RAMPEN MANAGEMENT



# ACADEMIEJAAR 2025-2026

*Psychosociale nazorg na terreur: versterking van de Belgische nazorg in internationaal perspectief*

STUDENT: Sophie Wouters

PROMOTOR: Astrid Fortuin

# Dankwoord

Met het afronden van dit eindwerk komt een bijzonder en leerrijk traject ten einde. Toen ik aan deze opleiding begon, stapte ik als ‘groentje’ binnen. Terwijl de meeste medestudenten hun expertise vanuit de politie, brandweer, defensie, gezondheidszorg of andere disciplines meebrachten, startte ik deze opleiding vanuit een grote interesse. Dat maakte de eerste lessen best spannend. Dat ik vandaag een eindwerk mag neerleggen binnen dit domein, voelt dan ook bijzonder en maakt me trots.

Dit onderzoek had ik niet kunnen realiseren zonder de steun, tijd en betrokkenheid van een aantal mensen, aan wie ik graag mijn dank wil uitspreken.

In de eerste plaats wil ik alle deelnemers van de focusgroep bedanken. In een periode waarin agenda's vaak overvol zijn, maakten jullie toch tijd vrij om deel te nemen aan de gesprekken en jullie ervaringen en inzichten met mij te delen. Jullie openheid en betrokkenheid vormden een essentiële basis voor dit onderzoek.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar mijn promotor, Astrid Fortuin. Bedankt voor je deskundige begeleiding, constructieve feedback en ondersteuning gedurende het hele onderzoeksproces. Je enthousiasme en vertrouwen hebben mij geholpen om dit eindwerk tot een goed einde te brengen.

Daarnaast wil ik alle buitenlandse deelnemers bedanken die bereid waren deel te nemen aan de survey, tijd vrijmaakten voor virtuele gesprekken of bijkomende documentatie met mij deelden. Dankzij jullie medewerking kreeg dit onderzoek een internationale dimensie en werd het verrijkt met buitenlandse perspectieven. Ook wil ik Dr. An Verelst bedanken voor haar hulp bij het navigeren door de buitenlandse netwerken. Dankzij jouw expertise, contacten en ondersteuning kon ik de juiste mensen bereiken en internationale gesprekken aangaan.

Tot slot wil ik mijn partner en mijn gezin bedanken. Bedankt voor jullie onvoorwaardelijke steun, geduld, begrip en aanmoediging tijdens dit traject. Het combineren van deze opleiding met een voltijdse job was niet altijd vanzelfsprekend, maar juist op de moeilijkste momenten stonden jullie steeds voor mij klaar.

Tot slot gaan mijn gedachten uit naar alle slachtoffers van terreur, hun naasten en de hulpverleners. Hun veerkracht en de blijvende impact van hun ervaringen herinneren ons eraan waarom dit onderwerp blijvende aandacht, begrip en respect verdient.

*Sophie,*
*Juli 2026*

# Een stem voor de slachtoffers

Hoewel de ervaringen van slachtoffers niet binnen de scope van dit eindwerk vallen, is het belangrijk te erkennen dat zij centraal staan in dit thema. Achter elke casus, elk cijfer en elke juridische of maatschappelijke analyse schuilt een mens met een persoonlijk verhaal.

Met de onderstaande getuigenissen[1] wil ik daarom, zij het in beperkte mate, ruimte geven aan de stemmen van slachtoffers. Deze citaten zijn geen onderdeel van de onderzoeksanalyse, maar vormen een bewuste erkenning van hun ervaringen. Ik hoop dat ze bijdragen aan een blijvende aandacht voor de impact die dergelijke feiten hebben op slachtoffers en aan het besef dat luisteren naar en erkennen van hun verhalen essentieel blijft.

"*I have found inner peace. I haven't closed the book, but I have turned the page*" - **Christelle Giovannetti**

*"Instead of waking up in the sunshine beside my loved ones, I woke up in a bed of flames and pain. From a happy, dynamic, fulfilled young woman in perfect health, I became someone almost dead, broken and wounded in both body and soul*." - **Karen Northshield**

"*I did not see my children grow up. Between age 7 and 19, I just did not see them grow up. I was dealing with hospital visits, doctors, justice and administration."* - **Abdellah Lahalli**

*"I was laughing and crying. Until the last day. I loved and was allowed to feel what true love is. Now I will go away in peace. Know that I miss you already."* - **Shanti De Corte**

"*I don't know if I was born under a lucky star, I was definitely fortunate to have escaped with the injuries that I've escaped with at the airport, being very close to the bombs."* - **Mason Wells**

*"My anger expresses itself in the jihad [struggle] of love. Sharing love. That's my way of violently responding to the terrorists. To deconstruct their ideology*." - **Mohamed El Bachiri**

"*Me being able to present a picture of David in court will give me some peace. It will give me something that will help me connect a sense of justice for him."* - **Charlotte Sutcliffe**

"*But then I remember the moment I was lying on that floor, bleeding. I said then: I'm not going to die here. It is not my choice what happened, but it is my choice what I do with it. I choose to live, to fight for what is right."* - **Béatrice de Lavalette**

"*You don't feel bad. I feel proud that I was able to overcome it. But why did I overcome it and others didn't?"* - **Sebastien Bellin**

[1] Openbaar beschikbaar

# Executive summary

**Achtergrond en doelstelling.** Terroristische aanslagen hebben ingrijpende en langdurige psychosociale gevolgen voor slachtoffers, nabestaanden, getuigen en hulpverleners. Naar aanleiding van de aanslagen van 22 maart 2016 werd een psychosociaal nazorgbeleid ontwikkeld om de ondersteuning na de acute fase te versterken. Dit eindwerk onderzoekt hoe de psychosociale nazorg verder kan worden versterkt aan de hand van internationale richtlijnen, buitenlandse praktijkervaringen en de expertise van Belgische en internationale professionals.

**Methode.** Er werd een kwalitatief, exploratief onderzoeksdesign toegepast, bestaande uit een vergelijkende documentanalyse van de nazorg in België, Nederland, Frankrijk, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten, aangevuld met twee focusgroepen met Belgische beleids- en praktijkactoren (n = 8), een internationale kwalitatieve survey (n = 9) en expertconsultaties (n = 2). De gegevens werden thematisch geanalyseerd en geïntegreerd via methodologische triangulatie.

**Resultaten.** De resultaten tonen aan dat kwaliteitsvolle psychosociale nazorg steunt op proactieve outreach, langdurige opvolging, centrale coördinatie, multidisciplinaire samenwerking en een geïntegreerde aanpak waarin psychosociale, medische, administratieve, juridische en financiële ondersteuning op elkaar worden afgestemd. Daarnaast blijken systematische slachtofferregistratie, blijvende communicatie, een centraal aanspreekpunt, gespecialiseerde opleiding van hulpverleners, aandacht voor kwetsbare groepen en structurele financiering essentiële randvoorwaarden voor een duurzaam nazorgsysteem. Hoewel België sinds 2016 belangrijke stappen heeft gezet met onder meer de aanstelling van nazorgcoördinatoren en de verdere uitbouw van het Belgian Incident Tracking System (BITS), tonen de bevindingen aan dat verschillende knelpunten uit 2016, zoals bijvoorbeeld een versnipperde coördinatie, slechts gedeeltelijk zijn weggewerkt.

**Conclusie.** Deze studie bevestigt dat psychosociale nazorg na terrorisme een langdurig en multidisciplinair proces is dat verder reikt dan de acute opvang. Op basis van de internationale vergelijking en de ervaringen van Belgische en buitenlandse experts worden concrete aanbevelingen geformuleerd, waaronder de uitbouw van een nationale Resilience Hub, de versterking van gemeenschapsveerkracht, een actievere rol voor huisartsen, structurele slachtofferparticipatie, verdere digitalisering, multidisciplinaire opleiding en oefeningen (voor hulpverleners) en duurzame financiering van psychosociale nazorg. De studie draagt bij aan de wetenschappelijke kennis over psychosociale nazorg na terrorisme en biedt concrete aanknopingspunten voor de verdere versterking van het Belgische psychosociale nazorgbeleid op basis van internationale richtlijnen en praktijkervaringen.

**Sleutelwoorden:** Terrorisme, psychosociale nazorg, slachtoffers, internationale vergelijking

# Inhoudstabel

**DANKWOORD** ..... **1**

**EEN STEM VOOR DE SLACHTOFFERS** ..... **2**

**EXECUTIVE SUMMARY** ..... **3**

**HOOFDSTUK 1: PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN** ..... **6**

**HOOFDSTUK 2: LITERATUURSTUDIE** ..... **7**
**2.1 Psychosociale impact van terreur** ..... **7**
**2.2 Conceptueel kader van psychosociale nazorg** ..... **7**
**2.3 Psychosociale ondersteuning op individueel niveau** ..... **8**
**2.4 Psychosociale ondersteuning op collectief niveau** ..... **10**
**2.5 Organisatiegerichte psychosociale zorg** ..... **12**
**2.6 Zorg voor de maatschappij** ..... **13**
**2.7 Internationale richtlijn** ..... **13**

**HOOFDSTUK 3: METHODOLOGIE** ..... **14**
**3.1 Onderzoeksopzet** ..... **14**
**3.2 Vergelijkende analyse** ..... **15**
3.2.1 Doel ..... 15
3.2.2 Desk research ..... 15
**3.3 Focusgroepen** ..... **16**
3.3.1 Dataverzameling ..... 16
3.3.2 Data-analyse ..... 17
**3.4 Survey en expertconsultatie** ..... **17**
3.4.1 Dataverzameling ..... 17
3.4.2 Data-analyse ..... 19
**3.5 Ethiek** ..... **19**

**HOOFDSTUK 4: RESULTATEN** ..... **20**
**4.1 Vergelijkende analyse** ..... **20**
4.1.1 Noorwegen ..... 20
4.1.2 Frankrijk ..... 23
4.1.3 Verenigd Koninkrijk ..... 26
4.1.4 Nederland ..... 29
4.1.5 Verenigde Staten ..... 31
4.1.6 België ..... 34
4.1.7 Overzicht internationale vergelijking ..... 40
**4.2 Focusgroepen** ..... **42**
4.2.1 Thema 1: Organisatie en coördinatie van psychosociale nazorg ..... 42
4.2.2 Thema 2: Proactieve en langdurige opvolging ..... 43
4.2.3 Thema 3: Toegankelijk nazorgsysteem ..... 45
4.2.4 Thema 4: Impact van juridische, administratieve en financiële processen ..... 46
4.2.5 Thema 5: Gespecialiseerde traumazorg, expertise en ondersteuning van de omgeving ..... 47
4.2.6 Thema 6: Naar een geïntegreerd psychosociaal nazorgsysteem ..... 48
**4.3 Survey** ..... **50**
4.3.1 Thema 1: Proactieve outreach als basisvoorwaarde voor kwaliteitsvolle nazorg ..... 50

4.3.2 Thema 2: Langdurige opvolging blijft een structureel knelpunt ..... 50
4.3.3 Thema 3: Coördinatie en intersectorale samenwerking bepalen de kwaliteit van nazorg ..... 51
4.3.4 Thema 4: Juridische, praktische en psychosociale ondersteuning moeten geïntegreerd worden ..... 51
4.3.5 Thema 5: Kwetsbare groepen lopen verhoogd risico op onvervulde zorgnoden ..... 52
4.3.6 Thema 6: Expertise, training en voldoende capaciteit zijn noodzakelijke randvoorwaarden ..... 52
4.3.7 Thema 7: Good practices ..... 53
**4.4 Expertconsultatie ..... 54**

**HOOFDSTUK 5: DISCUSSIE ..... 55**

**HOOFDSTUK 6: CONCLUSIE EN BELEIDSAANBEVELINGEN ..... 59**
**6.1 Conclusie ..... 59**
**6.2 Aanbevelingen ..... 60**
**6.2.1 Investeer in een nationale Resilience Hub** ..... 60
**6.2.2 Stimuleer gemeenschapsveerkracht en bereik de bevolking** ..... 60
**6.2.3 Investeer in digitale ondersteuning en persoonlijke veerkracht** ..... 60
**6.2.4 Betrek slachtoffers en slachtoffervereningingen structureel** ..... 61
**6.2.5 Versterk de rol van de huisarts in de psychosociale nazorg** ..... 61
**6.2.6 Investeer in opleiding, multidisciplinaire samenwerking en oefeningen** ..... 61
**6.2.7 Voorzie structurele financiering en een duidelijke rolverdeling** ..... 62
**6.2.8 Vergeet de hulpverleners niet** ..... 62
**6.3 Beperkingen en vervolgonderzoek ..... 63**
**6.4 Disseminatie ..... 64**
**6.5 Ontwerp ..... 65**

**LIJST MET TABELLEN EN FIGUREN ..... 66**

**BIJLAGEN ..... 67**
**Bijlage 1 Focusgroepleidraad ..... 67**
**Bijlage 2: Survey ..... 71**
**Bijlage 3 Mitchell Model en Psychological First Aid ..... 73**

**BIBLIOGRAFIE ..... 74**

# Hoofdstuk 1: Probleemstelling en onderzoeksvragen

Op 22 maart 2016 werd België getroffen door de terroristische aanslagen in Brussel. De gebeurtenissen brachten aan het licht dat, in tegenstelling tot de acute psychosociale opvang, de organisatie van de nazorg nog onvoldoende structureel was uitgewerkt. Dit leidde tijdens de crisis tot onduidelijkheid over verantwoordelijkheden, coördinatie en de verdere opvolging van slachtoffers. Naar aanleiding hiervan werd een psychosociaal nazorgplan ontwikkeld om slachtoffers ook na de acute fase te ondersteunen. Hoewel dit plan een belangrijke stap betekende, is nog niet systematisch onderzocht hoe de Belgische nazorg aansluit bij recente internationale inzichten en praktijkervaringen.

Kwaliteitsvolle nazorg reikt verder dan acute opvang. Ze omvat onder meer langdurige opvolging, erkenning, herdenking en geïntegreerde ondersteuning. Daarom onderzoekt dit eindwerk in welke mate de Belgische nazorg deze elementen al bevat en welke bouwstenen haar verder kunnen versterken.

De onderzoeksfocus en onderzoeksvragen kwamen iteratief tot stand via literatuurverkenning en overleg met de promotor. Het onderzoek gaat na hoe internationale goede praktijken en expertise kunnen bijdragen aan een sterkere Belgische psychosociale nazorg en een betere voorbereiding op terreur.

De hoofdonderzoeksvraag luidt als volgt: Hoe kan de psychosociale nazorg voor slachtoffers van terreur in België verder worden versterkt op basis van internationale richtlijnen, buitenlandse praktijkervaringen en de expertise van Belgische en internationale professionals?

Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van volgende deelonderzoeksvragen:

1) Hoe is de psychosociale nazorg voor slachtoffers van terreur momenteel georganiseerd in België en welke sterke punten en knelpunten worden daarbij geïdentificeerd?
2) Welke lessen kunnen worden getrokken uit de organisatie van de psychosociale nazorg na de aanslagen van 22 maart 2016?
3) Welke aanbevelingen formuleren Belgische professionals voor de verdere versterking van de psychosociale nazorg na terreur?
4) Welke elementen worden in de internationale literatuur en door buitenlandse experts beschouwd als essentieel voor kwaliteitsvolle psychosociale nazorg na terreur?
5) Welke internationale goede praktijken kunnen inspirerend zijn voor de Belgische context?

# Hoofdstuk 2: Literatuurstudie

## 2.1 Psychosociale impact van terreur

Terrorisme geldt sinds het begin van de 21e eeuw als een belangrijke bedreiging voor de veiligheid van moderne samenlevingen (Oleksiewicz, 2022). Het betreft ideologisch gemotiveerd geweld of maatschappijontwrichtende schade waarmee daders angst willen zaaien, maatschappelijke verandering nastreven of politieke besluitvorming beïnvloeden (Holsappel-Brons et al., 2022; Colombo et al., 2022; Bove et al., 2024b). De gevolgen reiken verder dan de aanslag zelf: ook naasten, hulpverleners, lokale gemeenschappen en de bredere samenleving worden getroffen (Stene et al., 2022; Siampakou, 2023; Knupfer et al., 2023; Ivanković et al., 2017; Levi-Belz et al., 2024; De Soir, z.d.; Bove et al., 2024b). Naast fysieke schade veroorzaakt terrorisme een klimaat van angst, ontwrichting en onzekerheid dat het dagelijks leven en veiligheidsgevoel langdurig kan beïnvloeden (Stene et al., 2022; Siampakou, 2023; Knupfer et al., 2023).

Na een terreuraanval kunnen zeer uiteenlopende psychologische reacties optreden. Vaak gaat het om angst, verhoogde waakzaamheid, herbeleving, vermijding, slaapproblemen, prikkelbaarheid en gevoelens van machteloosheid (Ivanković et al., 2017). Bij veel getroffenen nemen deze reacties in de loop van de tijd af en blijkt een spontaan herstel mogelijk, zeker wanneer er voldoende sociale steun, verbondenheid en erkenning aanwezig zijn (Roberts et al., 2010; De Soir, z.d.; Siampakou, 2023). Tegelijk blijkt uit de literatuur dat terreur zich onderscheidt van andere schokkende gebeurtenissen doordat ook gevoelens van onveiligheid, verlies van controle en maatschappelijke angst vaak sterker op de voorgrond staan. Daardoor kan de impact breder en langduriger zijn dan louter de onmiddellijke emotionele reactie op het trauma (Bove et al., 2024a).

De psychosociale gevolgen treffen niet alleen primaire, maar ook secundaire en tertiaire slachtoffers (Ivanković et al., 2017; Stene et al., 2022). Hulpverleners en nabestaanden kunnen langdurige stressreacties ervaren, terwijl op maatschappelijk niveau angst, onrust, wantrouwen en polarisatie kunnen toenemen (Bove et al., 2024b; Colombo et al., 2022; Levi-Belz et al., 2024). Terrorisme heeft dus zowel een individuele als een collectieve weerslag (Bove et al., 2024b; Levi-Belz et al., 2024; Moreno et al., 2019). Herstel is daarom niet alleen een persoonlijke, maar ook een sociale en organisatorische opdracht.

Onderzoek toont daarnaast aan dat een deel van de getroffenen langdurige klachten en onvervulde zorgbehoeften ontwikkelt, ook lang nadat de acute fase voorbij is (Bosmans et al., 2022b; Strøm et al., 2024). Niet iedereen vindt vanzelf de weg naar gepaste hulp, en noden kunnen bovendien pas na verloop van tijd zichtbaar worden (Strøm et al., 2024; Kung et al., 2019; Bosmans et al., 2022a). Terrorisme kan daarom worden beschouwd als een vorm van psychologische ontwrichting die een goed gestructureerde en langdurige psychosociale nazorg vereist (Khan et al., 2012). Een dergelijke nazorg moet niet alleen gericht zijn op het opvangen van acute reacties, maar ook op het tijdig detecteren van latere problemen, het ondersteunen van herstel en het bieden van gepaste hulp aan verschillende groepen getroffenen (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023).

## 2.2 Conceptueel kader van psychosociale nazorg

Slachtoffers van terrorisme worden vaak aangevallen als symbool van een staat of samenleving (Sulzer, 2025). Goede slachtofferzorg maakt daarom deel uit van de maatschappelijke reactie op terrorisme (Ivanković et al., 2017). De VN-basisprincipes en -richtlijnen vragen een

holistische aanpak die verschillende vormen van schade erkent, herstelprogramma's aanbiedt en garanties op niet-herhaling nastreeft (Siampakou, 2023).

Slachtoffers hebben niet alleen psychosociale zorg nodig, maar ook erkenning, excuses en rituelen, eerlijke informatie, medische zorg, praktische ondersteuning, opvang en een veilige omgeving. Daarnaast moeten zij worden beschermd tegen secundaire victimisatie en schadelijke mediaberichtgeving en toegang krijgen tot justitie en schadevergoeding (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023; Ivanković et al., 2017; De Soir, z.d.). Deze behoeften veranderen in de tijd en worden beïnvloed door persoonlijke en omgevingsfactoren (Ivanković et al., 2017; Pirard et al., 2023). Het tijdig identificeren en beantwoorden van psychosociale behoeften, met passende behandeling en zorg, is een fundamentele opdracht voor de volksgezondheid (Pirard et al., 2023).

Onderzoek van het Europees Parlement onderscheidt drie fasen in de overheidsrespons: voorbereiding, onmiddellijke crisisrespons en ondersteuning op middellange en lange termijn (Ivanković et al., 2017).

In de eerste fase, de primaire preventie, zijn duidelijke en slachtoffergerichte procedures nodig waarbij alle relevante partijen worden betrokken. Professionals en vrijwilligers moeten worden opgeleid om slachtoffers respectvol te behandelen, hun behoeften te (h)erkennen en bijkomende schade te voorkomen (Ivanković et al., 2017; De Soir, z.d.; Wessely, 2005).

In de tweede fase, de secundaire preventie, moeten de psychologische behoeften en risico's zo snel mogelijk in kaart worden gebracht om verdere problemen te voorkomen (Ivanković et al., 2017; Levi-Belz et al., 2024; De Soir, z.d.). Snelle en herhaalde behoefteanalyses maken zichtbaar hoe behoeften evolueren (Bosmans et al., 2022b). Dat is belangrijk omdat slachtoffers niet altijd meteen klaar zijn om hulp te aanvaarden of hun hulpbehoefte nog niet (h)erkennen (Bosmans et al., 2022a).

De derde fase, de tertiaire preventie, richt zich op efficiënte ondersteuning op lange termijn (Ivanković et al., 2017; Levi-Belz et al., 2024; Bosmans et al., 2022b; De Soir, z.d.). Over verantwoordelijkheid, duur en timing van de opvolging, behoeften van subgroepen (kinderen, buitenlanders, hulpverleners, …) en de verhouding tussen professionele hulp en lotgenotenondersteuning bestaat nog geen volledige consensus (Moreno et al., 2019). Een studie van Bosmans en collega's (2022a) haalt immers verschillende belemmeringen aan waarom slachtoffers niet zelf gespecialiseerde zorg zoeken. Slachtoffers kunnen in de overtuiging zijn dat ze het probleem zelf kunnen oplossen, ze beseffen niet dat ze een probleem hebben, ze hebben een gebrek aan kennis over waar men hulp kan krijgen, er is angst voor stigma, angst voor kosten of er zijn te lange wachtlijsten. Onderzoek benadrukt het belang van voortdurende screening op posttraumatische stressstoornis (PTSS), aangezien dit een veelvoorkomend en vaak onderbehandeld gezondheidseffect blijft (Lowell et al., 2018; Centers for Disease Control and Prevention, 2026).

## 2.3 Psychosociale ondersteuning op individueel niveau

Omdat niet iedereen zelfstandig de juiste hulp vindt, zijn proactieve voorlichting en een toegankelijk psychosociaal zorgsysteem noodzakelijk (Holsappel-Brons et al., 2022; Bosmans et al., 2022a).

Na een terreuraanval mag men niet altijd uitgaan van de natuurlijke herstelcapaciteit van iedereen (Holsappel-Brons et al., 2022). Volgens het Kringenmodel (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023) wordt ondersteuning in de eerste plaats geboden door de vertrouwde omgeving (eerste kring), gevolgd door personen die iets meer op afstand staan,

maar nog steeds relatief toegankelijk zijn, zoals vrijwilligers (tweede kring). Vanaf de derde (huisarts) en vierde (specialistische zorg) kring bevindt het slachtoffer zich in het professionele zorgcircuit (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023).

Een proactieve houding om de verschillende zorgvragen van de slachtoffers te detecteren is nodig, net omdat er verschillende doelgroepen zijn met specifieke behoeften (Holsappel-Brons et al., 2022).

De nazorg moet rekening houden met verhoogde kwetsbaarheid. Kinderen, ouderen, vrouwen, migranten, vluchtelingen, mensen met een beperking, personen met een lagere sociaal-economische status, een beperkt sociaal netwerk of bestaande psychische problemen lopen een groter risico op PTSS (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023; Benedek et al., 2007; Ivanković et al., 2017; Gouraud et al., 2021; Levi-Belz et al., 2024; Bosmans et al., 2022a; Pirard et al., 2023). Na de aanslagen in Parijs (november 2015) nam het gebruik van benzodiazepines toe bij hoogopgeleide jongere vrouwen buiten Parijs, mogelijk omdat zij zich sterk met de slachtoffers identificeerden (Gouraud et al., 2021). Informatie en preventiestrategieën zijn daarom belangrijker dan een louter medicamenteuze respons (Gouraud et al., 2021; Bosmans et al., 2022b). Volgens de focusgroep uit Noorwegen zijn voor jongeren ook aangepaste schoolondersteuning (bijvoorbeeld een stilteplek, mogelijkheid om uit de les te gaan als het te veel wordt), screening van een gezonde verwerking, begeleiding bij media-aandacht, lotgenotencontact en steun uit de directe omgeving essentieel (Holsappel-Brons et al., 2022; Ivanković et al., 2017).

De uitvoering van die ondersteuning brengt verschillende organisatorische en praktische uitdagingen met zich mee (Holsappel-Brons et al., 2022).

De studie van Stene en collega's (2022) analyseerde drie grootschalige terroristische aanslagen op meerdere locaties (Oslo en Utoya op 22 juli 2011, Parijs op 13 november 2015, Brussel op 22 maart 2016). De geografische context (stedelijk, ruraal), de kenmerken van de blootgestelde populaties (volwassenen, kinderen) en de leercurve vanuit vroegere doorgemaakte aanslagen hebben mogelijk een invloed op de psychosociale hulpverlening.

Buitenlandse slachtoffers vormen een specifieke uitdaging, omdat informatie, juridische toegang en langetermijnbegeleiding over landsgrenzen heen moeten worden georganiseerd. Zij worden door taalbarrières soms onvoldoende geïnformeerd of bij herdenkingen en ondersteuning over het hoofd gezien (Ivanković et al., 2017). Duurzame hulp vereist daarom grensoverschrijdende samenwerking met ambassades en buitenlandse organisaties, ondersteund door vertalers (Stene et al., 2022; Dyregrov et al., 2019).

Ook de identificatie en bereikbaarheid van verschillende doelgroepen blijven moeilijk (Jacobs et al., 2019; Bosmans et al., 2022b; Dyregrov et al., 2019). Naast registratie in opvangcentra is een aanvullend loket of online registratiepunt nodig om risicogroepen, ondersteuningsbehoeften en opvolging in kaart te brengen (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023; Wessely, 2005). Een centraal platform kan informatie, advies en doorverwijzing bundelen, organisaties beter op elkaar afstemmen en eventueel toegang bieden tot professionele traumabegeleiding (Bosmans et al., 2022a).

Bovendien is de kwaliteit en de continuïteit van de hulpverleners belangrijk. Hulpverleners moeten opgeleid zijn, werken vanuit opgestelde principes en ervaring hebben met crisisinterventie (Stene et al., 2022). De studie van Pirard en collega's (2023) benadrukt de noodzaak om artsen op te leiden om te screenen op psychische stoornissen bij personen die zijn blootgesteld aan terroristische aanslagen en die somatische klachten vertonen.

Hoewel het percentage slachtoffers dat langdurige nazorg nodig heeft relatief laag kan zijn, kan het grote aantal mensen dat direct aan terreur is blootgesteld het aantal mensen dat nazorg nodig heeft zeer hoog maken (Dyregrov et al., 2019). Doorgaans is de capaciteit voor nazorg beperkt en zijn de reguliere zorgkanalen niet altijd in staat om de specifieke problemen van slachtoffers van een terreuraanval aan te pakken (Bosmans et al., 2022a).

Ten slotte bepalen de organisatie van het gezondheidssysteem en de verdeling van verantwoordelijkheden mee het zorgaanbod (Stene et al., 2022; Holsappel-Brons et al., 2022). Gedeelde denkmodellen en terminologie kunnen de langdurige samenwerking tussen publieke en private actoren ondersteunen (Dyregrov et al., 2019). De bevoegdheidsverdeling verschilt per land: Noorwegen legt de verantwoordelijkheid bij gemeenten, Frankrijk organiseert de zorg regionaal en België verdeelt de acute en langdurige nazorg over respectievelijk de federale overheid en de gemeenschappen (Stene et al., 2022).

## 2.4 Psychosociale ondersteuning op collectief niveau

Naast individuele zorg zijn ook collectieve psychosociale interventies nodig (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023). Taken en timing moeten daarbij goed worden afgestemd tussen het nationale en regionale niveau (Holsappel-Brons et al., 2022).

Crisiscommunicatie is een onderdeel van crisisbeheersing en moet informeren, de schade beperken, veerkracht bevorderen en betekenis geven (De Soir, z.d.; Wessely, 2005). De behoefte van slachtoffers van terrorisme aan snelle, duidelijke informatie vormt de hoeksteen van ondersteuning voor slachtoffers en moet daarom onmiddellijk na een aanslag worden gewaarborgd, zo lang als nodig is (Ivanković et al., 2017; Dyregrov et al., 2019). Eerlijke, begrijpelijke informatie vanuit de overheid en de hulpverleners wordt verwacht en slachtoffers en hun families moeten relevante informatie verkrijgen voordat zij die via de verschillende mediakanalen vernemen (Ivanković et al., 2017). Regelmatige informatie-uitwisseling draagt bij aan het gevoel dat de overheid de situatie onder controle heeft en dat het zijn uiterste best doet om alle betrokkenen te ondersteunen (Dyregrov et al., 2019). Een website met complete informatie en een beveiligd slachtofferportaal voor informatie-uitwisseling wordt aanbevolen (Ivanković et al., 2017). Voorlichting van de bevolking heeft tot doel het gevoel van kalmte, veiligheid, verbondenheid, zelfredzaamheid en hoop te bevorderen (Psychological First Aid) (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023; Dyregrov et al., 2019). Informatie kan via verschillende kanalen worden verspreid, zoals sociale media, flyers in verschillende talen, speciale websites of apps (Ivanković et al., 2017; Dyregrov et al., 2019). Het onderwijs en kindertelevisiezenders blijken een belangrijke rol te spelen in het verstrekken van aangepaste en betrouwbare informatie aan kinderen in het voorkomen van angst en onrust (Ivanković et al., 2017).

Het oprichten van een éénloketfunctie waar noodzakelijke diensten samen ondergebracht zijn, bevordert de toegankelijkheid en monitort de problemen en behoeften van slachtoffers (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023; Ivanković et al., 2017). Een centraal aanspreekpunt met eenheid van visie en eenduidigheid voor slachtoffers van terrorisme moet ervoor zorgen dat slachtoffers worden geïnformeerd over de feitelijke situatie en hun rechten op juridische, medische en psychologische bijstand (Sulzer, 2025; Ivanković et al., 2017; De Soir, z.d.). Het is een krachtige aanpak gebleken in de slachtoffergerichte aanpak na terroristische aanslagen of rampen in Frankrijk, Engeland, de VS en Nederland (Ivanković et al., 2017). De EU-richtlijn over de bestrijding van terrorisme vereist dat slachtoffers van terrorisme zo lang als nodig ondersteuning krijgen. Dat kan de taak blijven van de initiële aanbieder of dat kan overgedragen worden aan een andere ondersteuningsorganisatie (Ivanković et al., 2017). In dat geval moeten er afspraken worden gemaakt over de overdracht van slachtoffergegevens, moeten de

slachtoffers zo snel mogelijk geïnformeerd worden en moet de beschikbaarheid van financiering bekeken worden. De landen richten zich vaak op de directe crisis, maar de financiering en ondersteuning nemen op de langere termijn drastisch af (Ivanković et al., 2017).

Er moeten inspanningen worden geleverd om buitenlandse slachtoffers, zowel direct als indirect, beter te informeren (Sulzer, 2025). Daarnaast kunnen informele netwerken (crisis communities), die zowel online als offline met elkaar en de overheid in verbinding staan, de behoeften het best in kaart brengen (Holsappel-Brons et al., 2022). Een nationale hulplijn met getrainde hulpverleners dient de eerste dagen 24/7 bereikbaar te zijn (Dyregrov et al., 2019). De beschikbaarheid van telefonische hulplijnen, bemand door organisaties zoals het Rode Kruis (Dringende Sociale Interventies, DSI), draagt bij aan deze psychosociale zorg (Stene et al., 2022).

De rol van politici is heel belangrijk. Slachtoffers willen zich gekend, erkend en gehoord voelen (Holsappel-Brons et al., 2022). Juist vanwege de aard bestaat er voor de slachtoffers een specifieke behoefte aan erkenning en waardering (Siampakou, 2023; Ivanković et al., 2017). Als symbool van het eerbetoon van de natie aan de slachtoffers is het in Frankrijk ook mogelijk om onderscheiden te worden met de Nationale Erkenningsmedaille voor Slachtoffers van Terrorisme, als erkenning voor het lijden van de slachtoffers (Sulzer, 2025).

Het oprichten van organisaties is niet alleen een vorm van steun en erkenning, maar via deze organisaties kunnen de slachtoffers ook een aanspreekpunt zijn voor de overheid (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023; De Soir, z.d.). De waarde van lotgenotengroepen ligt in het begrip en de gedeelde ervaringen van de deelnemers (Ivanković et al., 2017; De Soir, z.d.; Dyregrov et al., 2019). Ze kunnen persoonlijk advies geven op basis van hun eigen ervaring (Ivanković et al., 2017). Gezien hun puur persoonlijke motivatie zijn ze ook vaak te allen tijde beschikbaar (Ivanković et al., 2017). Ook is er nood aan professioneel begeleide bijeenkomsten (De Soir, z.d.). Uit onderzoek blijkt dat dergelijke organisaties een belangrijke rol spelen in de psychosociale zorg op de lange termijn, zij het op enigszins verschillende manieren (Stene et al., 2022). In Frankrijk (aanslag van 13 november 2015) boden de slachtofferhulporganisaties die lid waren van het Franse Instituut voor Slachtofferhulp en Bemiddeling gratis psychologische consultaties aan slachtoffers van de terroristische aanslagen. In Noorwegen (na de aanslagen van 22 juli 2011) en België (na de aanslagen van 22 maart 2016) boden steunorganisaties van en voor getroffenen belangrijke lotgenotenondersteuning en zetten zij zich in voor de rechten en belangen van slachtoffers, maar de formele organisatie, coördinatie en opvolging van de professionele gezondheidszorg bleef een taak van de overheid en de reguliere zorgdiensten (Stene et al., 2022).

Publieke herkenning en het geven van betekenis door monumenten, kunnen naast sociale steun bijdragen aan het herstel (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023; Ivanković et al., 2017). In de beslissing van de plaats van deze meer permanente gedenktekens worden idealiter vertegenwoordigers van alle slachtoffers betrokken (Dyregrov et al., 2019). Het transformeren van locaties waar een traumatische gebeurtenis heeft plaatsgevonden, of dit nu gebeurt door heiligverklaring, herstel van de functie, uitwissing of een hybride aanpak, kan niet overhaast gebeuren. En er moet met iedereen rekening gehouden worden (Humanitarian Assistance and Psychosocial Support (HAPSS) Expert Working Group, 2026). Herdenkingsbijeenkomsten als ritueel vormen een belangrijk onderdeel van de psychosociale zorg doordat zij het verlies en het geleden leed sociaal erkennen (Dyregrov et al., 2019). Ook direct betrokkenen die misschien in de eerste fase over het hoofd zijn gezien, zoals de vrijwilligers of ooggetuigen, moeten erbij betrokken worden (Dyregrov et al., 2019). Een bezoek aan de rampplek, wat coördinatie en organisatie vereist, kan bevorderend zijn voor het verwerkingsproces voor sommigen (Holsappel-Brons et al., 2022). Na de aanslagen op Utøya in Noorwegen werden ook artikels

gepubliceerd over de moeilijkheden die voortvloeiden uit een bezoek aan de plaats (Dyregrov et al., 2019).

De studie van Strøm en collega's (2024) toonde aan dat verwanten van slachtoffers van terreuraanvallen het risico lopen op onvervulde psychische zorgbehoeften. Daarnaast hebben sommige ouders ook hulp nodig om zich aan te passen aan het werk. Onvervulde zorgbehoeften hadden vooral betrekking op organisatie en toegankelijkheid van de dienstverlening, de tijd die met zorgverleners werd doorgebracht, de ervaren empathie, aandacht tonen en betrokken worden bij beslissingen en proactieve benadering (Strøm et al., 2024). Dit is vergelijkbaar met bevindingen over zorgbehoeften bij slachtoffers en benadrukt de noodzaak van gerichte acute interventies en follow-up om chronische problemen te voorkomen (Strøm et al., 2024). Het is van belang om snel duidelijkheid te kunnen geven aan de familie van de overlevenden. De meeste landen, waaronder die in de EU en Noord-Amerika, houden zich aan de INTERPOL (International Criminal Police Organization) -DVI-richtlijnen (identificatie van slachtoffers van rampen) om slachtoffers te identificeren van incidenten met een groot aantal slachtoffers, omdat visuele herkenning door familieleden onbetrouwbaar en psychologisch traumatisch is (Arrighi et al., 2020).

## 2.5 Organisatiegerichte psychosociale zorg

Naast de individuele en collectieve interventies moet er ook organisatiegeoriënteerde psychosociale zorg geregeld worden, bijvoorbeeld op het werk (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023).

Hulpverleners krijgen bij een terreuraanval te maken met andere verwondingen dan normaal, maar ook met grotere getallen en ingrijpende afwegingen bij triage (Holsappel-Brons et al., 2022). Onderzoek van Muysewinkel en collega's (2024a) toont dat hulpverleners (brandweer, militairen, verpleegkundigen, politieagenten, Rode Kruis) tijdens de aanslagen in Brussel op 22 maart 2016 diepgaande psychologische gevolgen ondervonden door verschillende stressoren. De constante dreiging, de chaos, de ethische en risicovolle besluitvorming waren een bron van stress. Ze gaven ook aan dat ze zich onvoldoende voorbereid voelden op de omvang van de aanslagen en wezen op tekortkomingen in de training, wat later hun mentale welzijn beïnvloedde (Muysewinkel et al., 2024a). Uit dit onderzoek blijkt dat leiderschap en teamwork een beschermende factor vormen (Muysewinkel et al., 2024a; Skryabina et al., 2021).

Hulpverleners moeten zich voorbereiden op terroristische aanslagen (voorraad hulpmiddelen, verbeteren communicatie, onderhouden basisprincipes van de spoedeisende geneeskunde, trainingen op het maken van ethische beslissingen). Dit is niet alleen gunstig voor de slachtoffers, maar ook voor de hulpverleners zelf, omdat zij zich veiliger voelen en beter in staat zijn hun taken uit te voeren (Muysewinkel et al., 2024a). Effectievere risicocommunicatie en het aanleren hoe een optimale balans kan worden gevonden tussen risico's en het verlenen van zorg aan zwaargewonden voor hulpverleners, zijn een noodzaak (Stephens et al., 2026).

Er wordt tevens gewezen op het belang van trainingen en simulaties van rampen zodat iedereen weet hoe te reageren, ook in het omgaan met de verschillende media en tevens wie een bepaalde taak op zich moet nemen (Holsappel-Brons et al., 2022; Skryabina et al., 2021). Bij deze simulaties is het bovendien belangrijk dat alle hulpverleners aanwezig zijn (Muysewinkel et al., 2024a; Brooks et al., 2018; Roberts et al., 2010). Ten slotte moet training voldoende aandacht besteden aan geestelijke gezondheidszorg en het herkennen van traumareacties (Roberts et al., 2010; Benedek et al., 2007; Skryabina et al., 2021). Hulpverleners moeten ook leren omgaan met de gevoelens van schuld en onmacht (De Soir, z.d.).

Er moet daarnaast ook training aangeboden worden aan alle andere personen (vrijwilligers, overheid, tolken) die in contact komen met slachtoffers van terrorisme om op een respectvolle, onpartijdige, professionele manier met slachtoffers om te gaan, rekening houdend met hun specifieke kwetsbaarheden zoals buitenlandse slachtoffers (Sulzer, 2025; Dyregrov et al., 2019).

Naast de voorafgaande trainingen worden interventies na de terreuraanval aangeraden. Hulpverleners hebben nood aan groepsgesprekken waarin ze vragen kunnen stellen, ervaringen kunnen delen en duiding krijgen bij wat ze hebben meegemaakt. Het is daarbij cruciaal dat deze gesprekken worden begeleid door ervaren professionals (Muysewinkel et al., 2024a; Dyregrov et al., 2019). Verder worden interventies aanbevolen die het psychologisch herstel ondersteunen, zoals het aanleren van copingvaardigheden om met stress om te gaan en psycho-educatie over traumareacties (Roberts et al., 2010; Benedek et al., 2007). Ook een ondersteunende werkomgeving, waarin collega's met elkaar over gevoelens kunnen spreken, is van groot belang (Roberts et al., 2010). Werkgevers moeten daarin hun verantwoordelijkheid opnemen door begeleiding te voorzien en hulpverleners of getrainde vrijwilligers beschikbaar te stellen (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023). Veel hulpverleners zoeken immers geen hulp uit angst om als zwak te worden gezien, uit bezorgdheid over hun loopbaan of door een cultuur waarin problemen zelf moeten worden opgelost (National Mass Violence Victimization Resource Center, z.d.a). Daarnaast is het belangrijk om ook familie en vrienden te betrekken, zodat de sociale steun rond hulpverleners wordt versterkt (Muysewinkel et al., 2024a). Wanneer psychische klachten ernstig zijn of langdurig aanhouden, is individuele hulp aangewezen, onder meer met cognitief-gedragstherapeutische technieken (Roberts et al., 2010).

## 2.6 Zorg voor de maatschappij

Vaak voelt de hele samenleving zich slachtoffer en is er een gevoel van onveiligheid dat kan ontstaan. Het is belangrijk dat de overheid de collectieve angst, mede aangewakkerd door de intensieve berichtgeving in de massamedia, bestrijdt door informatie en advies te geven op een toegankelijke manier voor iedereen (Dyregrov et al., 2019). Het is belangrijk om te werken aan het creëren van een gevoel van veiligheid en iedereen aan te moedigen terug te keren naar een normaler leven (Dyregrov et al., 2019). Volgens een focusgroep uit Noorwegen (terreuraanslag Oslo en Utøya op 22 juli 2011) stelt een terreuraanslag andere eisen aan leiderschap, verantwoordelijkheden, samenwerking en voorbereiding (Holsappel-Brons et al., 2022). De overheid moet vooral verbondenheid creëren en vooroordelen of intolerantie voorkomen (Dyregrov et al., 2019).

Uiteindelijk hangt het herstel van slachtoffers, hun naasten en hulpverleners in belangrijke mate af van een goed functionerende familie, vrienden en een sociaal netwerk die in staat zijn om in hun behoeften te voorzien (Strøm et al., 2024; Lowell et al., 2018; Muysewinkel et al., 2024a; Bove et al., 2024b).

## 2.7 Internationale richtlijn

Een studie uitgevoerd in opdracht van het Europees Parlement stelt enkele principes voor ondersteuning voor. Het is belangrijk om een systeem te hebben om zoveel mogelijk slachtoffers te bereiken (outreaching) om informatie en steun te geven, om daarbovenop de slachtoffers te informeren over het herkennen van mogelijke symptomen (psycho-educatie) en om daarnaast het sociaal netwerk en hulpverleners te trainen op herkennen van symptomen (bewustwording) (Ivanković et al., 2017). De publieke voorlichting moet worden afgestemd op de taal, behoeften en culturen van de verschillende minderheidsgemeenschappen (Kung et al., 2019).

# Hoofdstuk 3: Methodologie

## 3.1 Onderzoeksopzet

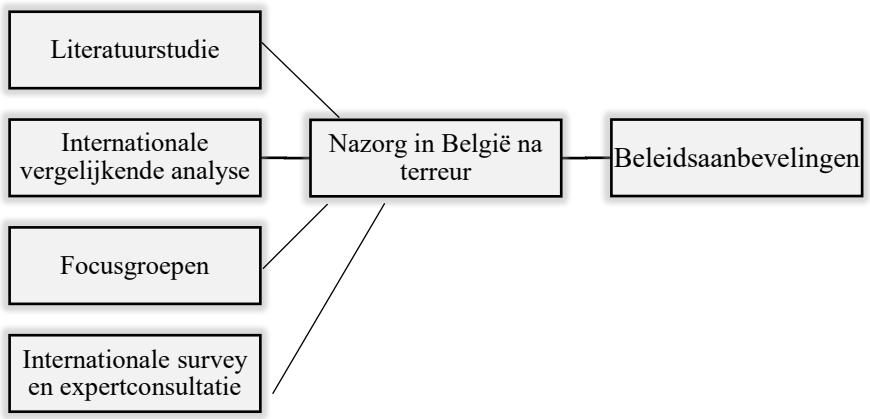
Dit onderzoek hanteert een kwalitatief exploratief design om inzicht te krijgen in de mogelijke versterking van de psychosociale nazorg na terreur in België. Exploratief onderzoek is eveneens aangewezen wanneer een onderwerp beperkt empirisch onderzocht is en wanneer het doel bestaat uit het genereren van inzicht in processen en contexten (Stebbins, 2001; Flick, 2018). De onderzoeksopzet bestaat uit drie opeenvolgende, complementaire fasen. Elke fase voegt een andere kwalitatieve databron toe en bouwt voort op de resultaten van de vorige fase.

In de eerste fase werd via desk research een vergelijkende analyse uitgevoerd. Wetenschappelijke literatuur, beleidsdocumenten en richtlijnen werden gebruikt om de nazorg in België te vergelijken met die in Nederland, Frankrijk, de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen. Zo werden werkzame bouwstenen, lacunes en inspirerende internationale praktijken geïdentificeerd.

In de tweede fase bespraken twee focusgroepen met Belgische beleids- en praktijkactoren het huidige nazorgsysteem. Zij toetsten de internationale bevindingen aan de Belgische context en deden aanbevelingen met aandacht voor haalbaarheid, implementatie en beleidsrelevantie.

In de derde fase leverde een internationale kwalitatieve survey aanvullende inzichten op over de organisatie, sterktes, knelpunten en goede praktijken in de geselecteerde landen. Ter verdieping van de survey werden daarnaast twee aanvullende online expertconsultaties georganiseerd met buitenlandse experts. Deze consultatieve gesprekken hebben voornamelijk een verduidelijkende en contextualiserende functie en dienen ter ondersteuning van de interpretatie van de internationale bevindingen.

Door literatuur, beleidsdocumenten, internationale expertise en Belgische praktijkervaringen systematisch te combineren, kon de onderzoeksvraag vanuit verschillende perspectieven worden benaderd. Deze methodologische triangulatie versterkt de geloofwaardigheid en robuustheid van de bevindingen (Noble & Heale, 2019).




*Figuur 1: Overzicht van het onderzoek*

## 3.2 Vergelijkende analyse

### 3.2.1 Doel

De vergelijkende analyse richtte zich op psychosociale nazorg na terreuraanslagen in België, Frankrijk, de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen. Deze landen werden geselecteerd omwille van hun ervaring met grootschalige terreuraanslagen, de beschikbaarheid van uitgewerkte nazorgstructuren en de aanwezigheid van beleidsdocumenten en evaluaties die een vergelijking mogelijk maken. Daarnaast vertegenwoordigen zij verschillende bestuurlijke en zorgmodellen, wat toelaat om uiteenlopende organisatievormen en benaderingen van psychosociale nazorg te analyseren. Nederland werd als aanvullende vergelijkingscasus opgenomen vanwege de sterke overeenkomsten met België op het vlak van taal en cultuur.

Per land werd één relevante casus geselecteerd die betrekking heeft op nazorg na een terreuraanslag, met als doel de praktische toepassing van het nazorgmodel te illustreren. De analyse gebeurde aan de hand van een vast analysekader, bestaande uit de organisatie van de nazorg, de rol van de overheid, de rol van het middenveld, de mate waarin slachtoffers en nabestaanden betrokken worden bij de nazorg (slachtofferparticipatie) en de wijze waarop evaluatie en opvolging zijn georganiseerd.

Daarnaast werd aandacht besteed aan de wijze waarop samenwerking tussen betrokken actoren wordt georganiseerd, hoe informatie-uitwisseling plaatsvindt en welke mechanismen worden gebruikt voor kwaliteitsbewaking en continue evaluatie van het nazorgbeleid. Hierdoor ontstond een breder analysekader dat zowel de formele beleidsstructuren als de praktische implementatie van psychosociale nazorg omvat.

Dit analysekader liet toe om systematisch overeenkomsten, verschillen en inspirerende elementen tussen de landen te identificeren en vormde de basis voor de verdere bevraging in de focusgroepen.

### 3.2.2 Desk research

De vergelijkende analyse werd uitgevoerd aan de hand van desk research. Hiervoor werden wetenschappelijke publicaties, beleidsdocumenten, richtlijnen en evaluatierapporten geanalyseerd die betrekking hebben op psychosociale nazorg na terreuraanslagen. Een kwalitatieve vergelijkende analyse maakt het mogelijk om verschillen en overeenkomsten tussen nationale beleidsmodellen systematisch te identificeren (Nhlangano, 1989). Daarnaast laat een documentanalyse toe om beleidskaders en formele structuren systematisch te analyseren en te vergelijken (Bowen, 2009).

De desk research richtte zich hoofdzakelijk op publicaties uit de periode 2010–2026, aangezien in deze periode meerdere grootschalige terreuraanslagen plaatsvonden en nazorgsystemen in verschillende landen verder werden uitgebouwd en geëvalueerd. Waar het relevant was, werden oudere, richtinggevende bronnen opgenomen om de ontwikkeling van nazorgmodellen te duiden.

De bronnen werden geselecteerd op basis van hun relevantie voor psychosociale nazorg na terrorisme, hun focus op organisatie en beleid en hun toepasbaarheid binnen een nationale context. Zowel peer-reviewed literatuur als grijze literatuur, waaronder beleidsnota’s, richtlijnen en evaluaties, werden opgenomen om formele structuren en praktische

implementatie in beeld te brengen. Per land werden casussen gekozen die vaak in de literatuur worden besproken en voldoende zijn gedocumenteerd.

De bevindingen uit deze documentanalyse vormden de basis voor de ontwikkeling van de topiclijsten van zowel de internationale survey als de Belgische focusgroepen. Op die manier werden de verschillende onderzoeksfasen inhoudelijk met elkaar verbonden en bouwden zij systematisch verder op de inzichten uit de voorgaande fase.

## 3.3 Focusgroepen

### 3.3.1 Dataverzameling

De twee focusgroepen gebruikten een semigestructureerde interviewleidraad (bijlage 1), gebaseerd op de literatuurstudie, de vergelijkende analyse en de onderzoeksvragen. Door te werken met vooraf bepaalde thema's, gecombineerd met open vragen, werd enerzijds structuur aangebracht in het gesprek en anderzijds voldoende ruimte gelaten voor deelnemers om eigen ervaringen, perspectieven en voorbeelden aan te brengen. Dit was relevant gezien het exploratieve karakter van het onderzoek. Een focusgroep is geschikt om ervaringen en perspectieven van beleidsmakers en praktijkactoren te exploreren en om beleidsopties gezamenlijk te bevragen (Krueger & Casey, 2015). De interactie tussen de deelnemers stimuleert bovendien de uitwisseling van ervaringen, waardoor niet alleen individuele standpunten, maar ook gedeelde inzichten, consensus en verschillen zichtbaar worden. Dit vormt een belangrijke meerwaarde van focusgroeponderzoek binnen exploratief, kwalitatief onderzoek (Krueger & Casey, 2015).

De focusgroepen werden, na het verkrijgen van geïnformeerde toestemming van de deelnemers, opgenomen om een volledige en accurate registratie van het gesprek te verzekeren. De opname werd nadien getranscribeerd. Deze transcriptie vormde het startpunt voor de kwalitatieve analyse en maakte het mogelijk om systematisch patronen, overeenkomsten en verschillen in de ervaringen en opvattingen van de deelnemers te identificeren. De focusgroepen bestonden uit een mix van beleidsmakers en praktijkactoren (Tabel 1).

*Tabel 1: Achtergrond van de respondenten van de focusgroepen*

| Respondent | Organisatie | Professionele rol |
|---|---|---|
| **Respondent 1** | FOD Volksgezondheid | Psychosociaal manager |
| **Respondent 2** | FOD Volksgezondheid | Psychosociaal manager |
| **Respondent 3** | Agentschap Justitie en Handhaving | Beleidsmedewerker slachtofferonthaal |
| **Respondent 4** | CAW Brussel | Vlaamse coördinator nazorg voor slachtoffers van collectieve noodsituaties en terreuraanslagen |
| **Respondent 5** | FOD Justitie | Federaal magistraat |
| **Respondent 6** | Rode Kruis | Dringende Sociale Interventie (DSI) |
| **Respondent 7** | CAW Brussel | Juriste slachtofferhulp |
| **Respondent 8** | CAW Brussel | Coördinator Forensisch Welzijnswerk |

De deelnemers werden geselecteerd via purposive sampling. Deze doelgerichte steekproeftrekking is aangewezen binnen kwalitatief onderzoek omdat respondenten bewust worden geselecteerd op basis van hun relevante expertise, ervaring en betrokkenheid bij de

onderzoeksvraag (Palinkas et al., 2015). De focus ligt hierbij niet op representativiteit, maar op het verzamelen van rijke en inhoudelijk relevante informatie.

Er werd gekozen voor twee afzonderlijke focusgroepen omwille van praktische en organisatorische redenen, aangezien het samenbrengen van alle experts op één moment, gezien hun functies en agenda's, niet haalbaar bleek. Vanuit methodologisch oogpunt vormt dit echter geen beperking. Integendeel, meerdere kleinere focusgroepen worden binnen kwalitatief onderzoek frequent toegepast en laten toe om een brede waaier aan perspectieven te verzamelen, terwijl iedere deelnemer voldoende ruimte krijgt om ervaringen en inzichten uitgebreid toe te lichten (Krueger & Casey, 2015).

De focusgroepen brachten ervaringen met de nazorg in België in kaart en onderzochten lacunes en verbeterpunten op beleids- en uitvoeringsniveau. De resultaten contextualiseerden de internationale vergelijking en maakten duidelijk welke optimalisaties binnen de Belgische praktijk haalbaar en relevant zijn.

### 3.3.2 Data-analyse

De analyse werd uitgevoerd aan de hand van een thematische analyse, een flexibele, kwalitatieve analysemethode die toelaat om patronen en thema's in kwalitatieve data systematisch te identificeren en te interpreteren (Braun & Clarke, 2006).

In een eerste stap werd open codering toegepast, waarbij de transcripties systematisch werden doorgenomen en betekenisvolle tekstfragmenten werden geïdentificeerd en gecodeerd. Deze open codering laat toe om codes te ontwikkelen die nauw aansluiten bij de data, zonder vooraf een strikt theoretisch kader op te leggen, wat past binnen het exploratieve karakter van het onderzoek (Braun & Clarke, 2006).

In een tweede stap werden de codes geclusterd en geanalyseerd via een thematische verticale en horizontale analyse. Hierbij werden patronen, overeenkomsten en verschillen binnen en tussen de focusgroepen geïdentificeerd, met aandacht voor terugkerende thema's met betrekking tot ervaringen met de huidige nazorg, waargenomen lacunes en voorgestelde verbeterpunten. De resultaten van deze analyse werden vervolgens in verband gebracht met de bevindingen uit de literatuurstudie en de vergelijkende analyse, om zo tot geïntegreerde en onderbouwde conclusies te komen.

## 3.4 Survey en expertconsultatie

### 3.4.1 Dataverzameling

Aanvullend op de focusgroep en vergelijkende analyse werd een internationale survey uitgevoerd bij relevante actoren. De survey richtte zich in eerste instantie op experts uit de landen die werden opgenomen in de vergelijkende analyse, namelijk Noorwegen, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Daarnaast konden ook deskundigen uit andere landen deelnemen om een breder internationaal perspectief te verkrijgen en aanvullende praktijkervaringen te verzamelen. De survey was opgezet als een instrument voor raadpleging van deskundigen en niet als een representatief kwantitatief onderzoek. Het belangrijkste doel was om bijkomende inzichten te verzamelen over goede praktijken, met het oog op het identificeren van lessen die kunnen bijdragen aan de optimalisatie van het Belgische systeem.

De Engelstalige survey werd ontwikkeld en online afgenomen via Qualtrics (Qualtrics, Provo, UT) en bestond uitsluitend uit open vragen (bijlage 2). Deze keuze werd bewust gemaakt om respondenten de ruimte te geven om hun ervaringen, contextspecifieke inzichten en reflecties uitgebreid te beschrijven. Gezien de variatie in nationale systemen en beleidscontexten wordt een kwalitatieve benadering als het meest geschikt beschouwd om diepgaande en genuanceerde informatie te verzamelen. Open vragen laten respondenten toe om eigen accenten te leggen, praktijkvoorbeelden te beschrijven en nuances aan te brengen die met gesloten antwoordcategorieën verloren zouden gaan (Krueger & Casey, 2015).

De survey werd verspreid naar beleidsmakers, onderzoekers en praktijkactoren met expertise in psychosociale nazorg, onder meer via professionele netwerken en relevante organisaties. De respondenten werden geselecteerd via purposive sampling, waarbij doelgericht personen worden benaderd die beschikken over aantoonbare expertise over psychosociale nazorg, crisisbeheer, slachtofferzorg of beleid na terreuraanslagen (Palinkas et al., 2015).

Negen internationale experts uit zes landen namen deel. Alle respondenten bezorgden uitgebreide kwalitatieve antwoorden, waarin zij niet alleen hun nationale organisatie van psychosociale nazorg beschreven, maar ook reflecteerden over sterktes, knelpunten en aanbevelingen voor verbetering. De diversiteit aan nationale contexten, gecombineerd met de diepgang van de antwoorden, leverde een rijke kwalitatieve databron op.

*Tabel 2: Achtergrond van de respondenten van de survey*

| Respondent | Land | Professionele rol | Ervaring |
|---|---|---|---|
| **Respondent 1** | Ierland | Hulpverlener binnen psychosociale crisiszorg | 25 jaar |
| **Respondent 2** | Noorwegen | Specialist psychosociale nazorg, sociaal werk en CVE/PVE (Preventing and countering violent extremism) | 14 jaar |
| **Respondent 3 (VK1)** | Verenigd Koninkrijk[2] | Onderzoeker/academicus met ervaring in terrorismebeleid | 15 jaar |
| **Respondent 4** | Zweden | Leidinggevende van een nationale crisisorganisatie | 33 jaar |
| **Respondent 5** | Zwitserland | Verantwoordelijke voor Critical Incident Stress Management (CISM) bij de Zwitserse luchtverkeersleidingsdienst | 13 jaar |
| **Respondent 6 (US1)** | Verenigde Staten | Professor | 28 jaar |
| **Respondent 7 (VK2)** | Verenigd Koninkrijk | Directeur van een private consultancy in risicobeheer, voormalig teamleider politie (contraterrorisme en covert operations) | 20+ jaar |
| **Respondent 8 (US2)** | Verenigde Staten | Sociaal werker | 35 jaar |
| **Respondent 9 (VK3)** | Verenigd Koninkrijk | Politiesergeant | 25 jaar |

De informatiewaarde van de antwoorden stond centraal, niet numerieke representativiteit. Volgens het principe van information power kan een beperkte steekproef volstaan wanneer de onderzoeksvraag duidelijk is afgebakend, respondenten gespecialiseerde expertise hebben en

[2] De respondent gaf het Verenigd Koninkrijk aan als werkland, maar beschrijft in verschillende antwoorden ook ervaring met de Verenigde Staten.

de data rijk en relevant zijn (Malterud et al., 2016). Elke respondent vertegenwoordigde een andere nationale context, waardoor de antwoorden complementaire expertise opleverden.

Ter verdieping werden twee afzonderlijke online expertconsultaties georganiseerd. Deze consultatieve gesprekken gebruikten geen formele interviewleidraad en werden niet als afzonderlijke interviews of dataset behandeld. De experts verduidelijkten nationale nazorgstructuren, deelden aanvullende beleidsdocumenten en reflecteerden over hiaten en toekomstige ontwikkelingen. De experts beschikken over ruime internationale expertise op het vlak van psychosociale nazorg na terrorisme, slachtofferzorg, crisisbeheer en contraterrorisme. De eerste expert is verbonden aan het International Network Supporting Victims of Terrorism and Mass Violence (INVICTM). De tweede expert is verbonden aan het Center on Terrorism, Extremism and Counterterrorism (CTEC) van het Middlebury Institute of International Studies in Monterey.

### 3.4.2 Data-analyse

De analyse werd uitgevoerd aan de hand van een thematische analyse, een flexibele kwalitatieve analysemethode die toelaat om patronen en thema's in kwalitatieve data systematisch te identificeren en te interpreteren (Braun & Clarke, 2006).

In een eerste stap werd open codering toegepast, waarbij de transcripties systematisch werden doorgenomen en betekenisvolle tekstfragmenten werden geïdentificeerd en gecodeerd. Deze open codering laat toe om codes te ontwikkelen die nauw aansluiten bij de data, zonder vooraf een strikt theoretisch kader op te leggen, wat past binnen het exploratieve karakter van het onderzoek (Braun & Clarke, 2006). De codes werden vervolgens geclusterd in een horizontale thematische analyse, waarmee overeenkomsten en verschillen tussen landen zichtbaar werden. De surveybevindingen werden daarna geïntegreerd met de literatuurstudie, vergelijkende analyse en focusgroepen om effectieve en minder effectieve praktijken vanuit meerdere databronnen te beoordelen.

De inzichten uit de aanvullende expertconsultaties werden gebruikt om de interpretatie van de surveyresultaten verder te verdiepen en te contextualiseren, maar werden niet als afzonderlijke dataset geanalyseerd.

## 3.5 Ethiek

Bij de uitvoering van dit onderzoek werd bijzondere aandacht besteed aan ethische principes. Deelname aan het onderzoek was volledig vrijwillig en deelnemers konden op elk moment, zonder opgave van reden, hun deelname beëindigen. Voorafgaand aan de focusgroepen werd geïnformeerde toestemming verkregen, waarbij de deelnemers duidelijke informatie ontvingen over het doel van het onderzoek, de werkwijze, het gebruik van de data en hun rechten als deelnemer.

Daarnaast werd de vertrouwelijkheid van de deelnemers gewaarborgd. Persoonsgegevens werden niet opgenomen in de rapportage en uitspraken werden zodanig verwerkt dat individuele deelnemers of organisaties niet identificeerbaar zijn. Aangezien het onderzoek betrekking heeft op psychosociale nazorg na rampen en terreuraanslagen, werd zorgvuldig omgegaan met mogelijk emotioneel beladen ervaringen. De focusgroepen werden gemodereerd op een respectvolle en veilige manier, met aandacht voor het welzijn van de deelnemers. Indien nodig werd ruimte voorzien om het gesprek te onderbreken of deelnemers door te verwijzen naar gepaste ondersteuning.

# Hoofdstuk 4: Resultaten

## 4.1 Vergelijkende analyse

### 4.1.1 Noorwegen

**Casus**
Op 22 juli 2011 vond er een autobomaanslag plaats in de regeringswijk van Oslo, waarbij 8 van de 350 aanwezige werknemers om het leven kwamen en 209 personen gewond raakten. Vervolgens doodde de terrorist 69 jongeren en verwondde hij 110 jongeren op een zomerkamp op het eiland Utøya, georganiseerd door de jeugdliga van de regerende Arbeiderspartij (Weisæth, 2021).

Om deze gebeurtenissen te begrijpen binnen een bredere onderzoekscontext, is het belangrijk te benadrukken dat in Noorwegen sinds het midden van de jaren zeventig prospectieve, gecontroleerde en longitudinale studies worden uitgevoerd naar grootschalige ongevallen en rampen (Weisæth, 2021). Uit deze onderzoeken blijkt dat de meerderheid van de mensen die worden blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen relatief veerkrachtig is. Deze veerkracht wordt mede verklaard door eerdere ervaringen met rampen of specifieke training, die als belangrijke beschermende factoren fungeren (Weisæth, 2021).

De psychosociale respons op de aanslagen van 2011 bouwde voort op deze wetenschappelijke inzichten. De geboden ondersteuning was gebaseerd op de vijf essentiële elementen zoals beschreven door Hobfoll en collega's (2007), namelijk het bevorderen van een gevoel van veiligheid, het versterken van gemeenschapszin en zelf-effectiviteit, verbondenheid, het creëren van kalmte en het bieden van hoop. Om deze principes concreet te implementeren, werd daarnaast een informatie- en ondersteuningscentrum opgezet, dat een cruciale rol speelde in het aanbrengen van orde in de nabijheid van het rampgebied (Weisæth, 2021).

In lijn met internationale richtlijnen werd deze aanpak verder gestructureerd. Op basis van de richtlijnen van het National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2005), die bij grootschalige rampen hoge prevalenties van posttraumatische psychopathologie voorspellen, gaf de Noorse gezondheidsdirectie aanbevelingen aan alle getroffen gemeenten om proactieve follow-up te initiëren. Dit hield in dat er actief contact werd gelegd met getroffenen onmiddellijk na de gebeurtenis (Dyb et al., 2014). Deze aanbevelingen vormden de basis voor het outreachmodel dat na de aanslagen werd ontwikkeld. Dit proactieve outreachmodel voor primaire en secundaire slachtoffers is gebaseerd op drie kernprincipes: een vroege proactieve benadering, continue opvolging en gerichte interventies voor personen met specifieke noden (Strøm et al., 2024; Dyregrov et al., 2019; Stene et al., 2016). Deze principes vertaalden zich in een concrete organisatorische aanpak van de psychosociale zorg.

Na de terreuraanslagen in Oslo en Utøya werd acute psychosociale zorg verleend door multidisciplinaire crisisteams. Hoewel regionale gezondheidsautoriteiten verantwoordelijk zijn voor gespecialiseerde gezondheidszorg, wordt de proactieve opvolging op gemeentelijk niveau georganiseerd (Wiström et al., 2016). Binnen deze structuur zijn gemeenten wettelijk verplicht om noodplannen voor psychosociale zorg op te stellen en de samenstelling van crisisteams te bepalen. Deze teams bestaan doorgaans uit huisartsen, psychiatrisch verpleegkundigen, schoolverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen, politiefunctionarissen en/of religieuze leiders. Hun taak bestaat erin om onmiddellijk contact op te nemen met slachtoffers en ondersteuning te bieden (Dyb et al., 2014).

De nadruk op proactieve en continue zorg kwam ook tot uiting in de verwachtingen van slachtoffers en hun families. Zij verwachtten dat de acute hulpverlening zou worden voortgezet in de vorm van opvolging, inclusief regelmatige contactmomenten en het aanbieden van verdere hulp. Om hieraan tegemoet te komen, werd aanbevolen om alle slachtoffers en hun families gedurende een jaar een vaste contactpersoon toe te wijzen. Deze contactpersoon had als taak om contact te onderhouden, individuele gesprekken aan te bieden, de hulpbehoeften in kaart te brengen en informatie te verstrekken over beschikbare hulpdiensten en gespecialiseerde zorg binnen de gemeente (Strøm et al., 2024; Wiström et al., 2016).

Niettemin bracht de implementatie van deze aanpak ook uitdagingen met zich mee. Het bereiken van niet-traditionele gezinnen, zoals eenoudergezinnen of nieuw samengestelde gezinnen, evenals gezinnen met een migratieachtergrond, bleek moeilijker (Strøm et al., 2024). Over het algemeen coördineerden huisartsen de langetermijnopvolging, met eventuele doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg. In Noorwegen beschikt meer dan 99% van de bevolking over een vaste huisarts, wat deze coördinatie vergemakkelijkt (Stene et al., 2022).

De effectiviteit van deze aanpak werd onderzocht in verschillende longitudinale studies. Een studie naar de gezondheid en het welzijn van slachtoffers en hun ouders, met interviews na 4, 14 en 32 maanden en geïntegreerd met een outreachprogramma, toonde aan dat het stressniveau hoog bleef. Deze bevinding benadrukt dat interventies na trauma zich zowel op slachtoffers als op hun ouders moeten richten (Weisæth, 2021).

Ook andere studies bevestigen het belang en de impact van de proactieve aanpak. In onderzoek van Dyb en collega's (2014), waarbij 325 overlevenden van de aanslag op Utøya 4 à 5 maanden na de gebeurtenis werden geïnterviewd, gaf 87% aan vroegtijdig en proactief benaderd te zijn. De meerderheid (84%) beschikte over een contactpersoon. Daarnaast ontving een aanzienlijk deel ondersteuning van de huisarts (63%) of andere gemeentelijke diensten (66%), terwijl 73,1% gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg ontving. Tegelijkertijd werden er verschillen vastgesteld tussen gemeenten, wat wijst op variatie in implementatie (Wiström et al., 2016).

Wat betreft zorgbehoeften en tevredenheid tonen de resultaten een genuanceerd beeld. Onderzoek van Stene en collega's (2016) laat zien dat ongeveer de helft van de overlevenden een hoge tot zeer hoge behoefte had aan psychosociale ondersteuning. Hoewel de meeste overlevenden tevreden waren over de ontvangen zorg, bleken personen met een migratieachtergrond vaker onvervulde zorgbehoeften te hebben.

Tot slot werd de algehele aanpak ook op beleidsniveau positief geëvalueerd. Een jaar na de aanslagen publiceerde de Commissie van 22 juli haar rapport, waarin de respons van de geestelijke gezondheidszorg positief werd beoordeeld. Ook een onafhankelijke internationale commissie van experts op het gebied van traumatische stress gaf een gunstige evaluatie van de aanpak (Weisæth, 2021).

Het Noorse Rode Kruis speelde bovendien een belangrijke rol bij de oprichting van een nationale lotgenotengroep. Deze steungroep droeg bij aan de verdere versterking van de langetermijnzorg, onder meer door als adviseur op te treden voor de volksgezondheid bij de opvolging en bijsturing van de zorg, wat als positief werd geëvalueerd (Stene et al., 2022).

## Huidige organisatie van psychosociale nazorg

Waar in de voorgaande sectie de concrete psychosociale nazorg na de aanslagen van 22 juli 2011 werd beschreven, richt deze sectie zich op de structurele organisatie van de psychosociale nazorg in Noorwegen. Deze nazorg wordt gekenmerkt door een geïntegreerde en multidimensionale aanpak, waarin zowel overheidsinstanties als maatschappelijke initiatieven een rol spelen. De combinatie van formele hulpverlening, lotgenotencontact, educatie en herdenking vormt een breed ondersteuningskader dat gericht is op zowel individueel herstel als maatschappelijke verwerking van het trauma. Kenmerkend voor de Noorse aanpak is dat psychosociale nazorg in grote mate geïntegreerd is in bestaande gezondheids- en welzijnsstructuren, eerder dan georganiseerd via afzonderlijke gespecialiseerde centra. Een overzicht van de verschillende rollen in Noorwegen is weergegeven in onderstaande tabel.

*Tabel 3: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in Noorwegen*

| Domein | Kern (Noorwegen) |
|---|---|
| **Overheid** | De centrale overheid stelt via het Noorse Directoraat voor de Gezondheid de richtlijnen vast, waarna de Staatsgouverneur toeziet op de naleving ervan op regionaal niveau. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor psychosociale nazorg op korte en lange termijn. Het nazorgplan maakt deel uit van het gemeentelijk noodplan. Duidelijke taakverdeling, samenwerking en crisiscommunicatie zijn essentieel (Helsedirektoratet, z.d.). |
| **Psychosociaal crisisteam** | Gemeentelijk, interdisciplinair team (met expertise op gebied van gezondheid, kinderen en minderheden) met proactieve aanpak voor vroegtijdige interventie en toeleiding naar gepaste nazorg. De leider moet het team initiëren en teamleden moeten vooral in acute fase in duo's werken. Training, regelmatige opleiding en oefeningen zijn nodig (Helsedirektoratet, z.d.). |
| **Huisarts en screening** | De huisarts heeft een sleutelrol in de opvolging. De gemeente moet de verantwoordelijkheden van de huisarts vastleggen en zorgen dat ze tijdig op de hoogte worden gebracht. Screening met vragenlijsten gebeurt best vanaf vier à vijf weken na het incident, met doorverwijzing indien nodig (Helsedirektoratet, z.d.). |
| **Lotgenotencontact** | De nationale steungroep Støttegruppe etter 22. Juli biedt lotgenotencontact, psychosociale steun en belangenbehartiging (Den Nasjonale Støttegruppen etter 22. Juli, z.d.). |
| **Educatie** | Het 22 juli Centrum, het Wergeland Center en de Rafto Foundation dragen via educatie bij aan maatschappelijke verwerking en bewustwording (22 July Centre, z.d.; Wergelandsenteret, z.d.; Rafto Foundation, z.d.). |
| **Herdenking** | Herdenking krijgt vorm via monumenten, jaarlijkse ceremonies en een herdenkingsboek op Utøya (Utøya AS, z.d.). |
| **Financiën en rechten** | Slachtoffers hebben recht op juridische en financiële ondersteuning. Noorwegen werkt met een gelaagd compensatiesysteem: dader, verzekering en daarna de staat (European Parliament & Council of the European Union, 2012; Sandvik, 2024). Slachtoffers worden aangesteld als slachtofferadvocaat waarbij ze het proces bijwonen en input geven (Laugerud & Langballe, 2017). |

### 4.1.2 Frankrijk

**Casus**
Op vrijdag 13 november 2015 voerden terroristen van Islamitische Staat (IS) zes gecoördineerde aanslagen uit op verschillende locaties in Parijs, waaronder terrassen en de concertzaal Bataclan. De meest dodelijke aanval vond plaats in deze concertzaal, waar 89 mensen om het leven kwamen tijdens een optreden. Daarnaast bliezen drie zelfmoordterroristen zich op nabij het Stade de France in Saint-Denis tijdens een voetbalwedstrijd (Philippe et al., 2016). Deze gebeurtenissen behoren tot de dodelijkste terroristische aanslagen in Europa, met in totaal 131 doden, bijna 500 lichamelijk gewonden. Daarnaast werden veel meer personen rechtstreeks of onrechtstreeks psychologisch en sociaal getroffen (Programme 13-Novembre, z.d.).

De psychosociale respons op deze aanslagen bouwde voort op eerdere ervaringen met terrorisme in Frankrijk. Meer specifiek werd geput uit inzichten opgedaan na eerdere aanslagen, waaronder de aanval op de redactie van Charlie Hebdo in januari 2015 (Vandentorren et al., 2018). Onderzoek van Vandentorren en collega's (2018), gebaseerd op vragenlijsten afgenomen 6 maanden en 18 maanden na deze aanslag, toonde aan dat zelfs personen met een lagere blootstelling ernstige psychologische gevolgen konden ondervinden.

Binnen deze context werd de bestaande structuur voor psychosociale hulpverlening verder ingezet en geactiveerd. Na een terroristische aanslag in Parijs in 1995 werd een nationaal netwerk van Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP's) opgericht door de regionale gezondheidsdiensten (Agence régionale de Santé, ARS) onder auspiciën van de spoedeisende medische diensten (SAMU) (Stene et al., 2022). Elke CUMP bestaat uit een interdisciplinair team van vrijwillige psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en ander opgeleid personeel. Deze teams bieden onmiddellijke psychologische hulp na terroristische aanslagen of rampen en verstrekken informatie over toegang tot langdurige zorg (Stene et al., 2022; Vandentorren et al., 2018; Pirard et al., 2023).

Naast deze acute interventies werd ook voorzien in langdurige ondersteuning. Op langere termijn bieden slachtofferhulporganisaties, verenigd binnen France Victimes, gratis psychologische consultaties aan slachtoffers (Stene et al., 2022). Daarnaast werd het Système d'Information de Suivi des Victimes (SI-VIC) ontwikkeld door het Franse ministerie van Volksgezondheid. Dit systeem omvat een centrale lijst van slachtoffers en heeft als doel de ondersteuning te faciliteren, het contact met familieleden te bevorderen en inzicht te bieden in de impact van de gebeurtenis op de zorgcapaciteit (Stene et al., 2022).

Binnen het Franse gezondheidszorgsysteem bestaat een semi-poortwachtersmodel, waarbij patiënten worden aangemoedigd om via een verwijzing van een huisarts toegang te krijgen tot gespecialiseerde zorg (Stene et al., 2022). Gezien de overbelasting van de reguliere zorg na de aanslagen, konden erkende slachtoffers aanspraak maken op volledige terugbetaling van zorg die verband hield met de aanslag. Voor psychiatrische opvolging voorzag de Franse ziekteverzekering onder bepaalde voorwaarden in volledige terugbetaling gedurende twee jaar. (Pirard et al., 2023).

Hoewel de acute psychosociale hulpverlening snel werd opgestart, werden er belangrijke uitdagingen vastgesteld op langere termijn. Slachtoffers ontvingen via de CUMP's tijdige ondersteuning, maar er bleken aanzienlijke lacunes in de langdurige zorg, met een hoog percentage PTSS onder de getroffenen (Stene et al., 2022).

Om de impact van de aanslagen beter te begrijpen en de zorg te verbeteren, werd het grootschalige onderzoeksprogramma “13-Novembre” opgezet. Dit programma is transdisciplinair, transprofessioneel en longitudinaal, met een looptijd van twaalf jaar, en heeft onder meer als doel een beter inzicht te krijgen in PTSS en de ondersteuning van zowel burgers als hulpverleners te optimaliseren (Programme 13-Novembre, z.d.).

Binnen dit programma werd onder andere de Post-Attack Public Health Survey of November 2015 (ESPA) uitgevoerd. Deze studie had als doel de psychotraumatische impact en het zorggebruik te onderzoeken bij personen die blootgesteld waren aan de aanslagen. De resultaten tonen hoge prevalenties van PTSS: 54% bij direct bedreigde personen, 27% bij getuigen ter plaatse, 21% bij omstanders, 54% bij nabestaanden en 5% bij hulpverleners. Opvallend is dat slechts 46% van de slachtoffers met PTSS hulp zocht.

De belangrijkste redenen hiervoor waren onder meer ongepaste timing (28%), ongeschikte zorgmethoden (28%), een gebrek aan ervaren nood (20%), een gebrek aan aangeboden zorg (14%), gevoelens van gebrek aan legitimiteit, schaamte of een slechte therapeutische relatie (12%), moeilijkheden bij toegang tot zorg (11%) en financiële barrières (11%). Deze bevindingen benadrukken het belang van vroegtijdige detectie en adequate doorverwijzing. Het onderzoek benadrukt dan ook de noodzaak van verhoogde bewustwording en training in het screenen op PTSS, zodat passende ondersteuning en langdurige behandeling kunnen worden gegarandeerd (Santé publique France, 2020a).

De tweede fase van het ESPA-onderzoek had als doel om (1) de psychotraumatische impact vijf jaar na de aanslagen te evalueren en de evolutie ervan in kaart te brengen (Santé publique France, 2020b) en (2) de ontwikkeling van deze impact tussen fase 1 en fase 2 te onderzoeken met een longitudinaal onderzoek. De psychologische impact blijft vijf jaar na de gebeurtenissen aanzienlijk, maar er is sprake van enige vorm van aanpassing in de vorm van veerkracht of zelfs posttraumatische groei (Fierdepied et al., 2025).

Aanvullend toont een studie van Prioux en collega’s (2023), gebaseerd op de ESPA-vragenlijst, aan dat PTSS bij hulpverleners kan aanhouden of zelfs pas jaren na de aanslag kan ontstaan. Dit benadrukt het belang van langdurige monitoring, evaluatie en behandeling van first responders om negatieve gezondheidsuitkomsten te voorkomen of te beperken. Daarnaast wordt het ontwikkelen van systematische sensibilisering en training rond psychologische risico’s in de professionele context aanbevolen.

Verder toont onderzoek van Pirard en collega’s (2023) aan dat bij terreuraanslagen rekening moet worden gehouden met zorgbehoeften die zich pas enkele maanden na de gebeurtenis manifesteren. Bovendien blijken getuigen minder vaak psychologische hulp te ontvangen dan direct bedreigde personen, ondanks vergelijkbare psychische problematiek.

Samenvattend kan worden gesteld dat de psychosociale ondersteuning na de aanslagen in Frankrijk gebaseerd is op een sterk gestructureerd systeem, waarin acute en langdurige zorg worden gecombineerd. Deze aanpak steunt op een nauwe samenwerking tussen de overheid, de gezondheidszorg en gespecialiseerde organisaties, en is gericht op het beantwoorden van de uiteenlopende noden van slachtoffers, getuigen en hun families (Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale, 2024).

## Huidige organisatie van psychosociale nazorg

Waar in de voorgaande sectie de psychosociale nazorg op de aanslagen van november 2015 in Parijs werd besproken, richt deze sectie zich op de structurele organisatie van psychosociale nazorg in Frankrijk. Deze nazorg is ingebed in een gelaagd systeem waarin overheidsinstanties, gezondheidszorgdiensten en maatschappelijke organisaties samenwerken om zowel acute als langdurige ondersteuning te bieden. Een overzicht van de verschillende rollen in Frankrijk is weergegeven in onderstaande tabel.

*Tabel 4: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in Frankrijk*

| Domein | Kern (Frankrijk) |
|---|---|
| **Overheid en structurele ondersteuning** | De Franse overheid speelt een centrale rol in de ondersteuning van slachtoffers. Het garantiefonds voor slachtoffers van terrorisme en andere misdrijven (FGTI) vergoedt fysieke, psychische, morele en economische schade. Via Assurance Maladie hebben gewonden en nabestaanden recht op volledige terugbetaling van medische en psychiatrische zorg in verband met de aanslag (Fonds de Garantie des Victimes, z.d.; Assurance Maladie, 2026). |
| **Mentale ondersteuning** | Psychologische noodhulp wordt georganiseerd via de CUMP, die in elke regio is gekoppeld aan de SAMU en onmiddellijk na een incident wordt ingezet (Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 2025). Na de acute fase kan, indien nodig, worden doorverwezen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, onder meer voor cognitieve gedragstherapie en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Doorverwijzing kan ook via de huisarts gebeuren. |
| **Langdurige opvolging en coördinatie** | De lokale coördinatie van slachtofferondersteuning gebeurt onder meer via het comité local d'aide aux victimes, CLAV. Dit comité brengt de betrokken overheidsdiensten en slachtofferorganisaties samen en stemt de langdurige ondersteuning af (France Victimes, z.d.). |
| **Ondersteuningsorganisaties** | Organisaties zoals France Victimes, Life for Paris en Fraternité et Vérité bieden informatie, psychologische begeleiding, juridische ondersteuning en lotgenotencontact. Het doel is om slachtoffers bij te staan om meer veerkracht te ontwikkelen, steun te bieden en om actie te ondernemen om zorgsystemen te verbeteren. Ook het Franse Rode Kruis en een nationale hulplijn voorzien laagdrempelige psychosociale steun (Association 13onze15 Fraternité et Vérité, z.d.; France Victimes, z.d.; Life for Paris, z.d.; Croix-Rouge française, z.d.). |
| **Kennis en educatie** | Het nationaal centrum voor hulpbronnen en veerkracht (Cn2r) fungeert als kennis- en onderzoekscentrum rond psychotrauma en biedt informatie en hulpmiddelen, ook voor hulpverleners (Centre national de ressources et de résilience, z.d.). |
| **Ondersteuning in het buitenland** | Het Ministerie voor Europa en Buitenlandse Zaken ondersteunt Franse burgers in noodsituaties in het buitenland via diplomatieke posten en het Crisis- en Ondersteuningscentrum (CDCS) (Ministry for Europe and Foreign Affairs, z.d.). |
| **Financiën en rechten** | Frankrijk vertrekt vanuit het principe van nationale solidariteit. Slachtoffers kunnen financiële steun krijgen via het FGTI. Daarnaast bieden organisaties binnen France Victimes gratis juridische en psychologische ondersteuning, en kan de staat via rechtsbijstand geheel of gedeeltelijk tussenkomen in juridische kosten (Fonds de Garantie des Victimes, z.d.; Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale, 2024; European Commission, 2023). |

### 4.1.3 Verenigd Koninkrijk

**Casus**
Op 22 mei 2017 bracht een zelfmoordterrorist een geïmproviseerd explosief tot ontploffing in de foyer van de Manchester Arena, terwijl volwassenen en jongeren een concert van popzangeres Ariana Grande verlieten. Op dat moment waren ongeveer 19.500 mensen aanwezig in en rond de arena. De aanslag eiste 23 levens, waaronder dat van de terrorist zelf, en verwondde meer dan 230 anderen (Hind et al., 2021).

De psychosociale respons op deze aanslag werd gekenmerkt door een gecoördineerde maar gedecentraliseerde aanpak. Tijdens de acute fase werd de hulpverlening georganiseerd via samenwerking tussen verschillende sectoren (Hind et al., 2021). Binnen deze context werd binnen de National Health Service (NHS) de Manchester Resilience Hub opgericht, een grootschalige nazorgstructuur met als doel de psychosociale impact systematisch te monitoren en passende zorg te bieden aan getroffenen (French et al., 2019; Hussey et al., 2026).

De Manchester Resilience Hub biedt outreach, screening, telefonische klinische triage en ondersteuning bij de toegang tot evidence-based behandelingen. Personen die zich 3, 6 en 9 maanden na het incident registreerden, werden gescreend op trauma, depressie, gegeneraliseerde angst en functioneren. De resultaten tonen aan dat personen die zich eerder aanmelden minder symptomen vertonen en grotere verbeteringen laten zien op verschillende psychologische meetpunten. Daarnaast blijkt dat deelnemers die zich aanmelden een afname van symptomen ervaren, inclusief degenen die hun aanmelding uitstelden (Hussey et al., 2025). Verder wijst onderzoek uit dat het welzijn van ouders samenhangt met psychische problemen bij kinderen, wat het belang benadrukt van een gezinsgerichte benadering van zorg (Hussey et al., 2026). Hoewel deze gestructureerde aanpak effectief bleek, werden ook enkele beperkingen vastgesteld. Zo ondervonden medewerkers van de Resilience Hub moeilijkheden bij het doorverwijzen van personen die buiten de regio Groot-Manchester woonden (Hind et al., 2021).

Naast de concrete interventies benadrukt onderzoek het belang van voorbereiding en capaciteit. Psychosociale interventies dienen al vóór een gebeurtenis te worden gepland en geoefend, inclusief het waarborgen van voldoende personeelscapaciteit (Hind et al., 2021). Daarnaast is er een duidelijke nood aan verhoogde bewustwording van psychosociale noden en aan gerichte opleiding van professionals om deze noden adequaat te kunnen aanpakken (Stancombe et al., 2022).

Informele ondersteuning speelt eveneens een belangrijke rol in het herstelproces. Veel psychosociale zorg wordt geboden door familie, vrienden en lotgenotengroepen. Onderzoek op basis van semi-gestructureerde interviews met fysiek ongedeerde overlevenden toont aan dat deelname aan groepen gebaseerd op gedeelde ervaringen en verbondenheid een belangrijke bijdrage levert aan verwerking en herstel (Drury et al., 2022). Daarnaast worden vroege en toegankelijke informatievoorzieningen, emotionele steun en georganiseerde bijeenkomsten voor overlevenden als waardevolle interventies beschouwd (Stancombe et al., 2022).

Op systeemniveau wijzen verschillende studies op het belang van gestandaardiseerde processen. Zo zou een uniforme aanpak van screening en follow-up, in plaats van variatie tussen lokale aanbieders, kunnen leiden tot betere resultaten (French et al., 2019). In dit kader wordt een stapsgewijs zorgmodel met screening en triage als een effectieve benadering beschouwd (Stene et al., 2022). Deze bevinding sluit aan bij eerdere ervaringen in het Verenigd Koninkrijk, waar na de bomaanslagen in Londen in 2005 een volksgezondheidsprogramma werd opgezet

dat gebruik maakte van gevalideerde screeningsinstrumenten. Dit programma resulteerde in een aanzienlijk hoger aantal doorverwijzingen dan via reguliere zorgkanalen, aangezien veel getroffenen niet spontaan hulp zoeken (Brewin et al., 2008).

Het Verenigd Koninkrijk beschikt bovendien over een lange traditie in het uitvoeren van individuele behoefteanalyses. Bij terroristische aanslagen kan de politie Family Liaison Officers (FLO) inzetten als centraal aanspreekpunt voor nabestaanden en andere families die intensief bij het politieonderzoek betrokken zijn. Deze functionaris fungeert als centraal aanspreekpunt, ondersteunt het onderzoek en zorgt voor een respectvolle en zorgvuldige benadering van slachtoffers en hun families. Daarnaast voert de FLO een behoefteanalyse uit, waarbij ook rekening wordt gehouden met langetermijnnoden om een vlotte overgang naar verdere hulpverlening te garanderen (Ivanković et al., 2017).

Ook registratie en monitoring van slachtoffers vormen een essentieel onderdeel van de nazorg. Na de aanslag in Manchester werden al geregistreerde slachtoffers gevraagd naar andere mogelijke slachtoffers binnen hun netwerk (snowballing), wat bijdroeg aan een bredere identificatie van getroffenen (Holsappel-Brons et al., 2022). Onderzoek toont aan dat het ontwikkelen van een centrale registratieprocedure onder verantwoordelijkheid van één organisatie een belangrijke meerwaarde kan bieden. Systematische registratie, monitoring van gezondheid en evaluatie van de geboden zorg zijn cruciale elementen om passende hulp te kunnen bieden (Bosmans et al., 2022b; Dyregrov et al., 2019).

Daarnaast werden onmiddellijk na de aanslag diverse laagdrempelige ondersteuningsinitiatieven opgezet. Zo werd een telefonische hulplijn aangeboden voor emotionele en praktische ondersteuning, en werden besloten groepen opgericht die bijdroegen aan veerkracht en herstel (UK Government, 2017).

De respons na Manchester illustreert hoe psychosociale nazorg in het Verenigd Koninkrijk wordt georganiseerd via samenwerking tussen centrale overheid, lokale overheden, de NHS, politie en maatschappelijke organisaties. De concrete invulling kan echter verschillen tussen Engeland, Schotland, Wales en Noord-Ierland en tussen afzonderlijke regio’s.

## Huidige organisatie van psychosociale nazorg

Waar in de voorgaande sectie de concrete psychosociale nazorg na de aanslag in Manchester werd besproken, richt deze sectie zich op de structurele organisatie van nazorg binnen het Verenigd Koninkrijk. De psychosociale nazorg na terroristische aanslagen in het Verenigd Koninkrijk is georganiseerd binnen een geïntegreerd systeem waarin overheidsinstanties, gezondheidszorgdiensten en liefdadigheidsorganisaties samenwerken. Deze aanpak is gericht op het bieden van zowel onmiddellijke als langdurige ondersteuning aan verschillende groepen getroffenen, waaronder slachtoffers, nabestaanden, getuigen en hulpverleners. Naast formele zorgstructuren wordt ook ingezet op laagdrempelige ondersteuning, digitale hulpmiddelen en lotgenotencontact. Een overzicht van de verschillende rollen in het Verenigd Koninkrijk is weergegeven in onderstaande tabel.

*Tabel 5: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in het Verenigd Koninkrijk*

| Domein | Kern (Verenigd Koninkrijk) |
|---|---|
| **Overheid** | De Victims of Terrorism Unit (VTU) coördineert de ondersteuning aan slachtoffers van terroristische aanslagen, maar de concrete zorgverlening gebeurt vooral via de gezondheidszorg en gespecialiseerde diensten (Home Office, 2025). Sinds 1 juni 2026 vormt het nationale Support Hub for Victims and Survivors of Terrorism één centraal toegangspunt voor emotionele, praktische en gespecialiseerde psychologische ondersteuning. De Hub werkt met vaste casemedewerkers en gepersonaliseerde ondersteuningsplannen en wordt uitgevoerd door Victim Support, West London NHS Trust en Peace Collective (Home Office, 2026). De casemanager voert een Terror Incident Needs Assessment (TINA) uit. Dit omvat een screening naar psychische, praktische, financiële en juridische behoeften. |
| **Liefdadigheidsinstellingen** | Organisaties zoals Victim Support en Samaritans bieden laagdrempelige, vertrouwelijke steun via hulplijnen, chat en lokale diensten. My Support Space biedt daarnaast online zelfhulpmateriaal (Victim Support, z.d.; Samaritans, z.d.). |
| **Mentale ondersteuning** | De NHS biedt toegang tot geestelijke gezondheidszorg via de huisarts, NHS Talking Therapies en gespecialiseerde traumadiensten. Sinds juni 2026 kan het nationale Support Hub for Victims and Survivors of Terrorism slachtoffers zo nodig doorverwijzen naar de National Psychology Service for Victims and Survivors of Terror van West London NHS Trust (Home Office, 2026). Gespecialiseerde traumazorg wordt onder meer aangeboden door het center for anxiety disorders and trauma (CADAT) (NHS, 2019; NHS, 2025; South London and Maudsley NHS Foundation Trust, z.d.). |
| **Regionale ondersteuning** | Naast nationale zorg bestaan regionale diensten, zoals de London Victim and Witness Service, Victim Support Scotland, Lifeline in Noord-Ierland en de Wales Terrorist Attack Support Helpline (London Victim and Witness Service, z.d.; Victim Support Scotland, z.d.). |
| **Ondersteuning voor kinderen** | Childline biedt kinderen informatie, praktische tips en rechtstreekse ondersteuning via een hulplijn (NSPCC, z.d.). |
| **Lotgenotencontact** | The Peace Collective biedt gratis en vertrouwelijke lotgenotenondersteuning aan personen die door terrorisme getroffen zijn (The Peace Collective, z.d.). |
| **Buitenlandse staatsburgers** | Buitenlandse slachtoffers in het VK kunnen voor ondersteuning terecht bij hun ambassade of consulaat (Foreign, Commonwealth & Development Office, z.d.). |
| **Hulpverleners** | Hulpverleners kunnen gebruikmaken van trauma-screening, therapeutische ondersteuning via de NHS en specifieke voorzieningen zoals Blue Light Wellbeing Framework van Oscar Kilo (Oscar Kilo, z.d.). |
| **Financiën en rechten** | Slachtoffers kunnen steun krijgen bij uitkeringen en schadevergoeding, onder meer via de Criminal Injuries Compensation Authority (CICA). Daarnaast bestaan er ook noodfondsen, zoals na de aanslag in Manchester, en gespecialiseerde juridische ondersteuning (UK Government, 2017; Manchester Attack Support, z.d.; HCC Solicitors, z.d.). |

### 4.1.4 Nederland

**Casus**
In Utrecht vond een schietpartij plaats op 18 maart 2019, toen een schutter het vuur opende op passagiers in een rijdende tram. Bij deze aanslag kwamen vier mensen om het leven en raakten zes personen gewond. De dader handelde vanuit een terroristisch motief (Bosmans et al., 2022a).

De psychosociale respons in Nederland wordt gekenmerkt door een sterke rol van de lokale overheid en een gestructureerde coördinatie van hulpverlening. Na een ramp of crisis wordt de psychosociale hulpverlening georganiseerd binnen de veiligheidsregio. De geneeskundige hulpverleningsorganisatie (GHOR) coördineert de samenwerking binnen de geneeskundige hulpverleningsketen, terwijl de getroffen gemeente vanuit bevolkingszorg verantwoordelijk is voor onder meer opvang, communicatie, registratie en nazorg. In samenwerking met de regionale Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en andere betrokken organisaties kan een plan van aanpak voor psychosociale ondersteuning en zorg worden opgesteld. Binnen deze structuur is een kernteam verantwoordelijk voor de planning en coördinatie van de psychosociale hulp, zowel in de acute fase als in de overgang naar de nafase. Dit kernteam blijft actief zolang extra coördinatie nodig is en de ondersteuning nog niet volledig kan worden overgedragen aan reguliere zorgkanalen (Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid, 2019).

Onderzoek naar de impact van de aanslag in Utrecht wijst echter op enkele belangrijke knelpunten in de nazorg. Een studie van Bosmans en collega's (2022a), waarin direct getroffenen en nabestaanden zes en achttien maanden na de aanslag werden geëvalueerd, toont aan dat veel overlevenden hun dagelijks leven opnieuw konden opnemen. Tegelijkertijd kampte een deel van hen met aanhoudende gezondheidsproblemen, zoals PTSS, waarvoor professionele zorg noodzakelijk was. Opvallend is dat personen die zorg nodig hadden niet altijd zelfstandig hun weg vonden naar passende hulp binnen het bestaande zorgsysteem. Deze bevinding benadrukt het belang van langdurige monitoring en het uitvoeren van tijdige behoefteanalyses om latere problemen te detecteren (Bosmans et al., 2022b).

Daarnaast werd vastgesteld dat het ontbreken van een uniform registratiesysteem en een centrale verantwoordelijke organisatie voor de coördinatie van dienstverlening een belemmering vormde voor een adequate gezondheidsmonitoring (Bosmans et al., 2022a). Dit sluit aan bij bredere inzichten dat slachtoffers, zowel in de acute fase als in de nafase, minder zelfredzaam zijn dan vaak wordt verondersteld, waardoor een proactieve benadering noodzakelijk is. Een uniform registratiesysteem kan hierin een belangrijke rol spelen (Holsappel-Brons et al., 2022).

Registratie en monitoring vormen dan ook kerncomponenten van effectieve psychosociale nazorg. Het systematisch registreren van slachtoffers, het opvolgen van hun gezondheidstoestand en het evalueren van de geboden psychosociale zorg zijn cruciale elementen om passende en tijdige ondersteuning te kunnen bieden (Bosmans et al., 2022a).

Binnen het Nederlandse beleid wordt deze aanpak ondersteund door richtlijnen en kennisontwikkeling. De Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociaal Crisismanagement biedt een wetenschappelijk onderbouwd referentiekader voor overheden en hulpverleners bij het organiseren van psychosociale hulpverlening na rampen (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023). Deze richtlijn benadrukt dat psychosociale zorg gericht moet zijn op het bevorderen van herstel en het voorkomen van ernstige gezondheidsklachten, en dat deze zorg

behoeftegericht, effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk voor iedereen moet zijn (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023). Een overzicht van de verschillende rollen in Nederland is weergegeven in onderstaande tabel.

*Tabel 6: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in Nederland*

| Domein | Kern (Nederland) |
|---|---|
| **Overheid en coördinatie** | De psychosociale hulpverlening wordt georganiseerd binnen de veiligheidsregio. De GHOR coördineert de geneeskundige hulpverleningsketen, terwijl de gemeente vanuit bevolkingszorg verantwoordelijk is voor onder meer opvang, communicatie, slachtofferregistratie en nazorg. Afhankelijk van het incident kan een kernteam de psychosociale ondersteuning en zorg coördineren (Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid, 2019). |
| **Monitoring en opvolging** | Langdurige monitoring en tijdige behoefteanalyses zijn essentieel, omdat niet alle slachtoffers zelf de weg vinden naar passende zorg. Registratie, opvolging van de gezondheidstoestand en evaluatie van de geboden hulp zijn daarom kernonderdelen van de nazorg (Bosmans et al., 2022b; ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises, 2022). |
| **Knelpunten** | Bij de gezondheidsmonitoring na de Utrechtse tramaanslag vormden het ontbreken van een uniforme registratieprocedure, beperkte mogelijkheden voor gegevensuitwisseling en onduidelijkheid over de regie belangrijke knelpunten. (Bosmans et al., 2022a). |
| **Richtlijnen en kennisontwikkeling** | De Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociaal Crisismanagement biedt een wetenschappelijk onderbouwd kader voor psychosociale hulp na rampen. De zorg moet herstel bevorderen en tegelijk effectief, tijdig, veilig en toegankelijk zijn (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023). |
| **Specifieke toolkit terreuraanslagen** | Nederland ontwikkelde ook een specifieke toolkit voor psychosociale hulpverlening na een terreuraanslag, gebaseerd op internationale ervaringen en vertaald naar de Nederlandse context (Holsappel-Brons et al., 2022). |
| **Algemene lijn** | De Nederlandse aanpak legt sterk de nadruk op lokale coördinatie, proactieve opvolging en evidence-based werken, maar blijft kwetsbaar op vlak van registratie, centrale coördinatie en het bereiken van alle zorgbehoeftigen (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023). |

### 4.1.5 Verenigde Staten

**Casus**
Op 15 april 2013 brachten twee daders twee geïmproviseerde explosieven tot ontploffing nabij de finishlijn van de Boston Marathon, een van de grootste jaarlijkse sportevenementen in de Verenigde Staten. Bij de aanslag kwamen drie mensen onmiddellijk om het leven en raakten in totaal 281 personen gewond. Op de dag van de aanslag werden 127 slachtoffers opgevangen in deelnemende traumacentra (Gates et al., 2014).

De psychosociale respons werd gekenmerkt door een gecentraliseerde en gecoördineerde aanpak. Zo richtten de autoriteiten een Family Assistance Center (FAC) op in de haven van Boston, waar verschillende instanties, waaronder het Rode Kruis, het Ministerie van Binnenlandse Veiligheid en het Bureau voor Slachtofferhulp, samenkwamen om slachtoffers en hun families te ondersteunen (Blanding, 2023). Een FAC fungeert als een centraal informatiepunt en biedt slachtoffers en familieleden de mogelijkheid om elkaar te steunen en toegang te krijgen tot een breed scala aan diensten (National Mass Violence Victimization Resource Center, z.d.a). Naast slachtoffers werd ook psychologische ondersteuning geboden aan hulpverleners om de impact van de gebeurtenis te verwerken. Volgens deelnemers aan een panel van Harvard's National Preparedness Leadership Initiative (NPLI), tien jaar na de aanslagen, bleek deze aanpak niet alleen effectief in de acute fase, maar ook in de langdurige opvolging (Blanding, 2023).

Onderzoek toont echter aan dat herstelprocessen variëren en dat zowel formele als informele ondersteuning essentieel zijn. Een studie van Beinecke en collega's (2017) laat zien dat hoewel een groot deel van de getroffenen relatief snel herstelde, anderen geconfronteerd werden met langdurige PTSS. Professionele begeleiding speelde hierbij een belangrijke rol, maar ook informele ondersteuning door individuen en organisaties binnen de gemeenschap bleek van grote waarde (Beinecke et al., 2017). Daarnaast werd vastgesteld dat de aanwezigheid van vrijwilligersorganisaties binnen een straal van 800 tot 1600 meter geassocieerd was met minder angst en minder zorgen over toekomstige tegenspoed twee jaar na de aanslagen (Jose et al., 2019).

De nadruk op gemeenschapsveerkracht vormt een kerncomponent binnen de stad Boston. Het Office of Public Health Preparedness (OPHP), onderdeel van de Boston Public Health Commission (BPHC), speelt hierin een centrale rol door professionals te trainen in paraatheid, een regionaal Medical Reserve Corps (MRC) van meer dan 800 gecertificeerde vrijwilligers te onderhouden en subsidies toe te kennen aan lokale organisaties om kwetsbare bevolkingsgroepen te identificeren en te bereiken (Ferrer & Conley, 2015).

Naast de focus op de acute respons is er ook aandacht voor de capaciteit die nodig is in de dagen, weken en zelfs jaren na een aanslag om het herstel van getroffenen te ondersteunen. In dit kader wordt het versterken van gemeenschapsveerkracht gezien als een essentieel instrument. Gemeenschapsveerkracht verwijst naar het vermogen van een gemeenschap om te anticiperen op, zich voor te bereiden op, te reageren op en te herstellen van ingrijpende gebeurtenissen, onder meer door het versterken van sociale netwerken en het bevorderen van copingvaardigheden.

In Boston werd dit principe concreet toegepast via een systeem van wijkgerichte traumateams. Vrijwilligers worden getraind en gecertificeerd in psychologische eerste hulp en toegewezen aan lokale teams die verbonden zijn aan organisaties binnen de gemeenschap. Deze teams spelen een belangrijke rol in het bieden van ondersteuning en leiderschap tijdens noodsituaties en dragen bij aan een effectieve respons en herstel op lokaal niveau (Ferrer & Conley, 2015).

Naast organisatorische en gemeenschapsgerichte interventies is ook structurele financiering van belang voor duurzame zorg. Om de continuïteit van psychosociale ondersteuning te garanderen, is bijkomende financiering van de overheid voor psychologische instellingen noodzakelijk (Sulzer, 2025; Dyregrov et al., 2019). Een belangrijk voorbeeld hiervan is de James Zadroga 9/11 Health and Compensation Act van 2010, die voorziet in medische monitoring en compensatie voor hulpverleners en overlevenden met aandoeningen die verband houden met de aanslagen van 11 september. Er wordt aanbevolen dat het Congres bijkomende middelen voorziet om gratis zorg toegankelijk te maken via een adequate vergoeding van behandelingskosten (Kung et al., 2019).

Tot slot benadrukken de gebeurtenissen in Boston het belang van een geïntegreerde en gecoördineerde aanpak. Nauwe samenwerking tussen federale, staats- en lokale overheden blijkt essentieel voor een effectieve psychosociale respons, zowel in de acute fase als in de langdurige opvolging van slachtoffers en hun omgeving.

## Huidige organisatie van psychosociale nazorg

Waar in de voorgaande sectie de psychosociale respons op de bomaanslagen tijdens de marathon van Boston werd beschreven, richt deze sectie zich op de structurele organisatie van psychosociale nazorg in de Verenigde Staten. De Amerikaanse aanpak wordt gekenmerkt door een sterk gefederaliseerd en gelaagd systeem, waarin federale instanties, gezondheidszorgorganisaties en gemeenschapsgerichte initiatieven samenwerken om zowel acute als langdurige ondersteuning te bieden aan getroffenen. Een overzicht van de verschillende rollen in de Verenigde Staten is weergegeven in onderstaande tabel.

*Tabel 7: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in de Verenigde Staten*

| Domein | Kern (Verenigde Staten) |
|---|---|
| **Overheid en coördinatie** | De Amerikaanse aanpak is federaal ondersteund en lokaal uitgevoerd. Federale instanties zoals substance abuse and mental health services administration (SAMHSA), office for victims of crime (OVC) en federal emergency management agency (FEMA) coördineren crisisinterventie, langdurige psychosociale zorg en slachtoffercompensatie (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, z.d.; Office for Victims of Crime, z.d.; Federal Emergency Management Agency, z.d.). |
| **Crisisinterventie en mentale ondersteuning** | Via programma's zoals het Crisis Counseling Assistance and Training Program (CCP) en de Disaster Distress Helpline wordt onmiddellijke psychosociale ondersteuning geboden, met focus op coping, emotionele steun en doorverwijzing naar gepaste zorg (Federal Emergency Management Agency, 2025). |
| **Kinderen en gezinnen** | Het National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) biedt informatie en ondersteuning voor kinderen, gezinnen, leerkrachten en hulpverleners na traumatische gebeurtenissen (National Child Traumatic Stress Network, z.d.). |
| **Ondersteuningscentra** | In de acute fase kunnen Family Assistance Centers (FAC) en Family Reception Centers (FRC) worden opgezet. Voor langdurige nazorg kan een Resiliency Center (RC) dienen als centraal punt voor medische, psychosociale en juridische ondersteuning (National Mass Violence Victimization Resource Center, z.d.a). |
| **Informatie en doorverwijzing** | Via VictimConnect kunnen slachtoffers 24/7 vertrouwelijke ondersteuning krijgen en worden zij toegeleid naar psychologische, praktische en juridische hulp (VictimConnect, z.d.). |

| | |
|---|---|
| **Rouwverwerking en lotgenotensteun** | Organisaties zoals het Dougy Center en Parents of Murdered Children (POMC) bieden langdurige ondersteuning bij rouwverwerking, specifiek voor kinderen, jongeren en nabestaanden van geweldsslachtoffers (Dougy Center, z.d.; Parents of Murdered Children, z.d.). |
| **Financiën en rechten** | Slachtoffers kunnen via het VOCA-fonds en andere compensatieregelingen financiële steun krijgen voor onder meer medische kosten, psychologische hulp, inkomensverlies en begrafeniskosten. Ook juridische ondersteuning is beschikbaar (Office for Victims of Crime, z.d.; American Hospital Association, 2025). |
| **Algemene lijn** | De Verenigde Staten werken met een sterk gefinancierd, gelaagd en gecoördineerd systeem, waarin federale sturing wordt gecombineerd met lokale uitvoering en zowel acute als langdurige ondersteuning centraal staat. |

### 4.1.6 België

**Casus**
Op 22 maart 2016 vonden terroristische aanslagen plaats op de nationale luchthaven van Zaventem en in het metrostation van Maalbeek in België, waarbij 35 mensen (waaronder de daders) om het leven kwamen en honderden gewond raakten (Stene et al., 2022). Vrijwilligers van dringende sociale interventie (DSI) en Service d'Intervention Psychosociale Urgente (SISU) waren onmiddellijk na de aanslagen aanwezig in geïmproviseerde opvangcentra (zoals een sporthal) en in het federaal callcenter.

**Acute fase**

Bij een terroristische aanslag of andere collectieve noodsituatie wordt in België de psychosociale hulpverlening tijdens de acute fase georganiseerd binnen discipline 2 (D2), zoals vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 22 mei 2019 (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019) en de ministeriële omzendbrief over het Psychosociaal Interventieplan (PSIP) van 25 juli 2017. De Federale Gezondheidsinspecteur (GI) is verantwoordelijk voor de algemene coördinatie van de medische en psychosociale hulpverlening en ziet erop toe dat de overgang naar de post-acute fase op een gecoördineerde manier verloopt (Dyregrov et al., 2019; Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, z.d.a).

Na activering van het PSIP coördineert de psychosociaal manager (PSM) de psychosociale interventies (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2017). De acute psychosociale hulpverlening richt zich op het waarborgen van de basisbehoeften en veiligheid van getroffenen, het bieden van emotionele ondersteuning, het verstrekken van correcte informatie en het organiseren van praktische hulp. Hiervoor kunnen onder meer een onthaalcentrum (OC), herbergingscentrum (HC), telefooninformatiecentrum (TIC) en centraal informatiepunt (CIP) worden ingezet (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, z.d.a).

Elke lokale gemeente is verantwoordelijk voor het integreren van een lokaal psychosociaal interventieplan in haar algemene nood- en interventieplannen (opvanglocatie, geven van informatie, transport, voorzien in basisbehoeften) (Stene et al., 2022; Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, z.d.a). Gemeenten beschikken daarnaast over een lokaal psychosociaal hulpverleningsnetwerk (PSH) van opgeleide hulpverleners dat kan worden ingezet tijdens noodsituaties (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, z.d.a).

Een belangrijke taak van de federale overheid is het opstellen en beheren van een centrale lijst van alle betrokkenen. In dit kader werd op 28 april 2023 het Belgian Incident Tracking System (BITS) geïntroduceerd, als aanbeveling van een parlementaire onderzoekscommissie (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, z.d.b). BITS maakt het mogelijk om snel inzicht te krijgen in de locatie, toestand en zorgstatus van betrokkenen. Het systeem verzamelt gegevens vanuit medische posten, opvangcentra en ziekenhuizen en ondersteunt ook de registratie van zoekopdrachten naar vermiste personen. De gegenereerde overzichten faciliteren de coördinatie van medische en psychosociale hulp en de informatie-uitwisseling tussen betrokken actoren. Daarnaast wordt gewerkt aan een systeem voor zelfregistratie, waarmee betrokkenen zelf hun status kunnen doorgeven en eventuele ondersteuningsbehoeften kenbaar maken.

**Acute fase naar nazorgfase**

Na afloop van de acute fase maakt de PSM een postcrisis-balans (PCB) op. Daaruit kan blijken dat het noodzakelijk is om een Psychosociaal Coördinatiecomité (PSCC) bijeen te roepen om de psychosociale nazorg op te starten. Vertegenwoordigers van psychosociale actoren uit de acute fase en vertegenwoordigers van diensten die bij de nazorg betrokken zijn, waaronder de coördinator psychosociale nazorg, komen in dit PSCC samen om een goede overdracht van de zorg voor getroffenen te garanderen. De overdracht is geen 'gesloten' proces. Volgende factoren moeten in rekening gebracht worden (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2017):

1) Het gaat om een doorverwijzing naar verschillende instanties.
2) De overdracht van de coördinatie gebeurt van de PSM (D2) naar de coördinator psychosociale nazorg voor wat betreft de psychosociale nazorg. Deze dient de coördinatie af te stemmen met de bestuurlijke overheid wat betreft de algemene nazorg.
3) Afhankelijk van de opdrachten kan de overdracht op een ander moment gebeuren.
4) Niet alle getroffenen en familieleden treden op hetzelfde moment toe tot het proces.
5) Noden en behoeften van getroffenen zijn verschillend en zullen op een verschillende manier evolueren.
6) Sommige noden hebben een collectief karakter, andere zijn individueel.
7) De betrokken psychosociale diensten zijn op verschillende momenten en voor verschillende periodes beschikbaar.

Het is ook belangrijk om op het PSCC een ankerfiguur aan te stellen als aanspreekpunt voor de media, die als een stem over de gekozen aanpak kan communiceren, want de communicatie in de nazorgperiode is belangrijk (eenduidig, sereniteit, duidelijk) (Nationaal Crisiscentrum & Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, 2021).

**Moeilijkheden overgang nazorgfase**

In België bleek de overgang van federale naar regionale bevoegdheden in de praktijk problematisch, wat resulteerde in een gebrek aan langdurige nazorg (Van Overmeire, 2021). Onderzoek op basis van registergegevens van het Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) toont aan dat de registratie van slachtoffers vaak onvolledig was, met ontbrekende gegevens over onder meer de geestelijke gezondheidstoestand en contactvoorkeuren (Muysewinkel et al., 2024b). Bovendien bleek het, zelfs wanneer contactgegevens beschikbaar waren, moeilijk om slachtoffers effectief te bereiken. Dit kan deels worden verklaard door een gebrek aan vertrouwen in overheidsinstanties of door een onderschatting van de eigen hulpbehoefte. Daarnaast kampte het CAW met capaciteitsproblemen, waardoor niet alle slachtoffers tijdig konden worden bereikt. Slachtoffers die wel bereikt werden en begeleiding wensten, ontvingen deze doorgaans snel, maar de beschikbare middelen bleven beperkt, terwijl de noden zich ook uitstrekten tot financiële en juridische ondersteuning (Muysewinkel et al., 2024b).

Studies en rapporten van de parlementaire onderzoekscommissie na de aanslagen van 2016 benadrukten dat het moeilijk was voor de slachtoffers om voldoende informatie en psychosociale zorg te verkrijgen en dat de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren in de psychosociale zorg verduidelijkt moesten worden. Daarenboven werd een behoefte vastgesteld aan meer gespecialiseerde professionals in de psychotraumatologie en duidelijkere, proactieve ondersteuning op lange termijn voor slachtoffers. Ten slotte waren er verschillende meldingen over het gebrek aan follow-up op lange termijn (Stene et al., 2022; Vlaams Parlement, 2017). Daarnaast werd een lacune vastgesteld in de maatschappelijke kennis over traumatische ervaringen, wat wijst op de nood aan gerichte sensibiliseringscampagnes en een sterkere focus op sociale verbondenheid, veerkracht en herstel (Van Overmeire, 2021).

Niettemin werden kort na de aanslagen initiatieven genomen door de federale overheid, onder meer door de invoering van een statuut van nationale erkenning voor slachtoffers van terreurdaden en door een proactieve benadering waarbij slachtoffers en nabestaanden werden gecontacteerd en doorverwezen naar gepaste ondersteuning (Federale Overheidsdienst Kanselarij van de Eerste Minister, 2016). Daarnaast werd een centraal aanspreekpunt opgericht in de vorm van de Commissie voor Financiële Hulp aan Slachtoffers van Opzettelijke Gewelddaden bij de Federale Overheidsdienst Justitie (Federale Overheidsdienst Justitie, z.d.).

Naast overheidsinitiatieven spelen ook middenveldorganisaties een cruciale rol. Zo werd Life for Brussels opgericht in de nasleep van de aanslagen en groeide deze uit tot een belangrijke actor in de ondersteuning van slachtoffers. De organisatie biedt psychologische en juridische bijstand en zet in op bewustwording door getuigenissen van slachtoffers te delen met jongeren. Haar werking is gericht op het inspelen op de evoluerende noden van slachtoffers en sinds 2017 engageert zij zich actief in beleidsbeïnvloeding via samenwerking met parlementaire en overheidsinstanties (LIFE for Brussels, z.d.).

## Huidige organisatie van psychosociale nazorg

Een overzicht van de verschillende rollen in België is weergegeven in onderstaande tabel.

*Tabel 8: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in België*

| Domein | Kern (België) |
|---|---|
| **Beleidsaanbevelingen na 2016** | (1) De parlementaire onderzoekscommissie, de interfederale taskforce (met als kerntaak om de aanbevelingen van de parlementaire onderzoekscommissie te concretiseren) en latere beleidsinitiatieven pleitten voor een centraal loket, referentiepersonen, erkenning van slachtoffers en slachtofferorganisaties, een slachtofferlijst, betere samenwerking tussen diensten en een meer samenhangende aanpak (Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers, 2018).<br>(2) De Hoge Gezondheidsraad vroeg bijzondere aandacht voor specifieke doelgroepen zoals kinderen en hulpverleners en raadde aan om bijzonder alert te zijn voor het risico op secundaire victimisatie via de media. Daarnaast beval de Hoge Gezondheidsraad aan dat, als de stoornissen chronisch worden en er PTSS optreedt, de diagnose en de behandeling gebeuren door professionele hulpverleners die ter zake opgeleid zijn (Hoge Gezondheidsraad, 2017).<br>(3) De Commissie van experten overhandigde in april 2023 een witboek aan minister van Binnenlandse Zaken Annelies Verlinden om het crisisbeheer in ons land te verbeteren met de focus op een betere voorbereiding, snelle risicobeoordeling, sterkere coördinatie tussen overheden, en duidelijke communicatie naar de burger tijdens noodsituaties (Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken, z.d.). |
| **Acute fase** | Bij een terreuraanslag wordt de federale fase ingesteld, zodat de crisis op federaal niveau kan worden gecoördineerd. In de acute fase kan het Psychosociaal Interventieplan (PSIP) worden geactiveerd. De psychosociaal manager (PSM) coördineert de psychosociale hulpverlening, met inzet van structuren zoals het OC, HC, TIC en CIP. Het Rode Kruis heeft, als partner van de overheid, naast medische hulpverlening en vervoer van gewonden ook psychosociale ondersteuning als taak (Rode Kruis-Vlaanderen, z.d.). Sinds 2020 maakt de Nationale Slachtoffercel deel uit van de federale crisisstructuur bij terroristische aanslagen. Tijdens de acute fase draagt zij bij aan de centralisering en verificatie van slachtofferinformatie. In de overgang naar de nazorg stemt zij met de betrokken actoren af hoe slachtoffers en naasten verder worden geïnformeerd en juridisch ondersteund (Koninklijk Besluit, 18 mei 2020). |

| | |
|---|---|
| **Nazorgfase** | In de nazorg zijn de gemeenschappen bevoegd, onder coördinatie van de nazorgcoördinatoren (Nationaal Crisiscentrum & Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, 2021). Deze experts brengen structuur aan door het diverse zorgaanbod te stroomlijnen, slachtoffers door te verwijzen naar gepaste hulpverlening en het netwerk van betrokken diensten op elkaar af te stemmen volgens de richtlijnen van het psychosociaal nazorgplan (Nationaal Crisiscentrum & Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, 2021). De taak bestaat vooral uit de voorbereiding, coördinatie, centraliseren van de informatie, signaleren van problemen en samenwerken met de verschillende partners.<br><br>**Vlaanderen (sinds 2018, 1 nazorgcoördinator)**<br>De nazorgcoördinatie wordt opgenomen door de Vlaamse nazorgcoördinator, die is ingebed binnen de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), die onder het Departement Welzijn van de Vlaamse overheid vallen (CAW, z.d.). Het doel is om alle slachtoffers hetzelfde aanbod van psychosociale zorg te bieden ongeacht de plaats waar ze woonachtig zijn (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, z.d.). Voor buitenlandse slachtoffers zal er gewerkt worden met buitenlandse organisaties (zoals bijvoorbeeld Victim Support Europe). Er is verder ook nauw overleg met deze buitenlandse organisaties als er slachtoffers vallen in het buitenland (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, z.d.).<br><br>**Wallonië (sinds 2019, 2 nazorgcoördinatoren)**<br>(1) Bij misdrijven wordt de nazorgcoördinatie opgenomen door de Administration Générale des Maisons de Justice (AGMJ) bij misdrijven (Maisons de Justice, z.d.).<br>(2) Bij de andere incidenten wordt de nazorgcoördinatie opgenomen door Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) (Agence pour une Vie de Qualité, z.d.) en de Service Public de Wallonie, Intérieur et Action sociale (SPWIAS, z.d.). De nazorgcoördinatie maakt deel uit van een Psychosociaal Begeleidingsplan (Plan d'Accompagnement Psychosocial, PAP) dat wordt geactiveerd na een ingrijpende gebeurtenis in het Waalse Gewest (B. Van Winckel, persoonlijke communicatie 23 juli, C. Planq, persoonlijke communicatie, 23 juli). |
| **Registratie en informatie** | (1) Een goede nazorg vraagt om correcte registratie, monitoring, een uniek loket, een website of informatiebrochure en duidelijke communicatie. Het Belgian Incident Tracking System (BITS) werd ingevoerd om slachtoffers sneller in kaart te brengen.<br>(2) Een centraal loket werd opgericht om de slachtoffers na een terroristische aanslag een weg te wijzen in psychosociale hulp. Dit loket is een samenwerking tussen de slachtoffercel van het federaal parket en de diensten slachtofferhulp en slachtofferonthaal, maar werd echter niet volledig gerealiseerd (Federale Overheidsdienst Kanselarij van de Eerste Minister, 2023; Federaal Parket, z.d.). |
| **Traumatherapeuten** | Wanneer het gaat over een complex slachtofferschap of trauma, verwijzen de eerstelijnsdiensten door naar de gespecialiseerde tweedelijns psychologen en traumatherapeuten. Zij kunnen dan gespecialiseerde hulp bieden, bijvoorbeeld EMDR (EMDR Belgium, z.d.). De consultaties bij de psycholoog zijn, in tegenstelling tot slachtofferhulp, niet gratis. Het is wel mogelijk om terugbetaling te verkrijgen indien de aanvrager erkend is als slachtoffer van de aanslagen en zijn/haar invaliditeitsgraad boven de tien procent ligt (wet van 18 juli 2017). |
| **Kernpartners** | (1) In Vlaanderen steunt de psychosociale nazorg op Slachtofferonthaal (Justitiehuizen), Slachtofferhulp (CAW) en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) (CAW, z.d.; Vlaamse Overheid, z.d.). Andere partners kunnen een rol spelen afhankelijk van de noden van de slachtoffers (Tele-Onthaal, Awel, ...) (C. Planq, 23 juli). |

| | |
|---|---|
| | (2) In Wallonië steunt de psychosociale nazorg op Service d'aide aux victimes (Fédération Wallonie-Bruxelles, z.d.), Services de Santé Mentale (SSM), gecoördineerd door de AVIQ die langdurige psychosociale ondersteuning bieden, waaronder psychotherapie, gespecialiseerde traumazorg, gezinstherapie en cultuursensitieve zorg (Ulysse, z.d.) en het Waalse slachtofferonthaal (Maisons de Justice, z.d.). |
| **Lotgenoten en erkenning** | Slachtoffers hebben nood aan erkenning, herdenking en lotgenotencontact. Verscheidene organisaties zoals V-Europe en Life4Brussels bieden emotionele, administratieve en praktische ondersteuning en geven slachtoffers ook een stem in het beleid (V-Europe, z.d.; LIFE for Brussels, z.d.). |
| **Hulpverleners en tertiaire slachtoffers** | Ook hulpverleners en andere tertiaire slachtoffers moeten erkend en geregistreerd worden. Werkgevers en organisaties moeten een getrapt zorgaanbod voorzien en steun organiseren voor hun medewerkers. |
| **Rechten** | (1) In Vlaanderen begeleiden de diensten Slachtofferonthaal van de justitiehuizen slachtoffers, nabestaanden en familieleden tijdens de gerechtelijke procedure. Zij verstrekken informatie over het dossier, bieden ondersteuning tijdens het gerechtelijk traject en verwijzen indien nodig door naar psychosociale hulpverlening (Federale Overheidsdienst Justitie, z.d.).<br>(2) In Wallonië vervullen de Maisons de Justice een gelijkaardige rol. Per dossier wordt een vaste justitieassistent aangeduid als aanspreekpunt voor het slachtoffer (Maisons de Justice, z.d.). Deze coördineert de informatie over het gerechtelijk onderzoek en verzorgt, indien nodig, de doorverwijzing naar gespecialiseerde psychosociale ondersteuning, waaronder de door de AVIQ erkende SSM. |
| **Ondersteuningsmaatregelen** | (1) Sinds de Wet van 18 juli 2017 voorziet het Statuut van nationale solidariteit in een herstelpensioen, terugbetaling van psychologische en medische kosten en een Kaart van nationale solidariteit voor slachtoffers van terrorisme.<br>(2) Medex (FOD Volksgezondheid) beoordeelt de fysieke en psychische letsels en bepaalt de invaliditeitsgraad.<br>(3) De Wet van 3 mei 2024 (in werking sinds 15 juni 2024) garandeert de schadeloosstelling van slachtoffers van terrorisme, ook wanneer geen of onvoldoende verzekeringsdekking bestaat.<br>(4) Daarnaast geldt een verjaringstermijn van tien jaar voor schadeclaims, met bijzondere bescherming voor slachtoffers met PTSS (Meurs, 2024).<br>(5) De Commissie voor Financiële Hulp aan Slachtoffers fungeert als centraal aanspreekpunt.<br>(6) Assuralia (2024) ontwikkelde een interactieve wegwijzer om slachtoffers te ondersteunen bij verzekeringsaanvragen. |

## Duidelijke nood

Naast de directe slachtoffers ondervonden ook indirect getroffen personen aanzienlijke psychosociale gevolgen (Van Overmeire, 2021). Hoewel het merendeel van de slachtoffers over voldoende veerkracht beschikt om te herstellen, heeft een minderheid nood aan tijdige en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (Stene et al., 2022).

Een illustratief voorbeeld is Shanti De Corte (1998-2022), die de aanslag op de luchthaven fysiek overleefde maar nadien leed aan PTSS. Ondanks meerdere psychiatrische behandelingen zonder duurzaam resultaat, verkreeg zij in mei 2022 euthanasie (De Maeseneer & Taspinar, 2022). Eveneens toont het geval van Katarina Viktorsson, wiens moeder omkwam bij de aanslag, de structurele tekortkomingen in de nazorg aan. Zij ervoer een gebrek aan ondersteuning, onder meer door uitblijvende respons van slachtofferhulp en moeilijkheden bij terugbetaling van psychologische zorg. Ook zij leed aan PTSS en overleed begin 2026, waarna zij werd erkend als het 36e slachtoffer (Vossen, 2026).

Tien jaar na de aanslagen werd op 22 maart 2026 een herdenkingsplechtigheid georganiseerd, waarbij onder meer een koor van slachtoffers optrad, de namen van de overledenen werden voorgelezen en een minuut stilte werd gehouden. Niettemin ervaren vele slachtoffers nog steeds aanzienlijke fysieke en psychische gevolgen. De tijd heeft het leed niet noodzakelijk verzacht (VRT NWS, 2026). Verschillende aanbevelingen van de parlementaire onderzoekscommissie, zoals de oprichting van een algemeen garantiefonds, een centraal loket en gespecialiseerde medische expertise, blijven tot op heden slechts gedeeltelijk gerealiseerd.

### 4.1.7 Overzicht internationale vergelijking

*Tabel 9: Internationale vergelijking van de psychosociale nazorg na terreur*

| Thema | België | Frankrijk | Verenigd Koninkrijk | Verenigde Staten | Noorwegen |
|---|---|---|---|---|---|
| **Bestuurlijke organisatie** | Federaal, multidisciplinair en crisisgericht | Gecentraliseerd en sterk door de staat gestuurd, met regionale en lokale uitvoering | Hybride model van overheid, NHS, nationale Support Hub voor slachtoffers en overlevenden van terrorisme en liefdadigheidssector | Federaal ondersteund, maar sterk versnipperd Lokaal uitgevoerd | Gedecentraliseerd, met gemeenten als spil |
| **Algemene logica van de aanpak** | Sterk in acute coördinatie, zwakker in langdurige nazorg | Sterk geïntegreerd systeem van zorg en compensatie | Gelaagde ondersteuning via publieke en private actoren | Breed aanbod, maar afhankelijk van lokale en federale actoren | Proactieve, continue en lokaal ingebedde opvolging<br>Vast contactpersoon |
| **Rol van de overheid** | Centrale rol in acute fase, nadien overdracht naar gemeenschappen | Dominante rol in acute en langdurige ondersteuning | Vooral coördinerend; uitvoering deels via NHS en NGO's<br>Nationale Support Hub voor slachtoffers en overlevenden van terrorisme | Vooral financierend en richtinggevend | Bepaalt richtlijnen, uitvoering ligt lokaal |
| **Acute psychosociale hulp** | PSIP, opvangcentra, informatiecentra en registratie<br>Nationale slachtoffercel | CUMP-teams voor onmiddellijke psychologische noodhulp (regionale gezondheidsdiensten) | NHS, hulplijnen en crisisdiensten | Family Assistance Centers, hulplijnen en crisisprogramma's | Gemeentelijke multidisciplinaire crisisteams met vroege interventie |
| **Langdurige psychosociale hulp** | Minder structureel en minder uniform uitgebouwd | Duidelijke opvolging via CLAV en gespecialiseerde zorg | Verdere opvolging via NHS, nationale Support Hub voor slachtoffers en overlevenden van terrorisme (met casemedewerker) en gespecialiseerde diensten | Langdurige hulp via diverse programma's en (veerkracht)centra | Sterk geïntegreerd in reguliere zorg en gemeentelijke opvolging<br>Gespecialiseerde zorg (regionaal) |
| **Proactieve opvolging** | Beperkt en in praktijk onvolledig | Aanwezig, maar minder uitgesproken | Aanwezig via screening en outreach<br>Family Liaison Officer | Wisselend, afhankelijk van programma en context | Zeer sterk uitgewerkt |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Registratie en monitoring** | Belangrijk aandachtspunt, recent versterkt met BITS | Centrale registratie via SI-VIC | Minder centraal georganiseerd Snowballing | Wisselend en contextafhankelijk | Vooral lokale opvolging, minder centraal digitaal |
| **Rol van eerstelijnszorg** | Minder centraal | Huisarts als poortwachter Semi-poortwachtmodel | Belangrijk via huisarts en NHS | Wisselend per context | Zeer centrale rol voor de huisarts Poortwachtmodel |
| **Rol van NGO's/ verenigingen** | Aanvullend maar belangrijk | Belangrijk naast staatsstructuren | Zeer prominent | Zeer uitgebreid netwerk | Aanwezig, maar minder dominant |
| **Lotgenoten-contact** | Vooral via verenigingen zoals Life for Brussels | Aanwezig via slachtoffervereningingen | Duidelijk aanwezig | Aanwezig via community-organisaties | Zeer sterk uitgebouwd, cruciale rol in het verwerkingsproces en adviserend voor de overheid |
| **Financiële compensatie** | Commissie Financiële Hulp en solidariteitsregeling Statuut nationale solidariteit | Sterk uitgebouwd via FGTI | Compensatie via CICA en noodfondsen | VOCA-fonds en andere federale programma's | Gelaagd model: dader, verzekering, staat |
| **Juridische ondersteuning** | Justitiehuizen Maisons de justice Toewijzing justitieassistent | Rechtsbijstand en juridische begeleiding institutioneel verankerd | Via slachtofferorganisaties en gespecialiseerde advocaten | Via gespecialiseerde advocaten en slachtofferdiensten | Slachtofferadvocaat met sterke procesrol |
| **Educatie en herdenking** | Minder structureel uitgewerkt | Aanwezig, maar minder centraal | Aanwezig, maar beperkt | Minder prominent | Sterk geïntegreerd in nazorg |
| **Belangrijkste sterkte** | Sterke acute crisisstructuur | Sterk gecentraliseerd en geïntegreerd model | Brede samenwerking tussen overheid, NHS en maatschappelijke organisaties, met sinds 2026 een nationaal toegangspunt | Groot aanbod aan middelen en programma's | Continue en proactieve nazorg |
| **Belangrijkste knelpunt** | Zwakke overgang naar langdurige nazorg | Tekorten in langdurige zorg ondanks sterke structuur | Variatie tussen regio's en diensten | Fragmentatie en ongelijke toegang | Verschillen tussen gemeenten en bereik van kwetsbare groepen |

## 4.2 Focusgroepen

In dit onderdeel worden de bevindingen uit de focusgroepen besproken aan de hand van de belangrijkste thema's die naar voren kwamen. Per thema worden de standpunten, ervaringen en aanbevelingen van de deelnemers samengevat en geïllustreerd met representatieve citaten.

### 4.2.1 Thema 1: Organisatie en coördinatie van psychosociale nazorg

De organisatie en coördinatie van psychosociale nazorg vormden het meest prominente thema binnen beide focusgroepen. Alle deelnemers benadrukten dat er sinds de terreuraanslagen van 22 maart 2016 belangrijke stappen werden gezet in de verdere uitbouw van de psychosociale nazorg in België. Tegelijkertijd heerste een brede consensus dat de huidige organisatie nog onvoldoende geïntegreerd is om bij een toekomstige grootschalige terreuraanslag optimaal te functioneren. Volgens verschillende deelnemers zorgde de parlementaire onderzoekscommissie ervoor dat lacunes zichtbaar werden en dat nieuwe initiatieven konden worden ontwikkeld, zoals de aanstelling van een psychosociaal coördinator, de ontwikkeling van een nazorgplan en verbeteringen in de slachtofferregistratie.

Een van de deelnemers beschreef deze evolutie als een proces van geleidelijke vooruitgang.

*"Ik denk dat het altijd een beetje beter wordt en dat er stapjes worden gezet. Maar het jammere in ons land is dat die stapjes heel traag gaan en heel klein zijn."* (1FG2)

Ook een andere deelnemer beschreef dat de organisatie vandaag sterker staat dan in 2016, al blijft volledige voorbereiding onmogelijk.

*"Ondertussen is er toch een hele weg afgelegd. Er zijn toch veranderingen gekomen (...). Maar in hoeverre dat je hele gerichte voorbereiding kan doen is toch altijd een beetje zoeken op het moment zelf."* (1FG1)

Een tweede terugkerende bevinding betreft het belang van leren uit eerdere rampen. De deelnemers verwezen niet alleen naar de aanslagen in Brussel, maar ook naar andere grootschalige incidenten zoals de busramp in Sierre, Buizingen en Pukkelpop. Volgens een van de deelnemers tonen deze gebeurtenissen aan dat structurele veranderingen vaak pas worden doorgevoerd nadat een ernstige gebeurtenis heeft plaatsgevonden.

*"En dat er elke keer iets moet gebeuren dat alles overstijgt, waardoor er weer stapjes worden gezet."* (1FG2)

Hoewel vooruitgang werd erkend, werd de huidige organisatie tegelijk omschreven als bijzonder complex. Deze complexiteit werd niet uitsluitend toegeschreven aan psychosociale hulpverlening zelf, maar vooral aan de Belgische institutionele context.

*"De complexiteit wordt al gevoed door hoe België georganiseerd is. Ik wil maar zeggen als we kijken naar de crisisfase, zit dat vooral op het federale niveau. En kijken we naar de nazorgfase dan zit dat op een gemeenschapsniveau. En ja, je hebt Wallonië, Vlaanderen, ... Ieder met zijn eigen visies, organisaties, ideeën. Je hebt de complexiteit van justitie, hulpverlening en noem maar op. Dus voor mij zit de complexiteit op heel veel vlakken."* (2FG2)

Een gelijkaardige redenering kwam naar voren in de eerste focusgroep. Een deelnemer gaf aan dat de aanslagen van 2016 niet alleen uitzonderlijk waren door hun omvang, maar ook door de vele betrokken diensten, bestuursniveaus en internationale slachtoffers.

*"Maar ik bedoel op dat moment zelf heeft iedereen gesprongen in de gaten die er waren met de bedoeling om goed te doen."* (2FG1)

Opvallend is dat de deelnemers deze complexiteit niet als een gevolg van slecht functioneren beschouwen. Integendeel, zij benadrukken dat juist de grote betrokkenheid van organisaties ertoe leidde dat verschillende initiatieven naast elkaar ontstonden. De keerzijde hiervan was echter dat slachtoffers geconfronteerd werden met overlappende communicatie, verschillende aanspreekpunten en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden.

*"Slachtoffers kregen bijvoorbeeld vier brieven van vier verschillende diensten."* (3FG1)

Het meest uitgesproken subthema binnen beide focusgroepen betreft het ontbreken van een centrale regie over het volledige nazorgtraject. Hoewel verschillende organisaties elk vanuit hun eigen expertise ondersteuning bieden, ervaren de deelnemers dat niemand het volledige traject van slachtoffers coördineert. Hierdoor blijven slachtoffers volgens hen zelf verantwoordelijk voor het zoeken naar de juiste hulp.

*"Er is een nazorgplan, maar het is nog altijd allemaal een beetje flou."* (1FG1) *"Dat uniek loket... dat is er nog niet."* (1FG1)

Ook in de eerste focusgroep kwam dit duidelijk naar voren.

*"Tien jaar verder is dat centraal loket er nog altijd niet."* (2FG1) "*(...) zou dat opgaan in een ander loket dat dan vooral richt naar het financieel aspect en waar het psychosociale dan een klein onderdeeltje van zou gaan worden." (*2FG1)

De deelnemers benadrukken echter dat een centraal aanspreekpunt niet noodzakelijk betekent dat alle hulpverlening vanuit één organisatie moet gebeuren. Veel belangrijker vinden zij dat slachtoffers niet langer zelf verschillende diensten moeten contacteren of telkens opnieuw hun verhaal moeten vertellen.

*" Je werkt sowieso met meerdere mensen rond dat slachtoffer en dan merk je dat die mensen soms niet genoeg van mekaar afweten."*(2FG1)

Naast organisatorische afspraken benadrukten verschillende deelnemers dat een goed nazorgplan op zichzelf onvoldoende is. De uitvoering ervan wordt volgens hen in belangrijke mate bepaald door beschikbare personeelscapaciteit, financiële middelen en bestuurlijke ondersteuning.

Hierbij werd expliciet gewezen op de beperkte capaciteit binnen slachtofferhulp.

*"En dan kunt gij nog de mooiste plannen hebben die je wilt en die kunnen perfect uitgevoerd worden. Maar er zit ook wel een middelenverhaal."* (2FG2)

*"Gewoon te weinig mensen en te weinig budgetten om aan een aantal dingen tegemoet te komen, die we nochtans geleerd hebben uit de analyses van zo grote rampen en terreur dus."* (1FG2)

Opvallend is dat deelnemers hierbij niet uitsluitend verwijzen naar psychosociale hulpverlening. Ook samenwerking met justitie, verzekeringen, medische diensten en administratieve instanties wordt beschouwd als essentieel voor kwaliteitsvolle nazorg.

### 4.2.2 Thema 2: Proactieve en langdurige opvolging

Uit beide focusgroepen blijkt dat deelnemers psychosociale nazorg beschouwen als een langdurig en dynamisch proces dat niet beperkt mag blijven tot de acute fase na een terreuraanslag.

Een eerste terugkerende bevinding is dat deelnemers zich verzetten tegen het idee dat een nazorgtraject op een vooraf bepaald moment kan worden afgesloten. In tegenstelling tot andere crisissituaties, waarbij een incident na verloop van tijd administratief kan worden afgerond, ervaren zij terreur als een gebeurtenis die gedurende het volledige leven van slachtoffers opnieuw betekenis kan krijgen. Nieuwe gebeurtenissen, zoals een proces, een herdenking of een nieuwe terreuraanslag, kunnen bestaande traumatische ervaringen opnieuw activeren.

*"Je kan het niet afbakenen van 'het is nu afgerond'. We maken geen postcrisisbalans zoals bij de afronding van een PSIP. Je gaat het wel evalueren op een bepaald moment maar je weet ook dat er waarschijnlijk nog een stuk komt."* (1FG1)

*"Er kan iets nieuws gebeuren dat ineens zaken ook weer aanwakkert, dus je kunt nooit helemaal zeggen: dit stukje is afgerond."* (1FG1)

Deze visie wordt bevestigd door verschillende deelnemers die aangeven dat slachtoffers soms pas vele jaren na een aanslag hulp zoeken. Volgens hen betekent het uitblijven van een onmiddellijke hulpvraag niet noodzakelijk dat er geen psychosociale impact bestaat. Integendeel, enkele deelnemers benadrukken dat traumatische klachten zich vaak pas op langere termijn ontwikkelen.

*" Wat je ook dikwijls hebt, dat mensen functioneren en niet direct veel zichtbare symptomen hebben, maar soms jaren later dat er dan iets gebeurt en dat al die reacties van toen naar buiten komen."* (4FG1)

*"We zijn tien jaar na de aanslagen en er zijn nog altijd slachtoffers die zich nu pas manifesteren."* (2FG1)

De deelnemers nuanceren hiermee het klassieke beeld dat psychosociale problemen zich voornamelijk in de eerste weken of maanden na een traumatische gebeurtenis voordoen. Volgens hen kan het herstelproces jarenlang relatief stabiel verlopen, waarna een specifieke gebeurtenis alsnog aanleiding geeft tot nieuwe zorgvragen. Hierdoor wordt langdurige beschikbaarheid van hulpverlening belangrijker geacht dan een intensief maar kortdurend nazorgtraject.

Naast de duur van de opvolging benadrukken de deelnemers vooral het belang van proactiviteit. Zij zijn van mening dat psychosociale nazorg niet uitsluitend afhankelijk mag zijn van de bereidheid van slachtoffers om zelf hulp te zoeken.

Deelnemers beschrijven hoe slachtofferhulp daarom bewust kiest voor herhaalde contactmomenten.

*"Als iemand geen beroep wil doen op het aanbod, spreken we af om na een week, een maand of drie maanden opnieuw contact op te nemen."* (1FG1)

*"*Als *we een eerste contact hebben met een slachtoffer en deze gaat niet onmiddellijk in op het aanbod, vragen wij of het oke is om de persoon terug te contacteren na een maand om het aanbod nog eens te doen. En dan zelfs nog een tweede keer na een maand of na vier maanden nog eens."* (3FG1)

Opvallend is dat deelnemers proactieve opvolging veel ruimer interpreteren dan enkel het eerste contact na een terreuraanslag. Volgens hen gaat het om een voortdurende beschikbaarheid waarbij hulpverlening zich telkens opnieuw aanpast aan veranderende omstandigheden.

*" Nazorg zie je op twee niveaus. Je hebt de nazorg: het moment dat je crisisfase afgerond is, (...) meer op langere termijn zit waar je ook gaat kijken bijvoorbeeld bij herdenkingen (...).*

*Dan heb je het stuk waar dat er eventueel een proces wordt gestart en dat er nieuws is in het onderzoek."* (1FG1)

Een laatste terugkerend element binnen dit thema betreft de spanning tussen een gestandaardiseerde opvolging en zorg op maat. Verschillende deelnemers verwijzen naar de verplichte medische herevaluaties in het kader van het herstelpensioen. Hoewel dergelijke contactmomenten voor sommige slachtoffers als een vorm van opvolging worden ervaren, roepen zij bij anderen net negatieve emoties op.

*"De ene vindt dat heel goed, maar een ander zegt: moet ik nu opnieuw naar de dokter? Het was juist bijna afgerond."* (3FG1)

### 4.2.3 Thema 3: Toegankelijk nazorgsysteem

Een derde centraal thema dat uit beide focusgroepen naar voren komt, betreft de toegankelijkheid van psychosociale nazorg.

Een eerste terugkerende bevinding betreft de vaststelling dat bij grootschalige terreuraanslagen nooit alle slachtoffers onmiddellijk gekend zijn. Verschillende deelnemers wijzen erop dat slachtoffers tijdens de acute fase vluchten, zichzelf in veiligheid brengen of op eigen initiatief naar huis gaan, waardoor zij niet geregistreerd worden door hulpdiensten. Hierdoor ontstaan al vanaf de eerste uren na de aanslag hiaten binnen het nazorgtraject.

*"Je gaat nu nog slachtoffers hebben die niet in een onthaalcentrum of op het terrein zullen teruggevonden worden. Bijvoorbeeld mensen die beginnen weglopen en zelf ergens gaan schuilen. Dat zijn mensen die wij onmogelijk kunnen registreren."* (4FG1)

De deelnemers benadrukken echter dat het probleem verder reikt dan enkel de registratie tijdens de acute fase. Een bevinding is dat veel betrokkenen zichzelf lange tijd niet als slachtoffer beschouwen. Volgens hen wordt slachtofferschap vaak uitsluitend geassocieerd met lichamelijk letsel of overlijden, terwijl personen die indirect aanwezig waren of ongedeerd bleven zichzelf minder snel als slachtoffer identificeren.

*"Sommige mensen gaan zeggen: 'Ik wil er niets mee te maken hebben' of 'Ik ben er niet erg genoeg aan toe om te zeggen dat ik slachtoffer ben.' Dat heeft soms tijd nodig voor mensen zullen zeggen: 'Ja, ik ben ook slachtoffer, want ik heb het ook meegemaakt, ook al ben ik niet gewond of overleden.'"* (1FG1)

*"Anderen zeggen ik heb nooit het gevoel gehad dat ik slachtoffer was want ik zat niet in de metro of de luchthaven. Of ik was niet in de vertrekhal, ik was ergens anders. Dus ik was geen slachtoffer. Dat blijft ook een hele moeilijke."* (2FG1)

De deelnemers beschrijven slachtofferschap als een subjectief proces van erkenning dat zich soms pas jaren na de feiten ontwikkelt.

De deelnemers zijn het erover eens dat psychosociale nazorg zich niet uitsluitend mag richten op slachtoffers die zichzelf aanmelden. Integendeel, zij benadrukken dat hulpverlening actief moet proberen om ook verborgen of moeilijk bereikbare slachtoffers te identificeren.

*"Het idee van BITS is ook om een zelfregistratietool toe te voegen (...) dat mensen toch nog altijd als slachtoffer herkend kunnen worden en in het systeem terechtkomen om beroep te doen op het aanbod die er is voor hen."* (1FG1)

*"En nu heel het stuk rond de zelfregistratie, waarbij mensen die inderdaad vluchten bij open rampen en zich in eerste instantie niet zelf als slachtoffer identificeren, zich alsnog later kunnen registreren"* (1FG2)

Hoewel deze ontwikkeling positief wordt beoordeeld, wijzen verschillende deelnemers erop dat registratie alleen onvoldoende is. Even belangrijk is de manier waarop informatie verspreid wordt. Volgens hen bereikt traditionele communicatie niet noodzakelijk alle doelgroepen.

*"Je moet inschatten met wie je te maken hebt. De brede communicatie daarop afstemmen. Sommige mensen gaan wel naar de VRT luisteren en sommigen niet."* (1FG1)

Hieruit blijkt dat de deelnemers outreach niet reduceren tot het verspreiden van algemene informatie. Zij pleiten voor doelgroepgerichte communicatie die rekening houdt met culturele achtergrond, taal, mediagebruik en lokale context.

*"Ik denk dat we soms ook uit de box moeten denken als we denken aan hoe gaan we de slachtoffers bereiken?"* (2FG1)

Vervolgens verwijst de respondent naar voorbeelden uit Frankrijk en Duitsland, waar slachtoffers via verkeerspanelen, tankstations, affiches in publieke toiletten en andere alledaagse locaties worden geïnformeerd over beschikbare hulp.

Een laatste opvallende bevinding betreft de rol van de sociale omgeving. Verschillende deelnemers geven aan dat familieleden, partners en vrienden een belangrijke rol kunnen spelen bij het herkennen van psychosociale problemen en het toeleiden naar hulp.

*"Soms is het gemakkelijk denk ik om slachtoffers te bereiken via hun omgeving, dus bv via familie in plaats van bv de vraag te stellen van: ben je betrokken bij aanslagen, contacteer dit nummer of ga naar deze website."*(4FG1)

### 4.2.4 Thema 4: Impact van juridische, administratieve en financiële processen

Een vierde centraal thema dat uit beide focusgroepen naar voren komt, betreft de invloed van juridische, administratieve en financiële procedures op het psychosociale herstel van slachtoffers.

Een eerste terugkerende bevinding is dat slachtoffers na een terreuraanslag vaak geconfronteerd worden met een opeenstapeling van administratieve verplichtingen. Naast de verwerking van de traumatische gebeurtenis moeten zij omgaan met verzekeringsdossiers, medische expertises, aanvragen voor financiële tegemoetkomingen, gerechtelijke procedures en contacten met verschillende overheidsinstanties. Volgens de deelnemers vraagt dit een grote administratieve draagkracht op een moment waarop slachtoffers daar vaak net het minst toe in staat zijn.

*"Voor mij is dat het grootste probleem of de grootste bijdrager aan een slecht psychosociaal welzijn voor mensen tien jaar later, dat financieel administratieve."* (3FG2)

Een tweede belangrijk subthema betreft de voortdurende noodzaak voor slachtoffers om hun slachtofferschap opnieuw te bewijzen.

*" Slachtoffers moeten zich naar de verzekeraar elke keer bewijzen."* (3FG2)

Volgens de deelnemers overstijgt deze ervaring de administratieve context. Zij beschouwen dit als een vorm van symbolische ontkenning van het slachtofferschap.

Deze ervaring sluit nauw aan bij wat verschillende deelnemers omschrijven als een gebrek aan erkenning.

*"Ook heel de kwaadheid. Kwaadheid naar de staat. Verwachtingen waaraan in sommige gevallen gewoon niet kan tegemoetgekomen worden."* (1FG1)

Volgens de deelnemer gaat deze teleurstelling verder dan financiële tegemoetkomingen alleen. Ze raakt aan het fundamentele gevoel dat slachtoffers verwachten dat de samenleving hun lijden erkent en ondersteunt.

*"Ik denk dat het dikwijls te maken heeft met gebrek of een gevoel van gebrek aan erkenning of zo."* (4FG1)

Hoewel deze uitspraak kort is, kreeg ze veel instemming van de andere deelnemers. Dit suggereert dat erkenning door hen wordt beschouwd als één van de kernvoorwaarden voor herstel.

Een interessante bevinding is dat deelnemers administratieve procedures niet los zien van psychosociale hulpverlening. Integendeel, zij benadrukken dat beide voortdurend op elkaar inwerken.

*"Dat ondermijnt eigenlijk al het andere werk, al het goede werk dat er gebeurt."* (3FG2)

Een bijkomend aandachtspunt betreft de langdurigheid van juridische procedures. De deelnemers beschrijven hoe strafprocessen, schadevergoedingen en strafuitvoering gedurende vele jaren een invloed blijven uitoefenen op slachtoffers.

*"Dat traject loopt eigenlijk verder tot aan het einde van de strafuitvoering."* (2FG1)

### 4.2.5 Thema 5: Gespecialiseerde traumazorg, expertise en ondersteuning van de omgeving

Uit beide focusgroepen blijkt dat de deelnemers slachtoffers van een terreuraanslag beschouwen als een specifieke doelgroep met complexe en vaak langdurige zorgnoden.

Een eerste terugkerende bevinding betreft de vaststelling dat terreuraanslagen een specifieke vorm van traumatisering veroorzaken. De deelnemers beschrijven hoe slachtoffers niet alleen geconfronteerd worden met levensbedreigende situaties en ernstige lichamelijke verwondingen, maar ook met extreme geweldsscènes, verlieservaringen, langdurige gerechtelijke procedures en maatschappelijke onzekerheid. Volgens hen zorgt deze combinatie ervoor dat terreurgerelateerde trauma's zich onderscheiden van vele andere vormen van slachtofferschap.

*"Slachtoffers van de aanslagen... dat is toch niet zo'n 'gewone' begeleiding. Er is toch misschien nog iets meer nodig."* (3FG1)

*" Je hebt het slachtofferstuk en daarop een extra lading die daarbovenop komt."* (1FG1)

Deze uitspraken tonen aan dat de deelnemers de psychosociale gevolgen van terrorisme niet uitsluitend verklaren vanuit individuele traumaklachten. De context van opzettelijk menselijk geweld, massale slachtoffers en de maatschappelijke impact geeft volgens hen een bijkomende dimensie aan het herstelproces.

Een tweede terugkerend thema betreft de nood aan gespecialiseerde kennis binnen de hulpverlening. Hoewel de deelnemers veel waardering uitspreken voor het bestaande hulpverleningsaanbod, geven zij aan dat slachtoffers van terreuraanslagen soms nood hebben aan specifieke expertise die vandaag niet overal beschikbaar is.

*" (...) dat ons aanbod ook niet altijd het gepaste aanbod was of dat wij ook tekortschieten of geschoten hebben in de zin dat die slachtoffers van de aanslagen specifiek oorlogstaferelen waren dat die mensen hebben gezien."* (3FG1)

De deelnemer verwijst daarbij expliciet naar bijkomende expertise rond complexe traumaverwerking, oorlogstrauma's en behandelingen zoals EMDR.

Volgens de deelnemers betekent specialisatie echter niet dat alle slachtoffers automatisch gespecialiseerde zorg nodig hebben. Wel moet gespecialiseerde expertise toegankelijk zijn wanneer de complexiteit van de problematiek dit vereist. Dit vraagt volgens hen blijvende vorming van hulpverleners en voldoende mogelijkheden tot doorverwijzing.

Ook tijdens de tweede focusgroep wordt gewezen op het ontbreken van een duidelijk overzicht van gespecialiseerde traumahulp.

Een deelnemer merkt op: *"(...) de zeer gespecialiseerde hulp in dit soort situaties, de complexe rouw, de complexe posttraumatische stressstoornis en het probleem dat wij ook hebben vastgesteld na de aanslagen, is dat er nergens een duidelijk overzicht is van waar die specialisten zich bevinden"* (1FG2)

Een derde belangrijk subthema betreft de impact van een terreuraanslag op de directe omgeving van slachtoffers. Beide focusgroepen maken duidelijk dat psychosociale nazorg zich niet uitsluitend mag richten op de rechtstreeks getroffenen.

*"Het aantal scheidingen na de aanslagen... kinderen die zeggen: 'Mijn papa is nooit meer dezelfde. Slachtoffers die uiteindelijk met hun partner niet meer konden praten of die zich zodanig veranderd voelden dat het eigenlijk moeilijk nog lukte."* (1FG1)

Deze uitspraak illustreert dat de gevolgen van een terreuraanslag zich uitstrekken tot het volledige gezinssysteem. Ook een andere deelnemer benadrukt dat familieleden vaak nood hebben aan begeleiding, zeker wanneer zij vastlopen in hun rouw- of herstelproces.

*"Wanneer we merken dat mensen vastzitten in hun rouwverwerking, verwijzen we hen door naar gepaste hulpverlening."* (2FG1)

Daarnaast wordt het belang van lotgenotencontact meermaals aangehaald. De deelnemers beschrijven hoe ontmoetingen tussen slachtoffers en nabestaanden kunnen bijdragen aan herkenning, normalisering en wederzijdse steun.

*"(...) Cirkels van de weduwe van ... die dan de cirkels is gaan organiseren. Dat zou eigenlijk ook wel heel ondersteunend zijn voor sommige slachtoffers en hun families."* (3FG1)

Een vierde subthema dat voornamelijk in de tweede focusgroep sterk naar voren komt, betreft de ondersteuning van hulpverleners zelf. Verschillende deelnemers wijzen erop dat professionals tijdens een terreuraanslag eveneens geconfronteerd worden met schokkende beelden, intense werkdruk en langdurige emotionele belasting.

*"Zorg voor medewerkers... die is in dit verhaal totaal onvoldoende geweest."* (2FG2) *“Ik vind het altijd goed dat de hulpverleners van de eerste uren altijd in de bloemetjes worden gezet en zoveel mensen zijn maanden, jaren later nog altijd in de schaduw en achter de schermen bezig met die verhalen.”* (2FG2)

### 4.2.6 Thema 6: Naar een geïntegreerd psychosociaal nazorgsysteem

Naast de evaluatie van het huidige nazorgsysteem reflecteerden de deelnemers uitvoerig over de wijze waarop psychosociale nazorg in België verder kan worden versterkt.

Een eerste terugkerende bevinding is dat de deelnemers geen voorstander zijn van een verdere versnippering van het hulpverleningslandschap. Hoewel verschillende organisaties elk een

eigen expertise hebben opgebouwd, wordt benadrukt dat slachtoffers de organisatie van de hulpverlening niet zouden mogen ervaren als een verzameling van afzonderlijke diensten.

*"Eerder inzetten op versterking van bestaande."* (3FG1)

Deze uitspraak weerspiegelt een brede consensus binnen beide focusgroepen. Volgens hen ligt de grootste winst in het versterken van de onderlinge samenwerking en het verduidelijken van verantwoordelijkheden, eerder dan in het oprichten van bijkomende diensten. Hiermee sluiten de deelnemers aan bij eerdere bevindingen rond centrale coördinatie. Ook tijdens de tweede focusgroep wordt deze gedachte verder uitgewerkt.

*"Als ik echt kan dromen, dan zou ik toch graag een resilience center hebben zoals dat ze hebben in landen met geld."* (4FG2) "*(...) een plek waar mensen die slachtoffer waren van terreur naartoe kunnen. (...) ik zit met een vraag en ik weet niet waar ik terecht moet of het gaat mij niet na acht jaar."* (4FG2)

Volgens hen moet een dergelijke structuur fungeren als een herkenbare toegangspoort waar slachtoffers informatie kunnen verkrijgen, ondersteuning kunnen vragen en gericht kunnen worden doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverlening.

Een tweede belangrijke randvoorwaarde betreft de structurele financiering van psychosociale nazorg. Verschillende deelnemers benadrukken dat de kwaliteit van een nazorgsysteem niet uitsluitend afhankelijk is van beleidsplannen of draaiboeken, maar in sterke mate bepaald wordt door de beschikbare capaciteit.

*"Gewoon te weinig mensen en te weinig budgetten om aan een aantal dingen tegemoet te komen, die we nochtans geleerd hebben uit de analyses van zo grote rampen en terreur."* (1FG2)

Deze uitspraken illustreren dat deelnemers kwaliteitsvolle psychosociale nazorg beschouwen als een structurele opdracht die duurzame investeringen vraagt.

Een derde terugkerende bevinding betreft het belang van voortdurende evaluatie en kennisontwikkeling.

*"Het is een bewegend gegeven. Geen vast document dat vastgeroest blijft, maar een plan dat mee evolueert met de noden die zich op het terrein voordoen."* (1FG1)

Ook verschillende andere deelnemers benadrukken dat nieuwe gebeurtenissen telkens aanleiding geven tot bijkomende evaluaties en aanpassingen van de bestaande werking.

## 4.3 Survey

In dit onderdeel worden de bevindingen uit de internationale survey besproken aan de hand van de belangrijkste thema's die uit de antwoorden van de respondenten naar voren kwamen. Per thema worden de voornaamste inzichten en aanbevelingen samengevat en geïllustreerd met representatieve citaten van de internationale experts.

### 4.3.1 Thema 1: Proactieve outreach als basisvoorwaarde voor kwaliteitsvolle nazorg

Een eerste centraal thema betreft het belang van proactieve outreach. Meerdere respondenten benadrukken dat slachtoffers en families niet zelf verantwoordelijk mogen worden gemaakt voor het zoeken naar hulp. Deze visie sluit sterk aan bij de focusgroepen, waarin eveneens werd benadrukt dat slachtoffers niet altijd weten waar zij terechtkunnen of zichzelf niet onmiddellijk als slachtoffer herkennen.

De Noorse respondent benoemt proactieve outreach bovendien als de belangrijkste factor om slachtoffers op lange termijn verbonden te houden met ondersteuning: *“A proactive outreach model is the most important factor. Regular contact from municipal services, collaboration between healthcare providers, schools, social services, and general practitioners, and continuous reassessment of needs help identify individuals who may otherwise withdraw or avoid seeking help. Flexible services, trust-building, family involvement, and long-term monitoring are essential to ensure that vulnerable individuals remain connected to appropriate support over time.”*

Ook beide Amerikaanse respondenten benadrukken het belang van proactieve outreach. US1 wijst er echter op dat de concrete invulling hiervan sterk verschilt tussen staten en steden. Zo werd na de Boston Marathon-aanslag actief ingezet op het benaderen van slachtoffers, terwijl een gelijkaardige aanpak na de aanslag op de Pulse Nightclub in Orlando grotendeels ontbrak. Volgens deze respondent vormen *“Political will and resources”* twee obstakels. US2 beschrijft dan weer hoe speciaal opgeleide peer supportteams slachtoffers en hun families actief blijven opvolgen: *“Yes, peer teams will often proactively maintain contact with victims and families over time.”*

### 4.3.2 Thema 2: Langdurige opvolging blijft een structureel knelpunt

Een tweede thema is de nood aan langdurige opvolging. De respondenten geven aan dat de acute fase meestal beter georganiseerd is dan de langetermijnfase. Vooral wanneer media-aandacht verdwijnt, dreigt psychosociale ondersteuning af te nemen.

De Noorse respondent formuleert dit expliciet: *“Generally, a key pitfall is allowing psychosocial support to diminish once the immediate crisis and media attention have passed.”* Daarbij wordt benadrukt dat herstel na terrorisme vaak jaren duurt: *“Recovery from terrorism often takes years, and many needs emerge long after the initial response.”*

VK1 benoemt langdurige zorg eveneens als een zwakte: *“Not coordinated, lacking long term care, costly.”* waarbij VK2 aanvullend beschrijft dat de langetermijnopvolging een belangrijke tekortkoming is. Volgens de respondent is de ondersteuning na de acute fase *"fragmented to non-existent"*, waardoor slachtoffers vaak zelf op zoek moeten naar gespecialiseerde hulp.

Ook de Zwitserse respondent wijst op een structurele uitdaging in de beschikbaarheid van langdurige psychosociale ondersteuning. Hoewel de organisatie van slachtofferzorg als goed wordt omschreven, wordt het beperkte aantal psychotherapeuten (psychologen en psychiaters) genoemd als een belangrijke belemmering voor langdurige opvolging: *"Probably the fact that*

*we do not have enough psychotherapists (psychologists and psychiatrists) available for long-term monitoring."*

US1 stelt vast dat *"There is often a sharp reduction in attention towards the needs of victims as more and more weeks pass after the incident."* Volgens dezelfde respondent bestaat er geen proactieve langetermijnmodel *"I have not seen an organized, proactive community-wide approach long-term.",* terwijl de belangrijkste belemmeringen de beschikbaarheid van informatie en de financiële toegankelijkheid van langdurige zorg zijn. US2 benadrukt daarentegen dat continuïteit van zorg wordt versterkt door *"consistent check-ins with impacted individuals over time, especially in the first year"* en een tijdige doorverwijzing naar *"licensed mental health clinicians trained in trauma."* Tegelijk wijst ook deze respondent op de financiering van langdurige ondersteuning als een belangrijke uitdaging.

### 4.3.3 Thema 3: Coördinatie en intersectorale samenwerking bepalen de kwaliteit van nazorg

Een derde belangrijk thema betreft coördinatie. Alle respondenten verwijzen, expliciet of impliciet, naar het belang van samenwerking tussen verschillende actoren. De Noorse respondent beschrijft psychosociale nazorg als een multi-agency model: "*In Norway, psychosocial aftercare following terrorist attacks is organised through a multi-agency approach involving the health sector, municipalities, the police, and specialist mental health services."*

Ook de Zweedse respondent benadrukt samenwerking als sterkte: *"Cooperation between organisations, and different competence backgrounds like peer supporters, psychologist, policeofficers, social workers and others."*

De Zwitserse respondent beschrijft eveneens een goed georganiseerde multidisciplinaire structuur, waarbij psychologische ondersteuning beschikbaar is binnen politie-, ambulance- en brandweerdiensten.

De Ierse respondent benoemt gebrekkige communicatie net als een zwakte: *"Poor communications between organisations."*

Ook VK3 is kritisch over de samenwerking tussen betrokken actoren en stelt: *"There is very little. Unless you have physical injuries from the incident, you're highly unlikely to enter a treatment sphere."*

### 4.3.4 Thema 4: Juridische, praktische en psychosociale ondersteuning moeten geïntegreerd worden

Een vierde thema is de nauwe samenhang tussen psychosociale ondersteuning en juridische, administratieve of praktische hulp. De Noorse respondent benoemt dit duidelijk: *"Norway recognises that legal proceedings and psychosocial recovery are closely connected. Victims are informed about their legal rights, access to legal aid, and opportunities to apply for state victim compensation."*

Nog sterker is de uitspraak: *"The strength of the Norwegian system is that psychosocial support is not viewed separately from practical and legal assistance. Helping victims navigate compensation schemes, legal processes, and interactions with public authorities can reduce additional stress during recovery."*

De Zwitserse respondent benadrukt eveneens het belang van een geïntegreerd wettelijk kader. Volgens de respondent vormt de Federal Act on Support for the Victims of Crime (Victim

Support Act) een belangrijke sterkte van het Zwitserse systeem, omdat niet alleen slachtoffers maar ook naaste familieleden wettelijk recht hebben op slachtofferondersteuning: *"The fact that support for victims and their families is enshrined in law."*

Dit is een belangrijke bevestiging van een kernbevinding uit de focusgroepen: psychosociale nazorg is meer dan psychologische begeleiding. Ook juridische informatie, compensatieprocedures en praktische ondersteuning beïnvloeden het herstelproces.

De Zweedse respondent verwijst eveneens naar ondersteuning tijdens juridische trajecten: *"Legal support to the victims during and after the trial."*

US1 stelt *dat "It's critical that political leaders set aside ideologies to focus on what is best for their communities*" en voldoende middelen voorzien voor sociaal werkers, publieke gezondheidsdiensten en een goede samenwerking tussen betrokken organisaties. Daarnaast wordt het belang benadrukt van regelmatige gezamenlijke opleidingen en crisisoefeningen vóór een incident. US2 beschrijft dat hiervoor vaak gebruik wordt gemaakt van *"established critical incident stress managementteams with trained peer supporters and a mental health clinician*."

VK2 wijst bovendien op de beperkte integratie tussen juridische procedures en psychosociale nazorg: *"It isn't. And it needs to be. At best the UK's approach is fragmented."*

### 4.3.5 Thema 5: Kwetsbare groepen lopen verhoogd risico op onvervulde zorgnoden

Een vijfde thema betreft groepen die moeilijker bereikt worden of een verhoogd risico lopen op onvervulde noden. De Ierse respondent noemt onder meer daklozen en niet-nationalen: *"Homeless and non nationals. Stigma and not knowing where to get help."*

De Noorse respondent benoemt verschillende risicogroepen, waaronder mensen die geen hulp zoeken, kinderen, jongeren, first responders, personen met migratieachtergrond en mensen in kleinere gemeenten: *"Individuals who do not actively seek help, either because of stigma, avoidance, or limited awareness of available services."*

Ook taal, cultuur en vertrouwen in de overheid worden als drempels benoemd. De Zweedse respondent verwijst naar immigranten en personen met weinig vertrouwen in autoriteiten: *"Immigrants and other with low trust in the authorities. We have recruited crisis supporters that speaks other languages."*

US1 wijst erop dat vooral moslims na een terroristische aanslag gepleegd door islamitische extremisten terughoudend kunnen zijn om hulp te zoeken uit vrees voor maatschappelijke of politieke reacties. Daarnaast worden recente immigranten en personen die de Engelse taal onvoldoende beheersen genoemd als risicogroepen. US2 noemt bovendien *"children, elderly, and individuals with mental health issues*" als de meest kwetsbare groepen met een verhoogd risico op onvervulde psychosociale zorgnoden.

### 4.3.6 Thema 6: Expertise, training en voldoende capaciteit zijn noodzakelijke randvoorwaarden

Een zesde thema betreft expertise en capaciteit. Verschillende respondenten wijzen erop dat kwaliteitsvolle psychosociale nazorg afhankelijk is van goed opgeleide professionals en vrijwilligers.

De Ierse respondent formuleert dit als prioriteit: *"Having sufficient personnel trained in psychosocial care."*

VK1 benadrukt training: *"Training health care providers/emergency responders and call line operators on how to address needs."*

De Zweedse respondent wijst specifiek op het tekort aan trauma-expertise: *"Not every psychologist is trained in trauma treatment or in crisis intervention."* Daaruit volgt de aanbeveling: *"More training for the psychologist."*

US2 stelt dat er "*Not enough professionals trained in these models or have specialized training*" beschikbaar zijn. Daarnaast waarschuwt deze respondent dat België moet vermijden "*Failing to have enough experts and mental health clinicians trained specifically in the psychosocial needs of victims of terrorism*." Zowel US1 als US2 benadrukken dat regelmatige trainingen en simulatieoefeningen vóór een incident essentieel zijn voor een goede crisisvoorbereiding. "*Train constantly to be ready as it is not often if, but when terrorism occurs".* US1 wijst aanvullend op de beperkte waardering en vergoeding van hulpverleners, waardoor personeelstekorten ontstaan.

### 4.3.7 Thema 7: Good practices

Een laatste thema betreft good practices die mogelijk relevant zijn voor België.

De Noorse respondent verwijst naar gemeentelijke crisisteams *"Municipal Crisis Teams (Kommunale kriseteam): These multidisciplinary teams provide immediate psychosocial support and practical assistance following major incidents."* En naar het follow-up model ontwikkeld na 22 juli "*The proactive follow-up model developed after the 22 July 2011 terrorist attacks. The model is more systematic and long-term follow-up of survivors and bereaved families. Municipalities actively contacted affected individuals over an extended period rather than relying solely on self-referral."*

De Zweedse respondent benadrukt het belang van samenwerking tussen professionals en peers: *"Good cooperation and low prestige between peer supporters and psychologists."*

US1 en US2 bevelen aan om de psychosociale ondersteuning na de Boston Marathon-aanslag en de principes van het Mitchell Model en Psychological First Aid (bijlage 3) als inspirerende voorbeelden voor de Belgische praktijk te bestuderen. Zowel de Ierse respondent als US2 verwijzen naar de International Critical Incident Stress Foundation (ICISF).

## 4.4 Expertconsultatie

Hieronder worden de belangrijkste aanvullende inzichten uit de twee internationale expertconsultaties besproken. Deze inzichten dienden ter verdieping en contextualisering van de resultaten uit de focusgroepen en de internationale survey.

Een eerste terugkerende bevinding was dat slachtoffers gedurende het volledige traject centraal moeten staan. Volgens de experts is het essentieel dat slachtoffers niet alleen tijdens de acute fase, maar ook in de verdere opvolging en beleidsontwikkeling actief worden betrokken. In dat kader werd benadrukt dat slachtoffers eveneens een plaats moeten krijgen binnen de ontwikkeling van preventiestrategieën en bij de opmaak van nood- en interventieplannen. Hun ervaringen en inzichten worden beschouwd als een bron om toekomstige hulpverlening en rampenmanagement verder te verbeteren.

Ook de organisatie van de psychosociale nazorg kwam als aandachtspunt naar voren. Er werd benadrukt dat verdere verbetering niet noodzakelijk vraagt om nieuwe structuren, maar vooral om het versterken en beter benutten van bestaande initiatieven. Er werd ook op gewezen dat de voorbereiding duurzaam moet worden verankerd en niet mag afnemen vanuit de veronderstelling dat een terroristische aanslag zich niet opnieuw zal voordoen.

Daarnaast werd er gewezen op de toenemende rol die technologie en artificiële intelligentie (AI) in de toekomst kunnen spelen binnen de psychosociale nazorg. Zij verwachten dat digitale toepassingen en AI nieuwe mogelijkheden zullen bieden om slachtoffers te ondersteunen.

Tot slot werd het belang van vertrouwen sterk benadrukt. Hoewel hulpverleners en overheidsinstanties vaak handelen vanuit oprechte betrokkenheid, gaven de experts aan dat een effectieve ondersteuning slechts mogelijk is wanneer slachtoffers vertrouwen ervaren in alle betrokken actoren. Dat vertrouwen vraagt volgens hen om een consequente, transparante en gezamenlijke benadering, waarbij alle betrokken organisaties dezelfde boodschap en dezelfde zorg voor slachtoffers uitdragen.

# Hoofdstuk 5: Discussie

De discussie brengt vijf samenhangende thema's naar voren. Het eerste is duidelijke leiding en coördinatie. Slachtoffers hebben behoefte aan een overzichtelijk, toegankelijk en betrouwbaar systeem waarin organisaties hun taken afbakenen, samenwerken en consistent communiceren (Dyregrov et al., 2019; Colombo et al., 2022). De internationale vergelijking bevestigt dat duidelijke bestuurlijke structuren de overgang van acute hulp naar langdurige nazorg vergemakkelijken. In België blijft de versnippering tussen federale, regionale en lokale bevoegdheden een belangrijk knelpunt.

Het tweede thema is proactieve en langdurige opvolging. Omdat slachtoffers niet altijd zelf hulp zoeken en behoeften pas later zichtbaar kunnen worden, zijn laagdrempelige registratie, herhaalde behoefteanalyses en actieve outreach nodig (Bosmans et al., 2022a; Stene et al., 2022). Ook de literatuur wijst erop dat psychosociale zorg na terreur niet mag stoppen na de acute fase, maar moet worden opgevat als een continuüm met opvolging op meerdere tijdstippen (Dyregrov et al., 2019; Ivanković et al., 2017). Buitenlandse voorbeelden tonen dat proactieve contactmomenten, screening en vaste contactpersonen daarin een meerwaarde kunnen bieden.

Het derde thema is blijvend toegankelijke en doelgroepgerichte communicatie. Slachtoffers hebben snelle en correcte informatie nodig over hun rechten, hulpaanbod en verdere opvolging. Volgens de focusgroepen moet die communicatie niet alleen duidelijk, maar ook doelgroepgericht zijn, met aandacht voor taal, cultuur en mediagebruik. Dat stemt overeen met de literatuur, waarin een centrale website, een beveiligd informatieplatform en regelmatige updates worden aanbevolen (Ivanković et al., 2017; Sulzer, 2025; Dyregrov et al., 2019). Een centraal aanspreekpunt kan hierbij een belangrijke rol spelen door psychosociale, administratieve en juridische ondersteuning beter met elkaar te verbinden.

Het vierde thema is een gelaagd en deskundig zorgmodel. Niet alle slachtoffers hebben dezelfde hulp nodig, en niet alle problemen kunnen binnen de reguliere zorgkanalen worden opgevangen. De literatuur en de vergelijkende analyse tonen daarom het belang van multidisciplinaire teams, gespecialiseerde traumazorg, opleiding van hulpverleners en een goede doorverwijzing naar de tweede lijn (Stene et al., 2022; Bosmans et al., 2022a). Ook hulpverleners zelf verdienen aandacht, zowel via training als via ondersteuning op maat. Zonder voldoende expertise, capaciteit en structurele financiering blijft een nazorgplan immers moeilijk uitvoerbaar.

Het vijfde thema is een brede benadering van herstel. Psychosociale nazorg omvat naast psychologische hulp ook erkenning, lotgenotencontact, herdenking, educatie en gemeenschapsveerkracht. Slachtofferorganisaties kunnen daarbij een brug vormen tussen slachtoffers, beleid en samenleving. Internationale voorbeelden combineren medische, psychologische, juridische, administratieve en financiële ondersteuning.

Voor België blijkt dat verdere versterking vooral nodig is op het vlak van centrale coördinatie, proactieve opvolging, structurele financiering en een beter geïntegreerd ondersteuningsaanbod. In tabel 10 worden deze thema's in detail besproken aan de hand van subthema's.

*Tabel 10: Vergelijking van de onderzoeksresultaten met de literatuur en de betekenis voor België*

| Subthema | Wat blijkt uit de focusgroepen, survey en expertconsultaties? | Wat zegt de literatuur en internationale vergelijking? | Betekenis voor België? |
|---|---|---|---|
| **Leiderschap en taakverdeling** | Duidelijke rollen, afgestemde samenwerking en transparante communicatie zijn noodzakelijke voorwaarden voor effectieve psychosociale nazorg. Volgens de experts ontstaat vertrouwen bij slachtoffers wanneer alle betrokken organisaties vanuit een gedeelde visie handelen, consistente boodschappen uitdragen en zichtbaar dezelfde zorg voor slachtoffers nastreven. Onduidelijkheid over verantwoordelijkheden of tegenstrijdige communicatie kan dit vertrouwen ondermijnen. | De literatuur benadrukt het belang van heldere commandostructuren, vooraf vastgelegde verantwoordelijkheden en interorganisatorische afstemming. Ervaringen uit onder meer Frankrijk en Noorwegen tonen dat een duidelijke bestuurlijke afbakening en consistente communicatie de continuïteit en geloofwaardigheid van de nazorg versterken (Dyregrov et al., 2019; Colombo et al., 2022). | Er is nood aan een duidelijkere taakverdeling tussen het federale, regionale en lokale niveau, gekoppeld aan gedeelde communicatieafspraken. Betrokken organisaties moeten vanuit één overkoepelend kader werken, zodat slachtoffers een consistente boodschap ontvangen en vertrouwen kunnen behouden in het ondersteuningssysteem. |
| **Proactieve opvolging** | Slachtoffers en hun familie mogen niet zelf verantwoordelijk worden gemaakt voor het zoeken, coördineren en opnieuw aanvragen van hulp. De opvolging moet actief, herhaald en afgestemd zijn op veranderende noden. Ook de zorg voor de hulpverleners verdient aandacht. | Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk tonen de meerwaarde van outreach, screening en vaste opvolgmomenten. Ook de literatuur pleit voor actieve en langdurige opvolging, omdat psychosociale problemen zich soms pas na verloop van tijd manifesteren (Stene et al., 2022; Ivanković et al., 2017). | Het nazorgplan moet voorzien in een proactief opvolgingsmodel, met vaste contactmomenten en mogelijkheden om slachtoffers ook op langere termijn opnieuw te bereiken. |
| **Registratie en monitoring** | Er is nood aan een uniform, betrouwbaar en flexibel registratiesysteem dat informatie-uitwisseling en langdurige opvolging ondersteunt. Sommige slachtoffers (immigranten, daklozen, mensen met psychische kwetsbaarheid, jongeren) blijven onder de radar en moeten via andere kanalen bereikt worden. | Frankrijk werkt met centrale registratie. Ervaringen uit Nederland en het Verenigd Koninkrijk tonen dat een gebrek aan centrale registratie de identificatie, opvolging en doorverwijzing van slachtoffers bemoeilijkt (Bosmans et al., 2022a). | BITS en de geplande mogelijkheid tot zelfregistratie moeten verder worden uitgebouwd, met aandacht voor actualisering, toegankelijkheid, gegevensbescherming en bruikbaarheid tijdens de volledige nazorgperiode. |
| **Informatie en communicatie** | Slachtoffers hebben nood aan tijdige, duidelijke en blijvende informatie. De communicatie moet rekening houden met verschillende doelgroepen en informatiebehoeften die doorheen de tijd veranderen. Digitale toepassingen kunnen slachtoffers op een laagdrempelige manier betrouwbare informatie, zelfhulp, gepersonaliseerde ondersteuning en gerichte doorverwijzing aanbieden, waardoor de toegankelijkheid en continuïteit van de psychosociale nazorg worden versterkt. | De literatuur benadrukt het belang van snelle, correcte en toegankelijke informatie via een herkenbaar centraal kanaal. Inconsistente of versnipperde communicatie kan onzekerheid en wantrouwen versterken (Ivanković et al., 2017; Sulzer, 2025; Dyregrov et al., 2019). Daarnaast benadrukt de literatuur het belang van maatschappelijk verantwoorde journalistiek. Sensationele berichtgeving en het verspreiden van onbevestigde informatie kunnen het herstel van slachtoffers bemoeilijken en onbedoeld bijdragen aan de doelstellingen van terroristen door angst en maatschappelijke polarisatie te versterken (Marthoz, 2017; Thompson, 2021). | Er is nood aan één communicatiestrategie met een centrale website, informatiebrochures, vaste contactmomenten en afgestemde boodschappen van alle betrokken organisaties. Ook de media spelen hierin een belangrijke rol. Daarom is het wenselijk om richtlijnen voor maatschappelijk verantwoorde journalistiek te voorzien. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Centraal aanspreekpunt** | Slachtoffers hebben nood aan één herkenbare en laagdrempelige toegangspoort waar zij terechtkunnen met psychosociale, medische, administratieve, juridische en financiële vragen zodat er geen versnippering of overlap is tussen verschillende diensten. Een voorbeeld is een resilience center dat een kader biedt voor herstel en vragen op zowel korte als lange termijn. | Buitenlandse modellen zoals Family Assistance Centers, Resilience Centers en Family Liaison Officers tonen de meerwaarde van een vast aanspreekpunt dat informatie bundelt, hulpvragen coördineert en continuïteit biedt (National Mass Violence Victimization Resource Center, z.d.a). Het Verenigd Koninkrijk zet sinds 2026 in op een centraal Support Hub, waar casemanagers via een Terror Incident Needs Assessment (TINA) psychosociale, praktische, financiële en juridische noden integraal in kaart brengen (Home Office, 2026). | Het Belgische centrale loket moet niet alleen formeel bestaan, maar ook zichtbaar, bereikbaar en operationeel zijn. Het moet slachtoffers actief begeleiden en hen naar de juiste diensten doorverwijzen. |
| **Deskundige en gelaagde zorg** | Psychosociale nazorg vraagt zowel laagdrempelige ondersteuning als toegang tot gespecialiseerde traumazorg, voor zowel slachtoffers als de nabestaanden. Ook dienen hulpverleners opgeleid te worden in het omgaan met oorlogstrauma's, gezien de omvang van terreur, complexe traumaverwerking en rouw en verlies. Een goede doorverwijzing en continuïteit tussen zorgniveaus zijn daarbij essentieel.<br><br>Er is ook een duidelijk overzicht nodig van de gespecialiseerde hulpverlening. | Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten combineren acute psychosociale opvang met gespecialiseerde traumazorg en langdurige opvolging. Gelaagde zorgmodellen maken het mogelijk om de intensiteit van de hulp af te stemmen op de noden van het slachtoffer (Stene et al., 2022). | De gespecialiseerde tweede lijn moet zichtbaarder en toegankelijker worden. Het nazorgplan moet duidelijk beschrijven hoe screening, doorverwijzing, terugkoppeling en continuïteit tussen zorgniveaus worden georganiseerd. |
| **Financiering** | Een nazorgplan kan slechts duurzaam worden uitgevoerd wanneer voldoende organisatorische, personeels- en financiële middelen beschikbaar zijn. | Internationale modellen en de literatuur beschouwen structurele financiering als een basisvoorwaarde voor continuïteit, deskundigheid en langdurige beschikbaarheid van zorg (Sulzer, 2025; Kung et al., 2019). | Er is nood aan vooraf vastgelegde en structurele financieringsmechanismen. |
| **Erkenning en lotgenotencontact** | Slachtoffers hebben nood aan maatschappelijke en institutionele erkenning, inspraak en mogelijkheden om ervaringen te delen met lotgenoten. | Ervaringen uit Noorwegen en initiatieven zoals Life for Paris en The Peace Collective tonen dat slachtoffervereningingen en lotgenotencontact kunnen bijdragen aan herstel, belangenbehartiging en beleid (Dyregrov et al., 2019). Op collectief vlak is de rol van politici heel belangrijk, slachtoffers willen zich gekend, erkend en gehoord voelen (Holsappel-Brons et al., 2022). | Slachtoffers en slachtoffervereningingen moeten structureel worden betrokken bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van het nazorgbeleid. Lotgenoteninitiatieven verdienen organisatorische en financiële ondersteuning. |
| **Langetermijnvisie** | Nazorg mag niet pas starten wanneer de acute fase wordt afgesloten, maar moet vanaf het begin worden voorbereid | De literatuur beschrijft de overgang tussen acute hulp en langdurige nazorg als een terugkerend knelpunt. | Het Belgische nazorgplan moet de acute, post-acute en langdurige fase als één |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | en als een continu proces met verschillende contactmomenten worden beschouwd. Ook voor verborgen en moeilijk detecteerbare slachtoffers moet dezelfde hulp beschikbaar zijn. | Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk tonen het belang van vroegtijdige planning van opvolging en overdracht (Dyregrov et al., 2019; Hobfoll et al., 2007). | continuüm beschrijven, met duidelijke overdrachtsmomenten en langdurige verantwoordelijkheden. |
| **Geïntegreerde ondersteuning** | Psychosociale nazorg omvat meer dan psychologische hulp. Slachtoffers worden vaak tegelijkertijd geconfronteerd met medische, sociale, administratieve, juridische en financiële noden. | In de Verenigde Staten en Frankrijk worden verschillende vormen van ondersteuning meer geïntegreerd aangeboden, onder meer via centrale centra of multidisciplinaire samenwerkingsmodellen (France Victimes, z.d.) | België heeft baat bij een geïntegreerd ondersteuningsmodel waarin psychosociale, medische, juridische, administratieve en financiële hulp op elkaar worden afgestemd. |

# Hoofdstuk 6: Conclusie en beleidsaanbevelingen

## 6.1 Conclusie

Een zorgzame overheid voorziet in een organisatie en communicatie die zijn afgestemd op de noden van slachtoffers gedurende de volledige psychosociale nazorg- en herstelfase, zolang ondersteuning noodzakelijk is (Strating, 2012). Dit eindwerk onderzocht hoe internationale richtlijnen en praktijkervaringen de nazorg in België kunnen versterken. De resultaten tonen aan dat België de voorbije jaren belangrijke stappen heeft gezet met de ontwikkeling van een psychosociaal nazorgplan, de aanstelling van nazorgcoördinatoren en de verdere uitbouw van BITS. Tegelijkertijd blijkt uit de resultaten dat verschillende knelpunten die tijdens de aanslagen van 22 maart 2016 naar voren kwamen ook vandaag nog slechts gedeeltelijk zijn aangepakt.

De nazorg na een terroristische aanslag is een complex en langdurig proces dat een gecoördineerde samenwerking vereist tussen talrijke betrokken actoren, waaronder overheidsdiensten, hulpverleningsorganisaties, zorgverleners en slachtofferorganisaties. Een kwalitatieve en duurzame nazorg veronderstelt bovendien een continue evaluatie en verdere ontwikkeling van het beleid, waarbij systematisch wordt geleerd uit eerdere nationale en internationale rampen en terroristische aanslagen. Daarnaast is het essentieel om de ervaringen en behoeften van slachtoffers en andere betrokkenen structureel te integreren in de verdere uitbouw van het nazorgbeleid.

De vergelijking met internationale richtlijnen, buitenlandse zorgmodellen en de ervaringen van Belgische en internationale experts maakt duidelijk welke elementen essentieel zijn voor een kwaliteitsvol nazorgsysteem. Proactieve outreach, langdurige opvolging, centrale coördinatie, multidisciplinaire samenwerking, geïntegreerde ondersteuning, opleiding en oefeningen, systematische slachtofferregistratie en blijvende aandacht voor communicatie en kwetsbare groepen vormen daarbij de belangrijkste bouwstenen. De huidige nazorgfase in België biedt hierop al een stevig antwoord, maar verdere uitwerking is noodzakelijk om te komen tot een geïntegreerd, duurzaam en werkelijk slachtoffergericht nazorgsysteem.

De aanbevelingen vertalen deze elementen naar concrete acties voor België. Zo verbindt dit eindwerk internationale kennis, praktijkervaringen en beleidsinzichten met de Belgische context.

## 6.2 Aanbevelingen

### 6.2.1 Investeer in een nationale Resilience Hub

België beschikt momenteel over verschillende organisaties en diensten die elk een deel van de psychosociale nazorg opnemen. Een Resilience Hub kan deze expertise bundelen in één duurzaam samenwerkingsverband en fungeren als centraal kennis-, informatie- en coördinatiecentrum. Een dergelijke hub kan slachtoffers gedurende het volledige herstelproces ondersteunen, expertise ontwikkelen en verspreiden, opleidingen organiseren, een netwerk van gespecialiseerde traumapsychologen en andere hulpverleners onderhouden en de samenwerking tussen overheden, zorginstellingen en slachtofferorganisaties versterken. Daarnaast kan de hub onderzoek faciliteren en lessen trekken uit eerdere aanslagen.

### 6.2.2 Stimuleer gemeenschapsveerkracht en bereik de bevolking

Naast professionele hulpverlening verdient de versterking van gemeenschapsveerkracht structurele aandacht. Het is aangewezen om preventief te investeren in sociale cohesie, buurtinitiatieven, burgerparticipatie en lokale netwerken, zodat gemeenschappen beter voorbereid zijn om elkaar tijdens en na een crisis te ondersteunen. In de nazorgfase kunnen overheden deze informele steun actief stimuleren. Een inspirerend voorbeeld is de oproep van de Noorse premier Jens Stoltenberg na de aanslagen van 2011 om slachtoffers niet te isoleren, maar te ondersteunen met eenvoudige gebaren zoals samen wandelen, een maaltijd delen of een bezoek brengen. Het is bovendien aangewezen om een overzicht van lokale organisaties, verenigingen en religieuze gemeenschappen die in een noodsituatie kunnen worden ingezet om informatie te verspreiden en getroffen personen te bereiken, regelmatig aan te vullen. Dit overzicht kan bijvoorbeeld gebruikt worden voor communicatie over zelfregistratie via BITS.

Ten slotte kunnen de media bijdragen aan de maatschappelijke veerkracht. Daarom is het wenselijk om, in samenwerking met journalistieke beroepsverenigingen en mediaorganisaties, richtlijnen voor maatschappelijk verantwoorde berichtgeving over terrorisme regelmatig te actualiseren. Deze richtlijnen moeten aandacht besteden aan het gebruik van officiële informatiebronnen, respect voor de waardigheid en privacy van slachtoffers, het vermijden van sensationele berichtgeving en het tegengaan van desinformatie en haatspraak. Daarnaast is het aangewezen om tijdens een crisis een herkenbaar en deskundig communicatieanker aan te stellen. Een vaste woordvoerder kan het vertrouwen versterken, onzekerheid verminderen en de bevolking op een toegankelijke manier informeren, zoals tijdens de coronacrisis onder meer gebeurde door Marc Van Ranst.

### 6.2.3 Investeer in digitale ondersteuning en persoonlijke veerkracht

Experts verwachten dat digitale toepassingen in de toekomst een steeds belangrijkere plaats zullen innemen binnen de psychosociale nazorg. De overheid kan inzetten op de verdere ontwikkeling van bestaande digitale toepassingen. Zo kan de Houvast-app (Rode Kruis-Vlaanderen, z.d.) worden uitgebreid met een specifieke module voor slachtoffers van bijvoorbeeld terreur, waarin betrouwbare informatie, psycho-educatie, praktische ondersteuning en gerichte doorverwijzing (eventueel naar de Resilience Hub) worden samengebracht. Op die manier wordt versnippering van het aanbod vermeden en krijgen slachtoffers snel toegang tot laagdrempelige en geïntegreerde ondersteuning. Daarnaast kan AI de nazorg ondersteunen door slachtoffers via intelligente chatbots snel naar de juiste hulpverlening toe te leiden, veelvoorkomende vragen te beantwoorden en administratieve processen te vereenvoudigen. AI vervangt daarbij geen professionele hulpverlening, maar kan deze aanvullen door de toegankelijkheid en schaalbaarheid van de ondersteuning te vergroten.

Internationale voorbeelden tonen aan dat digitale toepassingen de psychosociale nazorg kunnen versterken. Zo ondersteunt de Trauma Notification Training App hulpverleners bij het trauma-geïnformeerd brengen van een overlijdens- of traumamelding, biedt de Transcend NMVC-app slachtoffers betrouwbare informatie, zelfhulp en doorverwijzing naar ondersteuning, en helpt de PTSD Coach-app gebruikers om PTSS-symptomen te herkennen en ermee om te gaan (Federal Bureau of Investigation, z.d.; National Mass Violence Victimization Resource Center, z.d.b; U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD, z.d.). Dergelijke toepassingen kunnen de ondersteuning van slachtoffers, de opleiding van hulpverleners en de persoonlijke veerkracht versterken.

### 6.2.4 Betrek slachtoffers en slachtofferverenigingen structureel

Slachtoffers beschikken over unieke ervaringsdeskundigheid die kan bijdragen aan de verdere ontwikkeling van psychosociale nazorg. Daarom wordt aanbevolen om slachtoffers en slachtofferverenigingen structureel te betrekken bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van het nazorgbeleid, opleidingen en oefeningen. Daarnaast verdienen lotgenotencontact, herdenkingsinitiatieven en maatschappelijke erkenning blijvende ondersteuning, aangezien zij een belangrijke bijdrage leveren aan herstel en maatschappelijke verbondenheid. Concreet kunnen meerdere ervaringsdeskundigen worden geconsulteerd bij beleidsbeslissingen en multidisciplinaire oefeningen rond psychosociale nazorg.

### 6.2.5 Versterk de rol van de huisarts in de psychosociale nazorg

De overheid kan, in samenwerking met de huisartsenverenigingen, huisartsen een actievere rol geven in de identificatie, opvolging en doorverwijzing van slachtoffers. Aangezien vrijwel iedere inwoner van België een vaste huisarts heeft, bevindt deze zich in een unieke positie om signalen van psychische problemen vroegtijdig te detecteren en slachtoffers ook op langere termijn op te volgen. Naar analogie met het buitenland kan de huisarts fungeren als een centrale schakel in de psychosociale zorgketen. Dit kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd door een gestandaardiseerde informatiefiche of een digitaal verwijsprotocol te ontwikkelen dat huisartsen onmiddellijk na een aanslag ontvangen via hun beroepsvereniging.

### 6.2.6 Investeer in opleiding, multidisciplinaire samenwerking en oefeningen

Een nazorgplan is pas effectief wanneer alle betrokken organisaties hun rol kennen en regelmatig multidisciplinair samenwerken en oefenen. Het is daarom aangewezen om structureel opleidingen en oefeningen te organiseren rond psychosociale nazorg, registratie, communicatie, samenwerking en traumasensitieve hulpverlening. Daarnaast is gespecialiseerde vorming nodig over traumaverwerking, complexe en langdurige traumatisering, oorlogs- en vluchtelingentrauma, rouw- en verliesbegeleiding en de psychosociale gevolgen van terroristische aanslagen. Ook opleidingen in het brengen van traumatische boodschappen aan nabestaanden (bv. Trauma Notification Training App), het herkennen van psychosociale noden en het tijdig doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg verdienen blijvende aandacht. Concreet kunnen bestaande noodplanningsoefeningen jaarlijks worden uitgebreid met een scenario dat zich zes maanden tot een jaar na een aanslag afspeelt, zodat psychosociale nazorg, familieopvang, samenwerking, doorverwijzing en langdurige opvolging realistisch worden geoefend.

### 6.2.7 Voorzie structurele financiering en een duidelijke rolverdeling

Een duurzaam nazorgbeleid vereist voldoende financiële middelen. Structurele financiering moet voorzien worden voor de coördinatie van het nazorgplan, gespecialiseerde traumazorg, opleiding, monitoring, registratie en slachtofferbegeleiding. Hierdoor wordt vermeden dat psychosociale nazorg afhankelijk blijft van tijdelijke projectmiddelen en kan de continuïteit van de ondersteuning worden gegarandeerd. Daarnaast is een duidelijke verankering van het nazorgbeleid, met heldere taakafbakening en verantwoordelijkheden voor alle betrokken actoren, essentieel om een consistente en duurzame uitvoering van de psychosociale nazorg te waarborgen.

### 6.2.8 Vergeet de hulpverleners niet

Naast slachtoffers verdienen ook hulpverleners structurele psychosociale ondersteuning. Voor alle betrokken first responders kan, na bijvoorbeeld terreur, een laagdrempelig cirkelmoment worden georganiseerd, waarin psycho-educatie wordt gegeven over normale stressreacties en beschikbare ondersteuningsmogelijkheden. Daarnaast is het aangewezen om leidinggevenden op te leiden in het herkennen en bespreekbaar maken van signalen van overbelasting, morele stress en traumagerelateerde klachten. Bestaande hulpmiddelen, zoals de Houvast-app en hulplijnen, kunnen actief worden gepromoot als laagdrempelige ondersteuning. Daarnaast kan peer support structureel worden ingebed als een toegankelijke vorm van psychosociale ondersteuning die, zoals internationale voorbeelden aantonen, de doorverwijzing naar professionele hulp kan vergemakkelijken.

## 6.3 Beperkingen en vervolgonderzoek

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. De vergelijkende analyse is uitgevoerd op basis van een beperkt aantal landen met voldoende geografische spreiding en beschikbare beleidsdocumenten, waardoor relevante praktijken uit andere landen mogelijk niet werden meegenomen. Daarnaast omvatten de focusgroepen een beperkte groep Belgische experts. Echter, de deelnemende experts brachten vanuit hun sleutelpositie binnen beleid en praktijk een ruime expertise en praktijkervaring in op het vlak van psychosociale nazorg. Hierdoor leverden de focusgroepen betrouwbare en diepgaande inzichten op die essentieel waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Diverse relevante organisaties, waaronder ook Franstalige actoren zoals AVIQ, werden benaderd, maar konden niet aan de focusgroepen deelnemen. Hierdoor bleef de Waalse vertegenwoordiging in de dataverzameling beperkt. Om dit te ondervangen, werden inzichten uitgewisseld met een medestudent die binnen een eindwerk onderzoek voerde naar o.a. ook de Waalse context.

Hoewel voor de internationale survey een uitgebreide wervingsstrategie werd gehanteerd, waarbij talrijke experts, organisaties en internationale netwerken actief werden gecontacteerd (e-mail, telefoon, LinkedIn, …), bleef de respons lager dan gehoopt. Tegelijkertijd werden de surveyvragen door de respondenten zeer uitgebreid beantwoord, waardoor rijke en genuanceerde kwalitatieve gegevens werden verzameld. De diepgaande expertise van de respondenten versterkte de inhoudelijke waarde van de bevindingen.

In dit onderzoek werden geen slachtoffers of nabestaanden rechtstreeks bevraagd. Deze keuze werd, in overleg met de promotor, bewust gemaakt om de scope van het onderzoek af te bakenen. De ervaringen en noden van slachtoffers kwamen echter indirect aan bod via de respondenten die vanuit hun functie intensief met slachtoffers en hun naasten werkten.

Ondanks bovenstaande beperkingen werd de betrouwbaarheid van de resultaten versterkt door methodologische triangulatie, waarbij literatuur, een internationale analyse, focusgroepen, een internationale survey en expertconsultaties systematisch met elkaar werden vergeleken.

Vervolgonderzoek kan zich richten op de implementatie, haalbaarheid en effectevaluatie van de voorgestelde aanbevelingen binnen de Belgische context. Daarnaast is longitudinaal onderzoek nodig om de psychosociale noden van slachtoffers en hun naasten op verschillende tijdstippen na een aanslag in kaart te brengen en om de langetermijneffecten van verschillende nazorginterventies te evalueren. Hierbij is bijzondere aandacht wenselijk voor kwetsbare groepen, zoals kinderen en jongeren, personen met een migratieachtergrond, buitenlandse slachtoffers en first responders, aangezien hun ondersteuningsnoden kunnen verschillen van die van de algemene populatie. Ten slotte kan onderzoek naar innovatieve ondersteuningsvormen, zoals digitale toepassingen, AI en online lotgenotencontact, bijdragen aan een betere bereikbaarheid en continuïteit van de zorg. Ook onderzoek naar de rol van gemeenschapsveerkracht, slachtofferparticipatie en internationale kennisuitwisseling kan inzichten opleveren voor de verdere versterking van een Belgisch nazorgbeleid.

## 6.4 Disseminatie

Wetenschappelijk onderzoek krijgt maatschappelijke meerwaarde wanneer de bevindingen naar de praktijk worden vertaald. De disseminatie richt zich daarom op de actoren die het beleid kunnen uitvoeren, slachtoffers ondersteunen en toekomstige kennisontwikkeling versterken.

De disseminatie richt zich in eerste instantie op beleidsmakers die betrokken zijn bij de organisatie van psychosociale nazorg, waaronder de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, het Federaal Parket, de Nationale Slachtoffercel, de bevoegde gemeenschappen, de psychosociale managers en de nazorgcoördinatoren. Deze actoren beschikken over de beleidsmatige en organisatorische mogelijkheden om de aanbevelingen uit dit onderzoek te vertalen naar bestaande of toekomstige beleidsinitiatieven. Bijzondere aandacht gaat daarbij uit naar de verdere operationalisering van een geïntegreerd nazorgsysteem, de uitbouw van een centraal aanspreekpunt voor slachtoffers en de versterking van de samenwerking tussen de verschillende betrokken organisaties.

Daarnaast richt de disseminatie zich op organisaties die rechtstreeks instaan voor de psychosociale begeleiding van slachtoffers, zoals de Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW, Slachtofferhulp), Slachtofferonthaal, Rode Kruis Vlaanderen en de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Voor deze doelgroep kunnen de onderzoeksresultaten bijdragen aan een grotere bewustwording van het belang van proactieve outreach, langdurige opvolging, geïntegreerde samenwerking en traumageïnformeerde zorg.

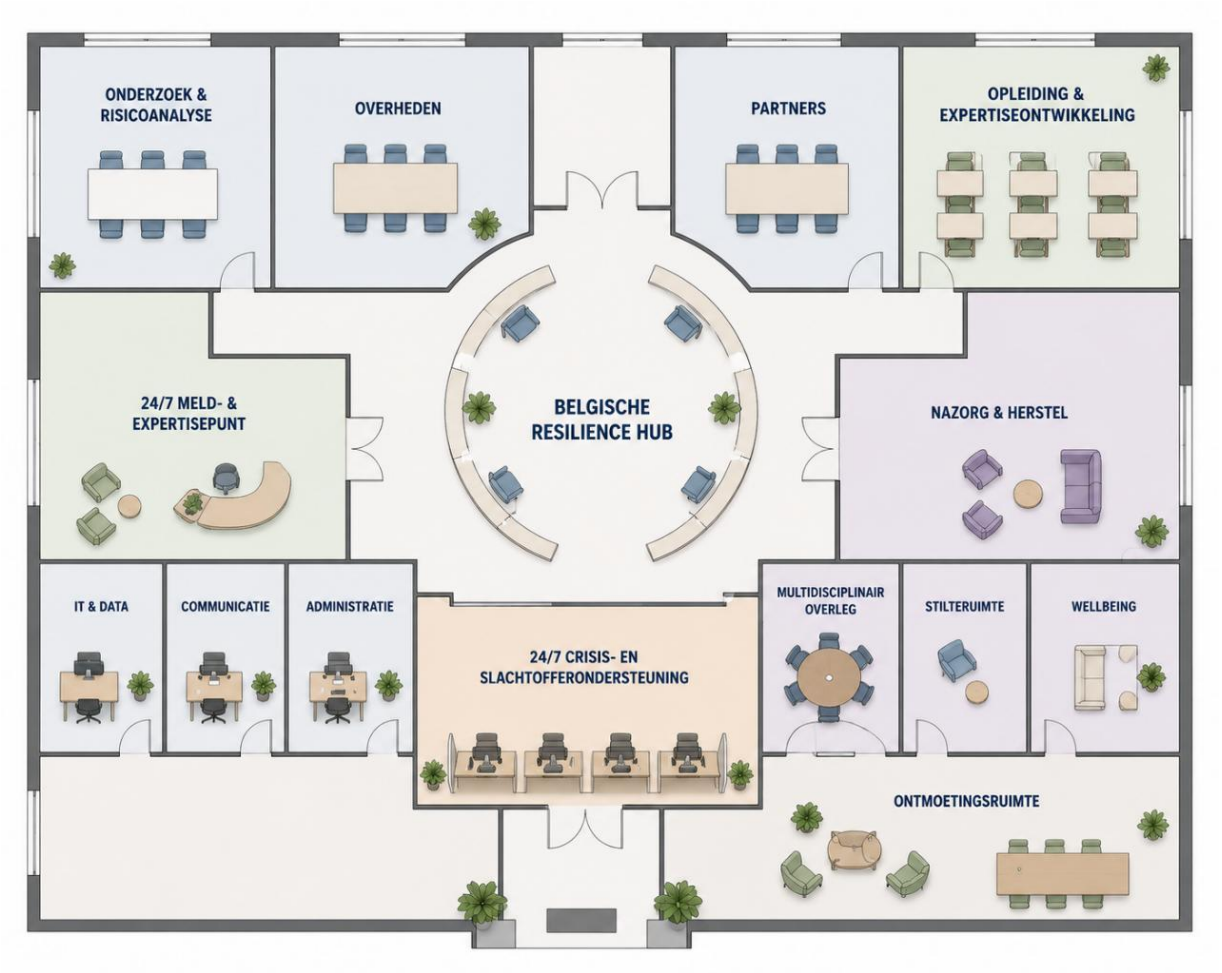
Een derde doelgroep bestaat uit lokale besturen, die tijdens en na een terroristische aanslag een belangrijke rol opnemen in de lokale opvang en ondersteuning van slachtoffers. Door de aanbevelingen toegankelijk te maken voor deze actoren kan ook op lokaal niveau worden gewerkt aan een meer geïntegreerde en slachtoffergerichte psychosociale nazorg.

De onderzoeksresultaten zullen eveneens worden teruggekoppeld naar de internationale experts en respondenten die aan dit onderzoek hebben bijgedragen door deel te nemen aan de survey, de expertconsultaties of door relevante beleidsdocumenten en praktijkinformatie ter beschikking te stellen. Zij ontvangen een beknopte samenvatting van de belangrijkste onderzoeksbevindingen en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen. Deze terugkoppeling vormt niet alleen een blijk van waardering voor hun bijdrage aan het onderzoek, maar draagt ook bij aan een duurzame internationale kennisuitwisseling. Door de onderzoeksresultaten opnieuw te delen met deze experts wordt de opgebouwde samenwerking bestendigd en ontstaat de mogelijkheid om ook in de toekomst ervaringen, goede praktijken en nieuwe inzichten uit te wisselen. Op die manier wordt de internationale samenwerking rond psychosociale nazorg na terroristische aanslagen verder versterkt en wordt bijgedragen aan een continue wederzijdse kennisontwikkeling.

Daarnaast worden de onderzoeksresultaten gedeeld met de academische wereld. De bevindingen kunnen bijdragen aan de verdere ontwikkeling van wetenschappelijke kennis over psychosociale nazorg na terroristische aanslagen en kunnen als uitgangspunt dienen voor vervolgonderzoek. Ook binnen opleidingen voor hulpverleners en crisisprofessionals kunnen de resultaten worden gebruikt als ondersteunend lesmateriaal.

## 6.5 Ontwerp

Naast dit eindwerk werd een praktijkgericht visueel concept voor een Belgische Resilience Hub ontwikkeld. Het vertaalt de onderzoeksbevindingen naar een organisatiemodel voor beleidsmakers en hulpverleningsorganisaties. Het ontwerp kan dienen als discussiedocument en als inspiratie voor de verdere operationalisering van geïntegreerde psychosociale nazorg.




*Figuur 2: Conceptueel plan Resilience Hub België (AI-gegenereerd)*

# Lijst met tabellen en figuren

Figuur 1: Overzicht van het onderzoek ..... 14
Figuur 2: Conceptueel plan Resilience Hub België (AI-gegenereerd) ..... 65

Tabel 1: Achtergrond van de respondenten van de focusgroepen ..... 16
Tabel 2: Achtergrond van de respondenten van de survey ..... 18
Tabel 3: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in Noorwegen ..... 22
Tabel 4: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in Frankrijk ..... 25
Tabel 5: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in het Verenigd Koninkrijk ..... 28
Tabel 6: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in Nederland ..... 30
Tabel 7: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in de Verenigde Staten ..... 32
Tabel 8: De verschillende domeinen voor psychosociale nazorg in België ..... 36
Tabel 9: Internationale vergelijking van de psychosociale nazorg na terreur ..... 40
Tabel 10: Vergelijking van de onderzoeksresultaten met de literatuur en de betekenis voor België ..... 56

# Bijlagen

## Bijlage 1 Focusgroepleidraad

### 1. Introductie

Wie ben ik?

**Doel van het onderzoek**

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de organisatie van psychosociale nazorg na terreuraanslagen in België, met bijzondere aandacht voor rolverdeling, samenwerking en langetermijnopvolging van slachtoffers en betrokkenen.

**Praktische afspraken**

- Heeft iedereen het informed consentformulier ondertekend en bezorgd?
- Dit gesprek wordt opgenomen voor onderzoeksdoeleinden.
- Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld en geanonimiseerd verwerkt.
- Er zijn geen juiste of foute antwoorden; we zijn geïnteresseerd in uw ervaringen, inzichten en meningen.

**Afspraken binnen de focusgroep**

- Iedereen krijgt de kans om zijn of haar mening te delen.
- Verschillende perspectieven zijn welkom.
- We luisteren respectvol naar elkaar.
- Wat hier wordt gedeeld, blijft vertrouwelijk.
- Tijd respecteren

### 2. Kennismaking en ijsbreker

- Kunt u zichzelf kort voorstellen en toelichten welke rol u hebt of hoe u al in aanraking bent gekomen met de o.a. psychosociale nazorg bij terreur.
- Wanneer u het woord "nazorg" hoort, welk woord, beeld of idee komt dan spontaan bij u op?

## 3. Verdiepende vragen

### Thema 1. Organisatie, rolverdeling en coördinatie

**Kernvraag**

- Hoe kijkt u naar de huidige organisatie van psychosociale nazorg na een terreuraanslag in België?

**Doorvragen**

- Welke aspecten van het huidige systeem functioneren volgens u goed?
- Waar ziet u de belangrijkste knelpunten of lacunes?
- Zijn de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren voldoende duidelijk?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen federale, regionale en lokale niveaus?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen psychosociale diensten, gezondheidszorg, slachtofferhulp, politie, justitie en andere betrokken actoren?
- Zijn er taken of verantwoordelijkheden die vandaag onvoldoende zijn toegewezen?

### Thema 2. Langetermijnnazorg en continuïteit van zorg

**Kernvraag**

- Hoe goed slaagt België erin om slachtoffers en betrokkenen op lange termijn op te volgen na een terreuraanslag?

**Doorvragen**

- Hoe verloopt vandaag de overgang van acute psychosociale hulp naar langdurige opvolging?
- Is langetermijnnazorg voldoende structureel georganiseerd?
- Welke groepen lopen het grootste risico om uit beeld te verdwijnen?
- Welke factoren bemoeilijken vandaag een duurzame opvolging?
- Hoe wordt vandaag omgegaan met slachtoffers die pas maanden of jaren later hulp nodig blijken te hebben?

**Registratie, monitoring en outreach**

- In welke mate ondersteunen de huidige registratiesystemen een goede opvolging van slachtoffers?
- Hoe kunnen slachtoffers die niet spontaan hulp zoeken toch bereikt worden?
- Wat is volgens u nodig om proactieve outreach beter te organiseren?

## Thema 3. Ondersteuning van slachtoffers en families

### Kernvraag

- In welke mate slagen we er vandaag in om slachtoffers en hun families voldoende te ondersteunen tijdens het herstelproces?

### Doorvragen

- Hoe beoordeelt u de huidige informatievoorziening aan slachtoffers en families?
- Welke ondersteuning ontbreekt vandaag het meest?
- Hoe kan de afstemming tussen psychosociale ondersteuning en juridische ondersteuning verbeterd worden?

### Juridische, administratieve en financiële gevolgen

### Kernvraag

- Welke impact hebben juridische, administratieve en financiële procedures op het herstelproces van slachtoffers en hun families?

### Doorvragen

- Met welke juridische of administratieve uitdagingen worden slachtoffers volgens u het vaakst geconfronteerd na een terreuraanslag?
- In welke mate vormen procedures rond schadevergoedingen, verzekeringen of slachtoffererkenning een bijkomende belasting voor slachtoffers?
- Welke ondersteuning krijgen slachtoffers vandaag bij deze processen?
- In welke mate moeten slachtoffers herhaaldelijk bewijzen dat zij nog steeds gevolgen ondervinden van de aanslag?
- Welke impact heeft dit volgens u op hun psychosociaal welzijn en herstel?
- Zou een centraal aanspreekpunt of casemanager hierbij een meerwaarde kunnen bieden? Waarom wel of niet?

### Lotgenotencontact en maatschappelijke erkenning

- Welke rol ziet u voor lotgenotencontact en zelforganisaties?
- Welke betekenis hebben erkenning, herdenkingen en maatschappelijke aandacht voor het herstelproces?
- Krijgen deze aspecten vandaag voldoende aandacht binnen het Belgische nazorgbeleid?

**Thema 4. Lessen uit het buitenland**

[Enkele buitenlandse voorbeelden]

**Kernvraag**

- Welke buitenlandse praktijken of modellen lijken u het meest relevant voor België?

**Doorvragen**

- Welke elementen zouden volgens u realistisch overdraagbaar zijn naar de Belgische context?
- Welke elementen zouden volgens u moeilijk toepasbaar zijn? Waarom?
- Zijn er buitenlandse praktijken die volgens u een antwoord kunnen bieden op de uitdagingen die we eerder hebben besproken?

**Thema 5. Beleidsaanbevelingen**

**Kernvragen**

- Welke structurele hervorming is volgens u noodzakelijk op middellange of lange termijn?
- Wat is volgens u de belangrijkste randvoorwaarde om tot betere psychosociale nazorg te komen?
- Welke veranderingen zijn volgens u nodig om de juridische en financiële ondersteuning van slachtoffers op lange termijn te verbeteren?

**Afsluitende prioritering**

- Als u één aanbeveling zou moeten kiezen die volgens u de grootste impact zou hebben op slachtoffers en betrokkenen, welke zou dat zijn?

**6. Afsluiting**

- Is er nog iets dat volgens u essentieel is voor dit onderzoek, maar dat vandaag niet aan bod is gekomen?
- Zijn er nog aanvullende opmerkingen of aanbevelingen die u graag wilt meegeven?

# Bijlage 2: Survey

Dear participant,

I am conducting research on how psychosocial care is organised after terrorist attacks, with a particular focus on how Belgium could strengthen its current approach. This survey is part of a broader study including a literature review, a focus group and a comparative analysis of several countries. This research is part of the interuniversity postgraduate programme in Disaster Management, under the supervision of Astrid Fortuin.

The purpose of this survey is to gather (expert) insights on:

- good practices in psychosocial aftercare
- key strengths and weaknesses of existing systems
- challenges in implementation
- and lessons that may be relevant for Belgium

The survey is qualitative in nature and mainly consists of open-ended questions. Your responses will be treated confidentially and analysed anonymously.

The estimated time is 15–20 minutes. Thank you very much for your contribution!

[informed consent]

**1. Background information**

1. What is your current role or professional background?
2. In which country do you mainly work?
    - Norway
    - France
    - United Kingdom
    - United States
    - Other: …
3. How many years of experience do you have in this field?
4. Would you describe your perspective mainly as:
    - policy
    - practice/service delivery
    - research
    - advocacy/victim support
    - other: …

**2. Overall system**

5. How would you describe the overall organisation of psychosocial aftercare in your country?
6. What are the main strengths of your country's approach?
7. What are the main weaknesses or gaps?

**3. Governance & coordination**

8. What works well in terms of coordination and leadership between different actors (e.g. health, psychosocial, legal, local authorities)?

**4. Long-term follow-up & outreach**

9. How is the transition from the acute response phase to long-term psychosocial follow-up organised in your country?
10. How is long-term psychosocial follow-up organised in your country and what are the main barriers?
11. In your view, what helps ensure continuity of care over time?
12. Are victims and families proactively contacted after an attack? If yes, how is this organised? If not, what are the obstacles?
13. What helps ensure that victims are reached and supported over time (including those who do not actively seek help)?

**5. Registration & information**

14. How are victims identified, registered and informed after an attack? What works well and what does not?
15. How are legal procedures and compensation processes (e.g. criminal trials, victim compensation schemes) integrated into psychosocial aftercare in your country? What works well and what improvements would you recommend?

**6. Access to care & vulnerable groups**

16. Which groups are most at risk of unmet psychosocial care needs and why?

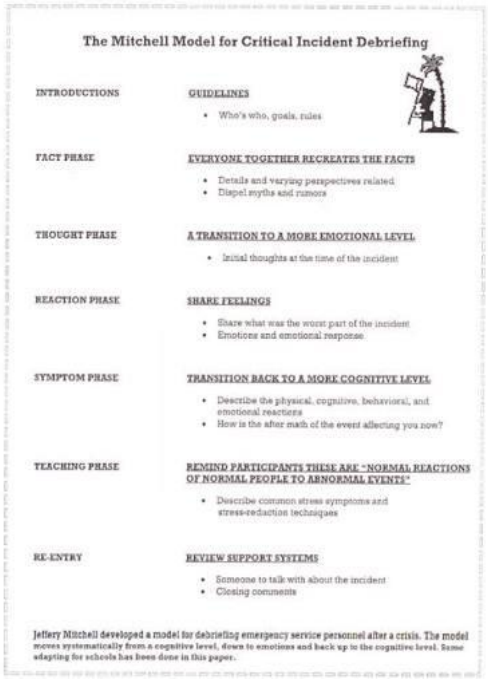
**7. Key lessons for Belgium**

17. What is one practice from your country that Belgium should seriously consider adopting?
18. What is one important pitfall Belgium should avoid?
19. Can you provide one or two concrete examples of practices, programmes, or interventions in your country that have been proven to work well in psychosocial aftercare? Please briefly explain why they are effective.

**Final question**

20. If Belgium could prioritise one aspect in its psychosocial aftercare system, what should it be?

# Bijlage 3 Mitchell Model en Psychological First Aid



**The Mitchell Model for Critical Incident Debriefing**

| | |
|---|---|
| INTRODUCTIONS | GUIDELINES<br>• Who's who, goals, rules |
| FACT PHASE | EVERYONE TOGETHER RECREATES THE FACTS<br>• Details and varying perspectives related<br>• Dispel myths and rumors |
| THOUGHT PHASE | A TRANSITION TO A MORE EMOTIONAL LEVEL<br>• Initial thoughts at the time of the incident |
| REACTION PHASE | SHARE FEELINGS<br>• Share what was the worst part of the incident<br>• Emotions and emotional response |
| SYMPTOM PHASE | TRANSITION BACK TO A MORE COGNITIVE LEVEL<br>• Describe the physical, cognitive, behavioral, and emotional reactions<br>• How is the after math of the event affecting you now? |
| TEACHING PHASE | REMIND PARTICIPANTS THESE ARE "NORMAL REACTIONS OF NORMAL PEOPLE TO ABNORMAL EVENTS"<br>• Describe common stress symptoms and stress-reduction techniques |
| RE-ENTRY | REVIEW SUPPORT SYSTEMS<br>• Someone to talk with about the incident<br>• Closing comments |

Jeffery Mitchell developed a model for debriefing emergency service personnel after a crisis. The model moves systematically from a cognitive level, down to emotions and back up to the cognitive level. Some adapting for schools has been done in this paper.



# Bibliografie


Agence pour une Vie de Qualité. (z.d.). *Services de santé mentale.* https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-ambulatoires/services-de-sante-mentale

American Hospital Association. (2025). *What is crime victim compensation?* https://www.aha.org/system/files/media/file/2025/09/CrimeVictimCompensation.2025_FINAL.pdf

ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. (2023). *Multidisciplinaire richtlijn psychosociaal crisismanagement: Ondersteuning en zorg bij rampen en crises.* https://arq.org/sites/default/files/2023-06/Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociaal Crisismanagement_0.pdf

Arrighi, E., & Charlot, A. M. (2020). Identifying terrorist attack victims. *Forensic sciences research, 5*(3), 236–241. https://doi.org/10.1080/20961790.2020.1821149

Association 13onze15: Fraternité et Vérité. (z.d.). *13onze15: Fraternité et Vérité.* https://13onze15.org/

Assurance Maladie. (2026). *Qui sommes-nous ?* https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous

Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers. (2018). *Onderzoekscommissie terroristische aanslagen 22 maart 2016: Beknopt overzicht van de werkzaamheden en aanbevelingen.* https://www.dekamer.be/kvvcr/pdf_sections/publications/attentats/brochure_terreuraanslagen.pdf

Beinecke, R., Raymond, A., Cisse, M., Renna, K., Khan, S., Fuller, A., & Crawford, K. (2017). The mental health response to the Boston bombing: A three-year review. *International Journal of Mental Health, 46*(2), 89–124. https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1294969

Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual review of public health*, *28*, 55–68. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037

Blanding, M. (2023). *Lessons learned from the Boston Marathon bombing, 10 years out.* Harvard T.H. Chan School of Public Health. https://hsph.harvard.edu/news/lessons-learned-from-the-boston-marathon-bombing-10-years-out/

Bosmans, M. W. G., Plevier, C., Schutz, F., Stene, L. E., Yzermans, C. J., & Dückers, M. L. A. (2022a). The impact of a terrorist attack: Survivors' health, functioning and need for support following the 2019 Utrecht tram shooting 6 and 18 months post-attack. *Frontiers in psychology*, *13*, 981280. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.981280

Bosmans, M. W. G., Baliatsas, C., Yzermans, C. J., Dückers, M. L. A. (2022b). A systematic review of rapid needs assessments and their usefulness for disaster decision making: methods, strengths and weaknesses and value for disaster relief policy. *International Journal of Disaster Risk Reduction, 71*, 102807. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2022.102807

Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal, 9*(2), 27–40. https://doi.org/10.3316/QRJ0902027

Bove, V., Efthyvoulou, G., & Pickard, H. (2024a). Are the Effects of Terrorism Short-Lived? *British Journal of Political Science*, *54*(2), 536–545. doi:10.1017/S0007123423000352

Bove, V., Efthyvoulou, G., Ghazaryan, A., & Pickard, H. (2024b). The emotional effect of terrorism. *Scientific reports*, *14*(1), 26525. https://doi.org/10.1038/s41598-024-77350-5

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., Ehlers, A., & Psychosocial Steering Group, London Bombings Trauma Response Programme (2008). Promoting mental health following the London bombings: a screen and treat approach. *Journal of traumatic stress*, *21*(1), 3–8. https://doi.org/10.1002/jts.20310

Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2018). Training and post-disaster interventions for the psychological impacts on disaster-exposed employees: a systematic review. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 1–25. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437610

CAW. (z.d.). *Organisatie*. https://www.caw.be/over-caw/organisatie/

Centers for Disease Control and Prevention. (2026). *About the WTC Health Program*. U.S. Department of Health & Human Services. https://www.cdc.gov/wtc/about.html

Centre national de ressources et de résilience. (z.d.). *Centre national de ressources et de résilience.* https://cn2r.fr

Colombo, E., Rotondi, V., & Stanca, L. (2022). The Day After the Bomb: Well-Being Effects of Terrorist Attacks in Europe. *Social Indicators Research, 160,* 115–132. https://doi.org/10.1007/s11205-021-02800-w

Croix-Rouge française. (z.d.). *Soutien psychosocial par téléphone*. https://www.croix-rouge.fr/soutien-psychosocial-par-telephone

Den Nasjonale Støttegruppen etter 22. juli. (z.d.). *Den Nasjonale Støttegruppen etter 22. juli*. https://xn--stttegruppen22juli-h4b.no/

De Maeseneer, W., & Taspinar, F. (2022). *6 jaar na aanslag in Zaventem kreeg Shanti (23) euthanasie wegens psychisch lijden, haar moeder getuigt: "Zo verder leven, was geen optie".* VRT NWS. https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/10/07/euthanasie-na-aanslagen-shanti/

De Soir, E. L. J. L. (z.d.). *Het CRASH1-model voor psychosociale interventie bij calamiteiten en rampen: Preventie van psychosociale trauma's bij calamiteiten en rampen: Een terugblik op de beleving van slachtoffers van de Switelbrand*. Studiecentrum voor Stress & Trauma, Department Gedragswetenschappen, Koninklijke Militaire School. https://erikdesoir.be/files/rampen_praktijkgids.pdf

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (z.d.). *Vlaamse coördinator nazorg voor slachtoffers van collectieve noodsituaties en terreuraanslagen* [PDF]. Vlaamse overheid.

Dougy Center. (z.d.). *The Dougy Center: The National Grief Center for Children & Families*. https://www.dougy.org/

Drury, J., Stancombe, J., Williams, R., Collins, H., Lagan, L., Barrett, A., French, P., & Chitsabesan, P. (2022). Survivors' experiences of informal social support in coping and recovering after the 2017 Manchester Arena bombing. *BJPsych open*, *8*(4), e124. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.528

Dyb, G., Jensen, T., Glad, K. A., Nygaard, E., & Thoresen, S. (2014). Early outreach to survivors of the shootings in Norway on the 22nd of July 2011. *European journal of psychotraumatology*, *5*, 10.3402/ejpt.v5.23523. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23523

Dyregrov, A., Djup, H. W., Barrett, A., Watkins, J., & Kärki, F. U. (2019). Learning from a decade of terror in European cities: Immediate, intermediate, and long-term follow-up. *Scandinavian Psychologist*, *6*, e10. https://doi.org/10.15714/scandpsychol.6.e10

EMDR Belgium. (z.d.). *Informatie over EMDR*. https://emdr-belgium.be/informatie-over-emdr

European Commission. (2023). *Legal aid*. European e-Justice Portal. https://e-justice.europa.eu/topics/taking-legal-action/legal-aid_en

European Parliament & Council of the European Union. (2012). *Directive 2012/29/EU establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime, and replacing Council Framework Decision 2001/220/JHA. Official Journal of the European Union, L 315*, 57–73. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=celex:32012L0029

Federaal Parket. (z.d.). *Wat is het centraal loket? Centraal informatieloket voor slachtoffers van terroristische aanslagen en grootschalige rampen*. https://attentatsetranger.be/nl/wat-het-centraal-loket/

Federal Bureau of Investigation. (z.d.). *FBI Trauma Notification Training app.* https://www.fbi.gov/news/apps/fbi-trauma-notification-training-app

Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken. (z.d.). *Witboek crisisbeheer*. https://www.ibz.be/sites/default/files/media/docs/witboek_vdef.pdf

Federale Overheidsdienst Justitie. (z.d.). *Slachtofferonthaal.* https://justitie.belgium.be/nl/wat_moet_u_doen_als/slachtoffer/slachtofferonthaal

Federale Overheidsdienst Kanselarij van de Eerste Minister. (2023). *Versterking van Justitie: Middelen voor een centraal loket voor slachtoffers.* https://news.belgium.be/nl/versterking-van-justitie-middelen-voor-een-centraal-loket-voor-slachtoffers

Federale Overheidsdienst Kanselarij van de Eerste Minister. (2016). *Nationale erkenning van de slachtoffers van de terreurdaden van 22 maart 2016*. News.belgium.

https://news.belgium.be/nl/nationale-erkenning-van-de-slachtoffers-van-de-terreurdaden-van-22-maart-2016

Fédération Wallonie-Bruxelles. (z.d.). *Services d'aide aux victimes*. https://victimes.cfwb.be/services-daide-aux-victimes/

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (z.d.a). *Psychosociale hulpverlening.* België. https://www.health.belgium.be/nl/themas/gezondheid/dringende-geneeskundige-hulpverlening/actoren-dringende-geneeskundige-hulpverlening/psychosociale-hulpverlening

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (z.d.b). *Belgian Incident Tracking System (BITS).* https://www.health.belgium.be/nl/themas/gezondheid/dringende-geneeskundige-hulpverlening/belgian-incident-tracking-system-bits

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2017). *Psychosociaal interventieplan (PSIP).* https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2025-11/psip_2017.pdf

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2019). *Koninklijk besluit van 22 mei 2019 betreffende de noodplanning en het beheer van noodsituaties op het gemeentelijk en provinciaal niveau en betreffende de rol van de burgemeesters en de provinciegouverneurs in geval van crisisgebeurtenissen en -situaties die een coördinatie of een beheer op nationaal niveau vereisen.* https://www.health.belgium.be/nl/organisatie-beleid/regelgeving-beleidsdocumenten/koninklijk-besluit-22-mei-2019

Federal Emergency Management Agency. (z.d.). *Federal Emergency Management Agency.* https://www.fema.gov/

Ferrer, B., & Conley, L. (2015). Boston strong: the role of community resilience. *Journal of public health management and practice: JPHMP*, *21 Suppl 1*(Suppl 1), S34–S37. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000133

Fierdepied, S., Pirard, P., Motreff, Y., & Baubet, T. (2025). Étude longitudinale des changements éprouvés par les civils exposés aux attentats de novembre 2015 à Paris [Evolution over 4 years in the changes experienced by civilians exposed to the attacks of November 2015 in Paris]. *Annales Médico-Psychologiques, 183*(6), 598–605. https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.03.011

Flick, U. (2023). What is qualitative research? In *Designing qualitative research* (Chap. 1). SAGE Publications. https://doi.org/10.4135/9781529622737.n1

Fonds de Garantie des Victimes. (z.d.). *Fonds de Garantie des Victimes*. https://www.fondsdegarantie.fr/

Foreign, Commonwealth & Development Office. (z.d.). *Foreign, Commonwealth & Development Office.* GOV.UK. https://www.gov.uk/government/organisations/foreign-commonwealth-development-office

France Victimes. (z.d.). *France Victimes*. https://www.france-victimes.fr/

French, P., Barrett, A., Allsopp, K., Williams, R., Brewin, C. R., Hind, D., Sutton, R., Stancombe, J., & Chitsabesan, P. (2019). Psychological screening of adults and young people following the Manchester Arena incident. *BJPsych open*, *5*(5), e85. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.61

Gates, J. D., Arabian, S., Biddinger, P., Blansfield, J., Burke, P., Chung, S., Fischer, J., Friedman, F., Gervasini, A., Goralnick, E., Gupta, A., Larentzakis, A., McMahon, M., Mella, J., Michaud, Y., Mooney, D., Rabinovici, R., Sweet, D., Ulrich, A., Velmahos, G., … Yaffe, M. B. (2014). The initial response to the Boston marathon bombing: lessons learned to prepare for the next disaster. *Annals of surgery*, *260*(6), 960–966. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000914

Gouraud, C., Airagnes, G., Kab, S., Courtin, E., Goldberg, M., Limosin, F., Lemogne, C., & Zins, M. (2021). Changes in benzodiazepine use in the French general population after November 2015 terrorist attacks in Paris: an interrupted time series analysis of the national CONSTANCES cohort. *BMJ open*, *11*(9), e044891. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044891

HCC Solicitors. (z.d.). *HCC Solicitors*. https://www.hccsolicitors.com/

Helsedirektoratet. (z.d.). *English*. https://www.helsedirektoratet.no/english

Hind, D., Allsopp, K., Chitsabesan, P., & French, P. (2021). The psychosocial response to a terrorist attack at Manchester Arena, 2017: a process evaluation (Version 1). Manchester Metropolitan University. https://hdl.handle.net/10779/mmu.32459322.v1

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., … Ursano, R. J. (2009). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Focus*, *7*(2), 221–242. https://doi.org/10.1176/foc.7.2.foc221

Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Aanbevelingen inzake de preventie en het beheer van psychosociale restletsels na individuele of collectieve noodsituaties (Advies nr. 9403).* https://www.hgr-css.be/nl/advies/9403/aanbevelingen-inzake-de-preventie-en-het-beheer-van-psychosociale-restletsels-na-individuele-of-coll

Holsappel-Brons, J., Steen, C., & Van Hoof, W. (2022). *Toolkit PSH na aanslagen (Versie 1).* ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises. https://arq.org/sites/default/files/2022-08/Toolkit PSH na aanslagen.pdf

Home Office. (2025). *Support for victims and survivors of terrorism.* GOV.UK. https://www.gov.uk/government/collections/support-for-victims-and-survivors-of-terrorism

Home Office. (2026). *New support hub launches for victims and survivors of terrorism.* GOV.UK. https://www.gov.uk/government/news/new-support-hub-launches-for-victims-and-survivors-of-terrorism

Humanitarian Assistance and Psychosocial Support (HAPSS) Expert Working Group. (2026). *Deciding the future of disaster sites: A practical guide.* Counter Terrorism Preparedness Network (CTPN). https://www.london.gov.uk/media/112648/download

Hussey, L., Gittins, M., Hedges, A., Allsopp, K., Puligundla, N., Barrett, A., Szafranski, G., Chitsabesan, P., & French, P. (2025). Longitudinal changes in the mental health of those affected by the 2017 Manchester Arena attack: 3-year follow-up of adults seeking support from the Resilience Hub. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 1–9. Advance online publication. https://doi.org/10.1192/bjp.2025.10342

Hussey, L., Gittins, M., Hedges, A., Dobbie, S., Barrett, A., French, P., & Chitsabesan, P. (2026). Has mental health changed in children and adolescents registered with a dedicated support service responding to the Manchester Arena attack: 3-year follow-up. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *228*(3), 244–251. https://doi.org/10.1192/bjp.2025.10310

Ivanković, A., Altan, L., & Verelst, A. (2017). *How can the EU and the Member States better help victims of terrorism?* Directorate-General for Internal Policies, Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, European Parliament. https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/596805/IPOL_STU(2017)596805_EN.pdf

Jacobs, J., Oosterbeek, M., Tummers, L. G., Noordegraaf, M., Yzermans, C. J., & Dückers, M. L. A. (2019). The organization of post-disaster psychosocial support in the Netherlands: a meta-synthesis. *European journal of psychotraumatology*, *10*(1), 1544024. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1544024

Jose, R., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2019). Community organizations and mental health after the 2013 Boston Marathon bombings. *Social science & medicine (1982)*, *222*, 367–376. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.019

Khan, A. M., Sarhandi, I., Hussain, J., Iqbal, S., & Taj, R. (2012). Impact of terrorism on mental health. *Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences, 8*(1), 46–49.

Knupfer, H., Kaskeleviciute, R., & Matthes, J. (2023). Who was hurt? Effects of victim characteristics in news articles about far-right violence on fear and terrorism label use. *Journalism, 25*(12), 2504–2522. https://doi.org/10.1177/14648849231221922

Koninklijk Besluit van 18 mei 2020 tot vaststelling van het nationaal noodplan betreffende de aanpak van een terroristische gijzelneming of terroristische aanslag. (2020, 29 mei). *Belgisch Staatsblad.https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-18-mei-2020_n2020021019*

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). SAGE Publications.

Kung, W. W., Wang, X., Liu, X., Goldmann, E., & Huang, D. (2019). Unmet Mental Health Care Needs among Asian Americans 10–11 Years After Exposure to the World Trade Center Attack. *International journal of environmental research and public health*, *16*(7), 1302. https://doi.org/10.3390/ijerph16071302

Laugerud, S., & Langballe, Å. (2017). Turning the Witness Stand into a Speaker's Platform: Victim Participation in the Norwegian Legal System as Exemplified by the Trial Against Anders Behring Breivik. *Law & society review, 51*(2), 227-251. doi:10.1111/lasr.12268

Levi-Belz, Y., Groweiss, Y., Blank, C., & Neria, Y. (2024). PTSD, depression, and anxiety after the October 7, 2023 attack in Israel: a nationwide prospective study. *EClinicalMedicine*, *68*, 102418. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102418

LIFE for Brussels. (z.d.). *LIFE Brussels*. https://attentatsetranger.be/nl/life-brussels-0

Life for Paris. (z.d.). *Soutien.* https://lifeforparis.org/soutien

London Victim and Witness Service. (z.d.). *London Victim and Witness Service.* https://londonvws.org.uk/

Lowell, A., Suarez-Jimenez, B., Helpman, L., Zhu, X., Durosky, A., Hilburn, A., Schneier, F., Gross, R., & Neria, Y. (2018). 9/11-related PTSD among highly exposed populations: a systematic review 15 years after the attack. *Psychological medicine*, *48*(4), 537–553. https://doi.org/10.1017/S0033291717002033

Maisons de Justice. (z.d.). *Accompagnement des victimes d'urgences collectives*. https://www.maisonsdejustice.be/missions-exercees-par-lagmj/accompagnement-des-victimes-durgences-collectives/

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*, *26*(13), 1753–1760. https://doi.org/10.1177/1049732315617444

Manchester Attack Support. (z.d.). *Supporting those affected by the Manchester Arena attack.* https://manchesterattacksupport.org.uk

Marthoz, J. P. (2017). *Terrorism and the media: A handbook for journalists*. UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000247074

Meurs, T. (2024). *Nieuwe wet inzake schadeloosstelling van slachtoffers van terrorisme. Tijdschrift voor Belgisch Handelsrecht / Revue de Droit Commercial Belge.* https://www.rdc-tbh.be/news/nieuwe-wet-inzake-schadeloosstelling-van-slachtoffers-van-terrorisme/

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2025). *Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP).* https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump

Ministry for Europe and Foreign Affairs. (z.d.). *The work of the Ministry for Europe and Foreign Affairs.* https://www.diplomatie.gouv.fr/en/the-ministry/vital-diplomatic-work-conducted-from-france/the-crisis-and-support-centre

Moreno, N., Sanz, J., García-Vera, M. P., Gesteira, C., Gutiérrez, S., Zapardiel, A., Cobos, B., & Marotta-Walters, S. (2019). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for terrorism victims with very long-term emotional disorders. *Psicothema, 31*(4), 400–406. doi:10.7334/psicothema2018.165

Muysewinkel E, Vesentini L, Van Deynse H, Vanclooster S, Bilsen J and Van Overmeire R (2024a) A day in the life: psychological impact on emergency responders during the 22 March 2016 terrorist attacks. *Frontiers in Psychiatry 15*,1353130. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1353130

Muysewinkel E, Vesentini L, Van Deynse H, Stene LE, Bilsen J and Van Overmeire R (2024b) The psychosocial aid response after the 22/03/2016 attacks in Belgium: a community case study. *Frontiers in Public Health 12*,1362021. doi: 10.3389/fpubh.2024.1362021

National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care* (Clinical guideline CG26). https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/full-guideline-pdf-6602623598

Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid. (2019). *Proces slachtofferzorg na een terroristische aanslag.* Ministerie van Justitie en Veiligheid. https://nipv.nl/wp-content/uploads/2022/06/20190214-NCTV-Proces-slachtofferzorg-na-terroristische-aanslag.pdf

Nationaal Crisiscentrum & Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. (2021). *Leidraad D2–D5: Afstemming en samenwerking.* [PDF]. https://crisiscentrum.be/sites/default/files/documents/files/Gids_D2_D5_NL_digitaal.pdf

The National Child Traumatic Stress Network. (z.d.). *The National Child Traumatic Stress Network*. https://www.nctsn.org/

National Mass Violence Victimization Resource Center. (z.d.a). *Supporting first responders after mass violence incidents: Peer support advisors tip sheet.* https://nmvvrc.org/media/pypllsm0/first-responder-peer-support-tip-sheet.pdf

National Mass Violence Victimization Resource Center. (z.d.b). *Transcend NMVC.* https://nmvvrc.org/survivors/transcend-nmvc/

Nhlangano, V. (1989). The comparative method: Moving beyond qualitative and quantitative strategies.

Noble, H., & Heale, R. (2019). Triangulation in research, with examples. *Evidence-based nursing*, *22*(3), 67–68. https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103145

NHS. (2019). *Coping with stress following a major incident* [Leaflet]. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/8/2019/11/291119-NHS-Trauma-Leaflet-.pdf

NHS. (2025). *Talking therapies*. https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/talking-therapies/

NSPCC. (z.d.). *NSPCC: Every childhood is worth fighting for.* https://www.nspcc.org.uk/

Office for Victims of Crime. (z.d.). *Office for Victims of Crime*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs. https://ovc.ojp.gov/

Oleksiewicz, I. (2022). Special character of the Polish counterterrorism policy as compared to the European Union. *Humanities and Social Sciences, 29*(3), 107–121. https://doi.org/10.7862/rz.2022.hss.21

Oscar Kilo. (z.d.). *Mental health support for police officers.* https://www.oscarkilo.org.uk/mental-health-support-police-officers

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health*, *42*(5), 533–544. https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y

Parents of Murdered Children. (z.d.). *Grief weekend.* https://www.pomc.org/survivor-support/grief-weekends/

Philippe, J. M., Brahic, O., Carli, P., Tourtier, J. P., Riou, B., & Vallet, B. (2016). French Ministry of Health's response to Paris attacks of 13 November 2015. *Critical care (London, England)*, *20*, 85. https://doi.org/10.1186/s13054-016-1259-8

Pirard, P., Motreff, Y., Stene, L. E., Rabet, G., Vuillermoz, C., Vandentorren, S., Baubet, T., & Messiah, A. (2023). Initiation of multiple-session psychological care in civilians exposed to the November 2015 Paris terrorist attacks. *Archives of Public Health, 81*(1), 207. https://doi.org/10.1186/s13690-023-01206-z

Prioux, C., Marillier, M., Vuillermoz, C., Vandentorren, S., Rabet, G., Petitclerc, M., Baubet, T., Stene, L. E., Pirard, P., & Motreff, Y. (2023). PTSD and Partial PTSD among First Responders One and Five Years after the Paris Terror Attacks in November 2015. *International journal of environmental research and public health*, *20*(5), 4160. https://doi.org/10.3390/ijerph20054160

Programme 13-Novembre. (z.d.). *Programme 13-Novembre.* https://www.memoire13novembre.fr/

Rafto Foundation. (z.d.). *The Rafto Foundation for Human Rights*. https://www.rafto.no/en/

Rode Kruis-Vlaanderen. (z.d.). *Rode Kruis-Vlaanderen*. https://www.rodekruis.be/

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2010*(3), CD007944. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007944.pub2

Sandvik, K. B. (2024). Transitional justice and terrorism: socio-legal reflections on the problem of trials, perpetrator responsibility and accountability. *Justice, Power and Resistance, 7*(2), 168-187. https://doi.org/10.1332/26352338Y2024D000000024

Samaritans. (z.d.). *Samaritans: Every life lost to suicide is a tragedy.* https://www.samaritans.org/

Santé publique France. (2020a). *L'enquête ESPA 13 novembre.* https://www.santepubliquefrance.fr/stress-post-traumatique/lenquete-espa-13-novembre

Santé publique France. (2020b). *Enquête ESPA 13 novembre, phase 2.* https://www.santepubliquefrance.fr/stress-post-traumatique/enquete-espa-13-novembre-phase-2

Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale. (2024). *Crisis services*. Info.gouv.fr. https://www.info.gouv.fr/guide-victimes-en/crisis-services

Service public de Wallonie Intérieur et Action sociale. (z.d.). *Action sociale en Wallonie.* https://actionsociale.wallonie.be/home.html

Siampakou, N. (2023). *Victims of Terrorism and Reparation: Applying the 2005 UN Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation.* https://icct.nl/sites/default/files/2023-12/Reparation%20for%20victims%20of%20terrorism.pdf

Skryabina, E. A., Betts, N., Amlôt, R., & Reedy, G. (2021). Understanding the psychological impacts of responding to a terrorist incident. *European journal of psychotraumatology*, *12*(1), 1959116. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1959116

South London and Maudsley NHS Foundation Trust. (z.d.). *South London and Maudsley NHS Foundation Trust*. https://slam.nhs.uk/

Stancombe, J., Williams, R., Drury, J., Collins, H., Lagan, L., Barrett, A., French, P., & Chitsabesan, P. (2022). People's experiences of distress and psychosocial care following a terrorist attack: Interviews with survivors of the Manchester Arena Bombing in 2017. *BJPsych Open, 8,* Article e41. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.2

Stebbins, R. A. (2001). Exploratory Research in the Social Sciences (Vol. 48). Sage. https://doi.org/10.4135/9781412984249

Stephens, T. J., Dave, D., Hughes, A. H., Swift, B., Glasgow, S. M., Fothergill, R., Grier, G., Brohi, K., & Park, C. L. (2026). Reducing the therapeutic vacuum: A qualitative study learning from experiences of care delivery during terror attacks in the UK over the past 20 years. *BMJ Open, 16*(6), e108881. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-108881

Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). Healthcare Needs, Experiences and Satisfaction after Terrorism: A Longitudinal Study of Survivors from the Utøya Attack. *Frontiers in psychology*, *7*, 1809. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01809

Stene, L. E., Vuillermoz, C., Overmeire, R. V., Bilsen, J., Dückers, M., Nilsen, L. G., & Vandentorren, S. (2022). Psychosocial care responses to terrorist attacks: a country case study of Norway, France and Belgium. *BMC health services research*, *22*(1), 390. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07691-2

Strating, I. (2012). *Caring government: Overheidscommunicatie na een ramp*. Infopunt Veiligheid, Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid. https://archief.nipv.nl/wp-content/uploads/sites/2/2022/03/201206-NIFV-Caring-government-Overheidscommunicatie-na-een-ramp.pdf

Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., Stensland, S., Dyb, G., & Stene, L. E. (2024). Health care needs, experiences, and satisfaction after terrorism: a longitudinal study of parents of survivors of the Utøya attack. *BMC health services research*, *24*(1), 277. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10592-1

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (z.d.). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration.* U.S. Department of Health and Human Services. https://www.samhsa.gov/

Sulzer, J. (2025). *Victims of terrorism and reparation in France: A sui generis system (ICCT Policy Brief).* International Centre for Counter-Terrorism. https://icct.nl/sites/default/files/2025-07/2025 07 23 Sulzer - Victims of Terrorism and Reparation in France.pdf

The Peace Collective. (z.d.). *The Peace Collective: Global community of peacebuilders.* https://thepeacecollective.co/

Thompson, I. (2021). *GCJT style guide for trauma-informed journalism.* Global Center for Journalism and Trauma. https://gcjt.org/resources/gcjt-style-guide-trauma-informed-journalism

UK Government. (2017). *Manchester attack, May 2017: support for people affected.* https://www.gov.uk/guidance/manchester-attack-may-2017-support-for-people-affected

Ulysse. (z.d.). *Ulysse – Service de santé mentale*. https://www.ulysse-ssm.be/

U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (z.d.). *PTSD Coach.* https://www.ptsd.va.gov/appvid/mobile/ptsdcoach_app.asp

Utøya AS. (z.d.). *Commemoration*. https://utoya.no/commemoration/

V-Europe. (z.d.). *V-Europe*. https://v-europe.org/nl_BE

Vandentorren, S., Pirard, P., Sanna, A., Aubert, L., Motreff, Y., Dantchev, N., Lesieur, S., Chauvin, P., & Baubet, T. (2018). Healthcare provision and the psychological, somatic and social impact on people involved in the terror attacks in January 2015 in Paris: cohort study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *212*(4), 207–214. https://doi.org/10.1192/bjp.2017.63

Van Overmeire, R. (2021). *Terrorism, mental health and aftercare: A public health perspective.* Springer.

Vossen, M. (2026). *Aanslagen Brussel: Katarina Viktorssons naam staat nu onder die van haar moeder op het monument in Zaventem.* VRT NWS. https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2026/03/23/aanslagen-brussel-katarina-viktorssons-naam-staat-nu-onder-die/

Vlaams Parlement. (2017). *Schriftelijke vraag: Nabestaanden slachtoffers aanslagen 22 maart 2016 - Afstemming slachtofferhulp en psychosociale ondersteuning.* [PDF]

Vlaamse Overheid. (z.d.). *Diensten voor slachtofferzorg.* https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/conflicten-en-misdrijven/hulp-en-melding/diensten-voor-slachtofferzorg

VictimConnect. (z.d.). *Victims*. https://www.victimconnect.org.au/victims/

Victim Support. (z.d.). *Home*. https://www.victimsupport.org.uk/

Victim Support Scotland. (z.d.). *Support for families bereaved by crime.* https://victimsupport.scot/get-support/support-for-families-bereaved-by-crime/

VRT NWS. (2026). *Koning huldigt slachtoffers in speech: "10 jaar verstreken, maar voor velen heeft de tijd de pijn niet verzacht"* [Liveblog]. https://www.vrt.be/vrtnws/nl/liveblog/koning-huldigt-slachtoffers-in-speech-10-jaar-verstreken-maar~1773913668966/

Wergelandsenteret. (z.d.). *Det europeiske Wergelandsenteret*. https://wergelandsenteret.no/

Wet van 18 juli 2017 betreffende de oprichting van het statuut van nationale solidariteit, de toekenning van een herstelpensioen en de terugbetaling van medische zorg ingevolge daden van terrorisme, *Belgisch Staatsblad*. https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-18-juli-2017_n2017204094

Weisæth L. (2021). Psychosocial intervention models and outcomes after a terror disaster. *CNS spectrums*, *26*(1), 92–100. https://doi.org/10.1017/S1092852920002163

Wessely, S. (2005). Don't panic! Short and long term psychological reactions to the new terrorism: The role of information and the authorities. *Journal of Mental Health, 14*(1), 1–6. https://doi.org/10.1080/09638230500048099

Wiström, E. D., Stene, L. E., & Dyb, G. (2016). Following the Utøya attack – who received early assistance. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 136*(14-15), 1223-1226. doi:10.4045/tidsskr.15.0691

22 July Centre. (z.d.). *22 July Centre.* https://www.22julisenteret.no/en