



RAMPEN MANAGEMENT



ACADEMIEJAAR 2024-2025

*Psychologische eerste hulp op buitenlandse zending:
rol van onze militaire ambulanciers*

STUDENT: Gerben DE NIL en Liesbeth VAN DE VELDE

PROMOTOR: Frédéric GOETHALS

Inhoudstafel

Executive Summary	3
Sleutelwoorden	4
Dankwoord	5
1. Inleiding	7
2. Probleemstelling	9
3. Doelstelling en onderzoeksvraag	11
3.1 Doelstelling	11
3.2 Onderzoeksvraag	11
4. Methodologische verantwoording	13
4.1 Onderzoekspopulatie en afbakening	13
4.2 Selectie van respondenten	13
4.3 Rol van de onderzoeker	14
4.4 Afweging bij vragenlijst en interviewaanpak	14
4.5 Literatuurstudie	14
5. Resultaten	15
5.1 Diepte-interviews	15
5.1.1 Psychosociale ondersteuning binnen de militaire cultuur: een uitgebreide analyse	15
5.1.2 Inhoud van de psychosociale voorbereiding	15
5.1.3 Ervaren effectiviteit en noden	16
5.1.4 Praktijkervaringen tijdens zendingen	16
5.1.5 Aanbevelingen en reflectie vanuit het werkveld	16
5.2 Vragenlijsten	19
5.2.1 Beschrijving van de steekproef	19
5.2.2 Ervaring met psychosociale voorbereiding	19
5.2.3 Gevoel van paraatheid	19
5.2.4 Interesse in verdere deelname	20
5.2.5 Besluit	20
5.3 Literatuurstudie	20
5.3.1 Opvang in de eerste tientallen minuten/uren, waarbij het grootste gevaar (tijdelijk) geweken is	20
5.3.2 Opvang in de eerste minuten, waarbij het gevaar nog niet geweken is:	20

het ‘Six C’s’ model	
5.3.3 Het Six C’s model toegepast op militairen	27
6. Discussie en terugkoppeling naar de literatuur	33
6.1 Kloof tussen formele training en reële noden	33
6.2 Impact van militaire cultuur	33
6.3 Sociale steun	33
6.4 Opleiding en structurele inbedding	34
6.5 Verschillen en overeenkomsten tussen de buitenlandse concepten	34
7. Aanbevelingen en beperkingen	35
7.1 Integreer praktijkgericht psychosociaal luik in PDT	35
7.2 Breid psychosociaal luik uit in de basisvorming (MIF)	35
7.3 Maak gebruik van ervaringsdeskundigen	35
7.4 Ontwikkel telepsychosociale ondersteuning	36
7.5 Organiseer structurele opvolging na zending	36
7.6 Verhoog culturele en taalkundige afstemming	36
7.7 Normaliseer mentale zorg binnen Defensie	36
7.8 Toepasbaarheid buitenlandse trainingsconcepten voor Belgische ambulanciers	37
7.9 Voorstel trainingsconcept	37
7.9.1 Voor alle militairen	37
7.9.2 Voor ambulanciers	39
7.10 Methodologische keuzes en beperkingen	39
7.10.1 Vragenlijst en diepte-interviews	39
7.10.2 Literatuurstudie	40
8. Besluit	41
9. Referentielijst	43
10. Afkortingen	47
11. Bijlagen	48
11.1 Vragenlijst Lime Survey	48
11.2 Diepte-interview Vragenlijst	54
11.3 Informed Consent	56

Executive Summary

Inleiding en probleemstelling

Militaire ambulanciers komen tijdens buitenlandse operaties regelmatig in aanraking met militairen die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt. Zij werken vaak geïntegreerd in de teams van soldaten aan de frontlijn. Als er een ingrijpende gebeurtenis plaatsvindt, wordt er vaak in de eerste plaats naar hen gekeken voor de opvang van de slachtoffers, niet enkel de fysieke opvang of eerste hulp, maar ook de psychosociale. Voor dat eerste zijn zij goed opgeleid en voelen ze zich meestal zelfzeker, voor dit tweede voelen zij zich niet altijd even goed voorbereid. Dit onderzoek wil nagaan of de ambulanciers zich inderdaad niet goed voorbereid voelen en bekijken wat hier eventueel aan veranderd of verbeterd kan worden.

Methode

Door middel van een online vragenlijst, verspreid onder Nederlandstalige militaire ambulanciers, werd gepeild naar de ervaren paraatheid op vlak van psychosociale opvang. Initieel was het doel om zeven respondenten te selecteren voor een diepte-interview, waarin hun ervaringen met psychosociale ondersteuning tijdens buitenlandse zendingen en hun beoordeling van de pre-deployment training (PDT) centraal stonden. Echter, wegens tijdgebrek vroegen we rechtstreeks aan de ambulanciers of ze wilden deelnemen aan een diepte-interview. In een literatuurstudie werd gezocht naar reeds bestaande concepten voor psychologische eerste hulp en de training hiervoor. Kunnen deze methodes eventueel ook toegepast worden bij de Belgische militaire ambulanciers?

Resultaten

De analyse van de interviews toont dat de psychosociale voorbereiding binnen de PDT als te beperkt wordt ervaren. De ambulanciers voelen zich onvoldoende uitgerust om collega's psychosociaal op te vangen, zeker bij zendingen met verhoogde stressbelasting. Ze signaleren een nood aan meer praktijkgerichte training, casuïstiekbespreking en betere ondersteuning tijdens en na de opdracht. Ook culturele en taalkundige drempels, de machocultuur en onzekerheid over wat te zeggen of te doen kwamen aan bod. In de literatuur werden verschillende concepten gevonden voor psychologische eerste hulp bij militairen. Zowel de onmiddellijke hulp die nodig is wanneer de actie nog gaande is en er nog steeds gevaar dreigt (afgeleiden van de "SIX C's"), als de hulp die kan worden gegeven enkele minuten tot enkele uren later, wanneer het gevaar geweken is (de klassieke psychologische eerste hulp). Concrete trainingsconcepten werden enkel gevonden in deze laatste categorie.

Besluit

De voorbereiding van militaire ambulanciers op de psychosociale opvang van militairen na een kritisch incident tijdens eens buitenlandse operatie, kan duidelijk beter. De interviews bevestigen dat het psychosociale luik binnen de PDT momenteel niet volstaat om de noden op het terrein te dekken. De trainingsconcepten gebaseerd op de 'Six C's' kunnen een oplossing bieden, niet enkel voor de militaire ambulanciers, maar voor alle soldaten, gezien het gaat om interventies die weinig voorkennis nodig hebben. Een training van 1 à 2 uur, die jaarlijks herhaald wordt, kan al een goede tool in handen geven om gericht op te treden. Voor de ambulanciers zou de klassieke 'Psychological First Aid' (PFA) ook een extra hulp kunnen bieden om soldaten, na de onmiddellijke interventie, verder op te vangen wanneer het grootste gevaar geweken is.

Sleutelwoorden

Militaire ambulanciers – psychologische eerste hulp – pre-deployment training – buitenlandse zendingen – militaire geestelijke gezondheidszorg

Dankwoord

Bij het afronden van dit eindwerk willen wij graag een aantal mensen bedanken die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan dit proces.

In de eerste plaats gaat onze oprechte dank uit naar onze promotor, Frederic Goethals, voor zijn betrokkenheid, deskundige begeleiding en waardevolle feedback. Zijn ervaring en inzichten, zowel binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg als in de context van Defensie, hebben ons onderzoek scherp en relevant gehouden.

Daarnaast danken we de militaire ambulanciers die bereid waren om hun tijd, ervaringen en persoonlijke reflecties met ons te delen via interviews en vragenlijsten. Zonder hun openheid en bereidwilligheid had dit onderzoek nooit dezelfde diepgang kunnen bereiken.

Ten slotte een bijzondere dank aan het Centrum voor Geestelijke Gezondheid van het Militair Hospitaal Koningin Astrid, waar we niet alleen professioneel konden terugvallen op een rijk netwerk van expertise, maar ook persoonlijke ondersteuning hebben ervaren.

1. Inleiding

Dit werk is tot stand gekomen door de samenwerking van de twee auteurs, Liesbeth Van de Velde en Gerben De Nil. Beiden volgden ze de module 8, Psychosociale hulpverlening, van het Postgraduaat Rampenmanagement. Deze lessenreeks wekte bij Liesbeth de interesse om eenvoudige tools aangereikt te krijgen voor de eerste psychosociale opvang van slachtoffers of getuigen van een ingrijpende gebeurtenis. Als tweede commandant van een operationele medische eenheid bij Defensie, die instaat voor de medische steun aan operaties en oefeningen van de landcomponent, kwam zij vaak in contact met first responders (ambulanciers, verpleegkundigen, artsen) die een ingrijpende gebeurtenis hadden meegemaakt. Zij was op zoek naar concrete tools om deze mensen op een correcte manier te kunnen opvangen. In gesprekken met hen, kwam ook naar boven dat deze first responders zelf niet het gevoel hadden over de juiste tools te beschikken om militairen die betrokken waren bij een ingrijpende gebeurtenis, psychosociaal op te vangen. Vandaar dus het idee voor dit eindwerk.

In Gerben De Nil vond zij de ideale partner om het praktijkgerichte luik van dit eindwerk verder vorm te geven. Gerben werkte eerder als militair ambulancier binnen Defensie en is momenteel werkzaam als verpleegkundige in het Centrum voor Geestelijke Gezondheid (CGG) van het Militair Hospitaal Koningin Astrid. Hoewel zijn eigen ervaring als militair ambulancier qua buitenlandse zendingen beperkt was, heeft hij vanuit zijn huidige functie een scherp zicht op de mentale noden van militairen. Hij beschikt over praktijkervaring in zowel acute zorgverlening als geestelijke gezondheidszorg, wat hem een unieke positie gaf om de onderzoeksdata te verzamelen en te analyseren.

In dit eindwerk staat de vraag centraal in welke mate de huidige psychosociale voorbereiding – zoals die wordt aangeboden binnen de Pre Deployment Training (PDT) – Belgische militaire ambulanciers voldoende toerust om psychosociale ondersteuning te bieden tijdens buitenlandse zendingen. Deze vraag werd benaderd via twee sporen: een literatuurstudie, uitgevoerd door Liesbeth Van de Velde, en een veldonderzoek via een vragenlijst en diepte-interviews met ambulanciers, opgezet en afgenomen door Gerben De Nil.

Met dit werk beogen we niet alleen een evaluatie van het bestaande trainingsaanbod, maar ook een aanzet tot verbetering. Door wetenschappelijke inzichten te combineren met de ervaringen en noden van de doelgroep op het terrein, hopen we bij te dragen aan een meer effectieve en empathische voorbereiding van hulpverleners in uniform.

Dit onderzoek sluit bovendien aan bij een bredere ambitie binnen het CGG van het Militair Hospitaal Koningin Astrid – waar zowel Gerben De Nil als de promotor van dit eindwerk werkzaam zijn. Het CGG toont een groeiende interesse in het versterken van de psychosociale paraatheid van Defensiepersoneel, en wil bijdragen aan de ontwikkeling van opleidingen en praktijken die aansluiten bij de reële uitdagingen op het terrein. Met dit eindwerk hopen wij ook een basis aan te reiken waarop toekomstige opleidingen en bijscholingen rond psychosociale eerste hulp binnen Defensie verder gebouwd kunnen worden.

2. Probleemstelling

In dit hoofdstuk leggen we uit waarom de psychosociale opvang tijdens een buitenlandse zending zo belangrijk is. Waarom gebeurt dit best zo snel mogelijk ter plaatse?

Militairen moeten vaak opereren in omstandigheden die potentieel traumatiserend kunnen zijn (Osorio, 2018). Na zo'n Potentieel Traumatisch Event (PTE) treedt vaak een acute stressreactie (ASR) op. Een ASR verwijst naar de ontwikkeling van voorbijgaande emotionele, somatische, cognitieve of gedragssymptomen als gevolg van blootstelling aan een gebeurtenis of situatie (kortstondig of langdurig) van extreem bedreigende of gruwelijke aard (bv. natuurrampen of door de mens veroorzaakte rampen, ernstige ongevallen, seksueel geweld) (World Health Organization, 2004). Voorbeelden van reacties kunnen zijn: angst, machteloosheid, schuldgevoel, woede, enz. (emotioneel); slapeloosheid, hyperactivatie, hoofdpijn, somatische klachten, verlies van eetlust, libido, energie (somatisch); verlies van betekenis, geheugen- of concentratieproblemen, verwarring, opdringerige gedachten/herinneringen/dromen, dissociaties, ontkenning, verlies van zelfvertrouwen/eigenwaarde (cognitief) (Alexander, 2005; Haugen et al., 2012)

De reactie op de stressfactor wordt als normaal beschouwd gezien de ernst van de stressfactor, en begint meestal af te nemen binnen een paar dagen na de gebeurtenis of na verwijdering uit de bedreigende situatie. Voor meeste individuen zijn psychologische reacties op PTE dan ook mild en van voorbijgaande aard (Noris, 2002). Sommigen ervaren zelfs post-traumatische groei, een subjectieve ervaring van psychologische verandering in een positieve richting (Joseph, Murphy & Regel, 2012). Sommige individuen zullen echter negatieve gevolgen ervaren voor hun mentale gezondheid. Als de symptomen langer aanhouden dan drie dagen, spreekt men van een Acute Stress Disorder (ASD). Als de klachten na een maand nog aanwezig zijn, spreekt men Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Psychologische hulp is meestal niet direct bij de hand na een ramp, ook niet in een militaire context. Nochtans is het belangrijk om onmiddellijk in te grijpen om de ASR te verminderen, terug normaal te kunnen functioneren en het risico op posttraumatische symptomen te verminderen (Shapiro, 2012). Er zou zelfs een window of opportunity zijn in de onmiddellijke uren na het PTE om de angst te verminderen en de stabiliteit en de effectieve coping te herstellen. Dit window of opportunity zou niet meer dan 6 uur zijn (Cohen 2008, Zohar, Yahalom 2011). Die onmiddellijkheid van reactie komt ook terug in de PIES principes (Proximity, Immediacy, Expectancy, Simplicity). Het principe van PIE werd in 1915 geïntroduceerd door het Franse leger om het verlies van troepen naar de verschillende hospitalen tegen te gaan (Jones 2007). Daarna werd het ook door de Britten en de Amerikanen gebruikt tijdens de twee wereldoorlogen. Het leger van de VS gebruikte deze technieken eveneens in Korea en Vietnam. Later werd er de S van Simplicity aan toegevoegd (Greenberg 2023) en de U van Unicity (De Soir, 2018). Proximity staat voor nabijheid: de betrokkene dicht bij de plaats van het gebeuren en bij zijn collega's/lotgenoten opvangen. Immediacy betekent dat er onmiddellijk met de betrokkene moet worden gepraat van zodra men ziet dat deze een ASR ontwikkelt. Met expectancy of verwachting bedoelt met dat dat men moet focussen op een positieve outcome en de verwachting dat de betrokkene terug zijn functie zal kunnen hervatten. Verder is simplicity een belangrijke factor: zorgen dat er tegemoetgekomen wordt aan de basisbehoeftes van de betrokkene (slaap, voedsel, veiligheid). Unicity betekent eenheid: zorgen dat alle hulpverleners/collega's dezelfde manier toepassen om het slachtoffer te benaderen en dat ze geen tegengestelde dingen zeggen, die nog meer verwarring kunnen veroorzaken.

Onze ambulanciers worden vaak, met een gepantserde ambulance of te voet, mee vooruitgestuurd met de militairen van een gevechtseenheid. Soms werken ze in een zogenaamde 'rol 1': een kleine eerstehulp post op het terrein, die bestaat uit een arts, een verpleegkundige, enkele ambulanciers en enkele 'aidmen'¹. Gezien hun vooruitgeschoven rol, zijn de ambulanciers vaak getuige van, of komen ze als één van de eersten ter plaatste na een PTE. Alleen al in het kader van nabijheid en onmiddellijkheid zijn zij dan ook de ideale personen om soldaten na een ingrijpende gebeurtenis op te vangen. Ze bevinden zich fysiek vaak in de buurt van de zone waar de actie plaatsvindt. Bovendien wordt er door de anderen meestal naar hen gekeken omdat zij medisch personeel zijn. Het zou dus een goed idee zijn om hen extra skills te geven om deze opvang zo goed mogelijk te kunnen doen.

¹ Een aidman is een militair eerstehulpverlener, die een opleiding volgt vergelijkbaar met de opleiding eerste hulp van het Rode Kruis, aangevuld met technieken van *Tactical Combat Casualty Care* (eerste hulp aan militairen tijdens het gevecht). De aidman is meestal de chauffeur van de ambulance.

3. Doelstelling en onderzoeksvraag

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op het doel van dit onderzoek. We formuleren de onderzoeksvraag en de daarbij horende deelvragen.

3.1 Doelstelling

Wij willen onderzoeken of de bestaande voorbereiding beter kan/moet. In ons onderzoek zullen we toetsen bij de Belgische militaire ambulanciers naar hun gevoel of de PDT volgens hen voldoet aan de psychosociale behoeften van de Belgische militairen tijdens een buitenlandse opdracht. Aan de hand van een (kwalitatief/mixed-method) onderzoek zullen we daarop een antwoord proberen te formuleren.

Hoe pakt men dit in het buitenland aan? Er zijn landen waar men al veel meer onderzoek gedaan heeft naar deze materie, zoals bv Israël en de Verenigde Staten. Aan de hand van een literatuurstudie willen we gaan kijken hoe we uit deze verschillende aanpakken kunnen leren. In Israël bestaat het YaHaLOM concept (Svetlitzky, 2020) en in de USA heeft men het iCOVER project (Adler, 2019), om de niet-medisch gevormde militairen hun collega's die een acute stressreactie doormaken, te helpen bij de opvang van hun collega's. In Duitsland past men dit ook toe bij combat medics (Adler, 2024). In eigen land zien we de ontwikkeling van het ONVEE-principe. Kunnen we dit gaan aanleren als een eenvoudige methode om onmiddellijk een impact te hebben op het slachtoffer?

Wat kunnen we besluiten als we de bestaande Belgische aanpak naast deze van andere landen leggen? Zijn er overeenkomsten? Zijn er zaken die we kunnen overnemen mits eventuele aanpassingen?

3.2 Onderzoeksvraag

In ons onderzoek wilden we op zoek gaan naar antwoorden op volgende vragen:

1. Wat houdt de PDT in (voorbereiding voor een buitenlandse opdracht) op psychosociaal vlak voor de Belgische militaire ambulanciers?
2. In welke mate voelen de Belgische militaire ambulanciers zich voldoende voorbereid op vlak van mentale operationaliteit en om Belgische militairen psychosociaal op te vangen tijdens een buitenlandse opdracht? Wat zijn hun behoeften op dit vlak?
3. Wat houdt de PDT in op psychosociaal vlak voor de militaire ambulanciers van andere landen (FRA, USA, ISR, ...)?
4. Kan de psychosociale PDT eventueel verbeterd worden op basis van de behoeften en met behulp van wat al bestaat in België en in andere landen?

4. Methodologische Verantwoording

Om een antwoord te vinden op bovenstaande vragen werd gekozen voor bepaalde onderzoeksmethoden. In dit hoofdstuk wordt uitgelegd op welke manier het onderzoek werd aangepakt.

4.1 Onderzoekspopulatie en afbakening

Voor dit onderzoek werd gekozen om uitsluitend militaire ambulanciers binnen de Medische Component van Defensie te bevragen. Deze keuze werd ingegeven door hun specifieke rol als eerstehulpverleners tijdens buitenlandse opdrachten, waar zij vaak het eerste aanspreekpunt zijn bij psychosociale problemen binnen het detachement. Verpleegkundigen en artsen werden buiten beschouwing gelaten omdat hun opleiding en functionele invulling sterk kunnen verschillen.

Het onderzoek richtte zich enkel op Nederlandstalige ambulanciers. Enerzijds garandeerde dit een vlotte en diepgaande communicatie tijdens de interviews. Anderzijds bood dit een praktische oplossing, aangezien interviews in het Frans onvoldoende kwalitatieve gegevens zouden opleveren door de taalbarrière van de onderzoeker. Tegelijkertijd werd bewust gestreefd naar een heterogene groep qua leeftijd, ervaring, eenheid en type zendingen. Dit was initieel voorzien door een gerichte selectie van respondenten na analyse van een voorafgaande vragenlijst. Omwille van tijdsgebrek werden alle respondenten rechtstreeks geselecteerd. Aangezien Gerben voordien militair ambulancier was, kende hij veel militaire ambulanciers met buitenlandse ervaring die ook recentelijk een PDT volgden. Dat zien we eveneens als een beperking in het onderzoek.

Daarnaast werd de focus gelegd op buitenlandse zendingen met een daaraan gekoppelde PDT. Op die manier kon het onderzoek zich specifiek richten op de effectiviteit van het psychosociale luik binnen deze voorbereiding. Zendingen van korte duur — doorgaans minder dan een maand — zoals medische dagsteunen, werden buiten beschouwing gelaten omdat het risico op psychosociale problematiek daar beduidend lager ligt. (Britt et al, 2006)

4.2 Selectie van respondenten

Er werd gekozen voor een tweedelige onderzoeksopzet: een korte vragenlijst via LimeSurvey en een reeks diepte-interviews. De vragenlijst werd verstuurd naar alle Nederlandstalige ambulanciers binnen Defensie. In totaal werd deze 36 keer ingevuld. Twee personen gaven spontaan aan bereid te zijn tot een diepte-interview, maar slechts één bleek operationele ervaring te hebben. De overige zeven respondenten werden actief door de onderzoeker aangesproken op basis van bekendheid en relevantie.

Van deze zeven werden vijf live geïnterviewd; twee vulden het diepte-interview schriftelijk in wegens praktische beperkingen. Hoewel dit laatste enige beperking meebrengt wat betreft non-verbale communicatie, leverde het alsnog waardevolle inzichten op. Opvallend was dat alle respondenten mannen waren — een weerspiegeling van de mannelijke dominantie binnen het domein van militaire ambulanciers, al was dit geen opzettelijke selectie.

4.3 Rol van de onderzoeker

De onderzoeker van de vragenlijsten en diepte-interviews is zelf ambulancier geweest binnen Defensie en is momenteel nog actief als ambulancier bij de brandweer in bijberoep. Deze achtergrond bood duidelijk voordelen: er was vlot toegang tot het veld, de onderzoeker sprak dezelfde taal als de respondenten, en er was voldoende voeling met de context om gericht te kunnen doorvragen. Tegelijk schuilen hier ook risico's: mogelijke tunnelvisie, vooringenomenheid of het projecteren van eigen ervaringen op de respondenten. Deze bias werd bewust erkend en zo veel mogelijk gecorrigeerd door systematisch door te vragen, citaten letterlijk te verwerken, en analytisch te werken met terugkerende thema's.

4.4 Afweging bij vragenlijst en interviewaanpak

De gekozen vragenlijst was bewust kort gehouden om een maximale respons te bekomen. Ze diende niet als meetinstrument, maar als selectie-instrument voor verdere interviews. De vragen werden niet lukraak opgesteld, maar uitgewerkt op basis van eerder literatuuronderzoek en praktijkervaring.

Omwille van de regelgeving binnen de onderzoekscommissie van Defensie werd ervoor gekozen om geen persoonsgegevens te verzamelen via de vragenlijst. Dit om het tijdsintensieve goedkeuringsproces te vermijden. In plaats daarvan werden interviews rechtstreeks georganiseerd met vooraf bekende of geïnteresseerde personen. Indien we zouden kiezen om de vragenlijsten niet anoniem te verzenden, zouden we door het goedkeuringsproces zelfs niet op tijd onze gegevens kunnen verzamelen. Bijgevolg zou het dus ook onmogelijk zijn om ons eindwerk op tijd in te dienen.

4.5 Literatuurstudie

Er was reeds veel literatuur te vinden in het archief van onze promotor, Frédéric Goethals die in de "Research and Development cel" van het CGG van Defensie werkt. Bijkomend werden PubMed en Google Scholar geraadpleegd.

Volgende sleutelwoorden werden gebruikt om artikels te zoeken: Psychological first aid, military, training, acute intervention, acute stress reaction, six C's.

Er werden 15 basisartikels geselecteerd op basis van relevantie van de titel met betrekking tot onze onderzoeksvragen. Nadien werden ook verschillende artikels geraadpleegd waarnaar gerefereerd werd in de basisartikels.

Hierbij moet vermeld worden dat dit geenszins een systematisch literatuuronderzoek is. Het was niet de bedoeling om alle literatuur met betrekking tot onze onderzoeksvragen systematisch te raadplegen, maar eerder om een uitgebreid zicht te krijgen op wat er reeds bestaat in het buitenland betreffende psychological first aid bij militairen.

5. Resultaten

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de resultaten van de vragenlijsten en diepte-interviews die werden afgenomen om inzicht te krijgen in de percepties over de psychosociale voorbereiding tijdens de Pre Deployment Training (PDT). De respons van de militaire ambulanciers binnen Defensie speelt hierin een centrale rol. Nadien zullen we de resultaten uit de literatuurstudie bespreken.

5.1 Diepte-interviews

5.1.1 Psychosociale ondersteuning binnen de militaire cultuur: een uitgebreide analyse

Wat vooral naar voren kwam, is dat het psychosociaal luik nog niet goed ingeburgerd is binnen de militaire cultuur. Zoals een van de zeven respondenten het treffend verwoordde: *"Dat psychosociaal... dat is precies zo 'n 'nice to have', hé. Maar niemand pakt dat écht serieus vast. Ge merkt dat ook, want in de basisopleiding komt daar ook amper iets van. We leren hoe we een patiënt moeten stabiliseren, en dat soms in extreme omstandigheden, maar als het gaat om omgaan met de mentale en emotionele problemen, is er bijna niets. Er is een soort stigma rond hulp zoeken voor mentale gezondheid, alsof het een teken van zwakte is. En dat is iets wat we dringend moeten veranderen."*

De kern van het probleem lijkt te liggen in de perceptie dat psychosociale ondersteuning minder essentieel wordt geacht in vergelijking met andere militaire trainingen en voorbereidingen. Deze mentaliteit maakt het moeilijk om de waarde en noodzakelijkheid van psychosociale training volledig te integreren in de militaire structuur.

5.1.2 Inhoud van de psychosociale voorbereiding

Wanneer gevraagd werd naar de inhoud van de psychosociale training, viel het op dat de respondenten vooral herinneringen hadden aan algemene informatie: hoe je iemand herkent die het moeilijk heeft, wat eerste psychologische hulp inhoudt, en bij wie je in België terecht kan als je je zorgen maakt over iemand.

Een van hen gaf aan: *"Ze hebben wel gezegd van, als ge iets merkt bij een collega, dat ge dat kunt signaleren, of dat ge kunt bellen naar een CGG. Maar dat is allemaal nogal vaag, en ge krijgt daar geen praktijk in, hé. Het is allemaal theorie zonder enige praktische toepassing. We hebben nooit scenario's geoefend waarin we moesten omgaan met iemand die een paniekaanval krijgt of iemand die worstelt met depressie. En dat is een groot gemis. Want in het veld hebt ge niet de luxe van tijd; ge moet direct kunnen handelen."* Dit gebrek aan praktische oefening en specifieke scenario's zorgt ervoor dat de geleerde informatie moeilijk toepasbaar is in reële situaties.

Ook het vermijden van te veel emotionele betrokkenheid met lokale troepen werd besproken — bijvoorbeeld tijdens EUMAM².

"Ze hebben gezegd: probeer geen banden te smeden met de Oekraïense militairen, want dat kan achteraf echt wegen, zeker als ge slecht nieuws hoort. En dat is begrijpelijk, want de kans is groot dat ge te horen krijgt dat iemand met wie ge een band hebt opgebouwd, is omgekomen in de strijd. Maar het is makkelijker gezegd dan gedaan, hé. Ge traint die gasten wekenlang, ge zit samen, ge leert die kennen... Natuurlijk geraakt ge daar mee verbonden. Het is bijna

² De militaire bijstandsmisssie van de EU ter ondersteuning van Oekraïne (EUMAM Oekraïne) is gericht op het versterken van het vermogen van de Oekraïense strijdkrachten om de territoriale integriteit van Oekraïne binnen zijn internationaal erkende grenzen te verdedigen en mogelijke toekomstige militaire offensieven van Rusland en andere potentiële agressors af te schrikken en erop te reageren.

onmogelijk om geen band te vormen met mensen met wie je dagelijks werkt en leeft. En dat maakt het des te moeilijker wanneer er iets met hen gebeurt. Die emotionele belasting is iets waar we niet echt op voorbereid zijn."

5.1.3 Ervaren effectiviteit en noden

De analyse is gebaseerd op interviews met zeven respondenten. Alle respondenten gaven aan dat de psychosociale training hen wel een basis gaf, maar dat deze absoluut tekortschiet in situaties waarin echt psychosociale ondersteuning vereist is. Een ambulancier vatte het kernachtig samen: *"Als ge in een oorlogssituatie zit of met trauma's moet omgaan, dan is die paar uur uitleg niet genoeg. Dan hebt ge écht meer nodig. Ik herinner me bijvoorbeeld een situatie tijdens een missie in Mali, waar we geconfronteerd werden met een zwaar bombardement. De druk en stress bij de betrokken militairen de dagen erna waren enorm, en de beperkte training die we hadden gekregen voelde toen echt te weinig. We hadden geen idee hoe we moesten omgaan met de angst en paniek van die gasten dat daarbij waren. Het was een soort trial-and-error, zo wa proberen, en dan zijt ge zo maar wa aan het doen."*

Een andere respondent deelde een soortgelijke ervaring: *"Toen we in Afghanistan waren, hadden we een collega die psychisch volledig onderuitging na een aanval. Hij kon het simpelweg niet meer aan en begon zich volledig af te zonderen. De training die we hadden gekregen, had geen enkele oplossing of methode geboden om met zo 'n situatie om te gaan. We voelden ons machteloos en wisten niet hoe we hem konden helpen. Het enige wat we konden doen, was er voor hem zijn en luisteren, maar we hadden geen idee of we het goed deden of niet. Die onzekerheid maakt het allemaal nog moeilijker."*

Daarnaast werd ook het belang van context benadrukt: de psychosociale voorbereiding zou veel meer afgestemd moeten worden op de specifieke zending. *"Als ge naar Congo gaat, moet ge voorbereid worden op lange isolatie, leven met een klein groepje en spanningen in 't team. Maar als ge naar Oekraïne gaat, is dat heel anders — daar moet ge weten hoe om te gaan met mensen die echte oorlogstrauma's hebben. Elke missie heeft zijn eigen unieke uitdagingen en het is cruciaal dat de training daarop wordt afgestemd. Ge kunt niet dezelfde aanpak gebruiken voor compleet verschillende situaties."*

5.1.4 Praktijkervaringen tijdens zendingen

Hoewel geen van de geïnterviewden ooit zelf intensief psychosociale hulp moest verlenen, kwamen er wel enkele situaties naar voren waarin dat toch enigszins nodig bleek. In één geval werd een collega tijdens een zending naar Polen emotioneel té betrokken bij de lokale troepen, wat leidde tot frustraties binnen het team. *"Die kerel trok zich volledig terug en deed gewoon zijn ding zonder naar iemand om te kijken. Dat was niet houdbaar, en op den duur zat de sfeer echt niet goed. We probeerden met hem te praten, hem te betrekken bij groepsactiviteiten, maar niets leek te helpen. Het was alsof hij in zijn eigen wereld leefde, volledig afgesloten van de rest van het team. Die situatie zorgde voor veel spanning en conflicten binnen het team. Het had allemaal anders kunnen zijn als we beter voorbereid waren geweest op zulke situaties."*

Een ander voorbeeld kwam uit Niamey, waar een lid van het logistiek detachement psychisch onderuitging door familiale problemen thuis. *"We hebben geprobeerd hem wat te ondersteunen — beetje babbelen, samen iets doen in de vrije tijd — maar ge voelde gewoon dat die man steeds verder afgleed. Die was op den duur niet meer te bereiken. Hij was er fysiek, maar geestelijk was hij volledig afwezig. Zijn gedachten waren bij zijn familieproblemen en dat nam zijn hele mentale ruimte in beslag. Uiteindelijk moesten ze hem via Brussel-Zuid terug naar huis halen, maar zijn toestand bleef nadien toch niet zo goed."*

Ook het belang van het OVG³ (Operation Vigilant Guardian) kwam ter sprake: *"Iedereen denkt: 't is maar in België, zo erg is dat toch niet? Maar eigenlijk zijt ge constant weg van thuis, en er komt van alles boven. Alleen... niemand bereidt u daarop voor en het is precies ook zwaar onderschat. Het is alsof ge in een soort vacuüm leeft, afgesloten van de rest van de wereld. Iedereen mist zijn familie en vrienden, enzo. En dat weegt zwaar, veel zwaarder dan ge zou denken. Daardoor zijn er al veel gestopt, ze."*

Een respondent benadrukte dat de lange periodes van isolatie niet alleen een impact hebben op het mentale welzijn, maar ook op de sociale dynamiek binnen een team: *"Wanneer ge weken, soms maanden, met dezelfde kleine groep mensen werkt, dan ontstaan er onvermijdelijk spanningen. Kleine irritaties kunnen snel escaleren omdat ge constant op elkaars lip zit. Dat soort stressfactoren wordt vaak onderschat, maar ze kunnen een grote invloed hebben op de effectiviteit en cohesie van een team."*

Een andere respondent merkte op: *"Tijdens een missie naar Niger maakte een collega een moeilijke tijd door vanwege de stress en de zware omstandigheden. Hoewel we allemaal ons best deden om te helpen en steun te bieden, bleven er momenten van geïsoleerdheid en frustratie. Deze ervaringen benadrukken nogmaals hoe essentieel het is om stevigere en meer gerichte trainingen te hebben om ons voor te bereiden op dergelijke situaties."*

5.1.5 Aanbevelingen en reflectie vanuit het werkveld

Uit de interviews kwamen tal van suggesties naar voren die kunnen bijdragen tot een meer doelgerichte en doeltreffende psychosociale voorbereiding van militaire ambulanciers. Veel van deze aanbevelingen sluiten aan bij structurele tekortkomingen die eerder in dit hoofdstuk aan bod kwamen.

Meer praktijkgerichte PDT

Vrijwel alle respondenten stelden dat het psychosociale luik binnen de PDT te theoretisch blijft en te weinig gericht is op interactie en scenario's. Een respondent merkte op:

"Dat papierke met de telefoonnummers is nuttig, maar als ge geen idee hebt wat ge moet zeggen als iemand u ineens zegt dat hij niet meer wil doorgaan, dan staat ge daar."

Respondenten suggereerden dat de PDT baat zou hebben bij meer praktijkgerichte elementen, zoals rollenspellen waarin slechtnieuwsgesprekken of informele psychosociale gesprekken geoefend worden. Ook werd het belang benadrukt van het simuleren van stressvolle situaties, waarbij rekening gehouden wordt met culturele gevoeligheden — bijvoorbeeld het omgaan met lokale tolken of de confrontatie met oorlogstrauma. Daarnaast gaven sommigen aan dat casuïstiekbespreking in groep, gecombineerd met uitwisseling van ervaringen van collega's die al op missie zijn geweest, een grote meerwaarde kan bieden.

Thematisering van specifieke stressoren

Uit de gesprekken bleek dat de voorbereiding beter afgestemd moet worden op de aard van de missie. Wanneer men bijvoorbeeld wordt uitgezonden naar een locatie waar afzondering centraal staat, zoals in kleine detachementen in afgelegen gebieden, is er nood aan training die specifiek focust op groepsdynamiek en hoe conflicten of spanningen kunnen worden voorkomen of opgelost. Anderzijds vereisen zendingen naar actieve oorlogsgebieden een

³ Operatie Vigilant Guardian (OVG) werd opgestart in januari 2015 naar aanleiding van verschillende aanslagen in Europa. De opdracht maakte deel uit van de strijd tegen terrorisme op het eigen Belgische grondgebied. Defensie leverde gedurende zes jaar steun aan de federale politie om gevoelige plaatsen te bewaken en te beveiligen.

voorbereiding waarin ook morele stress, confrontatie met leed en verlies, en de mogelijke psychologische belasting meer aandacht krijgen.

Zoals één respondent formuleerde:

"Voor Oekraïne moet ge eigenlijk voorbereid worden op wat er nadien met die mannen gebeurt. Die vertrekken naar het front. Ge voelt dat, ge hoort hun verhalen. En ge kunt daar niet op reageren als ge dat niet verwacht had."

Inbedding binnen de Militaire Initiatiefase (MIF) en werkvloer

Volgens meerdere respondenten mag psychosociale opleiding niet beperkt blijven tot het moment van de PDT alleen. Ze benadrukten dat er al tijdens de MIF ingezet zou moeten worden op empathische communicatie, basisinzichten in mentale gezondheid en het voeren van moeilijke gesprekken. Ook op de werkvloer zelf kan het zinvol zijn om op regelmatige basis, bijvoorbeeld maandelijks of per kwartaal, korte opfrissessies of intervisiemomenten te organiseren om vaardigheden en inzichten levendig en toepasbaar te houden.

"Ge leert alles over trauma's en interne urgenties, maar ge leert niks over hoe ge luistert. Dat zou standaard moeten zijn."

Inzet van ervaringsdeskundigen

Het delen van ervaringen met collega's die al verschillende zendingen achter de rug hebben, werd als bijzonder waardevol gezien:

"Ge leert zoveel meer van iemand die zegt: 'ik heb dat meegemaakt in Mali, en dat is wat ik toen gedaan heb'. Dat pakt gewoon."

Een voorstel dat vaak terugkwam was het actief uitnodigen van zo'n ervaringsdeskundigen tijdens de PDT voor informele Q&A's of begeleide discussies.

Psychosociale bijstand als integraal onderdeel van de opdracht

Verschillende respondenten pleitten voor een meer geïntegreerde psychosociale ondersteuning tijdens zendingen. Zo zou het inzetten van medisch personeel dat goed ingebed is binnen de groep — zoals iemand met gedeelde achtergrond, graad of taal — de drempel aanzienlijk kunnen verlagen. Sommigen wezen op het belang van een vertrouwensband die belangrijker is dan formele rolverdeling. De voorkeur ging daarbij vaak uit naar Nederlandstalige ondersteuning binnen een Nederlandstalig detachement, aangezien taalvertrouwen en nuance essentieel zijn in gesprekken over mentale belasting. In tegenstelling tot een formeel externe psycholoog, kan een gekende figuur met ervaring sneller aanspreekbaar worden bevonden.

Structurele opvolging na de zending

Enkele respondenten vonden dat de nazorg na de missie ondermaats is:

"Ge komt thuis, en dat is het. Het zou handig zijn om als ambulancier ergens uw casussen te kunnen bespreken. Om toch te weten of ge het goed gedaan hebt of niet. Vooral zo kunt ge leren uit uw fouten. Da is nu uw eigen zaak precies."

Enkele concrete aanbevelingen die werden geformuleerd, zijn onder andere het voorzien van een vrijwillige debriefing na afloop van de missie met een psycholoog of psychosociaal begeleider. Daarnaast werd geopperd om, ongeveer een maand na terugkomst, een optioneel opvolgingsmoment te organiseren waarin militairen eventueel signalen kunnen oppikken van latente stress of nasleep. Tot slot werd ook het idee geopperd van een anonieme bevraging waarin militairen kunnen aangeven hoe zij hun paraatheid en psychosociaal welzijn ervaren na de zending, zonder vrees voor negatieve repercussies. Dat zou dan al dan niet anoniem kunnen gebeuren volgens de respondent.

Alternatieve modellen: Telepsychosoc?

Een originele suggestie die naar voren kwam, was de creatie van een soort 'psychosociale hulplijn' voor ambulanciers op zending:

"Soms zou het al helpen als ge kunt bellen naar iemand die gewoon zegt: 'Ge hebt het juist gezien' of 'Probeer dit eens'. Nu bieden ze vooral een hulplijn aan voor de 'patiënten' zelf. Maar de drempel is gewoon te groot voor die gasten om rechtstreeks naar iemand extern in België te bellen. Het zou eerder een hulplijn moeten zijn voor ons als ambulancier."

Een dergelijk systeem zou kunnen functioneren zoals telemedecine: kort overleg, bevestiging of advies, zonder dat dit meteen een formele doorverwijzing inhoudt.

5.2 Vragenlijsten

De vragenlijst werd via LimeSurvey verspreid onder Nederlandstalige militaire ambulanciers binnen Defensie. Deze had tot doel om zicht te krijgen op de perceptie van de psychosociale voorbereiding tijdens de PDT, en diende initieel als selectiemiddel voor het daaropvolgende diepte-interview. Wat uiteindelijk wegens tijdgebrek niet meer mogelijk was.

De vragenlijst werd in totaal 36 keer ingevuld. Vijf daarvan betroffen testsessies of onvolledige proefinzendingen en werden dus buiten beschouwing gelaten, wat het totaal op 31 bruikbare antwoorden brengt. De resultaten worden hieronder thematisch besproken.

5.2.1 Beschrijving van de steekproef

Van de 31 respondenten gaven de meesten aan hun opleiding tot EMT-B⁴ in de laatste tien jaar voltooid te hebben. De meerderheid had minstens één buitenlandse zending uitgevoerd. De spreiding qua eenheid, leeftijd en ervaring bleek voldoende heterogeen om een brede kijk te bieden op de stand van zaken binnen de doelgroep.

5.2.2 Ervaring met psychosociale voorbereiding

Een meerderheid van de respondenten gaf aan dat er tijdens hun PDT enige aandacht was voor psychosociale opvang, maar dat deze voorbereiding meestal beperkt bleef tot een korte briefing of theoretisch luik. Slechts een handvol deelnemers gaf aan dat er actief werd geoefend op gesprekken of casuïstiek rond psychosociale ondersteuning. Dit bevestigt de trend die ook uit de interviews naar voren kwam: het psychosociaal luik wordt vaak als secundair behandeld ten opzichte van tactische of medische training.

Daarnaast bleek dat respondenten die meerdere zendingen hadden meegemaakt, doorgaans kritischer waren over de meerwaarde van de PDT op psychosociaal vlak. Er werd meermaals opgemerkt dat de training te generiek is en niet afgestemd op de specifieke zending waarvoor men wordt voorbereid.

5.2.3 Gevoel van paraatheid

Slechts een minderheid van de respondenten gaf aan zich goed voorbereid te voelen om psychologische eerste hulp te bieden tijdens een buitenlandse opdracht. Meer dan de helft

⁴ EMT-B (Emergency Medical Technician – Basic): EMT-B's zijn ambulanciers. Ze zijn getraind in in alle basisvaardigheden EHBO plus aanvullende vaardigheden zoals medicatietoediening, luchtwegbehandeling en behandelingen voor specifieke medische noodgevallen.

antwoordde dat ze zich eerder onzeker of onvoorbereid voelden. Dit bevestigt het belang van verdere praktische vorming zoals ook naar voren kwam in de aanbevelingen.

Sommige deelnemers gaven aan dat ze zich op basis van ervaring of eerdere vormingen wel capabel voelden, maar dat dit niet te danken was aan de PDT op zich. Enkele opmerkingen in de open tekstvelden verwezen expliciet naar de wens voor meer praktijkgerichte voorbereiding, gespreksvaardigheden en rollenspellen.

5.2.4 Interesse in verdere deelname

Opvallend was dat een beperkt aantal respondenten in de vragenlijst expliciet aangaf bereid te zijn tot deelname aan een diepte-interview. Daarnaast zijn twee personen spontaan contact komen opnemen om mee te werken, waarvan uiteindelijk slechts één effectief in het diepte-interview kon worden opgenomen wegens gebrek aan operationele ervaring bij de andere. Na het overgaan naar een concrete datum, kreeg ik geen antwoord meer van die respondent.

De terughoudendheid kan te maken hebben met het gevoelige karakter van het onderwerp of met de vrees om zich kwetsbaar op te stellen binnen de militaire context, zoals ook uit de interviews bleek.

5.2.5 Besluit

De resultaten van de vragenlijst bieden waardevolle ondersteuning bij de analyse van de interviews. Ze bevestigen dat veel militaire ambulanciers de psychosociale component binnen de PDT als beperkt en weinig praktisch ervaren. De vragenlijst heeft tevens geholpen bij de selectie van een relevante steekproef voor verdere verdieping. Ze onderstrepen de nood aan structurele, praktijkgerichte en zending-specifieke vorming rond psychosociale ondersteuning. Wordt dit in het buitenland anders aangepakt?

5.3 Literatuurstudie

Uit de interviews en vragenlijsten kwamen verschillende noden naar voren. Er bestaat uitgebreide literatuur over concepten die hieraan tegemoet kunnen komen. Hieronder volgen de meest relevante resultaten.

Alvorens in te zoomen op de PDT in de verschillende landen, werd eerst breder gekeken naar de soorten psychosociale opvang die bestaan in zowel civiele als militaire settings. We moeten een onderscheid maken tussen interventie tijdens een gevechtssituatie, waar het gevaar nog reëel is en de betrokkene zo snel mogelijk terug zijn taak moet hervatten, of de opvang iets later, in een relatief veilige omgeving, bv in de Rol 1. Ook hier zal het de bedoeling zijn om terug zijn taak te hervatten, maar dit hoeft meestal niet onmiddellijk (niet dezelfde dag). Bij elke soort opvang werd ook bekeken welke opleidingen hier al voor bestaan, specifiek in militair milieu.

5.3.1 Opvang in de eerste tientallen minuten/uren, waarbij het grootste gevaar (tijdelijk) geweken is

Deze opvang leunt het dichtste aan bij de ‘klassieke’ PFA (Ruzek, 2007) In heel wat literatuur vinden we principes terug die bedoeld zijn voor de psychosociale opvang na een ramp of een potentieel traumatische ervaring in burgermilieu. Deze opvang zou ook toepasbaar kunnen zijn op onze militairen, indien het gevaar reeds geweken is.

Het Institute of medicine (2003) schreef 20 jaar geleden dat er iets gelijkaardig als fysieke eerste hulp moest worden ontwikkeld, maar dan voor psychologische symptomen bij stressvolle events. PFA geeft de nodige skills aan individuen om om te gaan met psychologische stress na rampen in hun eigen leven, maar ook in dat van vrienden en familie. Bovendien zijn er bij grote rampen vaak niet genoeg mentale gezondheidswerkers aanwezig, dus zou het een goed idee zijn om andere hulpverleners op te leiden voor PFA.

PFA kan vergeleken worden met fysieke eerste hulp. Beide vormen van eerste hulp zorgen voor het verminderen van disfunctie en distress (fysiek of psychologisch), ze zorgen beiden voor een terugkeer naar aangepast functioneren (fysiek of psychologisch en gedragsmatig), ze streven naar het stabiliseren van functioneren (fysiek of psychologisch) en ze vergemakkelijken de toegang naar een volgende ‘level of care’. (Everly en Flynn, 2006). De basisprincipes van PFA kunnen toegepast worden op alle betrokkenen bij een kritische gebeurtenis en dus niet enkel diegenen die een ASR vertonen. We weten immers niet wie psychologische problemen zal ontwikkelen. De belangrijkste principes zijn: contact en betrokkenheid, veiligheid en comfort, stabilisatie, informatieverzameling (wat zijn de noden en bezorgdheden), praktische hulp, sociale ondersteuning promoten, psycho-informatie, contact leggen met diensten die de betrokkenen kunnen helpen (Ruzek, 2007)

Voor de personen die wel een ASR vertonen, hebben Everly en Flynn de ASACC-principes ontwikkeld, gebaseerd op de PFA. ASACC staat voor:

- Assessment (level 1)
Dit is het maken van een initiële beoordeling van de noden. Niet de formele beoordeling van de mentale gezondheid, maar eerder een appreciatie van de functionele psychologische en gedragsmatige status. Als men oordeelt dat er gedrags- of psychologische interventie nodig is, is stabilisatie de volgende stap. Indien er geen directe behoefte aan interventie is, kan verdere monitoring misschien wel nodig zijn.
- Stabilization
Stabilisatie is bedoeld om de betrokkenen te laten terugkeren naar het hier en nu, en op die manier de risico's gelinkt aan dissociatie te verminderen. Stabilisatie is gebaseerd op bevindingen van de level 1 beoordeling. De belangrijkste acties die ondernomen moeten worden zijn:
 - Identificatie van medische noden die onmiddellijk moeten opgelost worden. Basic skills in fysieke eerste hulp kunnen hier nuttig zijn;
 - Tegemoetkomen aan basis fysieke noden (voedsel, water, beschutting, verminderen van fysieke pijn, doorverwijzen naar medische zorg);
 - Beoordelen van het niveau van functioneren; is er functionele beperking. Indien ja, moet er gepaste hulp gezocht worden;
 - Verminderen van de situationele stressoren, indien mogelijk;
 - Een gevoel van veiligheid en bescherming geven.

- Asses and triage (level 2)

Na stabilisatie van de acute fase reactie van het individu, is verdere beoordeling van psychologische status en het gedrag nodig. Het moeilijkste is om te differentiëren tussen de veelvoorkomende distress en het meer ernstige disfunctioneren (klinisch significante functionele beperking). Distress na een ramp wordt vastgesteld in de overgrote meerderheid van zij die blootgesteld worden aan zo'n gebeurtenis, met schattingen variërend van bv 91% na de aanslagen van 09/11 (Schuster, Stein et al, 2001) tot 76.7% bij Israëli die blootgesteld worden aan terrorisme (Bleich, Gelkopf & Solomon, 2003) In geval van distress is minimale tot geen interventie nodig.

De prevalentie van disfunctie is een stuk lager. In dit geval is meer gestructureerde interventie nodig zoals het vergemakkelijken van verdergezette zorg. Naast het aanpakken van medische problemen en tegemoetkomen aan basisbehoeftes, wordt het focussen op de functionaliteit zeer belangrijk. Functionele beperking is namelijk een belangrijke predictor voor PTSD. (North et al, 2002)

- Communicate

Het doel is een ondersteunende en meelevende aanwezigheid te bieden. Effectieve interventie is vaak gebaseerd op actieve 'outreach'. Belangrijke elementen zijn: empathisch luisteren, stress proberen te verminderen door concrete zaken aan te bieden (bv eten), geruststelling, normalisatie (benadrukken dat de ASR een normale reactie is).

- Connect

Het doel van deze fase is om het individu in contact te brengen met een gepast psychosociaal ondersteuningssysteem indien hij dit wenst. Informele ondersteuningssystemen zijn bv familie, vrienden, collega's. Sociale steun en erkenning zijn erg belangrijk om PTSD te voorkomen (Olf, 2012). Meer formele systemen zijn mentale gezondheidsprogramma's van de gemeenschap. Bij beide systemen is het bevorderen van menselijk contact belangrijk.

Dit menselijk contact vinden we ook terug in de 'Five essential elements' van Hobfoll (Hobfoll, 2007): verbinding promoten.

Verder zijn de andere essentiële elementen: een gevoel van veiligheid geven, kalmte promoten, zelfredzaamheid of collectieve redzaamheid promoten en hoop geven. Dit laatste kan bv door materiële hulp te bieden na een ramp, maar ook door te benadrukken dat een positieve toekomst mogelijk is.

Intervenanten moeten een aantal belangrijke zaken in het achterhoofd houden in verband met PFA (Everly en Flynn, 2006):

- De meerderheid van individuen die worden blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen heeft geen nood aan formele psychosociale interventie: de reacties zijn normaal. Toch hebben ze nood aan herkenning, veiligheid, rust, sociale steun, relevante informatie (de basisprincipes van PFA).
- De focus moet liggen op het individu, niet zozeer op de gebeurtenis, beoordeling is essentieel. Dit is een doorlopend dynamisch proces. De focus van de beoordeling zal liggen op functionaliteit.
- Behalve als de beperking zo groot is dat het individu een bedreiging voor zichzelf of voor anderen vormt, moet de interventie vrijwillig zijn.

- De intervenant moet opletten dat hij niet interfereert met natuurlijk herstel of adaptieve compensatiemechanismen.
- Individuen moeten niet aangemoedigd worden om te praten over of het herbeleven van de gebeurtenis, tenzij ze zich er comfortabel bij voelen.
- PFA moet ontwikkeld en uitgevoerd worden met respect voor de culturele eigenheden.
- PFA moet gezien worden als een schakel in het ‘continuum of disaster mental health care’, dat loopt van pre-ramp voorbereiding tot psychotherapie en zelfs psychofarmacotherapie.

Onze landgenoot Eric De Soir (De Soir, 2014) beschrijft de Eerste Psychologische Hulp bij Ongevallen (EPsyHBO) als vorm van preventie van psychosociale trauma's: on-scene support of de onmiddellijke eerste psychologische hulp op de plaats van het gebeuren. Hij spreekt van drie soorten slachtoffers: Primaire, die rechte reeks in aanraking zijn gekomen met de ramp en dus met potentieel traumatische stimuli; secundaire slachtoffers, betekenisvolle anderen rond elk slachtoffer (familieleden, vrienden...) en tertiaire: alle hulpverleners die rechte reeks contact gehad hebben met de primaire en/of secundaire slachtoffers.

Volgens hem heeft een primair slachtoffer twee soorten behoeften: de materiële behoefte en de behoefte aan informatie. Aan de eerste behoefte kan tegemoetgekomen worden door de betrokkenen terug een minimum aan comfort en menselijke waardigheid te geven: propere kleren, menselijke geborgenheid, warmte, bescherming, etc. De tweede behoefte is de behoefte aan correcte informatie. De betrokkenen willen weten wat er gebeurd is, hoe het met de anderen gaat etc. Het is volgens hem belangrijk om zo snel mogelijk de volledige waarheid te vertellen.

Om de opvang te doen van primaire en secundaire slachtoffers in de acute fase na een ramp, spreekt De Soir over het gebruik van de ONVEE-principes, gelijkaardig aan PIES, aangevuld met nog één extra principe. Hij doet dit naar aanleiding van een onderzoek naar de psychosociale opvang van slachtoffers van de Switel-brand (Antwerpen, 1994).

Het acroniem ONVEE staat voor:

- Onmiddellijkheid van reactie
Uit de praktijk blijkt dat naarmate er meer tijd verstrijkt zonder enige vorm van hulp na een traumatiserende gebeurtenis, de kans op fixatie van de posttraumatische klachten toeneemt. Het is dus van belang onmiddellijk te reageren.
- Nabijheid
De nabijheid in de psychosociale hulp bestaat uit de geografische nabijheid en de sociale nabijheid. De ondersteuning begint best al op de plaats van de ramp (geografische nabijheid), terwijl de betrokkenen nog op zoek zijn naar oriëntatie, veiligheid en geborgenheid. De sociale nabijheid doelt op de verbondenheid tussen lotgenoten; enkel zij weten hoe het is geweest om deze ramp te ervaren en welke impact dit kan hebben. Ook het sociale netwerk van familie, collega's en vrienden mag zeker niet onderschat worden.
- Verwachtingen met betrekking tot herstel en terugkeer naar het normale leven
Het is belangrijk te onderlijnen dat de acute reacties van trauma-getroffenen in eerste instantie normale reacties op een abnormale gebeurtenis zijn. In principe verminderen deze acute reacties in de loop van de tijd in aantal en in intensiteit. Het is belangrijk aan de betrokkene uit te leggen waaraan hij zich kan verwachten. Zo kan het normale tijdsverloop van een reactie op een PTE uitgelegd worden. Er moet gestreefd worden naar een snelle

terugkeer naar het normale leven. De trauma-getroffenen mogen zich niet nestelen in de rol van slachtoffer.

- Eenvoud
Vooral in de eerste 24 uur na de traumatische gebeurtenis is het belangrijk een aantal eenvoudige en ondersteunende gebaren te stellen: mensen durven aanraken, omhelzen, iets te drinken aanbieden, er gewoon zijn...
- Eenheid van visie en éénduidigheid
In de eerste ogenblikken na een ramp is er vaak een overaanbod aan hulp en hulpverleners. Het is belangrijk dat deze dezelfde aanpak hebben, of, nog beter, dat het slachtoffer door slechts 1 persoon of 1 zelfde groep van personen wordt benaderd. Een ramp veroorzaakt op zich al genoeg verwarring en desoriëntatie, het is dan ook belangrijk dat in de psychosociale hulp gestandaardiseerd is en eenzelfde lange termijnvisie heeft.

Dezelfde basisprincipes voor PFA komen dus steeds terug, soms is een iets andere vorm, maar meestal komt het op hetzelfde neer: de symptomen van een ASR zo snel mogelijk herkennen, de betrokkene een gevoel van veiligheid en nabijheid geven, aan zijn basisbehoeften voldoen, duidelijk met hem communiceren en hem verder doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp indien nodig. Deze PFA is iets wat zeker bruikbaar zou kunnen zijn voor onze ambulanciers.

Training van PFA

Wang (Wang, 2021) deed onderzoek naar de toepassing, de resultaten en de implementatie van PFA-training. PFA-training verbetert volgens de resultaten de kennis over en de psychosociale respons op mensen die een ASR ervaren significant. Dit kan o.a. door rollenspel en interactieve didactische presentaties. De lengte van de training varieert in de literatuur van 90 minuten tot een maximum van 6 dagen. Meestal gaat het echter om 1 dag. De trainingen worden meestal gegeven door mentale gezondheidsprofessionals, maar soms ook door getraind medisch personeel. Er zijn echter onvoldoende richtlijnen over hoe de training toe te passen, belangrijke tekortkomingen in de rapportering van PFA-trainingen, beperkte evaluatie van trainingen en onduidelijke resultaten.

5.3.2 Opvang in de eerste minuten, waarbij het gevaar nog niet geweken is: het 'Six C's' model

Volgens Mosche Farchi (2018) hadden de verschillende bestaande PFA-richtlijnen meerdere tekorten:

- Gebrek aan empirisch wetenschappelijke evidentie voor hun effectiviteit, waardoor er kans was op dezelfde fouten als bij het uitproberen van ongetoetste methodes op mensen die net een traumatisch event hebben meegemaakt.
- De PFA-richtlijnen werden oorspronkelijk ontwikkeld voor professionele teams, met focus op 'what to do' en 'what not to do', maar niet 'how to do it', waardoor eerstelijns interventies vaak gebeuren op basis van persoonlijk beoordeelend, wat vaak extra chaos veroorzaakt.
- De PFA-richtlijnen zijn ontwikkeld om ondersteunende hulp, zorg en kalmte te bieden, hetgeen juist kan leiden tot een verhoogd gevoel van hulpeloosheid, één van de grote triggers van een 'Perceived Traumatic Event' wat kan leiden tot PTSD.

- PFA is ontwikkeld om te gebruiken in het kader van een noodplan, uren of dagen na een incident, niet om in de minuten na een incident te reageren. Dit kan te laat zijn om een ASR te verminderen en PTSD te voorkomen.
- De richtlijnen zijn niet specifiek genoeg voor first responders (bv ambulanciers)

Om een antwoord te bieden op deze tekortkomingen, werd het 'SIX Cs model' ontwikkeld. De bedoeling van dit model is om iemands functionele mogelijkheden te verhogen, waardoor het gevoel van hulpeloosheid en verwarring in de eerste minuten en uren na een event afneemt.

Bij het ontwikkelen van het model, ging men uit van twee assumpties:

- Tussenkomen in de eerste minuten/uren na een event creëert het beste window of opportunity om ASR te verminderen en terug te keren naar normaal functioneren.
- Het model moet toegankelijk zijn voor de niet-professionele gemeenschap. Zoals elke gewone persoon fysieke eerste hulp zou moeten kunnen toedienen in afwachting van de aankomst van de hulpdiensten, zo zou dit ook moeten kunnen voor PFA.

Six C's komt tegemoet aan de nood om PFA-acties te standaardiseren en de getroffen persoon te helpen switchen van een hulpeloze, passieve en functionele incompetente staat naar een actief en effectief coping, binnen enkele minuten na een PTE. Het is gebaseerd op vier theoretische en empirisch geteste concepten:

- Weerbaarheid (hardiness)

Dit omvat drie houdingen die weerstand bieden aan een stressvol event:

- Toewijding (commitment): de wil om betrokken te zijn bij mensen, dingen en situaties in plaats van gedeconnecteerd, geïsoleerd of vervreemd te zijn
- Controle: de strijd om baas te zijn over situaties in ons leven door keuzes te kunnen maken tussen verschillende opties, in plaats van in passiviteit te verzinken
- Uitdaging (challenge): de wil om voortdurend te leren van zijn ervaringen in plaats van het vermijden van onzekerheden en potentiële dreigingen

Deze drie factoren zijn nodig als stimulus om potentieel bedreigende situaties om te zetten naar mogelijkheden voor persoonlijke groei.

- Gevoel van samenhang (coherentie) (Sense of Coherence (SOC))

Dit omvat drie componenten:

- Begrijpbaarheid (comprehensibility): Overtuiging dat dingen gebeuren op een geordende en verwachte manier en een gevoel dat men gebeurtenissen in het leven kan begrijpen en voorspellen
- Beheersbaarheid (manageability): Geloof dat men de noodzakelijke skills en ervaring heeft om om te gaan met wat gebeurt in het leven; dat gebeurtenissen controleerbaar zijn en beheerd kunnen worden.
- Betekenisvolheid (meaningfulness): gevoel dat wat in het leven gebeurt aantrekkelijk is en een bron van voldoening, dat dingen in het leven de moeite waard zijn en dat de wereld betekenis heeft.

SOC is een belangrijke factor om op een gezonde manier met stress om te gaan

- Zelfredzaamheid
Het vertrouwen dat men in staat is gebeurtenissen te beïnvloeden. Men gelooft dat men dingen kan bereiken gebaseerd op zijn eigen kunnen. Zelfredzaamheid voorspelt lange termijn herstel na een aanval of ramp.
- De neuropsychologie van een stressreactie
Dit gaat over de interactie tussen het limbisch systeem en de prefrontale cortex (PFC) tijdens stressvolle gebeurtenissen. De PFC kan acties van andere hersenregio's accentueren of inhiberen, bv een angstreactie van de amygdala. De PFC is echter erg gevoelig aan de schadelijke effecten van stress en zelfs milde, acute, onbeheersbare stress kan leiden tot een snel falen van de prefrontale cognitieve functie. Hyperactiviteit van de amygdala kan zo de PFC plat leggen waardoor zijn cognitieve capaciteit vermindert en daarbij ook het vermogen om de amygdala's angstreflex te reguleren. Dit creëert een vicieuze cirkel. Activatie van de PFC door cognitief gefocuste interventies, kan de stressreactie verminderen en de amygdala kalmeren.

Het Six C's model combineert deze verschillende concepten in 6 interventie elementen, die elk verschillende symptomen van de ASR aanpakken:

- Amygdala hyperactiviteit : Cognitieve verbale Communicatie
Hier focust men op het herstellen van het vermogen van de PFC om de amygdala te reguleren. Dit wordt bereikt door het stellen van korte cognitieve vragen, gerelateerd aan de gebeurtenis en gefocust op drie dimensies: tijd (bv hoe lang ben je hier al?), kwantiteit (bv hoeveel mensen zijn gewond?) en de keuze tussen verschillende opties (bv wil je eerst met je ouders of met je leerkracht praten?). Men stimuleert de cognitieve verbale communicatie om de hyperactiviteit van de amygdala te verminderen en de activiteit van de PFC te verhogen. De bedoeling is om de betrokkene uit zijn emotioneel geladen reacties te halen en hem terug helderder doen nadenken, prioriteiten te stellen en effectieve beslissingen te maken.
- Hulpeloosheid: Challenge (uitdaging)
Het gevoel van onvermogen en falen kan hulpeloosheid en passiviteit in de hand werken. De persoon uitdagen om een simpele cognitieve taak te vervullen, gerelateerd aan het event, kan zijn gevoel van zelfredzaamheid verhogen bv: "Verzamel al je spullen in een zak en zorg dat er niets ontbreekt." Het is NIET de bedoeling de persoon af te leiden van het event.
- Hulpeloosheid: Control (controle)
Volgens de tiende editie van de 'International Classification of Diseases' (ICD-10) is hulpeloosheid één van de factoren die een gebeurtenis traumatisch kan maken. Het is belangrijk dit gevoel onmiddellijk te verminderen door de persoon iets functioneels te laten doen. Dit kan door de persoon verschillende opties te geven waaruit hij kan kiezen, bv "We moeten alle personen hier tellen, wil jij beginnen met het tellen of wil je helpen met de registratie?" Dit versterkt de cognitieve activatie en vermindert de overactiviteit van de amygdala.
- Eenzaamheid: Commitment (toewijding)
Het gevoel van eenzaamheid na een PTE kan leiden tot moeilijkheden om terug te keren naar een normaal functioneren. Men kan dit verminderen door een verbaal engagement uit te drukken voor de veiligheid en steun van de persoon bv "Ik ben hier bij je, ik laat je niet

alleen tot je veilig bent”. Dit verlicht het gevoel van eenzaamheid en angst en verhoogt de medewerking met de hulpdiensten.

- Verwarring: Continuity (continuïteit)

Verwarring is het onvermogen om een gesynchroniseerde beschrijving van de gebeurtenis te geven. Dit kan bij een betrokkene het gevoel geven dat de gebeurtenis nog niet voorbij is. De window of opportunity om deze staat van verwarring op te heffen zou max 6u zijn. Continuïteit houdt in dat men de persoon de basis chronologische elementen van de gebeurtenis geeft en het eindpunt benadrukt (“Dit is gebeurd, dit is nu aan het gebeuren, dit zal gebeuren, het ongeval is beëindigd”).

Het grote verschil met de ‘klassieke’ PFA-modellen, is dat het Six C’s model ontwikkeld is voor de hele gemeenschap, zowel professionelen, niet-professionelen als first responders. Het helpt om personen van een hulpeloze en passieve staat terug te brengen naar een actieve en effectief functionerende staat (meestal in minder dan 2 minuten).

Op welke manier kan dit Six C’s model nu aangepast worden aan het militaire doelpubliek? Hieronder volgt een overzicht van hoe verschillende naties dit hebben aangepakt.

5.3.3 Het Six C’s model toegepast op militairen

Israël

Vlad Svetlitzky (Svetlitzky, 2019) verfijnde het Six C’s model nog verder voor het gebruik binnen het Israëlische leger. Dit aangepaste model noemde hij het YaHaLOM concept.

YaHaLOM staat voor:

- Yetzirat kesher (Ya: verbinden)
De aandacht van het individu trekken door verbaal met hem te verbinden, met oogcontact en met fysieke aanraking.
- Hadgashat (Ha: benadrukken)
Het gevoel van psychologische dissociatie breken door betrokkene eraan te herinneren dat hij niet alleen is.
- Levarer (L: informeren)
Simpele vragen stellen zodat betrokkene begint te antwoorden.
- Vidu (O: bevestigen)
Betrokkene in de tijd oriënteren (wat is er gebeurd, wat is er nu nog aan het gebeuren en wat zal er nadien gebeuren).
- Matan (M: geven)
Betrokkene vragen een bepaalde betekenisvolle actie te ondernemen om hun gevoel van hulpeloosheid te verminderen.

De bedoeling is dat deze interventie binnen de 30 tot 60 seconden wordt toegepast. Alle stappen moeten met een autoritaire stem gegeven worden, zonder focus op emotie of directe pogingen om het individu te kalmeren.

De focus ligt hier vooral op de peer-based interventie die wordt gegeven aan een persoon die een ASR ervaart, en dit binnen enkele minuten na het PTE. Hoewel een ASR niet per se pathologisch is, is in een militaire context een onmiddellijke interventie vaak toch nodig omdat

de betrokkene een potentieel gevaar vormt voor zichzelf en het team, indien het gevecht of de gevaarlijke situatie nog niet beëindigd is.

Het aanleren van YaHaLOM zit verplicht in de militaire opleiding van alle soldaten in Israël sinds 2016. In een module van 60 minuten, zitten een korte didactische inleiding, een filmpje van de procedure in actie en wat oefentijd vervat. Twee keer per jaar wordt de training herhaald. Het eerste opleidingsmoment wordt gegeven door Combat Life Saver (CLS) instructeurs tijdens de Tactical Combat Casualty Care training (TCCC), een concept waarbij fysieke eerste hulp wanneer men nog onder vuur ligt, wordt aangeleerd. De trainingsmomenten nadien worden door de pelotonscommandanten (de rechtstreekse leidinggevendenden) zelf gegeven.

Hoewel YaHaLOM als een respons methode ontwikkeld is, bleek de training ervan ook de ervaring van een teamlid te zien met ASR te normaliseren waardoor de angst hiervoor afnam.

Na het lanceren van de methode binnen het Israëlische leger, waren er meerdere bezorgdheden over de techniek zelf en de implementering:

- Kunnen soldaten dit wel aanleren? Deze vraag werd snel weerlegd door de piloottraining die demonstreerde dat soldaten de stappen snel leerden en door praktijkvoorbeelden die aantoonde dat soldaten dit wel degelijk gebruikten
- Moet dit eerder aan leiders worden aangeleerd i.p.v. soldaten? Er bleek al snel dat alle leden van de eenheid dit moeten kennen, net zoals ook eerste zorgen aan iedereen wordt aangeleerd.
- Wat als interventie niet succesvol is? Dan worden ze behandeld zoals elk ander slachtoffer en worden ze geëvacueerd.
- Uit feedback van op het terrein (geen systematische studie), kwam naar voren dat het belangrijkste doel van YaHaLOM was gekend bij de soldaten en dat het werd gebruikt in de juiste context. In vele gevallen hielp het individuen terug te functioneren in gevaarlijke situaties of missies. De interventie kon worden uitgevoerd ongeacht de rang of de graad van expertise

Svetlitzky geeft wel aan dat er nog data ontbreken om de echte effectiviteit van het model na te gaan.

- Men kan moeilijk nagaan hoe intens elk event was.
- Werden alle stappen volgens het standaard protocol uitgevoerd?
- Voerde de intervenant nog bijkomende acties uit, naast het protocol, die de effectiviteit beïnvloed kunnen hebben?
- De details van de interpersoonlijke relatie tussen de intervenant en het individu met ASR werden niet gerapporteerd (machtspositie t.o.v. individu, voorgaande sociale band?)

Er zou nog verdere studie nodig zijn om bv de real-time toepassing van het protocol te testen en om te kijken of het toepassen van de YaHaLOM procedure de ontwikkeling van PTSD beïnvloedt.

USA, UK, Canada en Duitsland

Het YaHaLOM concept werd in verschillende landen gebruikt als basis voor de ontwikkeling van een eigen concept. Zo ontstond er in de Verenigde Staten iCOVER: (Adler et al, 2019). Zij voegden een nieuwe eerste stap toe: Identify, waarmee ze het belang van het herkennen van de

symptomen benadrukten. In hun opleiding voegden ze ook de neurobiologische uitleg toe van een ASR (de amygdala Hijack). Verder staat de COVER voor:

- C: Connect
Connecteer met de betrokkene en probeer hem zijn aandacht te laten richten op jou
- O: Offer commitment
Bied je nabijheid aan om het gevoel van deconnectie bij de betrokkene te verminderen
- V: Verify facts
Vraag naar simpele details om de betrokkene op het moment te laten focussen
- E: Establish order of events
Oriënteer de betrokkene in de tijd
- R: Request action
Vraag de betrokkene om een concrete taak uit te voeren

De UK (Adler, 2023) nam het model van de USA over. Zij voegen eraan toe dat, hoewel het model bedoeld is voor teamgenoten die geen voorafgaande medische training hebben gehad, het ook zeer goed kan zijn voor de training van Combat Medical Technicians (onze aidmen of ambulanciers). De laatste stap verdelen ze nog onder in twee delen: eerst een eenvoudige taak geven aan de betrokkene, daarna een complexe die de teamprestatie verbetert.

Canada ontwikkelde BFB (Back from the Black) in 2020 (Matson, 2022; Adler, 2023). Het is een 3 steps procedure: CCC (Cover, Connect and Coach). Sinds 2022 zit het BFB-programma vervat in de basis- en routine trainingen.

Duitsland vertaalde het YaHaLOM model naar het BESSER concept (Adler, 2023):

- B: Binden (connecteren)
- E: Einstehen (verzekeren)
- S: Sprechen (spreken)
- S: Stabiliseren
- E: Engagieren (engageren)
- R: Rückführen (Herintegeren)

Noorwegen

In Noorwegen ontstond in 2019 het ReSTART project (Norstrand, 2024), als adaptatie van iCOVER. Het werd ook uitgebreid naar het Oekraïense leger, tijdens de training van Oekraïense combat medics door Noorwegen. Norstrand onderzocht het effect van ReSTART bij twee verschillende groepen: dienstplichtigen en beroepsmilitairen.

ReSTART staat voor:

- Re: Register ASR (identificeer ASR)
- S: Skap contact (maak contact)
- T: Tilby feleskap (bied gezelschap/nabijheid aan)
- A: Avklar fakta (geef de feiten weer)
- R: Reetabler tidslinje (reconstrueer de tijdlijn)
- T: Tilbake til oppgave (keer terug naar het uitvoeren van de taak)

De training wordt in 120 min gegeven, waarvan 40 min drill van de procedure. In de training komen volgende zaken aan bod:

- Neurologische basis van ASR
- Hoe een ASR herkennen
- Introductie in de 6 ReSTART stappen
- Hoe omgaan met niet-responsieve ASR patiënten
- Hoe de procedure te implementeren in een operationele context

De training werd uitgevoerd met gestandaardiseerd materiaal:

- Cue-cards om ReSTART te oefenen
- Introductiekaarten voor studenten die ASR moeten simuleren
- Gestandaardiseerde PowerPointpresentatie met verstaanbare instructienota's en een professioneel geproduceerde instructievideo.

De overgrote meerderheid vond ReSTART training nuttig, relevant, belangrijk en instructief voor het tussenkomen bij gevallen van ASR. Dit komt overeen met studies in de VS en Israël, wat aangeeft dat peer-based training relevant is in verschillende culturele contexten.

Er is tevens een groot verschil pre- en post training in de 4 categorieën van attitudes tegenover ASR (zelfvertrouwen, vertrouwen in anderen, de nadruk op de ASR-training vanuit het leadership en vermindering van stigma naar ASR toe). Er is geen verschil in de beide groepen post training, maar pretraining was er opvallend minder vertrouwen bij professionele soldaten, waarschijnlijk omdat zij realistischer zijn bij hun inschatting of ze een ASR kunnen managen. Zij hebben al vaker een ASR in real life gezien en beseffen dat dit moeilijk is om aan te pakken zonder de juiste tools.

Het minieme verschil in hoe de dienstplichtigen en de professionele soldaten de training ervaren en erdoor beïnvloed werden, toont aan dat deze training gemakkelijk kan gebruikt worden bij nieuwe soldaten. Dit is belangrijk in de hedendaagse tijd, waarin het nodig zou kunnen zijn om snel en grote groep nieuwe soldaten in te lijven. Deze moeten dan op korte tijd opgeleid worden om ingezet te worden in potentieel traumatische omstandigheden. De ReSTART training past perfect in dit kader. Kijk maar naar Oekraïne dat, na de inval van Rusland in 2022, sterk afhangt van de influx van nieuwe dienstplichtigen. De AFU (Ukrainian Armed Forces) is in korte tijd gegroeid van ongeveer 196.000 soldaten naar 500.000 tot 700.000 soldaten.

De Oekraïense soldaten krijgen nu meestal maar 6 weken van militaire basistraining voor ze verdere taken van AFU krijgen. Het iCOVER programma is reeds vertaald in het Oekraïens maar zit nog niet standaard in de opleiding. Volgens Norstrand zou systematische implementering van deze peer-based training om ASR aan te pakken een belangrijke toevoeging kunnen zijn voor de opleiding van de nieuwe troepen die in Oekraïne moeten gaan vechten.

Empirisch onderzoek naar het nut van ASR-beheerstechnieken in gevechtssituaties is moeilijk. Specifieke rapportering van soldaten over hun ervaringen en casestudies kunnen wel inzicht geven in het effect van peer-based ASR-training zoals ReSTART. Zo was er een case report van een Noorse instructeur tijdens de training van AFU troepen, waarbij een Oekraïense soldaat meerdere ASR meemaakte tijdens realistische oefening. De team medic, die een peer-based training voor ASR gevolgd had, kon de technieken succesvol toepassen, waardoor de soldaat

terug kon functioneren en zijn opdracht en die van het team kon volbrengen. De medic had peer-based ASR-training gekregen tijdens een Operational Resilience Training in het Engels, simultaan vertaald in het Oekraïens. Feedback van AFU medics die de peer-based training gevolgd hebben en momenteel worden ingezet aan het front, geeft verder het nut aan van deze techniek. (Norstrand, 2024)

Gestructureerde lessons-learned zouden, naast de casestudies, kunnen bijdragen aan het inzicht in welke omstandigheden peer-based interventies nuttig kunnen zijn.

Ook voor vredeshandhaving troepen zou peer-based training nuttig kunnen zijn, net als voor ander beroepen waar men blootgesteld kan worden aan potentieel traumatische situaties, zoals bv brandweer, politie en paramedici.

Frankrijk

De Franse Militaire Gezondheidsdienst tenslotte, heeft een 'Psychological First Aid Training in Operation' (PFATO) ontwikkeld (Gignoux-Froment, 2024) voor militairen, gebaseerd op rollenspellen. Deze praktische, drie uur durende module is gebaseerd op concrete situationele simulaties waarbij interactieve pedagogische methodes gebruikt worden. Trainers en deelnemers spelen hierin telkens een specifieke rol. Na de cursus kunnen deelnemers beter de waarschuwingssignalen herkennen van psychologische distress. Ze kunnen ook gepaste en geruststellende acties ondernemen op het terrein, de betrokkenen doorverwijzen naar de juiste gezondheidszorg en de bescherming van het individu verzekeren, wat een belangrijk objectief is van psychologische eerste hulp.

De effectiviteit en de relevantie van de training bij medisch personeel (verpleegkundigen en artsen) werd eveneens onderzocht. Dit werd gedaan aan de hand van een vragenlijst. De respondenten stelden dat de training aangepast moest worden voor zorgverleners.

Het voorstel van aanpassing van de training voor medisch personeel was als volgt:

- 1 dag i.p.v. 3 uur met 1 uur praktijk
- Niet enkel in de Militaire Initiatie Fase (MIF) en de PDT, maar ook in een aanvullende training en in continue training
- De inhoud wordt aangevuld met medisch management (aanleren van relationele approach) van militairen met gedragsproblemen (zoals zelf-agressie, suïcidale neigingen, ...) tijdens de zending en het gebruik van eerste hulp psychotrope medicatie (buiten de scope van ons onderzoek).

Er werd ook een steekkaart opgesteld, die wordt meegegeven aan alle militairen in operatie (Afbeelding 1)



Afbeelding 1: de steekkaart die Franse militairen meekrijgen in operatie (Gignoux-Froment, 2024)

Naast het trainen om tussen te komen bij een ASR van teamleden, kan het ook belangrijk zijn om individuen zelf te trainen om hun ASR zelf aan te pakken of te beheersen (Adler, 2023). Gewoon al het feit te weten dat dit een reactie is die meestal na 5 minuten voorbijgaat, kan de angst ervoor doen afnemen. Het is ook belangrijk te weten dat tijdens een ASR, een individu mogelijk niet in staat is om aan zelfzorg te doen, dit onderlijnt nog maar eens het belang van een peer-based aanpak.

6. Discussie en terugkoppeling naar literatuur

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit de resultaten in dialoog gebracht met relevante wetenschappelijke literatuur. Doel is om na te gaan in welke mate de percepties en ervaringen van de Belgische militaire ambulanciers stroken met bestaande inzichten over psychosociale voorbereiding, copingmechanismen en militaire cultuur. Deze reflectie vormt tevens de basis voor de finale aanbevelingen en beleidsvoorstellen.

6.1 Kloof tussen formele training en reële noden

Uit de vragenlijst en diepte-interviews blijkt dat de psychosociale voorbereiding in de PDT in veel gevallen als te oppervlakkig wordt ervaren. Respondenten geven aan dat het voornamelijk blijft bij theoretische informatie of algemene richtlijnen. Deze bevinding sluit aan bij de literatuur van oa Farchi (2018), Wang (2021) en Gignoux-Froment (2024) die stelt dat effectieve training van PFA vaak te weinig praktisch is en niet concreet vermeld hoe deze moet gebeuren. Het YaHaLOM concept en zijn afgeleiden en het PFATO-concept Gignoux-Froment proberen hierop en antwoord te bieden door het aanbieden van zeer praktische trainingen met oa rollenspelen. Britt et al. (2006) onderlijnen daarbij het belang van mission-specific training die rekening houdt met het type stressoren dat militairen kunnen tegenkomen, wat ook door de respondenten werd bevestigd.

Daarnaast sluiten de bevindingen aan bij het werk van Hoge et al. (2006), die aangeven dat soldaten na uitzending zelden proactief gebruik maken van psychologische hulp, tenzij de drempels tot hulpverlening sterk verlaagd worden. De suggesties van respondenten om psychosociale scenario's te oefenen of ervaringsdeskundigen in te zetten tijdens de PDT vinden daar een theoretische fundering in.

6.2 Impact van militaire cultuur

Een terugkerend thema is het taboe rond kwetsbaarheid. Verschillende respondenten gaven aan dat mentale klachten zelden openlijk besproken worden. Het heersende idee dat men 'moet voortdoen' leidt ertoe dat psychosociale signalen vaak onder de radar blijven.

Training van bv het YaHaLOM concept zou het zien van een collega met een ASR normaliseren en de angst ervoor doen afnemen (Svetlitzky, 2019), wat zou kunnen bijdragen aan het doorbreken van het taboe hierover.

6.3 Sociale steun

Uit de interviews bleek dat ambulanciers veel belang hechten aan informele steunverlening: een babbel, samen sporten, iemand aanspreken na een incident. Het belang van die sociale steun werd aangetoond door Olff (2012). In verschillende PFA-concepten vormt dit ook een essentiële schakel, denk maar aan de C van 'Connect' in de ASACC-principes voor PFA van Everly en Flynn (2008) of de N van Nabijheid in de ONVEE-principes van De Soir (2014). Ook het detecteren van signalen zoals isolement of stresssymptomen via non-verbale communicatie past binnen het concept van PFA zoals omschreven door Everly en Flynn (2008).

6.4 Opleiding en structurele inbedding

Tot slot toont dit onderzoek aan dat er behoefte is aan structurele integratie van psychosociale voorbereiding, niet alleen in de PDT maar ook tijdens de basisopleiding en op de werkvloer. Ook dit is in lijn met het YaHaLOM concept en al zijn afgeleide concepten. Het zijn continue trainingsmodellen die worden aangeboden in de basisopleiding en in de voortgezette opleidingen van alle militairen in de landen waar de concepten ontwikkeld werden.

6.5 Verschillen en overeenkomsten tussen de buitenlandse concepten

Wat alle modellen gebaseerd op de 6 C's gemeenschappelijk hebben, is dat persoonlijke connectie een essentieel element is (het individu is niet alleen), vóórdat andere actieve ingrediënten worden toegevoegd. Ze stellen allemaal een simpele vraag (het individu wordt niet overweldigd door moeilijke taken). Uiteindelijk wordt in elke land een stap met 'doelgerichte' actie toegevoegd (kan het individu complexe acties uitvoeren of is een andere interventie nodig).

Het feit dat al deze naties deze training hebben overgenomen mits hun eigen aanpassingen, betekent dat het aanpakken van ASR een belangrijk topic is, net zoals het bedenken van mogelijke oplossingen.

Een van de grootste verschillen tussen bv de ASACC principes/de klassieke PFA en het Six C's model (en de afgeleide concepten zoals YaHaLOM) is de training. Wang (2021) deed een gestructureerd onderzoek naar de verschillende manieren waarop PFA getraind kan worden. Hij vond echter zeer weinig concrete informatie over hoe de trainingsprogramma's toe te passen. Bovendien was er te beperkte evaluatie van trainingen en onduidelijke resultaten.

Het Six C's model lijkt al wat concreter, maar het is pas bij het YaHaLOM concept en zijn buitenlandse afgeleiden, dat er meer concreet wordt gesproken over hoe de training toe te passen in een militair milieu:

- Hoe, met welke middelen: er worden vaak zeer concrete tools gedeeld bv de PFATOS-steekkaart, instructievideo's van YaHaLOM (Hebet Unit, 2017), iCOVER (Walter Reed Army Institute of research, 2020), ReSTART (Forsvaret, 2022) ...
- Wanneer: vele artikels spreken over onmiddellijke toepassing in de militaire initiatiefase en een continue vorming nadien. Verschillende landen verwerken de training ook in de al bestaande TCCC-training.
- Door wie: Waar PFA training meestal door psychosociale hulpverleners gegeven wordt, kan de YaHaLOM training ook worden gegeven door bv. de pelotonscommandant of de TCCC-trainer.
- Voor wie: zowel de PFA als de YaHaLOM training is bedoeld voor 'gewone' soldaten of first responders. Men moet er geen psychosociale achtergrond voor hebben.
- Duur: de meeste YaHaLOM- en afgeleide trainingen bestaan uit één tot enkele uren training. Met een korte uitleg, meestal aan de hand van een filmpje, en een praktijkgedeelte met rollenspelen.

7. Aanbevelingen en beperkingen

Op basis van de analyse van de interviews en de vergelijking met de relevante literatuur worden in dit hoofdstuk concrete aanbevelingen geformuleerd ter verbetering van de psychosociale voorbereiding tijdens de PDT voor Belgische militaire ambulanciers. De aanbevelingen zijn gericht op zowel beleidsniveau als opleidingspraktijk, en houden rekening met de specifieke noden en context waarin militaire ambulanciers functioneren.

7.1 Integreer praktijkgericht psychosociaal luik in PDT

De psychosociale voorbereiding moet een herkenbaar en structureel onderdeel vormen van de PDT. Dit houdt in dat men verder moet gaan dan het geven van een korte informatiesessie. Actieve leermethodes zoals rollenspellen rond eerste psychologische hulp en informele gesprekken met collega's in nood kunnen hierin een centrale rol spelen. Daarnaast kunnen casuïstiekbesprekingen op basis van ervaringen van eerdere zendingen zorgen voor een grotere herkenbaarheid en verdieping. Ook het simuleren van reële psychosociale scenario's, afgestemd op de aard van de zending (bijvoorbeeld omgaan met oorlogsleed bij lokale militairen of conflicten binnen een klein detachement), biedt waardevolle voorbereiding. Dit praktijkgerichte deel komt aan bod in het YaHaLOM concept en zijn afgeleiden, waarmee het tegemoetkomt aan deze specifieke behoefte bij ambulanciers.

7.2 Breid psychosociale vorming uit binnen de basisopleiding (MIF)

Hoewel onze onderzoeksvraag zich vooral richtte op ambulanciers, blijkt uit literatuur dat in de meeste landen die reeds een programma voor PFA ontwikkelden, dit wordt toegepast op alle soldaten en niet alleen de ambulanciers. De MIF is het eerste structurele moment waarop militairen gevormd worden, en dus ook het ideale moment om basisinzichten te geven in mentale veerkracht, copingstrategieën en gespreksvoering. Dit versterkt niet alleen de paraatheid bij zendingen, maar helpt ook om het thema mentale gezondheid te normaliseren binnen de militaire context. Hiervoor kunnen interactieve modules over stress, angst en slaapproblemen ingezet worden. Ook praktijkgerichte sessies over het herkennen van signalen en omgaan met collega's in moeilijkheden dragen bij aan deze vorming. Tot slot is het belangrijk dat deze competenties geëvalueerd en herhaald worden op de werkvloer, zodat ze blijvend aanwezig zijn in het professionele functioneren. Door deze vorming in een vroeg stadium aan te reiken, wordt de basis gelegd waarop de psychosociale component van de PDT verder kan bouwen.

7.3 Maak gebruik van ervaringsdeskundigen

Het inzetten van ervaren militairen die soortgelijke zendingen hebben meegemaakt zorgt voor meer herkenning en impact tijdens de voorbereiding. Deze ervaringsdeskundigen kunnen uitgenodigd worden voor een open vraag- en antwoordsessie of een panelgesprek waarin zij hun ervaringen delen. Hun inbreng tijdens scenario's binnen de PDT maakt de voorbereiding realistischer en geloofwaardiger. Door deze momenten structureel in te bouwen in het opleidingsprogramma ontstaat een waardevolle aanvulling op de formele training. Het betrekken van ervaringsdeskundigen binnen de PDT draagt bij aan het verhogen van de realiteitswaarde en toepasbaarheid van psychosociale voorbereiding, wat centraal staat in onze probleemstelling.

7.4 Ontwikkel telepsychosociale ondersteuning

Er dient een hulplijn of adviescel beschikbaar te zijn waar ambulanciers op zending op een laagdrempelige manier contact kunnen opnemen met experts in psychosociale begeleiding. Dit kan gebeuren via een chatplatform of een beveiligde videobeltoepassing waarbij hulpverleners discreet beschikbaar zijn. Omwille van vertrouwelijkheid moet de communicatie anoniem en beveiligd verlopen. Op die manier kunnen ambulanciers tijdig feedback krijgen wanneer zij zorgelijke signalen opmerken of twijfelen over de aanpak van psychosociale kwesties. Dit beantwoordt niet rechtstreeks onze onderzoeksvraag maar door reeds tijdens de PDT informatie te geven over deze hulplijn, verhoogt men het bewustzijn en het gebruik ervan in het veld, waarmee een directe link gelegd wordt met de effectiviteit van de PDT.

7.5 Organiseer structurele opvolging na zending

Nazorg blijft vandaag onderbelicht. Verschillende respondenten gaven aan dat zij na terugkeer van zending geen debriefing of reflectiemoment aangeboden kregen. Daarom is het wenselijk dat militairen na afloop van de missie uitgenodigd worden voor een facultatief gesprek met een psychosociaal medewerker, bij voorkeur binnen twee weken na terugkomst. Daarnaast kan ongeveer een maand later een anonieme bevraging rond psychosociaal welzijn worden georganiseerd. Deze instrumenten maken het mogelijk om signalen van nasleep of langdurige stress tijdig te detecteren. Indien nodig kunnen militairen dan gericht worden doorverwezen naar gepaste hulpverlening. Hoewel ook deze aanbeveling geen rechtstreeks antwoord biedt aan onze onderzoeksvraag, kan ze toch veel waarde hebben voor de PDT. Deze opvolging kan reeds aangekondigd en voorbereid worden tijdens de PDT, zodat militairen weten wat te verwachten na hun zending, en dit onderdeel wordt van een continu psychologisch zorgtraject.

7.6 Verhoog culturele en taalkundige afstemming

Een belangrijke drempel voor het bieden van psychosociale ondersteuning is de taal- en cultuurskloof binnen detachementen. Het is daarom aangewezen om Nederlandstalige ambulanciers toe te wijzen aan Nederlandstalige detachementen, zodat de vertrouwensrelatie niet gehinderd wordt door taalonzekerheid. Mismatches op vlak van taal binnen vertrouwensrollen moeten vermeden worden. Bovendien kunnen basisopleidingen voorzien in communicatietraining die afgestemd is op internationale contexten, bijvoorbeeld voor interactie met Franstalige collega's of lokale partners. De PDT biedt een uitgelezen kans om hierop te anticiperen via rollenspellen en interculturele communicatiemodules, afgestemd op de specifieke zending.

7.7 Normaliseer mentale zorg binnen Defensie

Tot slot moet er op lange termijn ingezet worden op een cultuurverandering waarin zorg voor het mentaal welzijn van militairen geen taboe meer is, maar een normale vorm van operationele paraatheid. Dit vraagt om actieve communicatiecampagnes waarin open gesprekken over psychisch welzijn aangemoedigd worden. Leidinggevendenden moeten opgeleid worden in het herkennen van signalen en het bespreekbaar maken van mentale problemen. Daarnaast is het belangrijk om zorgende attitudes en inzet rond welzijn expliciet te erkennen en te belonen in evaluaties en loopbaanontwikkeling. Indien een opleiding gelijkaardig aan YaHaLOM reeds in de MIF gegeven zou worden en nadien minstens jaarlijks 1 keer herhaald zou worden tijdens de TCCC training, zou dit veel meer ingeburgerd geraken in de militaire cultuur en zou het taboe rond ASR en mentale zorg sterk kunnen verminderd worden (Svetlitzky, 2020).

7.8 Toepasbaarheid buitenlandse trainingsconcepten voor Belgische ambulanciers

De concepten gebaseerd op YaHaLOM zijn voornamelijk ontwikkeld als peer-based interventie, dit wil zeggen, als interventie die toegepast kan worden door de rechtstreekse collega's van de militairen, die niet opgeleid zijn als psychosociaal hulpverleners. Dit omdat zij degene zijn die ter plaatste zijn bij de slachtoffers en dus onmiddellijk kunnen reageren. Onze ambulanciers kunnen ook tot deze categorie worden gerekend, gezien ze ook geen gespecialiseerde psychosociale opleiding hebben gevolgd. Ze zijn soms ook al ter plaatste, als ze in het team geïntegreerd zijn of hen van nabij volgen met de ambulance of te voet. Wanneer ze werkzaam zijn in de rol 1, zal de Six C's methode misschien niet meer van toepassing zijn, gezien er al wat tijd verstreken is. In dat geval kan PFA misschien meer toepasselijk zijn. In elk geval is het noodzakelijk dat de ambulanciers weten hoe ze de (al dan niet onmiddellijke) psychologische opvang van slachtoffers moeten aanpakken. Onze psychosociale hulpverleners kunnen immers meestal niet onmiddellijk worden ingezet, waardoor de eerstelijnsopvang door anderen moet gebeuren. Dit zal meer en meer noodzakelijk worden, dit zien we nu al in Oekraïne, waar er terug een 'full scale war' plaatsvindt. Medische evacuaties verlopen zeer moeilijk gezien er geen gebruik kan gemaakt worden van luchtmiddelen. Het is ook zeer moeilijk om de psychosociale hulpverleners dicht bij het front in te zetten, wegens de voortdurende drone-dreiging (Epstein, 2023). Dit is bv helemaal anders dan de counter-insurgency oorlog in Afghanistan, waar onze Belgische militairen in een bewaakte compound zaten in een relatief veilige situatie, met vrijwel onmiddellijke toegang tot gespecialiseerde (psychologische) hulp.

7.9 Voorstel Belgisch trainingsconcept

Op basis van de verschillende concepten die we terugvonden in verschillende landen en op basis van de input die we van de bevroegde ambulancier kregen, kunnen we een algemeen trainingsconcept voorstellen. Uiteraard zal de haalbaarheid en de concrete uitvoering nog verder geanalyseerd moeten worden.

7.9.1 Voor alle militairen

Wat

Omwillen van de taal zou het iCOVER concept het meest onmiddellijk toepasbaar kunnen zijn voor onze Belgische ambulanciers. De extra stap van het identificeren van personen met ASR lijkt ook zeker een toegevoegde waarde. De iCOVER-vorming bestaat uit een 60' durende didactische module en een 30' durende praktijksessie. Voor de didactische module wordt een instructiefilmpje gebruikt zoals dat van iCOVER. Hierin zit een klein deeltje theorie vervat en een praktisch voorbeeld van een situatie waarbij het concept gebruikt wordt. De praktische module bestaat uit rollenspelen waarin enkele situaties worden nagespeeld en personen met ASR moeten herkennen en de juiste technieken toepassen. Nadien volgt een debriefing in groep.

Hoe

Middelen:

- Instructiefilmpje. Het filmpje van iCOVER bestaat in het Engels met zowel Nederlandse als Franse ondertiteling. Dit kan perfect gebruikt worden in de beginfase. Ideaal zou zijn om nadien zelf een filmpje op te nemen in het Nederlands (en het Frans voor de Franstalige soldaten) om het zoveel mogelijk af te stemmen op het doelpubliek.
- Steekkaart die kan meegegeven worden als geheugensteun (voorbeeld in afbeelding 2).

Eerste Hulp bij een Acute Stress Reactie (ASR) in Ops	iCOVER
Een ASR is een NORMALE reactie op een heftige gebeurtenis. Toch is het belangrijk om in te grijpen als je buddy niet meer normaal kan functioneren en hierdoor zijn leven of dat van anderen in gevaar zou kunnen brengen. Symptomen ASR: Versnelde hartslag, zweten, blozen, in een waas verkeren, verwarring, verdriet, angst, woede, wanhoop, overactiviteit, inactiviteit, zich afzonderen...	Identify : Identificeer of je buddy een acute stress reactie doormaakt. Connect: Connecteer met je buddy en probeer hem zijn aandacht te laten richten op jou. (bv Door hem in je arm te laten knijpen) Offer Commitment: Bied je nabijheid aan om het gevoel van disconnectie bij je buddy te verminderen. ("Ik blijf bij jou, je bent niet alleen") Verify facts : Vraag naar simpele details, laat hem op het moment focussen. (bv "Wie is je sectiecommandant?") Establish order of events: Probeer je buddy te oriënteren in de tijd door te overlopen wat er gebeurd is, wat er nu gebeurt en wat er direct zal gebeuren. Request action: Vraag je buddy om een bepaalde taak uit te voeren. (bv "Neem je plaats terug in en geef dekking via het raam")

Ref: Adler, A. B., Start, A. R., Milham, L., Allard, Y. S., Riddle, D., Townsend, L., & Svetlitzky, V. (2020). Rapid response to acute stress reaction: Pilot test of iCOVER training for military units. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 431.

Afbeelding2: Voorstel voor een steekkaart die kan meegegeven worden als geheugensteun

Wanneer

Tijdens de MIF en de jaarlijkse TCCC-training, zodat dit op regelmatige basis onderhouden wordt.

Een extra toevoeging zou zijn om het filmpje te delen via een online platform 'BelADL', waarop alle theorie te vinden is van de jaarlijkse testen die militairen moeten afleggen (bv. EHBO, CBRN, Waarden en normen, ...). Op die manier kan elke militair het filmpje raadplegen wanneer hij/zij wil, aangezien ze hier allen toegang tot hebben.

Door wie

'Train de trainer': Lesgevers kunnen in eerste instantie mensen van het CGG zijn, die dan leidinggevend of TCCC-trainers kunnen opleiden om deze vorming te geven. Ook ambulanciers zouden opgeleid kunnen worden om deze vorming te geven.

Het trainingsconcept zou nog verder in de praktijk moeten getest worden om te kijken of dit voor ons doelpubliek voldoende is of eventueel zou moeten aangepast worden.

7.9.2 Voor ambulanciers

Uiteraard zullen alle ambulanciers, net als de rest van de militairen, het iCOVER trainingsconcept aangeleerd krijgen in hun MIF en tijdens de continue trainingen.

Bijkomend zou het echter goed zijn om ze verder de klassieke principes van de PFA aan te leren, om bv toe te passen in de Rol 1, in situaties waar het gevaar voorlopig geweken is. Dit om de betrokkenen verder op te vangen na de eerste interventie van hun teamgenoten of van de ambulanciers aan de frontlijn. Hierbij zou gebruik kunnen gemaakt worden van de ONVEE-principes. Deze bestaan al, alleen is er weinig literatuur terug te vinden over een specifiek trainingsconcept hiervoor. Het concept zou kunnen aangeleerd worden tijdens een halve dag tijdens de PDT, ofwel tijdens de gespecialiseerde opleiding voor militaire ambulanciers (de opleiding die ze moeten volgen om hun brevet te krijgen). Ook hier zou een deel theorie gegeven kunnen worden met nadien een stuk praktijk aan de hand van een rollenspel. Hier kan de aanwezigheid van een ambulantier die reeds eerder op missie was in het gebied waar de ambulanciers zullen worden uitgezonden, een meerwaarde zijn. Hij kan anticiperen op de mogelijke situaties die zich kunnen voordoen, specifiek gelinkt aan de gevaren en/of de cultuur van het land, zodat de rollenspelen hier bv op aangepast kunnen worden.

7.10 Methodologische keuzes en beperkingen

7.10.1 Vragenlijst en diepte-interviews

In hoofdstuk 4 bij het uitleggen van onze methodologie kwamen al enkele keuzes en beperkingen aan bod. In dit hoofdstuk gaan we hier meer gedetailleerd op in.

Voor dit eindwerk is bewust gekozen om de focus te leggen op Belgische militaire ambulanciers, omdat zij als eerstehulpverleners een cruciale, maar vaak onderschatte rol spelen in het bieden van psychosociale ondersteuning tijdens buitenlandse opdrachten. Deze keuze werd verder afgebakend naar enkel Nederlandstalige ambulanciers omwille van de praktische beperkingen bij het afnemen van interviews in een andere taal. Door te focussen op buitenlandse zendingen met een PDT, werd bovendien een heldere en gerichte context gecreëerd waarin de effectiviteit van psychosociale voorbereiding kon worden onderzocht.

De beperkte omvang van de vragenlijst werd gekozen om zoveel mogelijk respons te garanderen. De vragenlijst was bedoeld als instrument om respondenten te selecteren voor een diepte-interview, en dus niet als kwantitatief meetinstrument. De populatie die uit de vragenlijst gekomen is, bestond voornamelijk uit ambulanciers van paracommando-eenheden – logisch gezien hun operationele ervaring – en bevatte een mix van ervaring en leeftijd. Hoewel dit een zekere beperking inhoudt qua representativiteit, laat het wel toe om ervaringen van recente PDT's centraal te stellen.

De rol van de onderzoeker zelf (voormalig militair ambulantier en actief als brandweerman) biedt een unieke meerwaarde wat betreft inzicht en toegang tot het veld, maar impliceert ook een verhoogd risico op tunnelvisie of vooringenomenheid. Dit werd ondervangen door een systematische aanpak en methodische reflectie bij de dataverzameling en analyse. Tot slot had de regelgeving binnen Defensie invloed op de manier van rekruteren: om geen formele goedkeuring van de onderzoekscommissie te moeten afwachten, is ervoor gekozen om geen persoonlijke gegevens op te vragen via de vragenlijst en zelf kandidaten aan te spreken voor het interviewgedeelte.

Deze methodologische keuzes zijn essentieel om de interpretatie van de resultaten in hun juiste context te plaatsen. Ze onderstrepen ook het belang van verdere studies die deze inzichten breder kunnen toetsen binnen de medische component van Defensie.

7.10.2 Literatuurstudie

Zoals vermeld in de methodologie, is dit geenszins een gestructureerd literatuuronderzoek. Artikels werden geselecteerd op basis van hun relevante sleutelwoorden ten opzichte van de onderzoeksvraag. Verschillende artikels komen uit de bibliotheek van onze promotor, wat eventueel de selectie in een bepaalde richting zou kunnen duwen. Dit werd gemitigeerd door nadien nog eens verschillende zoekopdrachten in te voeren in Google Scholar en PubMed. Daar werden nog eens extra artikels geselecteerd.

Wat betreft de verschillende trainingsconcepten: voor de klassieke PFA werden weinig concrete voorbeelden van trainingsprogramma's en evaluaties ervan gevonden, zoals ook bleek uit het artikel van Wang (2021). Hier kan dan ook geen concreet voorstel worden gedaan voor een trainingsconcept op basis van de literatuur.

Voor de YaHaLOM gerelateerde trainingsprogramma's werden verschillende beperkingen weergegeven door de auteurs. Zo was het bijvoorbeeld moeilijk om te evalueren of de verschillende stappen correct werden uitgevoerd volgens het standaard protocol (Svetlitzky, 2020). Er zijn uiteraard geen evaluatoren mee tijdens deze situaties en men moet vertrouwen op zelf-rapportering van de uitvoerder, de betrokkene die een ASR meemaakte of getuigenissen van collega's die erbij aanwezig waren. Zo kan men ook niet controleren of de uitvoerder nog bijkomende acties uitvoerde die de effectiviteit zouden kunnen beïnvloeden.

Er zal nog verder onderzoek moeten gebeuren over de real-time performance van het protocol (bv wanneer alle soldaten een camera zouden dragen, zou dit objectief kunnen beoordeeld worden).

8. Besluit

Deze studie onderzocht of onze militaire ambulanciers voldoende voorbereid zijn om de psychosociale opvang van militairen te verzekeren na een kritisch incident tijdens een buitenlandse operatie. Verder bekeken we hoe dit in het buitenland gedaan wordt en of we ons eventueel hierop zouden kunnen baseren om de opleiding/PDT aan te passen. De interviews bevestigden dat het psychosociale luik binnen de PDT inderdaad beter kan, en dit op verschillende vlakken. Zo was de voorbereiding volgende de respondenten onder andere te theoretisch en te weinig specifiek voor de opdracht die ze moesten uitvoeren. Verder ervoeren ze een gebrek aan opvolging achteraf. Er werden door de auteurs voorstellen gedaan om de PDT aan te passen, op basis van het iCOVER concept. Dit is een concept dat zowel voor de militaire ambulanciers als voor alle soldaten kan gebruikt worden, gezien het gaat om interventies die weinig voorkennis nodig hebben. Hiermee wordt ook de drempel voor mentale zorg verlaagd binnen Defensie, omdat elke soldaat er al mee in aanraking komt vanaf zijn eerste opleiding. Een training van 1 à 2 uur, die jaarlijks herhaald wordt, met onder andere een instructiefilmpje, rollenspelen en een steekkaart om mee te geven als geheugensteun, kan al een goede tool in handen geven om gericht op te treden. Voor de ambulanciers zou de klassieke 'Psychological First Aid' (PFA), toegepast door middel van de ONVEE-principes ook een extra hulp kunnen bieden om soldaten, na de onmiddellijke interventie, verder op te vangen wanneer het grootste gevaar geweken is. Deze aanbevelingen zijn haalbaar binnen de bestaande structuren, mits beleidsmatige keuze en interdisciplinaire samenwerking tussen medische component, CGG, HR en opleidingsteams. Ze kunnen bijdragen aan veerkrachtiger teams en meer duurzame inzetbaarheid van Belgische militaire ambulanciers op zending. De PDT kan hier een hefboomrol in spelen door dit thema zichtbaar te maken in het programma en het belang van psychosociale paraatheid expliciet te erkennen.

9. Referentielijst

- Adler, A. B., Start, A. R., Milham, L., Allard, Y. S., Riddle, D., Townsend, L., & Svetlitzky, V. (2020). Rapid response to acute stress reaction: Pilot test of iCOVER training for military units. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 431.
- Adler, A. B., & Gutierrez, I. A. (2022). Acute stress reaction in combat: emerging evidence and peer-based interventions. *Current psychiatry reports*, 24(4), 277-284.
- Adler, A. B., Gutierrez, I. A., Edge, H. M., Nordstrand, A. E., Simms, A., & Willmund, G. D. (2024). Peer-based intervention for acute stress reaction: adaptations by five militaries. *BMJ Mil Health*, 170(5), 425-429.
- Alexander, D. A., & Klein, S. (2009). First responders after disasters: a review of stress reactions, at-risk, vulnerability, and resilience factors. *Prehospital and disaster medicine*, 24(2), 87-94.
- Annette, S., David, A., Marion, L., Jacques, A. E., Carfantan, C., & Colas, M. D. (2019). Les évacuations médicales stratégiques pour troubles psychiques en opération: étude sur l'évolution des motifs d'hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Percy en 2016-2017. *Médecine et armées*, 47(1), 25-34.
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Jama*, 290(5), 612-620.
- Britt, T. W., Castro, C. A., & Adler, A. B. (Eds.). (2006). *Military Life: The Psychology of Serving in Peace and Combat [4 volumes]*. Bloomsbury Publishing USA.
- Brusher, E. A. (2011). COMBAT AND OPERATIONAL STRESS. *Combat and operational behavioral health*, 59.
- Bryant, R. A. (2006). Cognitive behavior therapy: Implications from advances in neuroscience. *PTSD: Brain mechanisms and clinical implications*, 255-269.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). *On the self-regulation of behavior*. cambridge university press.
- Cohen, H., Matar, M. A., Buskila, D., Kaplan, Z., & Zohar, J. (2008). Early post-stressor intervention with high-dose corticosterone attenuates posttraumatic stress response in an animal model of posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 64(8), 708-717.
- Corrigan, F. M., Fisher, J. J., & Nutt, D. J. (2011). Autonomic dysregulation and the window of tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of psychopharmacology*, 25(1), 17-25.
- De Soir, E. L. (2014). Het CRASH-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. Geraadpleegd op: https://erikdesoir.be/files/rampen_praktijkgids.pdf.*

- De Soir, E. L. (2018). Le modèle CRASH comme outil pour le triage psychologique des interventions psychosociales. *LA LIREC*, (56), 6–13.
- Epstein, A., Lim, R., Johannigman, J., Fox, C. J., Inaba, K., Vercruysse, G. A., ... & Schwaitzberg, S. D. (2023). Putting medical boots on the ground: lessons from the war in Ukraine and applications for future conflict with near-peer adversaries. *Journal of the American College of Surgeons*, 237(2), 364-373.
- Everly Jr, G. S., & Flynn, B. W. (2006). Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *International journal of emergency mental health*, 8(2), 93-100.
- Farchi, M., Levy, T. B., Gershon, B. B., Hirsch-Gornemann, M. B., Whiteson, A., & Gidron, Y. (2018). The SIX Cs model for immediate cognitive psychological first aid: From helplessness to active efficient coping. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 20(2), 1-12.
- Forsvaret (2022). ReSTART. <https://www.youtube.com/watch?v=Gsm9h5Xvopw>
- Gignoux-Froment, F., Saguin, E., Gorin, C., Daudin, M., Annette, S., Salomé, J., ... & Colas, M. D. (2024). Psychological first aid in operation for military healthcare providers: a study on pre-deployment training. *L'Encéphale*.
- Goethals, F., Sieuw, C., Deheegher, J. (2020). Psychologische Eerste Hulp (PEH) Lesnota's.
- Greenberg, N., Minshall, D., & Simms, A. (2023). Immediate management of acute psychological trauma in conflict zones. *bmj*, 380.
- Haugen, P. T., Evces, M., & Weiss, D. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 32(5), 370-380.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315.
- Jones, E., Thomas, A., & Ironside, S. (2007). Shell shock: an outcome study of a First World War 'PIE' unit. *Psychological medicine*, 37(2), 215-223.
- Joseph, S., Murphy, D., & Regel, S. (2012). An affective–cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(4), 316-325.
- Matson, L. M., Adler, A. B., Quartana, P. J., Thomas, C. L., & Lowery-Gionta, E. G. (2022). Management of acute stress reactions in the military: a stepped care approach. *Current Psychiatry Reports*, 24(12), 799-808.
- Nordstrand, A. E., Barger, S. D., Tvedt, M. A., Gjerstad, C. L., Engen, H. G., & Adler, A. B. (2024). A novel intervention for acute stress reaction: exploring the feasibility of ReSTART among Norwegian soldiers. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2400011.
- North, C. S., McCutcheon, V., Spitznagel, E. L., & Smith, E. M. (2002). Three-year follow-up of survivors of a mass shooting episode. *Journal of Urban Health*, 79, 383-391.

- Olf, M. (2012). Bonding after trauma: On the role of social support and the oxytocin system in traumatic stress. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 18597.
- Pekevski, J. (2013). First responders and psychological first aid. *Journal of emergency management (Weston, Mass.)*, 11(1), 39-48.
- Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M., & Watson, P. J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 17-49.
- Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241-251.
- Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., ... & Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345(20), 1507-1512.
- Svetlitzky, V., Farchi, M., Ben Yehuda, A., & Adler, A. B. (2020). YaHaLOM: a rapid intervention for acute stress reactions in high-risk occupations. *Military Behavioral Health*, 8(2), 232-242.
- Svetlitzky, V., Farchi, M., Ben Yehuda, A., Start, A. R., Levi, O., & Adler, A. B. (2020). YaHaLOM training in the military: Assessing knowledge, confidence, and stigma. *Psychological Services*, 17(2), 151.
- Hebet Unit, Mental Health Department, Medical Corps, IDF (2017). Magen for soldier (Psychological First Aid on the Battlefield). <https://www.youtube.com/watch?v=t-QZgZd-PJ4>
- Walter Reed Army Institute of research (2020). iCOVER. https://www.youtube.com/watch?v=t84_QvbnITO
- Wang, L., Norman, I., Xiao, T., Li, Y., & Leamy, M. (2021). Psychological first aid training: a scoping review of its application, outcomes and implementation. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4594.
- World Health Organization. (2004). *International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index* (Vol. 3). World Health Organization.
- Zohar, J., Yahalom, H., Kozlovsky, N., Cwikel-Hamzany, S., Matar, M. A., Kaplan, Z., ... & Cohen, H. (2011). High dose hydrocortisone immediately after trauma may alter the trajectory of PTSD: interplay between clinical and animal studies. *European Neuropsychopharmacology*, 21(11), 796-809.

10. Afkortingen

- ASACC: Assessment, Stabilization, Assess and triage, Communicate, Connect
- ASR: Acute Stress Reaction
- ASD: Acute Stress Disorder
- BESSER: Binden (connecteren), Eindhoven (verzekeren), Spreken (spreken), Stabiliseren, Engageren (engageren), Rückführen (herintegreren)
- BFB: Back From the Black
- (Six) C's: Cognitive verbal Communication, Challenge, Control, Commitment, Continuity
- CGG: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
- CLS: Combat Life Saver
- EUMAM: European Union Military Assistance Mission
- EMT-B: Emergency Medical Technician - Basic
- EPsyHBO: Eerste Psychologische Hulp Bij Ongevallen
- iCOVER: Identify, Connect, Offer commitment, Verify facts, Establish order of events, Request action
- MIF: Militaire Initiatiefase
- ONVEE: Onmiddellijkheid, Nabijheid, Verwachting, Eenvoud, Eenheid
- OVG: Operation Vigilant Guardian
- PDT: Pre Deployment Training
- PFA: Psychological First Aid
- PFATO: Psychological First Aid Training in Operations
- PFC: Pre-Frontale Cortex
- PIES(U): Proximity, Immediacy, Expectancy, Simplicity, (Unicity)
- PTE: Potentially Traumatic Event, Potentieel Traumatisch Event
- PTSD: Post Traumatic Stress Disorder
- ReSTART: Register ASR (identificeer ASR), Skap contact (maak contact), Tilby feleskap (bied gezelschap aan), Avklar fakta (geef de feiten weer), Reetabler Tidslinje (reconstrueer de tijdlijn), Tilbake til opgave (keer terug naar het uitvoeren van de taak)
- SOC: Sense Of Coherence
- TCCC: Tactical Combat Casualty Care
- YaHaLOM: Ya (verbinden), Ha (benadrukken), L (informeren), O (bevestigen), M (geven)

11. Bijlagen

11.1 Vragenlijst Lime-Survey



Bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek naar de voorbereiding op psychosociale ondersteuning binnen de PDT voor Belgische militaire ambulanciers. Uw ervaringen zijn waardevol.

Waarom dit onderzoek?

Deze vragenlijst onderzoekt hoe goed de huidige PDT militaire ambulanciers voorbereidt op psychosociale ondersteuning tijdens buitenlandse zendingen. Door deel te nemen aan deze enquête helpt u het Centrum voor Crisispsychologie (CCP) in het MHKA om de training van de ambulanciers tijdens de PDT te verbeteren.

Uw deelname

Uw deelname is vrijwillig en vertrouwelijk. De gegevens worden enkel gebruikt voor academische doeleinden binnen het postgraduaat Rampenmanagement. Anonimiteit is gegarandeerd, tenzij u aangeeft dat u wilt deelnemen aan een diepte-interview, maar ook bij de verwerking van het diepte-interview voor het gepubliceerde onderzoek blijft uw anonimiteit gewaarborgd.

De vragenlijst (10-15 minuten)

De vragenlijst bevat vragen over uw opleiding, ervaring met de PDT en uw operationele inzet. Er zijn geen goede of foute antwoorden, we zijn geïnteresseerd in uw ervaringen en mening. U kunt vragen die u niet wilt beantwoorden overslaan.

Diepte-interview?

Aan het einde kunt u aangeven of u wilt deelnemen aan een diepte-interview. Dit diepte-interview zal op een later afgesproken datum en locatie (in persoon of telefonisch) plaatsvinden en is van grote waarde voor het onderzoek. Om de anonimiteit te garanderen, wordt er gevraagd om zelf contact op te nemen om een verdere datum af te spreken.



Sectie A: Algemene gegevens

A1. Jaartal voltooiing opleiding EMT-B:

A2. Heeft u aanvullende vormen gevolgd over psychologische begeleiding of eerste opvang?

Ja ☐

Nee ☐

A3. Indien ja, welke specifieke opleiding(en)?

Sectie B: Ervaring met Pre Deployment Training (PDT)

B1. Heeft u een PDT gevolgd voorafgaand aan een buitenlandse zending?
(Indien nee, kunt u de rest van de vragen overslaan en doorgaan naar de laatste vraag.)

Ja ☐

Nee ☐

B2. Werd er tijdens de PDT specifiek aandacht besteed aan psychologische hulpverlening of psychosociale opvang?

Ja ☐

Nee ☐

B3. Indien ja, kunt u toelichten welke onderwerpen aan bod kwamen?

B4. Hoe beoordeelt u de duur van de psychosociale voorbereiding tijdens de PDT?

- Onvoldoende ☐
Matig ☐
Voldoende ☐
Goed ☐
Zeer goed ☐

B5. Hoe beoordeelt u de kwaliteit van de psychosociale voorbereiding tijdens de PDT?

- Onvoldoende ☐
Matig ☐
Voldoende ☐
Goed ☐
Zeer goed ☐

B6. Zijn er nog toevoegingen die u wilt doen over het psychosociale gedeelte in de PDT?

Sectie C: Operationele ervaring

C1. Hoeveel buitenlandse zendingen heeft u uitgevoerd als ambulancier?

--	--	--	--	--

C2. Welke zending(en)? (Gelieve bij elke zending het jaartal erbij te vermelden.)

--

C3. Heeft u tijdens uw zendingen te maken gehad met een kritisch incident (zoals ernstige ongevallen, gewonden of andere traumatische gebeurtenissen)?

Ja ☐

Nee ☐

C4. Indien ja, kunt u kort omschrijven wat er is gebeurd en uw rol daarin?

--

C5. Heeft u daarnaast situaties meegemaakt waarin u psychologische begeleiding of eerste opvang moest bieden voor sociale moeilijkheden (zoals langdurig weg van huis, conflicten met collega's, aanpassingsproblemen of andere)?

Ja ☐

Nee ☐

C6. Indien ja, kunt u kort omschrijven wat er is gebeurd en uw rol daarin?

--

- C7. Voelde u zich voldoende voorbereid om psychologische eerste hulp te bieden tijdens buitenlandse zendingen?

Ja ☐

Nee ☐

- C8. Kunt u toelichten waarom wel of niet?

Sectie D: Vergelijking en verbetering

- D1. Heeft u kennis van de psychologische begeleiding of eerste opvang in de PDT van ambulanciers uit andere landen?

Ja ☐

Nee ☐

- D2. Indien ja, wat zijn volgens u de belangrijkste verschillen of aandachtspunten?

- D3. Welke aanbevelingen zou u doen om de voorbereiding op psychologische begeleiding of eerste opvang in de Belgische PDT te verbeteren?



Sectie E: Contact voor vervolgonderzoek

In het diepte-interview gaan we dieper in op uw ervaringen en meningen over de psychosociale ondersteuning binnen de PDT. Het is een één-op-één gesprek op een afgesproken datum en locatie (in persoon of telefonisch) waarin we in alle vertrouwelijkheid uw ervaringen bespreken. Ook bij de verwerking van het diepte-interview voor het gepubliceerde onderzoek blijft uw anonimiteit gewaarborgd.

Uw deelname aan het diepte-interview is van grote waarde voor ons onderzoek. Uw inzichten helpen ons om de voorbereiding op psychosociale eerste opvang binnen de PDT te verbeteren en zo toekomstige ambulanciers beter te ondersteunen.

E1. Bent u geïnteresseerd voor een diepte-interview?

Neem gerust contact op met Gerben De Nil om een moment in te plannen.

Via e-mail:

Via 2

Via Tel

Alvast bedankt!

Ja

☐

Nee

☐

11.2 Diepte-interview Vragenlijst

Onderzoekstitel: Onderzoek naar de effectiviteit van de psychosociale voorbereiding tijdens de Pre Deployment Training (PDT) voor Belgische militaire ambulanciers.

Doel van het diepte-interview: Het verkrijgen van diepgaand inzicht in de ervaringen van Belgische militaire ambulanciers met betrekking tot de psychosociale voorbereiding tijdens de Pre Deployment Training (PDT), en hoe deze hen heeft geholpen om psychosociale ondersteuning te bieden tijdens buitenlandse zendingen.

Introductie

1. Bedankt dat u deelneemt aan dit interview. Kunt u uzelf kort voorstellen? (Naam, rang, eenheid, aantal dienstjaren als ambulancier bij Defensie.)
2. Kunt u kort uw ervaring met buitenlandse zendingen beschrijven? (Aantal zendingen, aard van de opdrachten, duur van de zendingen.)

Ervaringen met Pre Deployment Training (PDT)

3. Hoe zou u de psychosociale voorbereiding tijdens de PDT omschrijven? (Duur, inhoud, relevantie.)
4. Welke onderwerpen werden specifiek behandeld met betrekking tot psychosociale opvang? (Bijvoorbeeld: stressmanagement, eerste psychologische hulp.)
5. Vond u de training voldoende om u voor te bereiden op het bieden van psychosociale ondersteuning? Waarom wel/niet?

Praktische Ervaringen tijdens Zendingen

6. Kunt u een situatie beschrijven waarin u psychosociale ondersteuning moest bieden tijdens een buitenlandse zending?
7. Wat was het resultaat en hoe reageerden de betrokkenen? (Bijvoorbeeld na een incident, sociale spanningen, of persoonlijke problemen bij collega's.)
8. In hoeverre voelde u zich voorbereid om met dergelijke situaties om te gaan?
9. Welke vaardigheden of kennis miste u tijdens dergelijke situaties?

Vergelijking en Verbetering

10. Heeft u kennis van hoe andere landen (bijvoorbeeld NAVO-partners) hun militaire ambulanciers voorbereiden op psychosociale ondersteuning?
 - a. Hoe heeft u deze kennis opgedaan? (Indien ja, wat zijn de belangrijkste verschillen?)
11. Wat zou u veranderen aan de psychosociale voorbereiding in de Belgische PDT om deze effectiever te maken?

Sociale en Persoonlijke Aspecten

12. Werden sociale moeilijkheden (zoals conflicten met collega's of heimwee) besproken tijdens de PDT?
 - a. En hoe ging u daarmee om tijdens uw zendingen?

Slot

13. Heeft u nog aanvullende opmerkingen of suggesties met betrekking tot de psychosociale voorbereiding van Belgische militaire ambulanciers?

Afsluiting:

Bedankt voor uw tijd en waardevolle inzichten. Indien u in de toekomst aanvullende informatie wilt delen, kunt u altijd contact opnemen.

11.3 Informed consent

Onderzoekstitel: Onderzoek naar de effectiviteit van de psychosociale voorbereiding tijdens de Pre Deployment Training (PDT) voor Belgische militaire ambulanciers.

Onderzoeker: Gerben De Nil

Instelling: Postgraduaat Rampenmanagement

Contact: [REDACTED]

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel te evalueren in hoeverre de voorbereiding op vlak van Mental Health Support tijdens de Pre Deployment Training (PDT) voldoet aan de behoeften van Belgische militaire ambulanciers. Uw deelname zal ons helpen om inzichten te verkrijgen en aanbevelingen te formuleren ter verbetering van deze training.

Wat houdt deelname in?

Als deelnemer wordt u gevraagd een vragenlijst in te vullen over uw ervaringen met de PDT en uw buitenlandse zendingen. De vragenlijst neemt naar verwachting 15 tot 20 minuten in beslag. Indien u toestemt, kan er contact met u worden opgenomen voor een diepte-interview om uw antwoorden verder te bespreken. Deelname aan het interview is vrijwillig.

Vrijwilligheid en vertrouwelijkheid

Uw deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. U kunt op elk moment besluiten om te stoppen zonder dat dit nadelige gevolgen heeft. Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld en alleen gebruikt voor academische doeleinden. In publicaties of rapporten zullen uw antwoorden volledig geanonimiseerd worden.

Risico's en voordelen

Er zijn geen directe risico's verbonden aan deelname aan dit onderzoek. Het onderzoek kan bijdragen aan een beter begrip van de effectiviteit van de psychosociale voorbereiding voor militaire ambulanciers en daarmee aan verbeteringen in de toekomst.

Toestemming

Door dit document te ondertekenen, bevestigt u dat:

- U de informatie over het onderzoek heeft gelezen en begrepen.
- U de kans heeft gehad om vragen te stellen en dat uw vragen naar tevredenheid zijn beantwoord.
- U vrijwillig instemt met deelname aan het onderzoek.

Contact bij vragen

Indien u vragen heeft over dit onderzoek of uw rechten als deelnemer, kunt u contact opnemen met Gerben De Nil via [REDACTED] of [REDACTED]

Handtekening

Naam deelnemer: _____

Handtekening deelnemer: _____

Datum: _____

Naam onderzoeker: _____

Handtekening onderzoeker: _____

Datum: _____