorbeeld vermissing, aanhoudende dreiging, etc.)?</li> <li>– Moet informatie in meerdere talen worden gegeven?</li> <li>– Is er behoefte aan interactie, het stellen van vragen, het uiten van zorgen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schakel experts in om de informatie te ontwikkelen of te toetsen.</li> <li>– Schakel tolken in, test vertalingen van folders en website.</li> <li>– Adviseer de gemeente een specifieke telefoonlijn in te stellen als er sprake is van een groot aantal getroffen</li> </ul> <p>of bij een grote spreiding en rust de telefonisten toe met voldoende begrijpelijke informatie over psychische reacties en verwijzingen naar de juiste opvang/ondersteuning.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ondersteun de gemeente in het organiseren van een informatiebijeenkomst. Houd hulpverleners beschikbaar om mogelijke vragen te beantwoorden.</li> </ul>
Sluit aan bij dynamiek en fase	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Doseer de informatie en adresseer alleen de onderwerpen die in de gegeven situatie relevant zijn.</li> <li>– Ontkracht geruchten waar mogelijk met betrouwbare en juiste informatie.</li> </ul>
Sluit aan bij veerkracht en zelfredzaamheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Doseer informatie over mogelijke reacties; het moet geruststellend zijn, geen angst of paniekreacties in de hand werken.</li> <li>– Geef concrete tips over wat mensen zelf kunnen doen om de draad weer wat op te pakken.</li> </ul>
Sluit aan bij de context van de getroffen(e)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zorg dat informatie het eerst komt bij de mensen die het direct aangaat.</li> <li>– Ga na welke kanalen de verschillende doelgroepen gebruiken en wie als betrouwbare zender gezien wordt.</li> <li>– Formuleer de boodschap in een taal die begrijpelijk is voor de doelgroep</li> <li>– Verzamel vragen vanuit de (sociale) media en beantwoordt deze middels een FAQ-list en/of publieksinformatie.</li> </ul>
Sluit aan bij aanwezige (hulpverlenings)capaciteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Laat leerkrachten communiceren met kinderen, en schoolbesturen met ouders.</li> <li>– Zorg voor aanspreekpunten in lokale gemeenschappen (denk aan verenigingen, kerken).</li> </ul>

# K Aandachtspunten bijeenkomsten

## Wanneer is een bijeenkomst een geschikt middel?

- Als de groep direct betrokkenen (redelijk) omvangrijk is
- Als deze groep tegelijkertijd op de hoogte moet worden gebracht van nieuwe informatie of ontwikkelingen (voordat het via de media naar buiten komt)
- Als er veel geruchten de ronde doen die onrust veroorzaken
- Als er veel vragen leven die centraal beantwoord kunnen worden

## Als de emoties hoog oplopen...

Wanneer er sprake is van grote onrust, protest, boosheid, wantrouwen jegens de betrokken instelling, hulpverleners of overheid, kan dat huiverig maken voor het organiseren van een bijeenkomst. Soms is dat terecht maar, mits goed geleid en goed getimed, kan een bijeenkomst in een dergelijke situatie ook juist de druk van de ketel nemen en openingen bieden. In een dergelijke situatie is het dus extra belangrijk om niet van een standaardrolverdeling of draaiboek uit te gaan, maar te zoeken naar een gespreksleider die de kwaliteiten en het vertrouwen heeft die op dat moment nodig zijn. Dit kan ook een externe gespreksleider zijn.

## Soorten bijeenkomsten

	Doel	Doelgroep	Moment en duur	Door wie
Eerste informatie-bijeenkomst	<p>Informereren over incident en aanpak</p> <p>Ruimte bieden voor vragen</p> <p>Verminderen onrust, onzekerheid en geruchten</p>	Direct betrokkenen, naasten/nabestaanden, ouders (bijvoorbeeld bij zedenzaak), buurtbewoners (bijvoorbeeld bij milieu-incidenten)	<p>kort (liefst binnen 24 uur) na incident of bijvoorbeeld bij het bekend worden van een zedenzaak</p> <p>Duur: 2 – 2,5 uur</p>	<p>Gespreksleider</p> <p>Procesleider PSH</p> <p>Politie</p> <p>Directeur van de betrokken instelling</p> <p>Relevante expert (bijvoorbeeld jeugdarts, pedagoog, GGZ, milieu-arts, etc.)</p>

				Opvangmedewerkers op de achtergrond
Volgende informatiebijeenkomst	<p>Informereren over voortgang, nieuwe ontwikkeling of risico's</p> <p>Ruimte voor vragen</p> <p>Ruimte voor lotgenotencontact</p>	idem	<p>Tweede bijeenkomst kan vrij snel na de eerste</p> <p>Latere momenten: bijvoorbeeld voor uitkomen onderzoeksrapport, bij sleutelmomenten in strafrechtproces</p> <p>Duur: 2 – 2,5 uur</p>	idem
Lotgenoten ontmoeting	<p>Gezamenlijke reconstructie gebeurtenissen – mensen hun verhaal laten doen</p> <p>Ontmoeting met hulpverleners en nabestaanden</p> <p>Ontmoeting met lotgenoten</p>	Direct betrokkenen; nabestaanden, gewonden, hulpverleners, burgerhulp	Nafase	<p>Gespreksleider</p> <p>Gemeente</p> <p>PSH procesleider</p> <p>Betrokken Hulpverleningsinstanties</p> <p>Opvangmedewerkers op de achtergrond</p>
Opvang, (informele) rouwbijeenkomst	<p>Gezamenlijk rouwen</p> <p>Medeleven tonen</p> <p>Ruimte voor vragen</p>	(geografische) omgeving incident/betrokkenen; buurt, school, werkplek, kerk, etc.	<p>Eerste dag(en) na incident/ramp</p> <p>Duur: half uur tot een uur, en/ of vrije inloop</p>	<p>Gemeente</p> <p>Leiding van de betrokken organisatie</p> <p>Opvangmedewerkers op de achtergrond</p>
Formele herdenkingsbijeenkomst	Ontmoeting, erkenning, eerbied tonen, zinvol handelen in chaotische situatie, gemeenschapsgevoel vormgeven, afsluiting rouwperiode voor samenleving	Nabestaanden, naasten, betrokkenen, hulpverleners, crisisteam, betrokken geestelijk verzorgers, hoogwaardigheidsbekleders, directeuren betrokken instellingen, omgeving en samenleving (via media)	<p>Na uitvaarten, binnen tien dagen na incident/ramp</p> <p>Duur: drie kwartier tot een uur</p>	Initiatief overheid/gemeente

## Aandachtspunten informatiebijeenkomst<sup>7</sup>

- Wees in de uitnodiging en aan het begin van de bijeenkomst duidelijk over het doel, zodat er geen verkeerde verwachtingen ontstaan.
- Ga in de voorbereiding niet in de eerste plaats uit van wat er te vertellen is, maar van de informatiebehoefte. Bereid je zo voor op vragen die moeilijk of niet te beantwoorden zijn, maar zeker gesteld zullen worden.
- Geef duidelijk aan welke informatie wel en welke niet gegeven kan worden en waarom.
- Benoem wat je met de vragen gaat doen die je niet direct kunt beantwoorden.
- Maak een draaiboek voor de avond en spreek procedures voor het stellen van vragen van tevoren door.
- Maak dat het niet te zakelijk overkomt. Creëer een uitnodigende sfeer, met ruimte voor ontmoeting en koffie en thee. Plan in het programma zeker een half uur inlooptijd en ook een pauze.
- Zorg dat er relevant informatiemateriaal, folders van betrokken hulpinstellingen en/of telefoonnummers beschikbaar zijn.
- Waak voor een te overduidelijke aanwezigheid van psychosociale hulpverleners.
- Rond de bijeenkomst op een duidelijke manier af, door een samenvatting te geven van de komende acties. Benoem (nogmaals) een contactpersoon, wijs op informatiemateriaal en geef duidelijkheid over de verdere gang van zaken rond de informatievoorziening (komen er meer bijeenkomsten, of volgt er nog een brief, is er een website of een besloten forum, etc.)

Voor **Aandachtspunten lotgenotenbijeenkomsten**, zie Handreiking [Samen Slimmer, Samen Sterker](#) (Impact 2008) en voor **Aandachtspunten Herdenkingsbijeenkomst**, zie [Handreiking Herdenken](#) (Impact 2012).

---

<sup>7</sup> Gebaseerd op KIZ-protocollenpakket, [Aanpak kleinschalige incidenten en zedenzaken](#), GGD Rotterdam, Bijlage IV, p.51 en 52; en [Draaiboek Calamiteiten- en Zedenteam Hollands Midden](#), checklist voorlichtingsbijeenkomst, p.25-28. Deze draaiboeken bevatten ook meer gedetailleerde informatie over opzet van een avond, rolverdeling en tips.

---

# L Op de opvanglocatie

In de eerste uren na de gebeurtenis kan worden besloten om mensen samen te brengen op één of meerdere opvanglocaties. Dat kan bijvoorbeeld een gymzaal zijn of een zaaltje in een gemeenschapscentrum. Het realiseren van die opvang is een taak die past bij de gemeentelijke bevolkingszorg. Maar in de praktijk gaat deze opvang samen met de inzet van een – bij voorkeur multidisciplinair – team bestaande uit GGD en ketenpartners, zoals Slachtofferhulp Nederland, Algemeen Maatschappelijk Werk en de Geestelijke Gezondheidszorg. Hieronder zijn praktische tips terug te vinden voor zo'n eerste opvang.

## Leider opvangteam

- Leg contact met de gemeentelijke opvangcoördinator.
- Verdeel de ruimte in vakken en wijs opvangkrachten toe aan deze vakken.
- Creëer met het team een rustmoment om af te kunnen stemmen: dit is de situatie, wie doet wat, stel een vergaderklok in om snel te kunnen afstemmen en bijsturen.
- Houd in het oog dat opvangsters niet of alleen in overleg mensen aanspreken buiten het hun toegewezen vak. Daarmee wordt voorkomen dat mensen door meerdere hulpverleners worden aangesproken.
- Zorg dat opvangkrachten op tijd een pauze nemen.
- Bepaal wanneer opvangsters naar huis kunnen, maar zorg ervoor dat niet iedereen tegelijk weggaat. Zorg voor een goede aflossing en overdracht. Zorg dat in voorkomende gevallen ook 's nachts ten minste één of twee psychosociale hulpverleners aanwezig zijn.

## Opvangkrachten

- Draag zoveel mogelijk bij aan orde en rust.
- Voer een korte verkenning uit: maak een inschatting van de sfeer, registreer opvallende zaken zoals een herriebron of andere irritatiefactoren. Mensen die erg overstuur of verdrietig zijn kunnen ertoe bijdragen dat anderen zich ook zorgen gaan maken.
- Sta open voor vragen en de eventuele behoefte van mensen om te praten.
- Neem op tijd een pauze.

## Algemeen

- Wees creatief.
- Werk vanuit het motto: “als je iets niet weet, benader iemand die het wel weet”.

# M Formats voor coördinatie van de uitvoering

De coördinatie en aansturing van de PSH worden ondersteund door een aantal documenten. De coördinator of teamleider houdt gedurende de hele casus een **logboek** bij. Informatie en actiepunten uit bijeenkomsten worden vastgelegd in een **verslag**. De besluitvorming resulteert in een **Plan van Aanpak**. Voor de coördinatie van de uitvoering moet er enerzijds zicht zijn op de manier waarop besluiten worden uitgevoerd en anderzijds of er nieuwe problemen of behoeften zijn die vragen om een besluit. Terugkoppeling vanuit het veld gebeurt daarom middels een Situatie Rapport (**SITRAP**). Verdere besluitvorming daarover vindt plaats in **teambijeenkomsten**.

## Logboek

**Wie** Leider (coördinator, leider kernteam, procesleider)

**Doel** Overzicht houden door chronologische bundeling van alle gegevens, duidelijkheid creëren over wat er is gedaan en wat nog openstaat. Dit versoepelt de overdracht.

**Toegankelijk voor** collega-leiders bij de overdracht (niet openbaar, kan gedetailleerde gegevens van betrokkenen bevatten)

**Frequentie** Logboekblad invullen na elk bericht dat om een actie vraagt. Elke afhandeling noteren.

### Inhoud

- *Registratie*: datum, tijdstip, volgnummer logboekblad (om de chronologie te bewaken), naam invuller en, waar relevant, de naam van degene aan wie het registreren wordt overgedragen.
- *Informatie*: korte inhoud bericht, met vermelding van afzender of bespreking
- *Actie*: wat is er toegezegd, wie voert het uit?
- *Afhandeling*: wanneer is dit actiepunt afgehandeld? (Datum, tijdstip)
- *Leerpunten*: Naast de logboekbladen met bovenstaande indeling, kan een apart blad in de logboekbundel worden opgenomen waarop gaandeweg leerpunten genoteerd kunnen worden.

## Verslag

**Wie** Notulist bijeenkomst

**Doel** Overzicht houden door informatie en actiepunten uit bijeenkomsten te noteren.

**Toegankelijk voor** allen die waren uitgenodigd voor de bijeenkomst

**Frequentie** na elke bijeenkomst

### Inhoud

- *Registratie*: datum, tijdstip, locatie, aanwezigen, afwezigen



- *Informatie*: korte weergave beeldvorming en oordeelsvorming (Zie checklist BOB)
- *Besluiten*: korte weergave besluiten
- *Acties*: acties uit te voeren door de teamleden (korte termijn) wie doet wat wanneer?

## Plan van Aanpak

**Wie** (aansturing door) Procesleider/coördinator

**Doel** concreet en toetsbaar plan als leidraad voor de uitvoering

**Toegankelijk voor** teamleden, crisiscoördinator GGD, DPG, ACGZ GHOR,

**Frequentie** aanvullen en bijstellen voor elke fase

### Inhoud

- *Registratie*: datum, versienummer
- *Informatie*: korte schets situatie en risicofactoren
- *Acties*: aanpak: wie doet wat wanneer?

## SITRAP

**Wie** hulpverleners ter plaatse (kleine incidenten), Leider Opvangteam (grote incidenten, rampen)

**Doel** inzicht in de voortgang, terugkoppeling uitvoering besluiten en doorgeven problemen en behoeften die om besluiten of bijsturing vragen; voeden met informatie voor persbericht of persconferentie, informatie voor opstellen nafaseplan

**Toegankelijk voor** leider kernteam, coördinator, procesleider, DPG

**Frequentie** afhankelijk van situatie, afspreken

### Inhoud

- *Registratie*: incident, datum, moment waarop de rapportage betrekking heeft, volgnummer, terugkoppeling gewenst vóór welk moment
- *Feiten*: Wat, waar, wanneer, waardoor, wie (getroffenen, veroorzakers/verdachten, en betrokkenen. In volgende SITRAPs alleen wijzigingen vermelden.
- *Acties*: wat is er uitgevoerd, door wie (instelling)
- *Reacties*: welke reacties zijn hierop ontvangen vanuit de doelgroepen, welke behoeften worden kenbaar gemaakt
- *Ontwikkelingen*: binnen de gerapporteerde periode, positief en negatief. Bijvoorbeeld mate van maatschappelijke onrust
- *Toestand getroffenen*: bijvoorbeeld ziekenhuis, aard verwonding, familie ingelicht, psychische reacties, veerkracht, *resources*
- *Toestand medewerkers*: conditie, vragen, beschikbaarheid
- *Aanbevelingen*: voor bijstellen besluiten of aanpak
- *Beslispunten*: vragen waarover een besluit genomen moet worden
- *Afspraken*: wat in het veld afgesproken is over bijvoorbeeld privacy, taakverdelingen, acties, etc.
- *Overige relevante informatie*

# Bijeenkomsten

**Wie** team

**Doel** gezamenlijke beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming, terugkoppeling van actiepunten, opstellen en bijstellen plan van aanpak

**Frequentie** afhankelijk van de fase; in de acute fase mogelijk dagelijks

**Inhoud**

*Actielijst vorige bijeenkomst*: wat is afgehandeld, wat is eruit gekomen

*BOB*: zie Checklist BOB. In de latere bijeenkomsten alleen nagaan wat er is veranderd ten opzichte van de vorige keer

*Acties uitzetten*

*Plannen volgende bijeenkomst*

---

# N Afschaling

In het GROEP is vastgelegd wie het besluit tot afschaling van de GGD neemt. In de meeste gevallen zal dit de DPG zijn. In een GRIP-situatie staat afschaling van de GGD los van het moment van de GRIP-afschaling: dit hoeft niet gelijktijdig te zijn. Afschaling gebeurt op inhoudelijke gronden. Stel hiervoor een gemotiveerd advies aan de DPG op, evenals een plan voor de nafase.

Ten aanzien van PSH kan afschaling worden geadviseerd als er geen centrale coördinatie meer nodig is omdat:

- (Potentiële) bronnen van stress waar mogelijk zijn weggenomen en de betrokkenen een gevoel van controle hebben herwonnen.
- Er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat de eventuele behoefte aan ondersteuning binnen het reguliere circuit kan worden geboden.
- De dreiging van maatschappelijke onrust is verdwenen of tot een beheersbaar niveau gedaald.

Zodra er opdracht is gegeven tot afschaling:

- Bespreek in het team een fasering en vervolgacties om de overgang soepel te laten verlopen.
- Stel een nafaseplan op (zie O. Format Nafaseplan)
- Ontbind de teams en besteed aandacht aan mogelijke reacties bij medewerkers.
  - Begeleid terugkeer naar reguliere werkzaamheden.
  - Bied mogelijkheid om na te praten en af te sluiten.
  - Houd ook op langere termijn in de gaten of de medewerker negatieve gevolgen van zijn/haar inzet ondervindt met betrekking tot zijn/haar eigen gezondheid of functioneren.

## 0 Format Nafaseplan

Zorg, voordat iedereen weer overgaat tot de orde van de dag, voor een plan voor de komende tijd en de langere termijn. Dit plan moet aansluiten bij het nafaseplan van de (lokale) overheid. Het kan ook opgesteld worden als onderdeel van het gemeentelijk nafaseplan.

In het nafaseplan is aandacht voor:

- Korte schets en evaluatie van de geboden hulpverlening tot zover
- Wat kan worden afgesloten?
- Wat kan doorgang vinden in de reguliere structuur?
- Wat moet worden overgedragen? Aan wie? Zijn daarbij knelpunten te verwachten?

Inventariseer bovendien (bijvoorbeeld aan de hand van de meest recente SITRAPs):

	Behoefte/cont- nueren?	Wanneer?	Door wie?	Hoe?
Inhoudelijke ondersteuning aan huisartsen				
Laatste informatiebijeenkomst voor betrokkenen				
Verdere begeleiding van de betrokken instelling (bijvoorbeeld op het punt van een veilig klimaat, omgaan met rouw, of het voorkomen van seksueel misbruik)				
Verdere informatieverstrekking over materiële, juridische en/of financiële gevolgen				
Nadere informatie over psychische klachten				
Informatie en Advies Centrum (IAC)				
Online Informatie en Verwijs Centrum (IVC)				
Gezondheidsonderzoek				
Monitoren getroffen				

# P Evaluatie

In de [Multidisciplinaire Richtlijn PSH](#) ligt veel nadruk op het belang van een goede evaluatie. Regelmatige reflectie op het handelen en evaluatie zijn cruciaal om passende, behoeftegerichte zorg te bieden. Bovendien draagt een goede evaluatie bij aan de kennisontwikkeling ten aanzien van PSH bij schokkende gebeurtenissen. Door systematisch de resultaten van de geleverde PSH te evalueren kan de kennis die wordt opgedaan, worden vastgehouden en gedeeld. Op die manier komen we steeds dichterbij een goed voorbereide, gerichte en efficiënte ondersteuning. Tevens is het van belang dat de kennis uit evaluaties weer wordt meegenomen in opleiden, trainen en oefenen.

## Hoe PSH evalueren?<sup>8</sup>

De **kernvraag** bij een evaluatie is of de aanpak, de condities waaronder deze is gerealiseerd, en de uitkomst in de praktijk overeenkomen met de plannen, wensen en verwachtingen van betrokkenen. Daartoe behoren uiteraard ook de getroffen.

Relevant is dat PSH in de regel is opgebouwd uit drie bouwstenen:

- structuur: denk aan betrokken partijen, mensen, middelen, instrumenten, taken en verantwoordelijkheden, coördinatiemechanismen, procedures en overeenkomsten;
- proces: de concrete activiteiten in het kader van de PSH, inclusief de afstemming van eenieiders inzet; denk aan verstrekte informatiebrochures, inventarisatie van behoeften en problemen, herdenkingsmomenten, websites voor getroffen, werkzaamheden van specifieke ketenpartners;
- uitkomst: dat wat het proces heeft opgeleverd voor getroffen, zowel feitelijk als gepercipiëerd.

Een uitdaging bij de evaluatie is de kernvraag te beantwoorden en in dat antwoord de kennis te laten terugkeren over de drie bouwstenen en de relaties tussen die bouwstenen. Hieronder zijn praktische evaluatiestappen uitgewerkt om dit in de praktijk te brengen. Ook wordt stilgestaan bij instrumenten die nuttig kunnen zijn.

## Praktische evaluatiestappen

1. Bepaal de focus van de evaluatie. Het kan gaan om een breed pakket aan PSH maatregelen of een enkele (deel)taak, die voor rekening komt van een of meerdere partijen binnen of buiten de GGD. Het kan gaan om een stukje van het tijdstraject, maar ook om de gehele respons en nazorg. Wordt er ingezoomd op specifieke doelgroepen zoals kinderen, ouderen of etnische groepen?

---

<sup>8</sup> Bron: Dückers MLA, Thormar SB (2014). Post-disaster psychosocial support and quality improvement: A conceptual framework for understanding and improving the quality of psychosocial support programs. *Nursing & Health Sciences*, in druk.

2. Beschrijf wat er door betrokken partijen op verschillende momenten is gedaan tijdens en na de gebeurtenis met het oog op het focusgebied. Creëer en verifieer dit feitenrelaas met betrokkenen.
3. Ga na wat de diverse partijen hadden verwacht en gewenst ten aanzien van de eigen rol en die van anderen.
4. Ga na in hoeverre de uitvoering daarmee in overeenstemming was. Breng in kaart waar verwachtingen of wensen afwijken van de praktijk.
5. Daar waar er afwijkingen zijn, kunnen er specifieke verklaringen worden benoemd waarover de betrokkenen het al dan niet eens zijn? Zijn er los daarvan verbeterpunten aan te wijzen?
6. Evalueer de kwaliteit. Sta met elkaar stil bij de volgende kwaliteitscriteria en inventariseer problemen en oorzaken.

Kwaliteitscriterium (zie Multidisciplinaire Richtlijn PSH)	Dit ging goed / niet goed / weet niet?	Wat maakt dat het goed of niet goed ging, of dat dit onduidelijk is?
Behoeftegericht: bij beslissingen is zoveel mogelijk rekening gehouden met individuele wensen, behoeften en waarden		
Effectief: gebaseerd op wetenschappelijke kennis, toegespitst op de mensen die daar belang bij hebben, bijdragend aan het doel		
Efficiënt: minimale verspilling van middelen, ideeën en energie		
Veilig: voorkomt schade aan mensen, maakt problemen niet erger dan niet ingrijpen		
Tijdig/gepast: minimale wachttijden en vertragingen		
Gelijk: geen kwaliteitsverschillen op basis van persoonlijke kenmerken zoals geslacht, leeftijd en etniciteit		

7. Werk aan verbetering. Is het mogelijk om knelpunten of risico's in de toekomst te voorkomen? Zo ja, wat is daarvoor nodig?

---

# Instrumenten

Gezien het grote belang van evaluatie is het opvallend dat het instrumentarium voor het toetsen van kwaliteit vooralsnog vrij beperkt is. Van de formeel vastgelegde criteria, eisen en afspraken kan worden nagegaan of ze uitgevoerd zijn, het [Modelplan GROP](#) en ook de eerder genoemde draaiboeken bieden hiervoor voorbeeldformulieren. Dergelijke formulieren kunnen ook gebruikt worden om bovenstaande stappen te concretiseren en uit te voeren.

De centrale vraag, namelijk of de geboden zorg passend is geweest, is vaak moeilijker te beantwoorden. Om hier inzicht in te krijgen, is de [QPC Vragenlijst Getroffenen](#) ontwikkeld. QPC staat voor Quality of Psychosocial Care. De vragenlijst heeft betrekking op ervaringen met psychosociale hulpverlening en kan worden ingevuld door personen die getroffen zijn door een schokkende gebeurtenis. Door ervaringen van getroffen en in kaart te brengen biedt de vragenlijst inzicht in de kwaliteit van de psychosociale hulpverlening vanuit het perspectief van de getroffen.

De vragenlijst kan overal in Nederland worden ingezet. De vragen hebben vooral betrekking op de hulp in de eerste weken na de schokkende gebeurtenis. Het is raadzaam om de lijst daarom ongeveer 7-9 weken na de gebeurtenis te versturen, zodat respondenten zich alles nog goed herinneren. Een mogelijk verder traject kan het oordeel dan tenminste niet beïnvloeden. In situaties die daar om vragen, kan daarvan natuurlijk worden afgeweken. Bijvoorbeeld wanneer veel getroffen nog in het ziekenhuis liggen, of als er nog veel onzekerheid bestaat zoals bij een vermissing.

Het uitzetten van de vragenlijst, en dat geldt ook voor de analyse en de rapportage van de resultaten, kan worden uitgevoerd binnen de betreffende GGD met behulp van de 'toolkit'. Deze bestaat uit een vragenlijst, een instructie, een rapportageformat, een SPSS syntax en een factsheet. Deze toolkit en aanvullende informatie over de vragenlijst zijn te vinden op [www.qpctoolkit.nl](http://www.qpctoolkit.nl). Bij dit hele proces wordt ondersteuning geboden door de Stuurgroep QPC (Impact/GGD Amsterdam).

De resultaten van de vragenlijst geven inzicht in de manier waarop getroffen de hulp die ze ontvangen, hebben ervaren. Het laat zien wat getroffen belangrijk vinden en of de geboden hulp aan hun verwachtingen heeft voldaan. Op deze manier komen sterke punten naar voren en worden ook knelpunten gesignaleerd. Dit biedt informatie voor verantwoording en voor verbetering. Door de QPC gegevens te koppelen aan interne (proces)evaluaties, wordt duidelijk waar de aangrijpingspunten liggen om knelpunten aan te pakken.

---

---

# Bijlage 1 Lijst van afkortingen

ACGZ	Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg (GHOR-functie)
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
BJz	Bureau Jeugdzorg
BOB	Beeldvorming-Oordeelsvorming-Besluitvorming
BSO	Buitenschoolse Opvang
CGM	Centrum Gezondheid en Milieu
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
DPG	Directeur Publieke Gezondheid
FAQ	Frequently Asked Questions
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlenings Organisatie in de Regio
GOR	Gezondheidsonderzoek bij Ongevallen en Rampen
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdings Procedure
GROP	GGD Rampen Opvang Plan
GZO	Gezondheidsonderzoek
IAC	Informatie- en Adviescentrum
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVC	Informatie- en Verwijscentrum
IVP	Instituut voor Psychotrauma
IZB	Infectieziektenbestrijding
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LKT	Leider kernteam
LOT	Leider opvangteam
MMK	Medische Milieukunde
MW	Maatschappelijk Werk
OTO	Opleiden-Trainen- Oefenen
PG	Publieke Gezondheid
PSH	Psychosociale Hulpverlening
PSHi	Psychosociale Hulpverlening bij Incidenten
PSHOR	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
QPC	Quality of Psychosocial Care
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SHN	Slachtofferhulp Nederland
SITRAP	Situatie Rapportage (aan kernteam PSHOR)
Wpg	Wet publieke gezondheid

---



---

# Bijlage 2 Lijst van documenten

- [Besluit Personeel Veiligheidsregio's \(Rijksoverheid 2010\)](#)
  - [Draaiboek Calamiteiten- en Zedenteam Hollands-Midden \(GGD HM 2010\)](#)
  - [Handreiking Gezondheidsonderzoek na Rampen \(RIVM 2013\)](#)
  - [Handreiking Herdenken \(Impact 2012\)](#)
  - [Handreiking 'Rampenspirit' \(Impact 2011\)](#)
  - [Handreiking 'Samen Slimmer, Samen Sterker' \(Impact 2008\)](#)
  - [KIZ Protocollenpakket Rotterdam Rijnmond \(GGD RR 2012\)](#)
  - [Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO \(LNAZ 2012\)](#)
  - [Modelconvenant Publieke Gezondheid \(GGD/GHOR Nederland 2011\)](#)
  - [Modelconvenant Psychosociale Hulpverlening \(conceptversie 2013\)](#)
  - [Modelplan GROEP \(GGD/GHOR Nederland 2012\)](#)
  - [Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises \(Impact 2014\)](#)
  - [OTO Kaarten](#)
  - [Procesbeschrijving PSHI Midden- en West Brabant en Brabant Noord \(GGD MWB 2012\)](#)
  - [QPC Vragenlijst Getroffenen \(Impact/GGD Amsterdam 2013\)](#)
  - [Veerkrachtmonitor \(Impact 2011\)](#)
  - [Wet Publieke Gezondheid \(Rijksoverheid 2012\)](#)
  - [Wet Veiligheidsregio's \(Rijksoverheid 2010\)](#)
-