



RAMPEN MANAGEMENT

ACADEMIEJAAR 2023-2024

Gespecialiseerde psychosociale interventies tijdens en onmiddellijk na een collectief incident

STUDENT: An Verelst

PROMOTOR: Astrid Fortuin

SAMENVATTING

Onmiddellijke psychosociale interventie bij collectieve rampen: een Grounded Theory exploratief onderzoek

Dit onderzoek verdiept zich in het cruciale maar onderbelichte domein van psychosociale ondersteuning voor slachtoffers in de onmiddellijke nasleep van collectieve rampen. Hoewel bestaande psychosociale interventieplannen (PSIP) ondersteuningsstructuren bieden, blijft er een aanzienlijke kloof bestaan in het begrijpen en aanpakken van de specifieke behoeften van individuen tijdens de cruciale eerste uren na een ramp.

Om deze kenniskloof te overbruggen, werd een grounded theory-benadering gebruikt om de psychosociale ervaringen van slachtoffers, hulpverleners en experts te onderzoeken. De studie onthulde een dringende noodzaak voor onmiddellijke psychosociale interventie, aangezien slachtoffers vaak kampen met intense emotionele stress, een diepgaand gevoel van isolatie en machteloosheid. Deze ervaringen kunnen, indien niet aangepakt, langdurige negatieve gevolgen hebben.

Het huidige ondersteuningssysteem, richt zich voornamelijk op latere stadia van herstel. Onze bevindingen benadrukken de noodzaak van een proactievere aanpak die gericht is op de onmiddellijke na-rampperiode om schade te beperken en herstel te faciliteren. Een belangrijke bevinding is de identificatie van twee grote noden aan psychosociale interventie. Eerst en vooral is er een dringende noodzaak van een toegewijde psychosociale coördinator ter plaatse om de situatie te beoordelen, ondersteuningsinspanningen te coördineren en evacuatie te organiseren. Ten tweede dient de psychosociale coördinatie ook gecomplementeerd te worden door een psychosociale interventie die gericht is op het vergroten van mentale veiligheid, verminderen van machteloosheid en peritraumatische stress en individuele noden te identificeren. Die individuele noden kunnen een antwoord krijgen in het helpen beheren van lichamelijke activatie of aan initiële stabilisatie te bieden aan slachtoffers.

Het onderzoek benadrukt ook de rol van psychofysiologische stabilisatietechnieken in de onmiddellijke nasleep van rampen. Technieken zoals grounding, gecontroleerde ademhaling en mindfulness kunnen helpen de stressrespons van het lichaam te reguleren en een gevoel van kalmte te bevorderen. Het opnemen van deze technieken in het onmiddellijke interventiekader is cruciaal voor het optimaliseren van resultaten.

Om onmiddellijke psychosociale interventies effectief te implementeren, is een uitgebreid opleidingsprogramma voor verschillende types van hulpverleners essentieel: gespecialiseerde psychosociale profielen, eerste hulpverleners en nulde hulpverleners. Deze training moet personeel uitrusten met de nodige kennis en vaardigheden om de psychosociale behoeften van slachtoffers in de onmiddellijke nasleep van een ramp te identificeren en aan te pakken. Daarbij blijft voor de eerste hulpverleners natuurlijk hun kerntaak prioritair. Bovendien kan een uitwerking van een onmiddellijke psychosociale hulpverlening in België enkel bestaan binnen een aangepast en uitgewerkt kader dat wettelijk en procedureel de mogelijkheden biedt voor inzet van psychosociale gespecialiseerde profielen, samenwerking met andere diensten op terrein, tijdige alarmering en hulp voor de hulpverleners.

Samenvattend benadrukt deze studie het cruciale belang van onmiddellijke psychosociale interventie bij het verminderen van de langetermijngevolgen van collectieve rampen. Door de

unieke uitdagingen waarmee slachtoffers worden geconfronteerd tijdens de eerste uren aan te pakken, kunnen we hun veerkracht en algemeen welzijn aanzienlijk verbeteren. Verder onderzoek en implementatie-inspanningen zijn nodig om deze interventies te verfijnen en te optimaliseren om getroffenen van collectieve noodsituaties beter psychosociaal te ondersteunen.

Sleutelwoorden: PSIP, Psychosociaal, Trauma, Acuut

DANKWOORD

Allereerst wil ik mijn oprechte dank uitspreken aan mijn promotor, Astrid. Jouw diepgaande kennis van het vakgebied en je vermogen om complexe zaken helder te verwoorden zijn een onuitputtelijke bron van inspiratie geweest. Ik waardeer het enorm dat je altijd bereid was om me te begeleiden, ook al was ik niet altijd de snelste en proactieve student. Dankzij jouw flexibiliteit, inspiratie en blijvende steun ben ik op het juiste spoor geraakt. Ik hoop dat de resultaten van dit onderzoek je ook inspiratie geven om de psychosociale zorg in ons land nog te verbeteren. Knallen maar.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar alle deelnemers aan dit onderzoek. Jullie bereidheid om tijd vrij te maken en openhartig te antwoorden op mijn vragen is onmisbaar geweest. Jullie unieke perspectieven en ervaringen hebben dit onderzoek verrijkt en tot een succes gemaakt. Jullie zijn de experts en ik apprecieer het enorm dat jullie jullie inzichten met me hebben willen delen.

Ook een bedanking voor de organisatoren van het postgraduaat Rampenmanagement voor de boeiende lessen en opleiding de voorbije jaren. Extra danku aan Sofie voor al haar praktische ondersteuning.

Dan bedank ik natuurlijk ook met veel liefde mijn vrienden en familie dankzij wie ik deze thesis heb kunnen schrijven in de vroege uren en late nachten. Dankje aan mijn kleine liefste Mona voor je glimlach, liefde en geduld tijdens het schrijven van deze thesis.

TABLE OF CONTENTS

Samenvatting.....	i
Dankwoord.....	iii
1. Probleemstelling en Onderzoeksvraag.....	1
1 Literatuurstudie.....	3
1.1 De Psychosociale impact van collectieve noodsituaties	3
1.1.1 Psychologische gevolgen van PTE	3
1.1.2 Trauma en het brein	4
1.1.3 Collectieve incidenten en psychologische impact.....	6
1.1.4 Protectieve en risico factoren.....	7
1.2 Vroegtijdige/onmiddellijke interventie	11
1.1.5 Onmiddellijke psychosociale interventies.....	12
1.1.6 Modellen van PFA	12
1.1.7 De impact van PFA.....	13
1.1.8 Hobfoll	14
1.1.9 Psychopharmacological interventions.....	16
1.1.10 Tetris	17
1.1.11 De eekhoorn	17
1.3 Post-onmiddellijke fase.....	18
1.4 Psychosociale interventie bij collectieve noodsituaties in België.....	19
1.1.12 Het kader van noodplanning en crisisbeheer	19
1.1.13 Psychosociale hulpverlening.....	19
2 Methode.....	23
2.1 Context.....	23
2.2 Methodologie	23
2.2.1 Methodologie	23
2.2.2 Data Verzameling	23
2.2.3 Ethische Overwegingen	24
2.2.4 Kwaliteitscontrole	24
3 Analyse	27
3.1 Nood aan onmiddellijke psychosociale interventie.....	27
3.1.1 Wanneer?	27
3.1.2 Voor Wie?.....	28
3.2 Huidige situatie op het terrein.....	28
3.2.1 Hulpverleners hebben andere prioriteiten en vaardigheden.....	28

3.2.2	Getroffenen als belast.....	29
3.2.3	Aan hun lot overgelaten	30
3.2.4	Blootstelling.....	31
3.2.5	Psychosociale interventies op het rampterrein.....	32
3.2.6	Psychosociale ondersteuning als ‘An afterthought’	33
3.3	Psychosociale opdrachten in de acute fase.....	34
3.3.1	Coördinatie van het rampterrein.....	34
3.3.2	Ondersteunen van de getroffenen	36
3.3.3	Ondersteunen van individuele getroffenen met psychosociale nood	37
3.3.4	Ondersteunen van de registratie op terrein.....	37
3.4	Inhoud van de Psychosociale interventies met getroffenen	38
3.4.1	Een kader voor interventie	38
3.4.2	Specifieke interventies en technieken	40
3.4.3	Connectie maken en faciliteren.....	47
3.4.4	Zelfredzaamheid.....	49
3.4.5	Principes.....	50
3.4.6	In een hulpverleningstraject.....	52
3.5	Organisatie van Psychosociale onmiddellijke interventie in België	53
3.5.1	gespecialiseerde acute psychosociale interventies	53
3.5.2	Alarmering	59
3.5.3	Samenwerking.....	59
4	Conclusie	61
4.1.1	Beperkingen van het werk en suggesties voor verder onderzoek.	63
4.2	Beleidsadvies	64
4.2.1	Een wetgevend kader en bijhorende procedures	64
4.2.2	Onmiddellijke psychosociale interventies.....	64
4.2.3	Opleiding.....	65
	Tabellen en Figuren	66
	Referenties	67
	Annexes	73
4.3	Annex 1 – Vragenlijst	73
4.4	Annex 2 – HobFoll et al. (2007) + theoretische en interventiekaders.....	75

1. PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAAG

Psychosociale ondersteuning van getroffenen van collectieve noodsituaties wordt momenteel georganiseerd zoals beschreven in het Psychosociaal InterventiePlan (PSIP). Binnen dit plan worden een aantal structuren beschreven waarin getroffenen psychosociale ondersteuning krijgen in de brede zin van het woord – van informatie, tot praktische ondersteuning, opvang in een onthaalcentrum, naar Psychosociale eerste hulp.

De psychosociale ondersteuning in België vertrekt vanuit een veerkrachtmodel dat aansluit bij de vijf principes van onmiddellijke interventie na collectieve incidenten van Hobfoll en collega's (2007). Dat kader wordt momenteel gebruikt in de psychosociale eerste hulp die aangeboden wordt binnen het PSIP en de PSIP structuren.

De laatste decennia is er veel onderzoek gedaan en expertise ontwikkeld over enerzijds de psychologische en sociale impact van traumatische gebeurtenissen en collectieve incidenten in het bijzonder. Daarbij wordt ook steeds meer aandacht besteed aan de mogelijkheden van preventie van psychologische gevolgen van trauma tijdens een collectief incident en de vroege versterking van veerkracht.

Getuigenissen van slachtoffers en hulpverleners bij collectieve incidenten in ons land inspireerden de focus van dit onderzoek. Tijdens collectieve incidenten is het immers vaak zo dat gewonden getuigen lange tijd alleen gelaten te zijn, getroffenen vertellen dat ze gruwelijke beelden zagen terwijl ze wachtten op vervoer naar een veilige plek, slachtoffers aangeven dat er niemand met hen sprak of er geen hulp aanwezig was in de eerste uren hoewel de hulpverlening al aan de gang was.

De eerste momenten tijdens en na een collectief incident worden momenteel de PSIP actoren en structuren ontplooid. Voor deze aan de slag gaan en 'up and running' zijn is er vaak al enige tijd verstreken. Tot op heden is er geen onderzoek uitgevoerd om te exploreren wat er in die eerste momenten gebeurt tijdens collectieve noodsituaties in België. Vooral wat er gebeurt voor getroffenen in een onthaalcentrum worden opgevangen is onduidelijk. Meer informatie is nodig over welke kaders gebruikt worden en welke specifieke technieken worden toegepast. Daarbij moet ook specifiek gekeken worden naar de psychofysiologische (stabilisatie) technieken die in recent onderzoek en praktijk meer en meer aan belangrijkheid winnen voor een onmiddellijke preventieve actie. Gegeven dat het huidige PSIP slechts in contact komt met getroffenen in een iets latere fase is het noodzakelijk om te exploreren welke interventies er in de periode ervoor belangrijk zouden zijn, door wie ze uitgevoerd zouden kunnen worden en binnen welk kader.

Hoewel om methodologische en ethische redenen er relatief weinig wetenschappelijke evidentie bestaat over gespecialiseerde onmiddellijke psychosociale technieken na collectieve noodsituaties blijkt dat voor bepaalde getroffenen psychofysiologische of psychologische technieken een impact kunnen hebben op het langdurig herstel van getroffenen.

Dit brengt ons bij de volgende probleemstelling: Onderzoek wijst uit dat er psychosociale noden zijn van getroffenen van collectieve noodsituaties tijdens of in de allereerste uren na de gebeurtenis. Een groeiende wetenschappelijke interesse gaat uit naar de mechanismen, kaders en interventies die preventief kunnen ingezet worden tijdens die onmiddellijke fase. Dit onderzoek zet een eerste stap in het uitwerken van psychosociale interventies voor die onmiddellijke fase in België door de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Wat zijn de psychosociale noden en noden aan psychosociale interventie in de onmiddellijke fase?

- Wat gebeurt er momenteel aan onmiddellijke psychosociale interventie bij collectieve noodsituaties in België?
- Welke psychosociale interventie zou er moeten gebeuren in de onmiddellijke fase en wat is daarvoor nodig (wie, hoe, met welke opleiding, welk wettelijk kader)

1 LITERATUURSTUDIE

De focus van deze thesis is de onmiddellijke psychosociale noden en interventies bij collectieve incidenten. Deze literatuurstudie gaat eerst en vooral in op de psychosociale impact van collectieve incidenten door aandacht te besteden aan de psychologische en sociale gevolgen van traumatische collectieve incidenten. Daarbij wordt meer inzicht gegeven in de psychologische, neurobiologische en sociale gevolgen van traumatische gebeurtenissen, meer specifiek tijdens collectieve incidenten. Vervolgens wordt gekeken naar de factoren die tijdens een traumatisch incident (peritraumatische factoren) van belang zijn in het verder ontwikkelen van psychologische gevolgen. Ook bespreken we de verschillende kaders van interventie in de acute fase van een incident, met bijzondere aandacht voor de recente wetenschappelijke inzichten en ontwikkelingen zowel in psychologisch, therapeutisch als neurobiologisch onderzoek. Recent onderzoek wijst immers uit dat een biopsychosociaal perspectief primordiaal is om traumagerelateerde interventies vorm te geven.

Tenslotte wordt de Belgische context van psychosociale interventie toegelicht opgehangen aan de principes, structuren en interventies binnen het Psychosociaal Interventieplan (PSIP).

1.1 DE PSYCHOSOCIALE IMPACT VAN COLLECTIEVE NOODSITUATIES

In een enquête waarbij 24 landen over de hele wereld betrokken waren, rapporteerde de World Mental Health (WMH) dat 70% van de bevolking minstens één keer in hun leven was blootgesteld aan een potentieel traumatische gebeurtenis (PTE), met hogere blootstellingspercentages onder kinderen, adolescenten en jongvolwassenen (Benjet et al., 2016).

De meeste studies tonen aan dat spontaan herstel voor zowel volwassenen als jongeren na blootstelling aan PTE's de norm is. Mensen worden op verschillende manieren beïnvloed door trauma's, gedefinieerd als gebeurtenissen waarbij sprake is van daadwerkelijke of dreigende dood of seksueel geweld (Layne et al., 2007). Sommige mensen ervaren nooit grote problemen; dit staat bekend als weerstand. Veel mensen vertonen in de weken na een trauma symptomen die lijken op posttraumatische stressstoornis. Voor de meeste van die mensen verdwijnen deze symptomen vanzelf weer, wat bekend staat als natuurlijk herstel of veerkracht. Andere mensen ervaren symptomen die niet vanzelf verdwijnen.

1.1.1 Psychologische gevolgen van PTE

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een mogelijke uitkomst wanneer dit gebeurt. Onderzoek toont aan dat 6-20% van de individuen die een PTE meemaakt PTSS ontwikkelt (Koenen et al., 2017; Kessler et al., 2005; Benjet et al., 2016).

Collectieve incidenten zoals incidenten met veel slachtoffers, rampen of aanslagen worden gezien als PTE. Het is immers zo dat mensen tijdens dit soort incidenten vaak blootgesteld worden aan situaties die *'hun leven, hun geliefden en wat ze het meest waarderen bedreigen'* (Hobfoll et al., 2008).

Acute stressreacties zijn onmiddellijke psychologische en fysiologische reacties op traumatische gebeurtenissen, gekenmerkt door symptomen zoals angst, indringende herinneringen en hyperarousal. Deze reacties kunnen optreden binnen enkele uren of dagen na blootstelling aan een stressor en duren meestal van een paar dagen tot een maand. Veelvoorkomende symptomen zijn verwarring, verdriet, prikkelbaarheid en fysieke

manifestaties zoals een verhoogde hartslag en zweten. Als deze symptomen langer dan een maand aanhouden, kunnen ze zich ontwikkelen tot een acute stressstoornis (ASD). De Internationale Classificatie van Ziekten (ICD) en de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) erkennen beide acute stressreacties, hoewel ze verschillen in diagnostische criteria en terminologie (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 2018).

Acute stressstoornis wordt gediagnosticeerd wanneer symptomen minimaal drie dagen maar minder dan een maand aanhouden na een traumatische gebeurtenis. ASD deelt symptomen met posttraumatische stressstoornis (PTSS), waaronder het herbeleven van de trauma en vermijdingsgedrag, maar wordt onderscheiden door de kortere duur. Behandeling voor ASD omvat vaak psychotherapie die gericht is op het helpen van individuen om het trauma te verwerken en hun symptomen effectief te beheersen. Vroege interventie is cruciaal, omdat onbehandelde ASD kan leiden tot de ontwikkeling van PTSS, een chronischer aandoening die gekenmerkt wordt door aanhoudende symptomen die de dagelijkse functionaliteit aanzienlijk kunnen belemmeren (Bryant et al., 2017; Kessler et al., 1995).

De relatie tussen acute stressreacties, ASD en PTSS is significant, aangezien individuen die acute stressreacties ervaren een hoger risico lopen op het ontwikkelen van PTSS als hun symptomen onbehandeld blijven. Het begrijpen van deze aandoeningen is essentieel voor effectieve behandeling en ondersteuning van degenen die door traumatische ervaringen zijn getroffen (Adler et al., 2020).

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een diagnose die doorgaans vereist dat de symptomen langer dan een maand aanhouden en het dagelijks functioneren aanzienlijk belemmeren. De symptomen zijn onderverdeeld in vier hoofdgroepen: opdringerige herinneringen, vermijdingsgedrag, negatieve veranderingen in cognitie en stemming, en veranderingen in opwindingsreactiviteit. Individuele flashbacks, nachtmerries en ernstige angst ervaren, samen met emotionele gevoelloosheid en hypervigilantie. Ze vermijden vaak herinneringen aan het trauma, wat leidt tot sociale terugtrekking en problemen in relaties. Het begin van de symptomen kan kort na het trauma optreden of kan maanden of zelfs jaren worden uitgesteld. Huidig bewijs geeft aan dat trauma ingrijpende effecten kan hebben op het geheugen, waarbij personen die lijden aan PTSS vaak geheugenproblemen ervaren die verband houden met de traumatische gebeurtenis, zoals moeite met het herinneren van specifieke details.

Hoewel Post-traumatische stress stoornis vaak naar voren geschoven wordt als hét potentieel psychologisch gevolg van trauma toont onderzoek duidelijk aan dat trauma ook kan leiden tot depressieve stoornissen, suicidale gedachten, angststoornissen, gedragsstoornissen, misbruik van middelen en slaapproblemen (Grenon et al., 2019).

1.1.2 Trauma en het brein

Trauma heeft een diepgaande impact op de neurologische en neurobiologische systemen, wat leidt tot significante veranderingen in de structuur en functie van de hersenen. Neurobiologisch onderzoek suggereert dat PTSS wordt geassocieerd met veranderingen in de hersenfunctie en -structuur, met name in gebieden die betrokken zijn bij geheugenverwerking en emotionele regulatie, wat kan bijdragen aan het aanhouden van symptomen en de uitdagingen bij het overwinnen van trauma. Het begrijpen van deze veranderingen is cruciaal om de langetermijneffecten van traumatische ervaringen, met name in de context van posttraumatische stressstoornis (PTSS), te begrijpen. Dit overzicht zal de neurobiologische

mechanismen bespreken die betrokken zijn bij de traumarespons, met de nadruk op belangrijke hersengebieden, neurochemische paden en de implicaties voor de geestelijke gezondheid.

De hersengebieden die het meest worden beïnvloed door trauma zijn de amygdala, hippocampus en prefrontale cortex.

- Amygdala: Deze regio is cruciaal voor het verwerken van emoties, vooral angst. Tijdens trauma wordt de amygdala hyperactief, wat leidt tot verhoogde angstreacties en emotionele dysregulatie. Deze hyperactiviteit is vaak gekoppeld aan symptomen van hyperarousal en indringende herinneringen die kenmerkend zijn voor PTSS (Bremner, 2006).
- Hippocampus: De hippocampus speelt een vitale rol bij het vormen van herinneringen en het contextualiseren van ervaringen. Trauma kan leiden tot een vermindering van het hippocampale volume, wat gepaard gaat met moeilijkheden bij het vormen van herinneringen en leren, evenals het onvermogen om onderscheid te maken tussen dreiging uit het verleden en het heden (Woon, Sood & Hedges, 2010).
- Prefrontale cortex: Dit gebied is verantwoordelijk voor hogere cognitieve functies, waaronder besluitvorming en impulscontrole. Trauma kan de functie van de prefrontale cortex verstoren, wat leidt tot moeilijkheden bij het reguleren van emoties en gedrag, wat de symptomen van PTSS kan verergeren (Rauch et al., 2006).

Naast de impact van trauma op verschillende hersengebieden zijn er ook neurochemische veranderingen die plaatsvinden tijdens traumatische gebeurtenissen. Trauma beïnvloedt ook verschillende neurochemische systemen, met name de hypothalamus-hypofyse-bijnier (HPA)-as, die de stressrespons van het lichaam reguleert.

- Cortisol: Na een trauma kunnen cortisolniveaus ontregeld raken. Aanvankelijk kan er een toename zijn in de afgifte van cortisol, wat het lichaam voorbereidt op een vecht- of vluchtrespons. Chronische blootstelling aan stress kan echter leiden tot een afgevlakte cortisolrespons, wat vaak wordt waargenomen bij mensen met PTSS (Yehuda, 2002).
- Norepinefrine: Deze neurotransmitter is betrokken bij arousal en alertheid. Trauma kan leiden tot een verhoogde norepinefrine-activiteit, wat bijdraagt aan hyperarousal en verhoogde schrikreacties (Bremner et al., 1996).
- Neuropeptide Y (NPY): NPY is geassocieerd met stressbestendigheid. Lagere NPY-niveaus zijn gekoppeld aan een verhoogde kwetsbaarheid voor PTSS, wat suggereert dat het een beschermende rol kan spelen bij het verzachten van de effecten van trauma (Hein et al., 2013).

De neurobiologische impact van trauma kan leiden tot blijvende veranderingen in hersenfunctie en -structuur, wat mensen vatbaarder kan maken voor verschillende psychische aandoeningen. Ondanks de nadelige effecten van trauma vertoont de hersenen een opmerkelijke plasticiteit, waardoor herstel en aanpassing mogelijk zijn. Therapeutische interventies, zoals traumagerichte therapie en farmacologische behandelingen, kunnen neurogenese bevorderen en de functie verbeteren in aangetaste hersengebieden (Duman et al., 2001).

Het begrijpen van de neurobiologische grondslagen van trauma is essentieel voor het ontwikkelen van effectieve behandelstrategieën en het bevorderen van veerkracht bij mensen die traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt.

1.1.3 Collectieve incidenten en psychologische impact

Collectieve noodsituaties kunnen leiden tot een reeks psychologische problemen, waarbij studies aangeven dat 20-30% van de getroffen individuen mentale gezondheidsstoornissen kunnen ontwikkelen zoals angst, depressie en posttraumatische stressstoornis (PTSS) na dergelijke gebeurtenissen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft erkend dat de psychologische impact onmiddellijk kan zijn, wat leidt tot acute stressreacties, en kan evolueren naar chronische mentale gezondheidsproblemen als deze niet adequaat worden aangepakt (World Health Organization, 2013; Norris et al., 2002).

In de nasleep van rampen kan de prevalentie van deze stoornissen nog hoger zijn, vooral onder kwetsbare groepen zoals kinderen, ouderen en mensen met reeds bestaande psychische aandoeningen .

De psychologische gevolgen van collectieve incidenten werken komen niet enkel voor kort na het incident maar kunnen soms nog maanden of jaren hun gevolgen tonen. Voor terroristische aanslagen bijvoorbeeld toont Onderzoek aan dat de op de mentale gezondheid langdurig kunnen zijn. Een studie van North en collega's (2011) naar de aanslagen in Oklahoma City uit 1995 vond dat zelfs zeven jaar later nog steeds een aanzienlijk deel (26%) van de directe slachtoffers kampte met posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit wordt bevestigd door andere onderzoeken die wijzen op een verhoogd risico op langdurige PTSS bij zowel direct betrokkenen als naasten (bijv. Månun et al., 2019; North et al., 2002; Whalley & Brewin, 2007; Cozza et al., 2019). De prevalentie van PTSS op lange termijn varieert daarbij aanzienlijk tussen studies, met schattingen die lopen van 15% tot 34% (DiGrande et al., 2010; Ferrando et al., 2011).

Het is ook niet zo dat de psychologische gevolgen na collectieve incidenten zich steeds onmiddellijk ontwikkelen. Soms is er sprake van 'delayed-onset' waar getroffen en slechts maanden of jaren na datum voldoen aan een diagnose van PTSS. Man-made disasters might trigger more acute stress responses, while natural disasters can result in prolonged stress due to recovery challenges. Uitgebreid longitudinaal onderzoek na de aanslagen in Parijs van 2015 toont aan dat de prevalentie van PTSS stijgt tussen jaar 1 en jaar 5 na de aanslagen. Eerste hulpverleners kennen daarin vaak een ander traject dan andere getroffen waar de eerste jaren na een aanslag PTSS lager is en een piek wordt bereikt op 5-6 jaar na een aanslag (Bowler et al., 2012; Rigutto, Sapara & Agyapong, 2021; Prioux et al., 2023)

De geestelijke gezondheidsrisico's van collectieve incidenten komt natuurlijk ook met een belangrijke druk op de bredere samenleving door vroegtijdige sterfte, beperking, verlies van werk (Miller & Sadeh, 2014).

Collectieve incidenten, zeker en vast als ze chronisch zijn, hebben een impact op de individuen die ze meemaken. Ook is er een duidelijke impact op de sociale omgeving rond een individu zoals familie of vrienden. Evenzeer zien we een impact van een collectief incident op macro

structuren zoals bredere sociale structuren (bv religieuze structuren) of het breder politiek systeem (Sousa, 2013; Somasundaram, 2014).

Om de impact van collectieve incidenten op individuen en de samenleving te begrijpen, biedt een sociaal-ecologisch model van de kringen van slachtofferschap een nuttig kader (Bronfenbrenner, 1979; Ivankovic, Altan & Verelst, 2019). Dit kader wordt veel gebruikt om de impact van een traumatische gebeurtenis op een individu en de samenleving te analyseren, evenals de mogelijke risico- en beschermende factoren die in een sociale omgeving kunnen worden gevonden.



Figure 1 - Slachtoffercirkel

Het is duidelijk dat een collectief incident niet enkel een impact heeft op individuen of direct getroffen en maar op de sociale context en de bredere maatschappij.

De IASC (2010) streeft daarom voor een benadering van geestelijke gezondheid en psychosociale problemen die veel meer omvatten dan bekende psychologische verschijnselen zoals PTSS, angst of depressie. Een psychosociale benadering in noodsituaties moet dus kijken naar de complexe impact op zowel psychologische als sociale niveaus die zijn ingebed in een context van potentiële kwetsbaarheid, maar de belangrijkste hulpbronnen op zowel het individuele als het sociale niveau (IASC, 2010).

1.1.4 Protectieve en risico factoren

De ontwikkeling van PTSS na een traumatische gebeurtenis en een collectieve noodsituatie kan door verschillende factoren beïnvloed worden (McEwen, 2000). Deze beïnvloedende factoren voor een individu worden vaak gecategoriseerd in pre-, peri- en post-incident factoren waarbij aangetoond wordt dat zowel de factoren die reeds voor een incident aanwezig waren (bv. Persoonlijkheidskenmerken of een geschiedenis van misbruik), zowel als de factoren van een collectief incident zelf (bv. De aard van het incident, de duur van de blootstelling) als de factoren na een incident (bv. Isolatie of sociale steun).

Het is belangrijk te weten dat de factoren die worden geïdentificeerd als beïnvloedende factoren zowel het risico kunnen verhogen voor het vormen van geestelijke gezondheidsproblemen na een collectief incident (bv. Alcoholgebruik na een incident, lage socio-economische status) als een protectieve functie kunnen uitoefenen (bv. Sociale steun ontvangen).

De protectieve en risicofactoren na een collectief incident zijn vaak complex en nauw met elkaar verweven. Een onderzoek van Tavano (2019) naar de psychologische en sociale impact van de aanslagen van 2016 in Brussel tonen hoe de administratieve last, de juridische rompslomp, de financiële gevolgen en de fysieke moeilijkheden die slachtoffers ervaren een directe impact heeft op hun mentale gezondheid en welbevinden.

1.1.4.1 Peri-traumatic factors

1.1.4.1.1 Natural disasters versus man-made

Natuurrampen, zoals aardbevingen en overstromingen, leiden tot onmiddellijke fysieke vernietiging en verlies van mensenlevens (Smith, 2020). De psychologische impact omvat vaak acute stressreacties, rouw en verlies (Jones & Taylor, 2019). Herstel kan worden ondersteund door gemeenschapsinspanningen die normaliteit en sociale cohesie herstellen (Brown, 2021).

In tegenstelling daarmee leiden door de mens veroorzaakte incidenten met heel veel slachtoffers, zoals terroristische aanslagen of gewapende conflicten, tot complexere psychologische effecten (Williams, 2018). Deze gebeurtenissen creëren gevoelens van angst, verraad en verlies van veiligheid, wat kan leiden tot langdurige geestelijke gezondheidsproblemen zoals PTSS en complexe rouw (Davis et al., 2022). De verstoring van gemeenschapsstructuren kan lijden verlengen en herstel belemmeren (Miller, 2023).

1.1.4.1.2 Blootstelling

De lengte en intensiteit van blootstelling aan een collectief PTE heeft een impact op de mentale gezondheid van getroffenen (De Soir et al., 2015; Schwarzer, Cone, Bowler, 2016; Lowell et al., 2018).

Elementen van blootstelling die volgens onderzoek een impact hebben op psychologische problemen na een collectief incident zijn getuige zijn van een levensbedreigende verwonding (Essizoglu et al., 2017),

1.1.4.1.3 Peritraumatische reacties

Eerdere inzichten in de gevolgen van trauma gingen ervan uit dat de reactie op een PTE een zuiver emotionele ervaring was. Bovin en Marx (2011) introduceerden een model dat verschillende peritraumatische reacties categoriseert en onderzoekt hoe deze reacties, zowel afzonderlijk als gezamenlijk, het risico op het ontwikkelen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) kunnen verhogen. Zij gingen er immers van uit dat reacties op een PTE op een veelzijdige en gecoördineerde manier gebeurden. Dit model benadrukt dat de evaluatie van een individu over de mate waarin de gebeurtenis hun psychologische middelen uitput, cruciaal is. Het omvat een scala aan reacties, waaronder emoties (zoals angst), gedachten (zoals dissociatie), fysiologische veranderingen (zoals verhoogde hartslag) en gedragingen (zoals tonische immobiliteit).

Individueel reageren vaak met een veelheid aan reacties op traumatische gebeurtenissen, deze reacties hebben vanzelfsprekend een invloed op elkaar. Ze worden bovendien gevormd door individuele factoren, context en de situatie waar iemand zich in bevindt.

1.1.4.2 Peritraumatische stress

De DSM-IV-R beschrijft reacties tijdens een incident als “fear, helplessness, or horror”. Onderzoek wijst echter uit dat personen die een PTE meemaken een hele waaier aan potentiële emoties en reacties kunnen vertonen zoals verhoogde emotionele en fysiologische arousal, een gevoel van persoonlijke bedreiging, hulpeloosheid, horror, schuld, angst, boosheid, schaamte, trillen, verhoogde hartslag (Vance et al., 2017). Deze verschillende reacties tijdens en na een incident worden ook wel “**peritraumatische stress**” genoemd of ‘a set of physiological, emotional, and cognitive responses that occur at and immediately after the time of a trauma’ (Vance & collega’s, 2017: p.1459). Ze worden ook gemeten via de Peritraumatic Distress

Inventory (PDI, Brunet et al., 2001, p. 1480) die een overzicht trachtte te maken van de mogelijke reacties tijdens een traumatisch incident en die opdeelde in 1) emotioneel, 2) fysiologisch en 3) cognitief.

De review van Vance en collega's (2017) van 57 studies die de PDI gebruikte toont aan dat er een verband bestaat tussen peritraumatische distress en de ernst van symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSD). Dit werd waargenomen bij verschillende leeftijdsgroepen en in diverse culturele contexten, na verschillende soorten trauma en met variërende niveaus van nabijheid tot het trauma. Bovendien werd er een relatie vastgesteld tussen peritraumatische distress en andere psychiatrische gevolgen, zoals gecompliceerde of traumatische rouw, slaapproblemen en eetstoornissen. Peritraumatische stress tijdens collectieve incidenten als aardbevingen voorspelt ook significant negatieve veranderingen in cognitie en stemming en veranderingen in opwinding en reactiviteit Massazza en collega's (2021).

De bevindingen van Vance en collega's (2017) suggereren ook dat peritraumatische distress, die optreedt na stressvolle gebeurtenissen die niet voldoen aan de DSM-5 Criterion A voor PTSD (zoals voor mensen die een collectief incident op televisie of sociale media zien gebeuren, toch kan leiden tot symptomen die gerelateerd zijn aan PTSD, evenals andere negatieve psychiatrische effecten bij de betrokken individuen.

Onderzoek wijst echter aan dat de associatie tussen peritraumatische stress en PTSD verminderd naarmate de tijd verstrijkt na het traumatisch incident. Wetenschappers gaan ervan uit dat PTSD veranderd doorheen de tijd en dat de effecten van peritraumatische stress minder belangrijk worden op het verloop van de ziekte tegenover andere factoren zoals vermijdingsgedrag, andere stresserende levensgebeurtenissen, gebrek aan sociale steun (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Ozer et al., 2003; Dunmore, Clark & Ehlers, 2001).

1.1.4.3 Levensbedreigend

Als personen overtuigd waren of zijn dat hun leven tijdens de PTE in groot gevaar was dan is de kans dat ze later mentale gezondheidsproblemen ontwikkelen, zoals PTSS, sterk verhoogd. Het ervaren van dat hoog niveau van bedreiging is zelfs een risico factor voor personen die het incident niet rechtstreeks meemaakten maar bijvoorbeeld via beelden op televisie of sociale media eraan werden blootgesteld (Heir, Blix en Knatten, 2018).

Onderzoek in België door De Soir en collega's (2008) tonen duidelijk aan dat na de ontploffing in Ghislenghien het niveau van het gevoel te hebben met de dood bedreigd te zijn tijdens het incident de belangrijke voorspellende factor is voor het voorkomen van PTSS zowel op vijf maanden als 15 maanden na het incident.

1.1.4.4 Mental Defeat

Mental defeat is een vorm van machteloosheid waar personen in een traumatische ervaring het gevoel 'mens zijn' verliezen en er niet meer om lijken te geven dat ze door gaan of niet (Dunmore, Clark, & Ehlers, 1999, 2001). In verschillende onderzoeken kwam mental defeat naar boven als een voorspeller van PTSS symptomen zowel recent als lange tijd na een traumatische gebeurtenis (Dunmore et al., 2001; Freeman et al., 2013; Kleim, Ehlers, & Glucksman, 2012). Onderzoek naar de impact van blootstelling tijdens aardbevingen vond dat het één van de meest

1.1.4.5 Cognitive overload

Recent onderzoek met slachtoffers van aanrakingen toonde aan dat ‘Cognitieve Overload’ een significante predictor is van PTSS symptomen (Intrusions, Avoidance, and Alterations in Arousal and Reactivity). Cognitive overload is het gevoel van disorientatie, verwarring gecombineerd met een onvermogen om het evenement goed te vatten en cognitief te processen. Het concept werd door de onderzoekers Massazza en collega’s (2021) voor de eerste keer naar voor geschoven als een belangrijk element in de ervaring van getroffen en tijdens een traumatisch incident dat terugslaat op de theoretische concepten van data-driven processing en peritraumatische dissociatie.

1.1.4.6 Peritraumatische Dissociatie

Een andere peritraumatische ervaring die van belang lijkt in de ontwikkeling van psychologische gevolgen na een traumatische gebeurtenis is peritraumatische dissociatie. Dit fenomeen verwijst naar een toestand van emotionele gevoelloosheid, derealisatie of depersonalisatie tijdens of kort na een trauma en wordt beschouwd als een risicofactor voor het ontwikkelen van PTSS (Breh en Seidler, 2007). Het is geconceptualiseerd als een neurofysiologische poging om bronnen te sparen tijdens een verhoogde dreiging door het uitschakelen van responsiviteit, wat ongelukkige nadelige gevolgen heeft (Saxe e.a., 2005). Dissociatie ten tijde van het trauma zou gevoelens van hulpeloosheid vergroten en de normale verwerking van een gebeurtenis verstoren. Als gevolg daarvan zouden herinneringen aan de gebeurtenis gefragmenteerd en slecht geïntegreerd worden opgeslagen, wat leidt tot een verhoogde kans op flashbacks en intrusieve gedachten (Ehlers en Clark, 2000).

Verschillende recente reviews concluderen dat dissociatie toch geen al te beste predictor is van PTSS en andere psychologische gevolgen na een PTE (Bryant, 2007) en waarschuwen voor het overschatten van de directe impact van dissociatie op het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen achteraf. Dissociatie lijkt vooral een factor te zijn die in combinatie met andere factoren mentale gezondheidsproblemen kan voorspellen.

Er bestaan verschillende vormen van peritraumatische dissociatie namelijk psychische en somatoforme. Psychische peritraumatische dissociatie is een fenomeen opgebouwd is uit verschillende componenten zoals depersonalisatie, derealisatie, amnesie en identiteitsverwarring (Bryant, 2007). Somatoforme peritraumatische dissociatie heeft specifiek te maken met het lichaam. Hierbij kan iemand een stuk van zijn waarnemend vermogen verliezen door paralyse, analgesie, anaesthesia of veranderingen in bijvoorbeeld het gezichtsveld (Nijenhuis, van der Hart, Kruger, & Steele, 2004).

1.1.4.7 Tonic Immobility

Tonic immobility komt voor na een fight/flight/freeze respons wanneer deze onsuccesvol zijn. Wanneer iemand tonic immobility meemaakt gaan ze vaak catatonisch en onbeweeglijk zijn, niet meer kunnen praten, analgesie, tijdens hun ogen sluiten of fixeren, tremors krijgen of voor zicht uit staren en tegelijk sympatische en parasympatische reacties vertonen (Gallup & Rager, 1996). Massazza en collega’s (2021) vonden dat tonic immobility geassocieerd is met intrusieve en vermijdende symptomen na een trauma.

1.2 VROEGTIJDIGE/ONMIDDELIJKE INTERVENTIE

Er zijn effectieve behandelingsprogramma's beschikbaar voor slachtoffers die PTSS-symptomatologie ontwikkelen of blijven ervaren (Foa, 2006). Toch is het vaak zo dat personen die post-traumatische stress reacties ervaren geen behandeling zoeken (Boscarino, Adams, & Figley, 2004). Het vermijden van triggers en dingen die hen doen herinneren aan de traumatische gebeurtenis is één van de centrale symptomen dus verklaart ook waarom voor velen hulp zoeken net zo moeilijk is.

Vroegtijdige identificatie van slachtoffers met een verhoogd risico op deze stoornissen kan helpen om een adequate behandeling beschikbaar te maken en daardoor PTSS-symptomen te verminderen en de ontwikkeling van chronische psychische stoornissen op de lange termijn te voorkomen. Psychosociale interventies kunnen veerkracht en adaptieve neuroplastische veranderingen bevorderen om het risico op psychopathologie te verkleinen. Op het moment van de traumatische gebeurtenis kunnen adaptieve reacties overweldigende stresssymptomen op de ontwikkeling en het functioneren van de hersenen minimaliseren en het risico op de ontwikkeling van posttraumatische symptomen op langere termijn verkleinen [Beaudoin et al., 2021; Germiné et al. 2021).

Hoewel er een groot maatschappelijk belang en interesse is in het verbeteren van primaire en secundaire vormen van preventie (Dyregov & Regel, 2012) zijn er veel praktische, methodologische en ethische struikelblokken voor het ontwikkelen van een robuuste wetenschappelijke evidentie.

Eenzijds zijn er moeilijkheden in het aanbieden van psychosociale ondersteuning ter preventie van psychologische gevolgen nadat een trauma heeft plaatsgevonden zoals het identificeren van individuen die behandeling nodig hebben, de juiste behandelingsprotocollen en de barrières zoals bv stigma overkomen om mensen heel vroeg na een PTE hulp te laten zoeken (Bisson et al., 2021; Roberts et al., 2019). In de literatuur wordt voornamelijk verwezen naar "vroege interventie" in de klinische zin van het behandelen van opkomende psychische problemen zodra de symptomen optreden**, in plaats van in de context van het bieden van psychosociale ondersteuning onmiddellijk na een collectieve noodsituatie (Hobfoll et al., 2007).

Daarnaast zijn er ook enkele methodologische uitdagingen die het onderzoeken van psychosociale acute interventies bijzonder moeilijk maakt. Zo maakt de onvoorspelbaarheid van collectieve incidenten het complex om in de acute fase – minuten en uren na een incident – onderzoekers ter plaatse te krijgen, toestemming van een ethische commissie te verzamelen, informed te laten ondertekenen op een moment van acute stress, het gebrek aan strakke interventieprotocollen, de ethische dilemma's van mensen in acute stress in een randomised controle groep onder te brengen en geen ondersteuning te bieden, etc.

Bepaalde acute interventies tonen geen duidelijke impact op de psychologische gevolgen zoals bijvoorbeeld psychologische debriefing (Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2002), in sommige gevallen riskeren ze zelfs een verhoging van symptomen te veroorzaken. Voorzichtigheid is aldus geboden in de psychosociale aanpak van trauma in de eerste minuten en uren om geen bijkomende schade te veroorzaken of te snel te behandelen.

De eerste zes uur na een traumatische gebeurtenis worden beschouwd als een "**gouden venster**" om de ontwikkeling van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) te voorkomen. Dit gouden venster na een traumatische gebeurtenis worden beschouwd als een kritieke periode waarin neurobiologische systemen die betrokken zijn bij de stressrespons, angstconditionering en geheugenvorming zeer actief en kneedbaar zijn (Wright et al., 2019). Het is een uniek moment waarin angst en verwarring kan verminderd worden, stabiliteit hersteld en efficiënte

copingmechanismen kunnen aangeboord worden (Cohen et al., 2008; Zohar et al., 2011). Ingrijpen gedurende deze tijd kan pathologische aanpassingen van deze systemen die tot PTSS kunnen leiden, voorkomen. Recent onderzoek wijst er ook op dat het toedienen van psychofarmaca tijdens die eerste zes uur de consolidatie van herinneringen kan verstoren.

1.1.5 Onmiddellijke psychosociale interventies

Psychologische en psychosociale eerste hulp-modellen zijn kaders die zijn ontworpen om onmiddellijke ondersteuning te bieden aan individuen in de nasleep van een crisis of traumatische gebeurtenis. Deze modellen zijn bedoeld om aanvankelijke stress te verminderen en adaptief functioneren op korte en lange termijn te bevorderen.

Psychological First Aid (PFA) is een aanpak die wordt ingezet na trauma ‘involving the provision of information, comfort, practical assistance en referral to specialist services if needed (Ruzek et al., 2007). Zowel overheden als internationale organisaties hebben PFA gepromoot als de ‘*minimum intervention approach following mass trauma*’ (Wang et al., 2024: p.2). Hoewel de directe wetenschappelijke evidentie van PFA modellen lange tijd eerder gelimiteerd was is het uitgegroeid tot geprefereerde respons. Onderzoekers wijzen naar de simpliciteit van de methode, de mogelijkheid om het te laten uitvoeren door niet-gespecialiseerde hulpverleners in de eerste lijn, en flexibiliteit waardoor het kan aangepast worden aan individuele noden als de ingrediënten voor het succes van PFA. (Wang et al., 2024). Ook de Belgische overheid stelt Psychological First Aid centraal in zijn psychosociale interventie na collectieve noodsituaties.

Er zijn verschillende modellen van PFA die momenteel worden gehanteerd in het ondersteunen van getroffenen na een collectief incident. Hieronder worden enkele van de meest gebruikte en onderzochte modellen toegelicht.

1.1.6 Modellen van PFA

1.1.6.1 PFA (NCTSN)

Psychologische Eerste Hulp (PFA), ontwikkeld door het National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) en het National Center for PTSD, is een evidence-based model dat gericht is op het bieden van ondersteuning aan individuen na een traumatische gebeurtenis. Dit model is momenteel het meest geaccepteerde model van Psychological First Aid (Ruzek et al., 2007).

De acht belangrijkste elementen van dit model omvatten: **Contact en Betrokkenheid**, waarbij een verbinding wordt gelegd met slachtoffers op een meelevende manier; **Veiligheid en Comfort**, dat de onmiddellijke en blijvende veiligheid bevordert en zowel fysieke als emotionele steun biedt; **Stabilisatie**, dat zich richt op het kalmeren en oriënteren van degenen die emotioneel overweldigd zijn; **Informatie Verzamelen**, dat helpt bij het identificeren van directe behoeften en zorgen; **Praktische Assistentie**, die praktische hulp biedt om aan deze behoeften te voldoen; **Verbinding met Sociale Steun**, dat het contact met belangrijke steunpersonen bevordert; **Informatie over coping**, die inzicht biedt in stressreacties en copingstrategieën; en **In contact brengen met relevante Diensten**, die individuen in contact brengt met benodigde diensten voor verdere ondersteuning. Deze aanpak is ontworpen om de initiële stress te verminderen en zowel kort- als langetermijn coping te bevorderen (National Child Stress Network and National Center for PTSD, 2006).

1.1.6.2 RAPID MODEL OF Psychological First Aid (PFA)

Developed by George Everly and Jeffery Lating, and the Johns Hopkins Center for Public Health Preparedness this model aims to provide a structured approach to PFA. Its core components include **Reflective Listening**: Active, empathetic listening to understand the person's experiences and emotions; **Assessment**: Evaluating the individual's needs, risks, and functioning; **Prioritization**: Identifying and prioritizing issues that need immediate attention; **Intervention**: Providing immediate support and assistance tailored to the individual's needs; **Disposition and Follow-Up**: Determining the need for continued support and ensuring follow-up if necessary.

1.1.6.3 Psychological First Aid (PFA) WHO

Dit model is gemaakt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en is ontworpen voor gebruik in diverse noodsituaties. De drie basiswerkingsprincipes van PFA zijn kijken, luisteren en linken. Deze actieprincipes helpen u bij het bekijken en veilig betreden van een crisissituatie, het benaderen van getroffen mensen en het begrijpen van hun behoeften, en het koppelen ervan aan praktische ondersteuning en informatie. **Look** – check de veiligheid, check mensen met duidelijke basisnoden, check mensen met serieuze stressreacties; **Listen** – benader mensen met noden, stel vragen over mensen hun noden, luister en help mensen te kalmeren; **Link** – help mensen in contact te komen met diensten, help mensen omgaan met stress, geef informatie, connecteer mensen met sociale steun.

1.1.6.4 SIX-C

Het Six C's-model omvat zes kernelementen: **Communication**: Het tot stand brengen van duidelijke en open communicatie; **Commitment**: Het tonen van zorg en zorg voor het individu; **Cognition**: Het individu helpen de gebeurtenis te begrijpen; **Continuity**: Het bieden van doorlopende ondersteuning en middelen; **Control**: Het individu in staat stellen een gevoel van controle terug te krijgen; **Challenge**: Het individu aanmoedigen om zich te concentreren op toekomstige doelen en mogelijkheden. Dit model is uniek in zijn nadruk op cognitieve en functionele aspecten van PFA, geïnspireerd door cognitieve gedragstherapie en strategieën voor het opbouwen van veerkracht. Dit model werd ontwikkeld door het Israëliëse leger om leken en hulpverleners de nodige kennis en duidelijke richtlijnen aan te bieden om peers te ondersteunen wanneer ze incident meemaken dat ze als traumatisch ervaren en acute stress reaction ontwikkelen (Farchi et al., 2018). In verschillende andere landen werd door het leger adaptaties gemaakt op het Six-C of Yahalom model: Back from the Black (Canada), Besser (Duitsland), ReSTART (Noorwegen), iCOVER (UK en US) (Adler et al., 2023).

Hoewel de modellen van PFA handvatten bieden voor vroege ondersteuning van getroffen en van collectieve noodsituaties is er, behalve bij Six-C, erg weinig aandacht voor de specifieke aanpassingen die dienen te gebeuren in dit 'gouden venster'. Farchi en collega's (2018) formuleert het gebrek aan richtlijnen voor de allereerste momenten na een trauma als een centrale kritiek op de huidige meest gebruikte PFA modellen. Hij stelt dat

1.1.7 De impact van PFA

Een recente review (Wang et al., 2024) toont aan dat psychologische eerste hulp (PFA) effectief is in het verminderen van angstklachten bij mensen die traumatische gebeurtenissen hebben

meegemaakt. Hoewel de meeste studies over PFA voor het voorkomen van PTSS en depressieve symptomen kleine maar significante effecten laten zien op korte termijn, is er minder wetenschappelijk bewijs te vinden voor middel- of langetermijneffecten op PTSS-symptomen.

Verder hebben studies naar PFA positieve verbeteringen aangetoond in adaptief functioneren, gemeten aan de hand van kwaliteit van leven en copingvaardigheden. Onderzoeken in situaties van collectieve incidenten hebben bovendien positieve effecten van PFA gevonden op veerkracht en zelfvertrouwen. Professionals die PFA toepassen, hebben aanvullende potentiële langetermijneffecten gemeld, zoals een vermindering van stigma, een toename van het zoeken naar hulp en zelfverwijzing naar geestelijke gezondheidszorg.

1.1.8 Hobfoll

Nadat Hobfoll en collega's in 2007 een baanbrekend manuscript publiceerden rond de vijf essentiële elementen gingen PFA modellen zich verder ontwikkelen met de elementen van **Veiligheid, Kalmte/Rust, Zelfredzaamheid, Connectie en Hoop** als fundamenteën. De expert consensus rond deze vijf elementen in literatuur rond trauma en herstel na rampen hebben het veld van de psychosociale acute interventies sterkt gekleurd.

1.1.8.1 HobFoll en PFA modellen

Vanzelfsprekend bestaan er ook kritieken op het bouwen op de vijf fundamenteën aangedragen door Hobfoll en zijn collega's (2007) zoals het feit dat de principes te weinig concrete houvast bieden en dat ze er potentiëel toe kunnen leiden dat getroffen personen teveel in een machteloze positie worden gehouden (Farchi et al., 2016).

Deze vijf principes vormen desalniettemin de fundamenteën van de meest gebruikte PFA modellen (zie Tabel 1). Ook in België worden Hobfoll en collega's (2007) principes aan de basis van de psychosociale interventie in het Psychosociaal Interventieplan geplaatst. Onderstaande tabel toont hoe de centrale elementen van de verschillende PFA modellen gealigneerd kunnen worden met de vijf principes van Hobfoll en collega's (2007).

Table 1 PFA modellen en Principes van Hobfoll et al. (2007). (Geïnspireerd door Wang et al., 2024)

HOBFOLL principes	PFA (NCTSN)	RAPID PFA	PFA (WHO)	Six-C
Veiligheid	Safety and Comfort Practical Assistance	Assessment, Prioritization, Intervention	Look	Cognitive Communication , Continuity
Rust	Stabilisation, Information on coping	Reflective Listening, Intervention	Look	Control
Zelfredzaamheid	Information gathering, Information on Coping	Assessment, Prioritization	Link	Challenge, Control
Connectie	Connection with Social Support, Contact and Engagement	Reflective Listening, Disposition and Follow-up	Listen	Commitment

Hoop	Information on Coping, Linkage with Collaborative Services	Intervention, Disposition and Follow-up	Link	(Continuity)
------	--	---	------	--------------

1.1.8.2 *HobFoll en Neurobiologische processen*

De vijf principes van Hobfoll zijn ook nauw verbonden met **neurobiologische processen** die het risico op PTSD en andere psychologische gevolgen kunnen verminderen.

Veiligheid - Het gevoel van veiligheid betreft voornamelijk de amygdala, die verantwoordelijk is voor het verwerken van angst en bedreiging. Wanneer individuen veiligheid waarnemen, neemt de activiteit van de amygdala af, waardoor de prefrontale cortex (PFC) effectiever kan reguleren over emotionele reacties. De hypothalamus-hypofyse-bijnier (HPA) as speelt een belangrijke rol in deze stressrespons. Onder veilige omstandigheden is er een vermindering van de activatie van de HPA-as, wat leidt tot lagere niveaus van cortisol, het primaire stresshormoon (McEwen, 2007). Door de activatie van de amygdala te verminderen en de cortisolniveaus te reguleren, kan een gevoel van onveiligheid, hyperarousal en chronische stress voorkomen worden, wat belangrijke factoren zijn in de ontwikkeling van PTSD. Deze regulatie bevordert een meer adaptieve stressrespons, waardoor de kans op het vormen van maladaptieve herinneringen wordt verminderd.

Rust - Tot rust brengen en relaxatietechnieken activeren het parasympathische zenuwstelsel (PNS), dat ontspanning bevordert. Deze activatie leidt tot de afgifte van gamma-aminoboterzuur (GABA), een neurotransmitter die de neuronale opwindning inhibeert, wat helpt om de hersenen en het lichaam te kalmeren (Porges, 2011). Door ontspanning te faciliteren en de fysiologische opwindning te verminderen, helpen kalmeringspraktijken de impact van traumatische herinneringen te verzachten. Dit kan de consolidatie van angst-gebaseerde herinneringen voorkomen, wat cruciaal is voor het voorkomen van PTSD.

Zelf- en Gemeenschapsefficiëntie - Zelfefficiëntie kan de afgifte van dopamine verbeteren, een neurotransmitter die geassocieerd is met beloning en motivatie. Deze afgifte vindt plaats in het ventrale tegmentale gebied (VTA) en de nucleus accumbens, die cruciaal zijn voor de beloningscircuits van de hersenen. Zich capabel en gesteund voelen kan de stressrespons dempen en adaptieve copingmechanismen bevorderen. Deze neurobiologische versterking van positieve ervaringen is essentieel voor veerkracht tegen PTSD (Zautra & Reich, 2011).

Connectie - Sociale verbindingen stimuleren de afgifte van oxytocine, vaak de "bindinghormoon" genoemd. Oxytocine wordt geproduceerd in de hypothalamus en in de bloedbaan afgegeven, waar het sociale binding bevordert en stress vermindert. Bovendien kunnen sociale interacties de cortisol niveaus verlagen en gevoelens van veiligheid en welzijn verbeteren. Sterke sociale banden bieden emotionele steun die individuen kan helpen trauma te verwerken. De modulatie van stressresponsen door de afgifte van oxytocine kan het risico op PTSD aanzienlijk verminderen door een gevoel van verbondenheid en veiligheid te bevorderen (Hobfoll, 2001).

Hoop - Hoop activeert de beloningspaden van de hersenen, met name door de afgifte van dopamine uit de VTA. Dit proces verbetert de stemming en motivatie, en bevordert een positieve kijk op de toekomst. Aangezien het ook nieuwe gedragingen en gedachtenpatronen bevordert kan het bovendien de neuroplasticiteit beïnvloeden, waardoor de vorming van nieuwe neurale verbindingen mogelijk wordt die adaptieve copingstrategieën ondersteunen

(Spencer Hartmann et al., 2018). Hoop cultiveren kan gevoelens van wanhoop tegengaan, wat risicofactoren zijn voor PTSD. Door een positieve toekomstoriëntatie te bevorderen, is de kans groter dat individuen proactieve copingstrategieën toepassen, wat de kans op het ontwikkelen van PTSD vermindert (Van der Kolk, 2014).

1.1.9 Psychopharmacological interventions

Als we het hebben over acute interventies die de psychosociale noden proberen in te vullen tijdens en onmiddellijk na een trauma dienen ook de psychofarmacologische interventies vermeld te worden. Studies hebben aangetoond dat vroege toediening van bepaalde geneesmiddelen zoals propranolol (een bètablokker) en hydrocortison (een glucocorticoïde) binnen dit tijdsbestek van zes uur het geheugenconsolidatieproces kan verstoren en de verhoogde angstrespons die gepaard gaat met de traumatische gebeurtenis kan verzwakken (Wright et al., 2019). Geheugenconsolidatie is het proces waarbij nieuwe herinneringen worden versterkt en overgezet van het kortetermijngeheugen naar het langetermijngeheugen. Geheugenreconsolidatie treedt op wanneer een bestaande herinnering wordt opgehaald en vervolgens opnieuw geconsolideerd. Tijdens dit proces kan de herinnering worden versterkt, verzwakt of zelfs aangepast, wat de basis vormt voor therapieën bij bijvoorbeeld posttraumatische stressstoornis (McKenzie & Eichenbaum, 2011). Deze worden immers meer en meer ingezet in het buitenland en worden vooral vaak vermeld door professionals. Er zijn enkele psychofarmaca waar al relatief veel onderzoek naar gedaan is, ze worden hieronder even opgesomt met een overzicht van het voorhanden bewijs.

Onderzoek suggereert dat **hydrocortisone** (glucocorticoïde) veelbelovend is als farmacologische interventie om PTSS en andere psychologische gevolgen na traumatische gebeurtenissen te voorkomen. Het voorgestelde mechanisme is dat hydrocortison de verhoogde angstrespons kan verzwakken en de degradatie van sensorisch-perceptuele representaties die ten grondslag liggen aan traumatische herinneringen kan bevorderen (Yehuda et al., 2006). Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat het toedienen van hydrocortison kort na een traumatische ervaring de vermindering van opdringerige herinneringen en andere PTSS-symptomen kan versnellen in vergelijking met placebo (Aerni et al., 2004; Schelling et al., 2004). Hydrocortison lijkt een meer uitgesproken effect te hebben wanneer het wordt gebruikt in een preventieve context, in plaats van als een curatieve behandeling voor vastgestelde PTSS (Zohar et al., 2011). De huidige wetenschappelijke basis is echter nog beperkt met gemengde bevindingen over de specifieke effecten van hydrocortison op geheugenprocessen, emotionele reacties en de ontwikkeling van PTSS (Delahanty & Nugent, 2006).

De laatste jaren is er veel onderzoek uitgevoerd naar de invloed van **propranolol** na trauma. Hoewel muizenstudies veelbelovende resultaten behaalden die uniek inzicht verschaffen in de werken van het brein na trauma blijkt de wetenschappelijke evidentie bij mensen nog onvoldoende. Een meta-analyse geeft aan dat de huidige wetenschappelijke basis voor het gebruik van propranolol nog onvoldoende is (Wright et al., 2021).

Het bewijs voor het gebruik van **oxytocine** als een onmiddellijke psychofarmacologische interventie om acute stress of PTSS na een traumatische gebeurtenis te voorkomen, is beperkt en gemengd. Voorlopige studies hebben enkele potentiële voordelen van oxytocine aangetoond bij het verminderen van PTSS-symptomen, met name bij populaties met lichamelijk letsel door trauma (Olff et al., 2014). Ander onderzoek heeft echter aangetoond dat een enkele dosis intranasale oxytocine die kort na het trauma wordt toegediend, de consolidatie van traumatische herinneringen daadwerkelijk kan verhogen, waardoor het risico op PTSS mogelijk wordt verergerd (Eckstein et al., 2015). De effecten van oxytocine lijken af te hangen van het tijdstip

en de frequentie van toediening, waarbij acute posttraumatische oxytocine mogelijk traumatische herinneringen verhoogt, terwijl chronische toediening meer anxiolytische effecten kan hebben en PTSS-symptomen kan verminderen (Frijling, 2017). Over het algemeen ondersteunt het huidige bewijs nog niet het routinematige gebruik van oxytocine als een onmiddellijke psychofarmacologische interventie na traumatische gebeurtenissen, en er is meer onderzoek nodig.

1.1.10 Tetris

Het spelen van Tetris direct na het ervaren van een trauma kan de kans op het ontwikkelen van symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) aanzienlijk verminderen. Onderzoek wijst uit dat deelname aan dit visueel veeleisende spel helpt om de consolidatie van opdringerige herinneringen in verband met traumatische gebeurtenissen te voorkomen. Het mechanisme achter dit effect is gebaseerd op geheugenconsolidatie. Na een trauma zijn herinneringen kwetsbaar en kunnen ze worden beïnvloed door concurrerende cognitieve taken. Het spelen van Tetris, dat een substantiële visuele en ruimtelijke verwerking vereist, verstoort de consolidatie van traumatische herinneringen, waardoor ze minder intens en frequent worden.

Studies hebben aangetoond dat personen die Tetris speelden binnen zes uur na een traumatische gebeurtenis significant minder intrusieve herinneringen rapporteerden in de volgende week (Iyadurai et al., 2018; Kanstrup et al., 2021). Een studie vond bijvoorbeeld een vermindering van 62% in intrusieve herinneringen bij Tetris-spelers na een auto-ongeluk (Holmes, James, & Deepro, 2009). De voordelen kunnen langer duren dan de onmiddellijke nasleep, met meldingen van minder opdringerige herinneringen die tot vijf weken aanhouden (Brewin et al., 2010). Bovendien kan het spelen van Tetris in verband worden gebracht met een toename van het hippocampusvolume, wat de emotionele regulatie en geheugenverwerking ondersteunt (Lassalle et al., 2013). Dit suggereert dat Tetris zou kunnen bijdragen aan zowel verlichting op korte termijn als herstel van de geestelijke gezondheid op de lange termijn.

De karakteristieken van de cognitieve taak zoals het type van visiospatiale-taak, hoe de herinnering al dan niet wordt opgevraagd, waar het wordt uitgevoerd, de timing, mentale rotatie (van blokjes in het geval van tetris), de stijgende moeilijkheidsgraad die afleiding brengt kunnen mogelijk een impact hebben op de sterkte van het effect van de cognitieve taak als tetris (Wright et al., 2021). Meer onderzoek is dan ook nodig.

1.1.11 De eekhoorn

In België en Frankrijk wordt sinds meer dan een decennia al gebruikt gemaakt van de 'Eekhoorn-methode' binnen de brandweer. De bedoeling van deze methode is specifiek getrainde brandweer- en reddingwerkers in te zetten om hen in staat te stellen slachtoffers van ernstige verkeersongevallen bij de staan in de acute fase. Door gespecialiseerde trauma-ondersteuning wil deze methode het gevoel van peritraumatische negatieve gevoelens, gebrek aan controle, pijnperceptie, ervaren levensbedreiging aanpakken (Rooze et al., 2008). De eekhoorn-methode is een stapsgewijze opbouw van psychofysiologische stabilisatietechnieken die hun oorsprong vooral vinden in de hypnose.

1. *Benadering van de getroffen(e)n*
2. *Focus (op stem, oogcontact, get inside)*
3. *Beheer van activatie (re-start prefrontal cortex, terug binnen venster van aangepaste activatie komen, principes van polyvagaal theorie -> ventraal vagale rem leren gebruiken)*
4. *Communicatie (blijven communiceren, cognitieve benadering, indien nodig met ideomotorische signalen)*
5. *Contact (in contact blijven, met jezelf en anderen)*

6. *Ademhaling (ademhaling leren gebruiken als instrument van gronding, tactical breathing)*
7. *Deconnectie (leren loskoppelen van gevaar en geweld, jezelf in veiligheid brengen)*
8. *Normalisatie (van lichamelijke reacties, terug naar een normaal activatieniveau gaan, HRV, HR, BP)*

1.3 POST-ONMIDDELLIJKE FASE

Zoals gezegd is de wetenschappelijke evidentie voor de onmiddellijke fase tijdens of na een collectief trauma eerder beperkt. PFA modellen bieden momenteel het sterkste en meest aanvaarde kader om secundaire preventie van psychologische gevolgen van trauma te doen. Klassieke PFA modellen of meer cognitief-gefoceerde modellen zoals Six-C of iCOVER kunnen uitgevoerd worden door getrainde burgers of hulpverleners. Toch zijn er ook een hele waaier aan andere interventies die momenteel worden aangeboden in de eerste dagen na een trauma. Deze interventies behoeven vaak (maar niet altijd) tussenkomst van een professionele, opgeleide psychologische of psychosociale hulpverlener. Ook al valt de beoogde interventie van deze modellen buiten het ‘gouden venster’, toch kunnen we mogelijk wel inspiratie bieden voor de ondersteuning van getroffen en in de eerste uren.

Naast in lijn met eerder onderzoek, tonen huidige reviews dat psychologische interventies voor alle personen die blootgesteld zijn aan een traumatische gebeurtenis, ongeacht symptomen, niet routinematig kunnen worden aanbevolen (Roberts et al., 2019).

Vroeger werd vaak gebruik gemaakt van psychologische debriefing als eerstelijnsinterventie. Deze methode omvat het herbeleven van een traumatische gebeurtenis, het normaliseren van reacties, het bieden van steun en empathie en het aanmoedigen van emotionele expressie. Echter, verschillende meta-analyses (Bastos et al., 2015; Mayou et al., 2000) tonen aan dat deze methode niet effectief is en zelfs het risico op posttraumatische stressstoornis (PTSS) kan verhogen. Debriefing biedt mogelijk geen vaardigheden om overmatige emotionele stress, veroorzaakt door verhoogde activiteit van het sympathische zenuwstelsel en de limbische hersengebieden (bijvoorbeeld amygdala-hyperactiviteit), te reguleren, wat het risico op PTSS verhoogt (Chen et al., 2018; Shin et al., 2004).

Verschillende interventies – cognitieve gedragstherapie met traumafocus (CGT-T), cognitieve therapie zonder blootstelling, EMDR, gestructureerde schrijftherapie en begeleide online zelfhulp – bleken effectief in het verminderen van traumagerelateerde klachten bij mensen met symptomen. CGT-T was het meest effectief, vooral bij personen die aan de diagnostische criteria voor acute stressstoornis of posttraumatische stressstoornis voldeden (Roberts et al., 2019).

Een andere interventie, ontwikkeld voor humanitaire contexten, is Probleem Management Plus (PM+), dat stressmanagement, gedragsactivatie en sociale ondersteuning omvat (Dawson et al., 2015). PM+ bleek angst en depressie na een oorlog te verminderen (Hamdani et al., 2020). Een andere methode, gebaseerd op de neurowetenschap van traumacodering, is de Memory Structuring Intervention (MSI), recent uitgebreid met vagale ademhaling (VB). MSI + VB verminderde objectieve en subjectieve tekenen van de stressrespons en MSI kan zelfs PTSS voorkomen (Gidron et al., 2018).

1.4 PSYCHOSOCIALE INTERVENTIE BIJ COLLECTIEVE NOODSITUATIES IN BELGIE

Het Belgische Psychosociaal Interventieplan (PSIP) is een cruciaal onderdeel van de noodplanning en crisisbeheer in België. Dit plan is ontworpen om een gestructureerde en effectieve psychosociale hulpverlening te waarborgen in geval van collectieve noodsituaties, zoals natuurrampen, terroristische aanslagen of grote ongevallen. Het PSIP richt zich niet alleen op de slachtoffers van de gebeurtenis, maar ook op hun naasten en hulpverleners, en speelt een belangrijke rol in het herstel van de psychische gezondheid van de betrokkenen.

1.1.12 Het kader van noodplanning en crisisbeheer

Noodplanning in België omvat een breed scala aan maatregelen en procedures die zijn ontworpen om snel en efficiënt te reageren op noodsituaties. Het doel is om de impact van rampen te minimaliseren en de continuïteit van de zorg te waarborgen. Het PSIP is een essentieel onderdeel van deze planning, dat samenwerkt met andere interventieplannen, zoals het Medisch Interventieplan (MIP) en het Sanitaire Interventieplan (SIP).

1.1.13 Psychosociale hulpverlening

Psychosociale hulpverlening wordt gedefinieerd als ondersteuning gericht op het psychisch welzijn van getroffenen. Deze hulp kan variëren van basishulp, zoals medische zorg en onderdak, tot emotionele en sociale steun, praktische hulp, en zorg bij gezondheidsklachten. Het PSIP is opgenomen in de Ministeriële Omzendbrief DGH/2017/D2, die verscheen in het Belgisch Staatsblad op 25 juli 2017. De activatie van het PSIP kan plaatsvinden bij verschillende soorten noodsituaties. Zodra een collectieve noodsituatie wordt vastgesteld, kan de FOD Volksgezondheid het PSIP activeren.

1.1.13.1 Structuur en uitvoering van het PSIP

Het PSIP wordt gecoördineerd door een **Psychosociaal Manager (PSM)**, die verantwoordelijk is voor het activeren van het plan en het coördineren van de psychosociale hulpverlening. De rol van de PSM is cruciaal, vooral in de acute fase van een noodsituatie, waarin snel moet worden gereageerd op de behoeften van de slachtoffers en hun families. De PSM werkt samen met lokale en federale autoriteiten, evenals met verschillende hulporganisaties, om een geïntegreerde aanpak te waarborgen.

Het Psychosociaal interventieplan coördineert de ontplooiing van verschillende structuren die worden opgenomen in Figuur 2 hieronder.

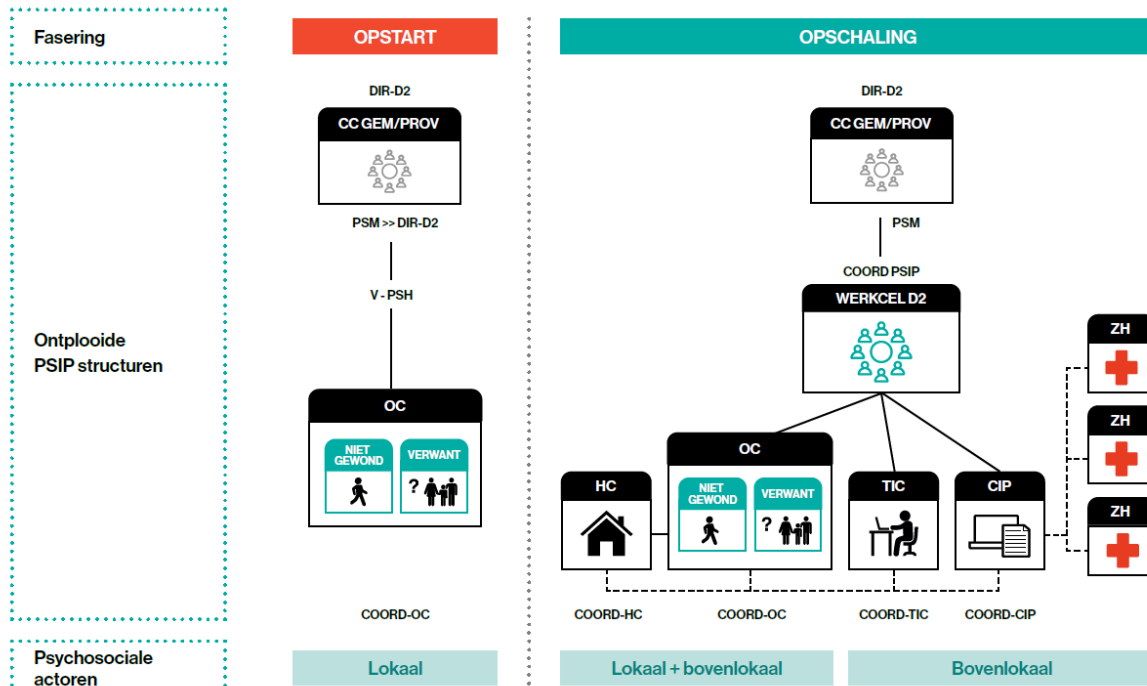


Figure 2 - PSIP

Een belangrijk aspect van het PSIP is het opzetten van **lokale psychosociale hulpverleningsnetwerken** (PSH-netwerken). Deze netwerken bestaan uit lokale medewerkers die zijn opgeleid om psychosociale ondersteuning te bieden aan slachtoffers. De verantwoordelijkheid voor het opstellen van een lokaal PSIP ligt bij de gemeenten, die ervoor moeten zorgen dat de nodige maatregelen zijn voorbereid om zorg te bieden tijdens noodsituaties.

Elk gemeentelijk algemeen nood- en interventieplan (ANIP) omvat een aantal locaties die kunnen dienen als **onthaalcentrum (OC)** voor mensen die getroffen zijn door een noodsituatie. Bij een incident staat het psychosociaal hulpverleningsnetwerk (PSH) van de gemeente klaar om het OC te openen en de eerste opvang te verzorgen. Het PSH biedt psychologische eerste hulp, zoals informatie, praktische ondersteuning en emotionele begeleiding. Daarnaast worden de getroffen personen geregistreerd om hun identificatie te vergemakkelijken en de zoektocht naar vermiste personen te beperken. Indien nodig kan de dienst Dringende Sociale Interventie (DSI) van het Rode Kruis Vlaanderen het PSH-netwerk versterken in het OC. Een coördinator, afkomstig van het PSH-netwerk of de DSI, leidt het OC en is het aanspreekpunt voor andere betrokken diensten.

Een OC kan langer open blijven dan nodig is voor de directe hulpverlening op de plaats van het incident. Het centrum wordt pas gesloten wanneer aan de acute behoeften van de getroffen personen is voldaan, en dit gebeurt na overleg met de coördinerende verantwoordelijken.

Mochten meerdere familieleden zich aanmelden op zoek naar vermiste personen, en worden deze niet gevonden in het OC, dan wordt er een apart **onthaalcentrum voor verwanten (OV)** georganiseerd. Dit OV wordt bemand door bovenlokale actoren zoals de DSI of SISU van het Rode Kruis. In het OV worden de eerste gesprekken gestart in het kader van de identificatieprocedure. De individuele emotionele ondersteuning tijdens deze identificatieprocessen valt onder de verantwoordelijkheid van de dienst politie.

slachtofferbejegening, terwijl de DSI de collectieve psychosociale ondersteuning in het onthaalcentrum verzorgt.

Het PSIP kan **een telefonisch informatiecentrum (TIC)** opzetten voor familieleden van vermisten. Het TIC biedt informatie, verzamelt zoekgegevens en verleent psychologische ondersteuning. Het Rode Kruis (DSI of SISU) bemant deze lijn.

Alle gegevens van getroffen personen en zoekvragen worden verzameld in **het centrale informatiepunt (CIP)**. Het Rode Kruis (DSI/SISU) verwerkt deze data tot overzichtelijke lijsten van slachtoffers en hun locatie. Deze lijsten worden gedeeld met het coördinatiecomité en alle betrokken diensten, zodat verwanten snel geïnformeerd kunnen worden over hun dierbaren.

Een van de sleutelfactoren voor het succes van het PSIP is de **opleiding, voorbereiding en oefening** van de betrokken medewerkers. Gemeenten en hulporganisaties worden aangemoedigd om regelmatig oefeningen en trainingen te organiseren, zodat medewerkers goed voorbereid zijn om te reageren wanneer dat nodig is. De opleiding van lokale psychosociale hulpverleningsnetwerken gebeurt door de Psychosociaal Managers. Daarbij worden de basisprincipes van PFA uitgelegd aan de hand van de vijf principes van Hobfoll et al., (2007).

2.1 CONTEXT

De context van dit onderzoek zijn collectieve noodsituaties in België. Collectieve noodsituaties worden gedefinieerd binnen de Belgische wetgeving als: *Noodsituatie: elke gebeurtenis die schadelijke gevolgen voor het maatschappelijke leven veroorzaakt of kan veroorzaken, zoals een ernstige verstoring van de openbare veiligheid, een ernstige bedreiging ten opzichte van het leven of de gezondheid van personen en / of ten opzichte van belangrijke materiële belangen, en waarbij de coördinatie van de bevoegde actoren, inclusief de disciplines, is vereist om de dreiging weg te nemen of om de nefaste gevolgen van de gebeurtenis te beperken.*

Binnen de noodsituaties wordt specifiek ingegaan op de psychosociale noden en interventies in de onmiddellijke fase tijdens en na een collectief incident. Bouwend op de voorgaande literatuurstudie kijken we vooral naar de eerste zes uur na de aanvang van een incident met een specifieke focus op de noden en interventies die plaatsvinden voordat getroffen worden opgevangen in structuren voorzien binnen het Psychosociaal Interventieplan. Er wordt gekeken naar alle getroffen van een collectieve noodsituatie. Verder wordt gebruikt gemaakt van de formulering ‘onmiddellijke’ psychosociale ondersteuning/hulpverlening daarbij wordt psychosociale interventie tijdens een traumatische collectieve noodsituatie of in de eerste minuten tot zes uren erna. Hoewel sommige participanten het woord ‘acuut’ gebruikten en anderen ‘onmiddellijk’ of ‘vooruitgeschoven’ werd geopteerd voor onmiddellijk om verwarring met de acute fase (die volgens het Belgisch wetgevend kader loopt tot

Hoewel het Belgisch wetgevend kader het heeft over getroffen wordt er in de resultaten van dit onderzoek ook gebruik gemaakt van het woord slachtoffers, dit om tegemoet te komen aan de formulering van de participanten aan dit onderzoek.

2.2 METHODOLOGIE

2.2.1 Methodologie

Deze studie maakte gebruik van een grounded theory benadering om de behoefte aan onmiddellijke psychosociale zorg voor terminaal zieke patiënten en hun families te verkennen. Grounded theory is een kwalitatieve onderzoeksmethodologie die er naar streeft om inductief theorie te genereren uit data door middel van systematische verzameling en analyse (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1998). Het is bijzonder geschikt voor het verkennen van complexe sociale processen en het genereren van nieuwe theoretische inzichten (Charmaz, 2006).

Grounded theory is in dit onderzoek specifiek aan de orde aangezien het in een relatief onontgonnen context wat betreft onderzoek tot een kwalitatieve en gedetailleerde analyse kan komen van de factoren die meespelen in het huidige aanbod van psychosociale onmiddellijke ondersteuning tijdens en na een collectief incident.

2.2.2 Data Verzameling

Er worden semi-gestructureerde interviews afgenomen van experts. Profiel zijn mensen die ervaring hebben met de eerste hulp en in contact komen met slachtoffers tijdens of in de eerste uren na een collectieve noodsituaties. Daarbij werden mensen geïnterviewd die een duidelijke

psychosociale taak hebben in de ondersteuning van geaffecteerden (zoals de DSI medewerkers van het Rode Kruis) en andere hulpverleners en experts die in eerste plaats een andere rol vervullen in de eerste momenten (zoals brandweerlieden en ambulanciers).

De vragenlijst die aan de basis lag van de semi-structurele interviews werd toegevoegd aan dit manuscript in Annex I. Interviews duurden 45-90 minuten en werden met toestemming van de deelnemers opgenomen. De interviews werden uitgevoerd in het Nederlands en het Frans.

De steekproef van dit onderzoek kwam tot stand dankzij doelgerichte of purposive sampling. Een doelgerichte steekproef is een niet-willekeurig geselecteerde en doorgaans kleinere deelverzameling van de populatie. De selectie methode is bedoeld om de populatie logisch en goed weer te geven. De steekproef is doelbewust en doelgericht en is noodzakelijk gebaseerd op inzicht in de context. Doelgerichte steekproeven zorgen ervoor dat de steekproef beter aansluit bij de doelstellingen van het onderzoek. Onderzoek toont aan dat die nauwkeurigheid van het onderzoek en de betrouwbaarheid van de gegevens en resultaten kan verbeteren. Vier aspecten van betrouwbaarheid werden in acht genomen binnen het kader van de doelgerichte sampling namelijk geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, betrouwbaarheid en bevestigbaarheid (Campbell et al. 2020).

Voor dit onderzoek werden 15 sleutelinformanten geïnterviewd (vrouwelijk N=5, mannelijk N=10). Daarbij werden personen geselecteerd op basis van hun ervaring en expertise in de dringende hulpverlening en dan vooral in de inzet tijdens een collectieve noodsituatie. Enerzijds werd geselecteerd op een psychosociale ervaring op inzicht, en anderzijds op het kennen en interveniëren tijdens de onmiddellijke fase van een collectieve noodsituatie. Van de disciplines die meestal worden opgenomen in de onmiddellijke alarmering van een collectief incident werden er mensen betrokken bij dit onderzoek. Dit waren 1 lid van FIST (brandweer, D1), 4 leden van D2 (FGI, ICM expert, PSM), 4 leden van DSI/SISU, 2 leden van defensie, 1 lid van politie (slachtofferbejegening, D3), 1 lid van een NGO en 2 onafhankelijke experts met uitgebreide ervaring in D1 en D2. De sleutelinformanten worden in de resultatensectie participanten genoemd.

2.2.3 Ethische Overwegingen

Deelnemers werd verzekerd van vertrouwelijkheid en anonimiteit, waarbij alle identificerende informatie werd verwijderd uit transcripten. Data werd veilig opgeslagen in overeenstemming met de AVG-voorschriften. Deelnemers werden geïnformeerd over hun recht om zich op elk moment zonder consequenties terug te trekken uit de studie.

2.2.4 Kwaliteitscontrole

Net als andere vormen van wetenschappelijk onderzoek is het noodzakelijk de gekozen kwalitatieve methodologie te onderwerpen aan kwaliteitsnormen. Een heldere en transparante uitleg van de toegepaste methoden vormt het kwaliteitskader waarin validiteit, generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid worden besproken (Mortelmans, 2007).

2.2.4.1 Validiteit

Validiteit verwijst naar de mate waarin de bevindingen een accurate weergave van de verzamelde data zijn. Om de perspectieven van de respondenten zo duidelijk mogelijk weer te geven in de resultaten, is gekozen voor het gebruik van voldoende en uitgebreide citaten. Het belang van een genuanceerde en valide weergave van de verschillende perspectieven werd zo

gerespecteerd. Er wordt expliciet vermeld voor elk citaat uit welke discipline de participant aan het woord is. Dit zorgt ervoor dat de lezer begrijpt in welke context een bepaalde uitspraak is gedaan. De namen van de participanten, noch andere sociodemografische gegevens werden toegevoegd om anonimiteit te verzekeren.

2.2.4.2 Generaliseerbaarheid

Generaliseerbaarheid betreft de mate waarin de resultaten van een onderzoek toepasbaar zijn op een bredere populatie en in andere situaties of locaties (Mortelmans, 2007). Hoewel dit onderzoek zich richt op diversiteit in plaats van op generaliseerbaarheid, is er toch enige mate van generaliseerbaarheid aanwezig. Verschillende soorten hulpverleners zijn bevroegd over hun ervaringen met psychosociale noden en interventies in de onmiddellijke fase na een collectief incident. Het onderzoek pretendeert niet om alle noden in kaart te brengen, noch alle vormen van huidige of gewenste interventies op te lijsten. Desondanks biedt het onderzoek een overzicht over de situatie op terrein na een collectief incident, en dan in het bijzonder vanuit een psychosociaal perspectief.

2.2.4.3 Betrouwbaarheid

In de kwantitatieve onderzoekstraditie wordt betrouwbaarheid gedefinieerd als de consistentie van analytische procedures en de mogelijkheid om resultaten door de tijd heen te repliceren. In de kwalitatieve traditie wordt de realiteit van het bestudeerde fenomeen gezien als iets dat evolueert en geconstrueerd wordt, wat kan leiden tot variaties in resultaten door de tijd heen (Mortelmans, 2007). De specifieke methodologie van Grounded Theory die rigoureuus en stapsgewijs wordt toegepast vergroot de kans op betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten door de iteratieve dataverzameling en analyse die ernaar streeft om de veelheid van onderzoeksdata te ordenen, met elkaar te vergelijken en categoriseren. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd door een transparante en gedetailleerde weergave van de genomen beslissingen, de gebruikte methoden, de selectie van deelnemers en het verloop van het onderzoek (Denzin & Lincoln, 2011).

Data-analyse volgde de constant vergelijkende methode van grounded theory (Glaser & Strauss, 1967). Interviewtranscripten werden regel voor regel gecodeerd met open codering om initiële concepten te identificeren. Gerichte codering werd vervolgens gebruikt om grotere segmenten van data te synthetiseren en verklaren. Memo's werden gedurende de hele analyse geschreven om relaties tussen codes te verkennen en conceptuele categorieën te ontwikkelen. Theoretische steekproeftrekking en analyse gingen door tot theoretische verzadiging werd bereikt.

3.1 NOOD AAN ONMIDDELLIJKE PSYCHOSOCIALE INTERVENTIE

Aan de hand van talrijke voorbeelden en concrete situaties hebben de deelnemers gedetailleerd beschreven waar zij een dringende, onvervulde psychosociale nood zien bij betrokkenen in de acute fase. Dit deel van het onderzoek spitst zich toe op de specifieke types situaties en personen waarbij deze nood het meest acuut is. Bovendien geven de deelnemers alvast een indicatie van de onderliggende redenen waarom, volgens hen, deze psychosociale noden om een specifieke interventie vragen.

3.1.1 Wanneer?

Alle participanten gaven aan dat er **bepaalde collectieve incident** zijn waarbij er een onmiddellijke psychosociale nood is. Volgens de overgrote meerderheid van de participanten vertaalde die psychosociale nood zich ook in een nood aan psychosociale interventie.

Voorbeelden van collectieve noodsituaties waarbij participanten een psychosociale nood en eventuele meerwaarde van een snellere psychosociale interventie erkenden waren bijvoorbeeld een busongeval als BlaBla cars, terroristische aanslagen, gijzelingssituaties. De kenmerken die werden vernoemd om de incidenten waarbij er mogelijk een nood is aan acute psychosociale interventie te categoriseren waren:

- a) **waar mensen vast, gevangen of gekneld zitten;**
Vast in een ontploft gebouw, bij een overstroming aan het wachten op evacuatie, gekneld in een zwaar verkeersongeval, wachten op decontaminatie na een CBRN incident, gekneld in een rollercoaster in een pretpark
- b) **waar de acute fase op het rampterrein lang duurt of er een evolutief risico is;**
decontaminatie met lange wachtrijen bij een CBRN incident, evacuatie na bosbranden of vulkaanuitbarsting
- c) **waar mensen sterven en/of een gevaarlijke, levensbedreigende gebeurtenis meemaakten;**
- d) **waar er sensorische input is die potentieel traumatisch kan zijn en getroffen en bijkomend kan traumatiseren**
Getroffenen die naar het brandend gebouw blijven kijken waar nog iemand inzit

Volgens één participant worden deze incidenten allemaal gekarakteriseerd door het feit dat er een groot gevoel van machteloosheid heerst tijdens de incidenten, en dat kan van allerlei aard zijn.

3.1.2 Voor Wie?

Hoewel bepaalde collectieve noodsituaties specifiek om acute psychosociale interventies vragen, benadrukken meerdere participanten dat **niet iedereen** die een crisis meemaakt, onmiddellijke hulp nodig heeft. Een groot deel van de betrokkenen zal zonder professionele interventie herstellen door te putten uit eigen veerkracht en copingmechanismen. Daarnaast merken verschillende participanten op dat naast de mogelijkheid van actieve psychosociale hulp, ook preventieve maatregelen zoals het beperken van verdere traumatische prikkels op de plaats van de gebeurtenis een belangrijke rol kunnen spelen.

Een van de participanten geeft aan dat de **samenstelling van de groep** een belangrijke indicator gaat zijn of er specifieke psychosociale noden zullen zijn.

Zijn de getroffen mensen die voor het collectief incident ook al een samengestelde groep waren, met onderlinge affectieve banden en een verbondenheid als groep, met een verleden. Of gaat het om een groep die toevallig samen is en samen een ingrijpende gebeurtenis meemaakt. (Expert)

De opmerking wordt gemaakt dat het belangrijk is om ook oog te hebben voor kleine groepen niet-gewonden. Het **aantal** getroffen met nood mag niet bepalen of die al dan niet wordt ingevuld. Een participant geeft aan dat ook als het om een kleiner incident gaat die niet-gewonden het recht en de nood hebben aan psychosociale ondersteuning zoals bij grotere incidenten.

Als je zegt, we willen steeds streven naar dezelfde kwaliteit moet je het laagdrempelig doen. Die drie niet gewonden zijn even belangrijk als die andere twintig he. Die drie kan je misschien achter de hoek zetten, dat is misschien wat makkelijker maar die gaan ook hun lot overgelaten zijn. Die hebben ook recht op dezelfde zorgen. (D2)

Bij de brandweer merkt men de laatste jaren op dat er een **bijkomende nood** is aan opvang ter plaatse aangezien er door sociale media sneller meer mensen en verwanten ter plaatse komen: *“We merken in de laatste jaren dat er een grote nood is aan opvang van slachtoffers en opvang van families ter plaatse van het incident. Terwijl dat we met de brandweer iemand uit het voertuig open knippen, staan door de sociale media ineens de mama en papa daar die onder het lint doorkruipen.”*

3.2 HUIDIGE SITUATIE OP HET TERREIN

Participanten werden bevraagd over de huidige situatie op terrein en vertelden hoe volgens hen de psychosociale noden van getroffen volgens hen momenteel in acht werden genomen op een rampterrein. Deze sectie beoogt vooral de huidige noden en problemen in kaart te brengen. Participanten hebben ook vaak gesproken over de moeilijkheden, hiaten en noden op terrein wat op geen enkele manier afbreuk doet aan de goede praktijken die bestaan. Na deze sectie van de onderzoeksresultaten worden psychosociale technieken en praktijken verder besproken.

3.2.1 Hulpverleners hebben andere prioriteiten en vaardigheden

Alle bevraagde participanten van dit onderzoek gaven aan dat de taken die alle hulpverleners in de vijf disciplines hebben belangrijk, noodzakelijk en prioriteit zijn. Het redden van levens is absolute prioriteit in de rampenwerking en dat wordt niet in vraag gesteld.

Tijdens een ramp – de brandweer gaat zich focussen op de brand bestrijden, of instortingsgevaar, hoe ga ik er mensen uit halen? De politie is van ‘ik moet een perimeter

maken'. En de rest evacueren dus die gaan op dat moment geen slachtofferbejegening toepassen.

Participanten geven ook aan dat hulpverleners soms wel een psychosociale nood zien, maar soms ook door gebrek aan tijd, ervaring, of vertrouwen geen contact maken of psychosociale ondersteuning bieden. Ambulanciers, die vaak als eerste ter plaatse zijn, hebben vaak niet de ruimte, tijd en soms niet vaardigheden om psychosociale ondersteuning te bieden, volgens een participant.

Ik twijfel of het kan door de mensen die als eerste ter plaatse zijn... Ik geef ook de module veerkracht nu in WOBRA voor de bijscholing voor ambulanciers. Daar merk je ook wel dat alles wat daar ruikt naar het psychosociale voor hen soms nog. Het is beter dan vroeger. Het is nog altijd iets van 'daar gaan we vanaf blijven' en dat die zo vrij hard zijn. Niet allemaal he...en dan weet ik niet... ik denk dat zij zo heel in dat handelen zitten, niet in het emotionele, het inleven, tijd kunnen nemen, het zelf rustig blijven en zo een beetje de co regulatie kunnen bieden dat je iemand anders ook rustig kunt brengen. (DSI/SISU)

Er bestaan momenteel enkele **opleidingen** die worden gegeven aan de eerste hulpverleners ter plaatse. Die verschillen natuurlijk sterk tussen de verschillende disciplines. Zo ontvangen de ambulanciers momenteel één tot twee uur stress management in hun huidige basisopleidingen en wordt er in sommige scholen zoals WOBRA ook een module veerkracht aangeboden in de bijscholing. Dit wordt echter vooral beschouwd als onvoldoende. Andere disciplines, zoals D1 en D2, genieten iets meer opleiding rond psychosociale interventie, slachtofferbejegening of het ondersteunen van collega's maar dat lijkt nog niet helemaal voldoende.

De perceptie van een groot deel van de participanten is dat er momenteel structureel op terrein niets gebeurt om die acute psychosociale ondersteuning te bieden. Er zijn natuurlijk wel momenten dat 'iemand een goed idee heeft' wat dan erg persoonsgebonden wordt of het al of niet aan bod komt in die eerste momenten na een collectief incident.

Soms kan het gebrek aan psychosociale vaardigheden niet enkel een gebrek aan ondersteuning maar een negatieve impact op het psychosociaal welzijn.

De politieagent, brandweerman of ambulance die mensen behandeld als stuk vlees of een steen zou niet mogen bestaan. Maar we weten heel goed dat getroffen mensen soms dit soort respons krijgen. (DSI/SISU)

Eén van de participanten waarschuwt voor het gebruik van 'negatief boodschappen' tijdens een traumatische gebeurtenis blijvende gevolgen kan hebben voor getroffen mensen. "Uitlatingen over slachtoffers, zoals 'deze hier gaat het niet halen, hij ziet al blauw' worden door slachtoffers opgeslagen en meegenomen. (Expert)" Een traumatische situatie maakt dat sommige getroffen mensen immers een verstoorde opslag hebben van herinneringen waar vooral negatieve details van een situatie sterk opslaan en moeilijk verwerken.

3.2.2 Getroffenen als belast

Dat is ballast he. Als medisch geschoolde waar je met acute slachtoffers moet bezig zijn. De rest zit in de weg. Als al de zwaargewonden zijn doorgedaan dan gaan we daar ne keer naar kijken.[...] Maar de tijd die daarover gaat, dat is lang. Dat gaat over een uur, twee uur.... Daar wordt niet mee gepraat. Als je ermee kan praten dan heb je tijd. Zit je met 10-15 acute slachtoffers dan zegt niemand daar een woord tegen. Daar heb je zelfs geen oog voor. (D2)

Een belangrijk element dat werd aangeboden door enkele participanten, vooral zij in coördinerende functies op het rampterrein, is het feit dat een psychosociale coördinatie op het rampterrein de disciplines en vooral de medische keten sterk zou ontlasten. Participanten geven aan dat de licht of niet gewonden op het terrein momenteel ofwel niet gezien worden ofwel een last vormen voor het uitvoeren van de kerntaken van de verschillende disciplines.

Als er dan toch een psychosociale professional in die eerste fase op het terrein verschijnt betekent dat voor eerste hulpverleners, die vaak een technisch profiel hebben met weinig kennis rond emoties en reacties na trauma, ook een opluchting.

3.2.3 Aan hun lot overgelaten

Zowel tijdens incidenten als tijdens oefening zien de participanten vaker dat, zeker de licht of niet gewonde slachtoffers **aan hun lot worden overgelaten**.

Daarbij geven ze aan dat van de hulpverleners ter plaatse *'de getroffen en gewoon voorbijlopen', 'geen contact maken', 'hen niet aanspreken', 'zich niet lijken in te leven' en 'niet te lijken beseffen dat die bang zijn'*. Dat gebeurt volgens participanten tijdens echte situaties maar ook tijdens oefeningen *'waar hulpverleners niet bang zijn of stress ervaren zoals tijdens een collectief incident'*. Een participant vertelt over een oefening:

Wat voor mij miste? Het is heel simpel, er is gewoon een contact met de betrokkene. Die agenten, ambulanciers, brandweer hebben hun technische drill. Om mensen veilig te stellen en dat doen ze goed, maar ze vergeten gewoon dat er mensen daar zijn die bang zijn en in shock en behoeftes hebben. Dat verergerd ook de schok of eventueel de trauma later. [...] Je moet je zo alleen voelen. En zelfs al zijn er andere betrokkenen daar rond je, maar niemand bij de personen die iets kunnen betekenen voor je hebben aandacht voor jou. (D4)

Participanten zijn het er eigenlijk allemaal over eens: momenteel is er heel weinig contact met de betrokkenen tijdens de eerste momenten na een collectief incident. En toch, getroffen en op een rampterrein worden vaak pas gezien worden op een moment dat ze problemen maken voor de hulpverleners.

Het is normaal, psychosociaal is geen prioriteit voor D1, D3 en zelfs niet voor medische D2. We weten het, hoe hard we het ook proberen. Het is uiteindelijk een realiteit. Ze hebben hun doelen van zorg, gewonden, slachtoffers en ze hebben een tunneleffect dat ze zich alleen op deze thema's richten. Zolang de niet-gewonden betrokken hen het werk niet gaan bemoeilijken, zullen ze hen niet zien. Dat weten we. (DSI/SISU)

Het feit dat getroffen en zich aan hun lot overgelaten voelen onmiddellijk na een incident heeft jammer genoeg een belangrijke impact op hun emoties, cognities gelinkt aan het traumatisch incident. Het feit zich daar *'genegeerd'* te voelen kan een gevoel van *'gebrek aan erkenning'* geven dat niet alleen doorweegt op de korte maar ook lange termijn en daarenboven de ontwikkeling van psychologische problemen in de hand werkt.

Veel situaties kunnen ook worden ervaren 'alsof we geen acteurs zijn, we hebben niet gekozen, we zijn verplicht, we zijn beperkt in ons handelen, we zaten vast, we konden niets doen, we zijn niet geïnformeerd, we zijn niet overwogen, we zijn niet echt slachtoffers, we worden niet erkent.' Dat zijn veel van de dingen die we in het azc horen. Het speelt zich af in de eerste contacten met de hulpverleners.

3.2.4 Blootstelling

De beelden en sensorische input gecombineerd met de chaos en gebrek aan aandacht voor het psychosociaal welzijn van de getroffen en op een rampsterrein van een collectief incident zorgt ervoor dat mensen bijkomend getraumatiseerd worden in de eerste minuten of uren, volgens participanten.

Het bestaande systeem van rampenwerking in België houdt enkele procedures in zich die de gevaren van blootstelling niet in acht nemen. Enerzijds is er blootstelling omwille van de procedure, anderzijds is er blootstelling door gebrek aan goede procedures.

Bij collectieve incidenten wordt vaak de procedure gevolgd om **iedereen via een VMP te laten passeren** voor een medische triage. Tijdens die passage in een VMP worden er vaak files gecreëerd als er veel licht- of niet gewonden zijn en worden getroffen en vaak nodeloos blootgesteld aan potentieel traumatische scènes, zoals mensen die zwaargewond zijn of (ogenschijnlijke) chaos van de hulpverlening, of ‘geroep en getier in de VMP’. Die procedure stelt volgens veel participanten getroffen onnodig bloot aan meer leed en trauma dat potentieel schadelijk kan zijn.

Mensen die eigenlijk naar een OC moeten, maar die in de VMP moesten passeren en daar veel te lang zijn blijven zitten. Die werden langs de kant gezet omdat het minder dringend was maar die zagen al die zwaargewonden wel binnenkomen. Voor dat soort situaties is het misschien goed dat iemand daar gewoon oog voor heeft. Dat die kan zeggen ‘misschien moeten die eerst gewoon naar buiten of afgescheiden’. (DSI/SISU)

We hebben heel veel T3's in het medisch dispositief (VMP) die daar eigenlijk niets te zoeken hebben. Waarom? Omdat het diegenen zijn die het minste lawaai maken, die we heel lang kunnen laten wachten. Maar eigenlijk, hoe langer we ze laten wachten, hoe meer we ze blootstellen. Hoelang we ze blootstellen, hoe veel moeilijker het voor hen wordt. Het is niet het onbewuste gewonde slachtoffer die psychologische pijn zal hebben, het is de T3 die gekeken wat er gebeurde, die alles gezien heeft, alles meegemaakt heeft en alles gevoeld en geroken heeft, die gaat daar heel veel herinneringen aan hebben. (DSI/SISU)

Op een rampsterrein worden niet-of lichtgewonden vaak ergens aan de kant gezet om ‘uit de weg’ te staan om de hulpverlening niet te hinderen. Verschillende participanten vertellen over incidenten waar getroffen en aan de kant worden gezet met een zicht rechtstreeks op het incident waar de hulpverlening nog volop aan de slag is. Die blootstelling aan potentieel traumatische beelden wordt vaak uit het oog verloren.

Een participant geeft een voorbeeld van een SISU-vrijwilliger die ter plaatse werd geroepen bij een appartementsbrand. Aangekomen bij de scène, vond ze een groep getraumatiseerde bewoners die gefixeerd aan het kijken waren op hun brandende woonst. De hulpdiensten hadden de bewoners na evacuatie aan de overkant van de straat geplaatst waar ze ‘geobsedeerd’ naar de brand aan het kijken waren. Ze waren zo overstuur dat hun naam geven of spreken onmogelijk werd.

Als zij niet was toegekomen en had gezien dat de T3 slachtoffers naar een veiligere plek moesten had niemand het gedaan. De hulpverleners, de gemeente hadden er op dat moment niet bij stilgestaan. Wij kunnen met een psychosociale lens kijken en weten dat zelfs wanneer ze in fysieke veiligheid zijn, ze geen psychologische veiligheid hebben. Want ze zijn op dat moment gewoon bezig om de film verder te laten lopen (DSI/SISU)

Tijdens de interviews gaven alle participanten aan dat een psychosociale interventie belangrijk is omdat ze beschermend kan werken voor zij waar er in de eerste minuten en uren geen tijd

voor is. Al was het voor het overgrote deel zaak om hen zo snel mogelijk weg te krijgen van de blootstelling. Toch was het, zeker voor niet psychosociale professionals, eerder vanuit een **buikgevoel** dan vanuit kennis over de impact van blootstelling. *'Ik denk wel dat we ze moeten weggrijpen maar is dat eigenlijk onderbouwd? Wat kunnen we daarmee doen? Kan dat kwaad dat die daar staan te kijken?'* Participanten met een psychosociaal profiel verwijzen naar de wetenschappelijke evidentie dat langere blootstelling geassocieerd is met meer psychologische problemen. Participanten bevestigen dat verdere blootstelling onnodig 'de film verder laat lopen' en het risico verhogen op moeilijkheden achteraf.

Eén van de participanten zegt dat het **'te snel'** in veiligheid brengen van de getroffen, bijvoorbeeld van een rampterrein, eventueel ook een negatief effect kan hebben.

Als we interveniëren in die onmiddellijke fase gaan we trachten de persoon uit zijn fase van shock te halen. Maar ik denk dat mensen een minimum van die fase van shock nodig hebben. Ze moeten passeren – maar het is niet wetenschappelijk wat ik zeg meer een idee – om 'Om een plek te verlaten, moet je er eerst heen. Als je niet gaat, weet je niet hoe je moet vertrekken.' Als je ze te snel uit die fase van shock gaat halen, op een ritme dat niet noodzakelijk het goede ritme is van die persoon, maar op een ritme dat wij goed vinden kan het misschien meer schade dan goed doen. (D4)

Een andere participant nuanceert die stelling en ziet enerzijds geen heil in het onnodig bootstellen van getroffen terwijl ze wel waarschuwt voor het te snel weghalen van verwanten die niet-gewond zijn van hun gewonde familieleden. Op dit moment gebeurt dat wel vaak. Daar is een aangepast aanpak nodig waar die persoon eventueel ter plaatse kan blijven, ondersteund worden maar toch de link behouden *blijft om ondersteuning te bieden*'. Dan hebben ze een functie en rol die we ze willen laten vervullen.

We vragen hen niet om te vluchten, om te vertrekken als dieven, want dat is ook vaak iets wat getroffen ons zeggen. 'ik ben vertrokken, ik ben ok, maar ik heb iedereen daar achter gelaten' en dan is er een schuldgevoel dat opduikt. Maar dat kunnen we niet vermijden, dat is afhankelijk van de persoon. Ik denk dat elke persoon het (collectief incident) anders beleeft en ik denk niet dat blootstelling een welzijn kan bevorderen. (DSI/SISU)

3.2.5 Psychosociale interventies op het rampterrein

In realiteit duurt het vaak lang voor momenteel iemand getroffen momenteel ondersteuning kunnen bieden. *"soms moeten ze een uur wachten voor er effectief bij hen iemand kan toekomen en zeggen 'oké hier zijn jullie veilig, we gaan voor jullie zorgen"*. Een participant geeft een voorbeeld van een incident in Strepv waar er een werkelijke nood was op het terrein, maar door de late alarmering en aanrijtijd de psychosociale ondersteuning veel te laat kwam op een moment dat de getroffen al lange tijd blootgesteld waren en niet werden geholpen.

In Strepv hebben we familieleden van de slachtoffers die twee uur lang op het rampterrein bleven, zich vastklampend aan hun overleden familieleden. Dat is niet mogelijk. Dat kunnen we niet doen. De enige persoon die er was was een slachtofferbejegenaar, die veel te veel mensen had om voor te zorgen. En wij [SISU] werden een uur na het evenement gebeld en het kostte ons een uur om ter plaatse te komen omdat het vroeg in de ochtend was en de vrijwilligers er niet altijd snel zijn. Maar die tijd hebben we verloren om gemobiliseerd te worden. Er zijn veel mensen die sterk zijn geïmpacteerd door die situatie omdat er geen mensen waren om voor hen te zorgen. (DSI/SISU)

Participanten geven aan dat het momenteel ook erg frustrerend is dat de psychosociale interventie op dit moment pas een hele tijd na een incident in gang wordt gezet.

On va gagner sur l'expérience des impliqués et même des intervenants. Het is heel frustrerend nu. Want wij gaan nu twee of drie uur na het incident de getroffensten zien, dat is ongeveer de timing, wij zijn er binnen het uur of twee uur. We gaan getroffensten aantreffen die blootgesteld zijn aan heel veel. En het is laat, we kunnen niet heel veel meer doen. Het is te laat eigenlijk. We gaan 'essayer de ramasser les pots cassés' maar het is eigenlijk te laat. (DSI/SISU)

DSI medewerkers geven aan dat er wel enkele interventies zijn waar ze inderdaad op terrein zijn gegaan om al een eerste psychosociale ondersteuning te bieden zoals onder andere bij de Paardenmarkt, instorting van de school in Antwerpen Zuid, etc. SISU in Wallonië is al een stap verder gegaan. Daar hebben ze onlangs de beslissing gemaakt om een professionele medewerker van SISU mee ter plaatse te sturen bij een groot MIP.

In Wallonië hebben we de gewoonte om een pre-deploiement te doen van SISU zelfs als het een MIP betreft. Het is niet officieel een PSIP maar we hebben uiteindelijk beslist om in onze acute medische middelen een lid van SISU te zetten. Eerst en vooral is het voor de registratie want wij zijn verantwoordelijk binnen D2 om de keten van informatie te beheren, dus dat faciliteert om snel ter plaatse te zijn om de hulpdiensten te begeleiden in het registreren van getroffensten. Systematisch als het om een groot MIP gaat zal er iemand van de betaalde werkrachten in SISU mee ter plaatse gaan. (DSI/SISU)

Het primaire doel van die snelle psychosociale inzet was eerst en vooral het coachen van de hulpverleners in het registreren in het Belgian Incident Tracking System (BITS). Deze beslissing komt er omdat de registratie op terrein met on- of weinig getrainde, vaak vrijwillige, hulpverleners vaak vast liep omwille van technische issue of gebrek aan tijd en kennis in het lanceren van het systeem. Eens het systeem gelanceerd is lukt het om ermee te werken. Maar om deze eerste en erg belangrijke hindernis te helpen overwinnen gaat een coach DSI nu mee op terrein. Het tweede doel van deze vervroegde inzet van SISU is om snel een psychosociale analyse te hebben van het terrein. Op basis van deze analyse kunnen de medische hulpverleners gericht advies verleend worden over de beslissingen en keuzes die ze maken op terrein. Het systeem van vroege inzet voor SISU is op dit moment nog niet helemaal duidelijk met en voor de Psychosociaal managers aangezien het niet onder het PSIP valt. Het heeft een verduidelijking en officialiseren nodig.

3.2.6 Psychosociale ondersteuning als 'An afterthought'

In sommige gevallen komen psychosociale professionals ter plaatse zoals slachtofferbejegenaars of FIST medewerkers die skills en vaardigheden hebben om ondersteuning te bieden. In gevallen waar dat niet zo is worden psychosociale noden vaak over het hoofd gezien door de eerste hulpverleners ter plaatse, en wordt daaropvolgend ook te laat gedacht aan het alarmeren van de psychosociale keten.

Nu komen we te laat. Intervenanten zijn gefocust op hun eigen kerntaken. Voor de reflectie op terrein gebeurt om zorg te dragen voor niet-gewonden is er al veel tijd gepasseerd. (DSI/SISU)

Ook een DirMed die momenteel verantwoordelijk zou moeten zijn voor het medische én het psychosociale op een rampterrein zal vaak die reflex niet hebben volgens participanten

Momenteel moet de DirMed het bilan maken en daarmee rekening houden met het psychosociale. Maar die heeft de psychosociale visie niet, als hij het niet doet dan rekenen we op de coördinator van het Rode Kruis maar ook hij heeft dat perspectief niet, het is een medische hulpverlener. We rekenen op functies die niet die psychosociale competentie hebben. En die hebben ook geen zin om zich daarin te verdiepen. Ze hebben meer dan genoeg te doen op hun domein. (D2)

Als de DirMed doorheeft dat hij ons kan bellen, 2 uur later, is het eigenlijk al te laat. (D2)

De Psychosociaal Manager (PSM) is verantwoordelijk voor de coördinatie van het PSIP. Toch blijkt er voor verschillende participanten dat er een ondersteuning moet komen op het terrein want “*Er is een missing link op het operationele niveau.*”

De PSM gaat coördineren en heeft een hyper belangrijke rol in de strategie, maar er is een operationele coördinatie nodig met de PSM. Er moet een link zijn tussen de twee. Maar de PSM kan niet op hetzelfde moment zijn op het terrein en in het CC-GEM of CC-PROV. (D2)

3.3 PSYCHOSOCIALE OPDRACHTEN IN DE ACUTE FASE

3.3.1 Coördinatie van het rampterrein

Op dit moment is er volgens de meeste participanten nood aan een betere **organisatie van het rampterrein** die rekening houdt met de psychosociale noden van de getroffenen. Een eerste belangrijke opdracht daarbij is de psychosociale noden van niet- of lichtgewonden herkennen en de risico's van eventuele blootstelling proberen te verkleinen door het rampterrein anders te organiseren. Het wordt door participanten verwacht dat een psychosociale coördinator specifieke instructies kan geven over waar en hoe getroffenen op het rampterrein worden opgevangen, dat ze ervoor zorgen dat ze zich niet alleen of aan hun lot overgelaten voelen. Concreet betekent dat vooral om de niet-getroffenen af te schermen van eventuele verdere blootstelling door hen op een veilige(re) plek te zetten, te vermijden dat ze worden blootgesteld aan potentieel traumatische scènes zoals een VMP of “*dode lichamen die op het terrein liggen*”, hen eventueel onder te brengen in een veiliger gebouw/tent/bus waar ze ook informatie krijgen en geactiveerd kunnen worden.

Een ideaal scenario op het rampterrein is volgens een van de participanten een organisatie van een VMP en het medisch dispositief waarbij er een fysieke plek is voor T3 en niet-gewonden die afgescheiden is van de T2 en T1. Het doel is om die T3 en niet-gewonden te beschermen van verdere blootstelling en daarbij een ruimte te geven waarbij ze kunnen ondersteund worden door een psychosociaal medewerker. Zo zou er een VMP-light en een VMP-hard gecreëerd kunnen worden. De mensen in de VMP-light hebben vooral de nood om te praten en gehoord te worden, eerder dan medische zorg. Daarbij is in de VMP-light natuurlijk een medische zorg (eerste hulpverlener of medisch hulpverleners van de brandweerman) kan geboden worden voor de lichtere gewonden of voor de niet-gewonden. Die extra medische ondersteuning in de VMP-light zou zijn om getroffenen en intervenanten gerust te stellen. (DSI/SISU)

De herziene werking van SISU in het inzetten van psychosociale medewerkers in preventieve dispositieven op bv festivals toont hen de meerwaarde van snel op het terrein van een incident te kunnen staan. Door een snelle inzet staan ze heel snel bij de getroffen en waardoor in samenwerking met de medische collega's van het Rode Kruis als het ware een onmiddellijke **parallele keten** wordt creëren voor de niet- of licht-gewonden waardoor zij meteen ondersteund worden en minder worden blootgesteld. Ze krijgen dan ook de informatie over de hulpverlening en wat er gebeurt op het moment zelf en niet retrospectief.

Een **medische triage** blijft volgens verschillende participanten wel belangrijk, aangezien het wel vaker het geval is dat een getroffene door de stress de fysieke verwondingen niet kan voelen of benoemen. Toch geven participanten aan dat die triage licht kan zijn en telkens kan herzien worden bij nieuwe signalen.

Dit sluit aan bij een opmerking van DSI medewerkers waarbij ze vaak in het huidige psychosociaal kader in het onthaalcentrum nog mensen hebben die niet-gewond leken maar eens in veiligheid en gehoord in een OC in elkaar vallen of gewond blijken te zijn. Een triage code die op het terrein wordt gedaan kan vaker een meer ernstige verwonding verbergen. Ook in de VMP-light zou een medische triage gedaan moeten worden. (D2)

De coördinatie van het rampterrein is meer dan enkel afschermen van blootstelling. Wanneer mensen zijn afgeschermd moet er ook nog een **ondersteuning** gebeuren. *“Het is niet gewoon mensen verplaatsen en dan niets tegen hen zeggen.”* In een aantal provincies wordt vaak gekozen om niet-gewonde mensen op een bus te zetten, afhankelijk van de fase die werd afgekondigd blijft die bus staan met de mensen erop of worden ze later naar een OC gevoerd. Vaak wordt er geen OC meer geopend. Toch waarschuwen participanten voor het niet openen van een OC waar aan de basisnoden van mensen voldoen kan worden.

“Van mij mogen mensen op hun bus zitten he? Maar dan moeten we daar de goede info geven. Dan moeten we weten wat we gaan doen als die naar een OC doen. Dan moeten we weten wat we gaan doen als die een kindje willen verversen. Een bus is gemakkelijk en kan als ze na vijf minuten naar huis mogen maar als je weet dat het langer dan een half uur duurt. Dan moeten we toch een WC en drank voorzien he?”

Ook bij de aanslagen werden de getroffen die in de buurt van station Maelbeek gebleven waren na de bomaanslag op een bus gezet. Daar was geen psychosociale opvang voorzien maar vertrok van de idee *“we gaan de kudde beheren”*. Daarnaast houdt het ook een belangrijk risico in om hen naar huis te laten gaan.

Als we sneller ter plaatse zouden zijn, zouden we de eerste acties en beslissingen sneller kunnen begeleiden en mensen naar plaatsen kunnen leiden waar we geen mensen zullen aantreffen die geen tweede of derde keer getraumatiseerd zijn door (bijkomende elementen die ze zien) de gebeurtenis. (Expert)

Een bijzonder voorbeeld van de organisatie van het rampterrein om blootstelling te vermijden en psychosociaal ondersteuning te bieden van hulpverleners wordt gebruikt binnen de brandweer. Het FIST team van de brandweer kan momenteel al een systeem in werking zetten waarbij een **'REHAB' voertuig** kan ingezet worden voor langdurige of grootschalige incidenten. Daarin zitten energiedranken, wafels, een toilet, warm water en van alle dingen waardoor brandweerlieden even kunnen ontspannen. De tent die erbij hoort heeft stoelen waar ze kunnen uitrusten. Het systeem bestaat al in één zone maar wordt verder gepromoot.

Coördinatie van het rampterrein stoelt zeker en vast op een goede samenwerking met de andere disciplines waarbij een psychosociale coördinator ook autonomie krijgt om bepaalde taken en interventies zelf te doen. Dit alles vanuit de idee dat wat ze doen de andere disciplines ontlast en zelfs ondersteunt in hun kerntaken. Participanten onderstrepen dat levens redden natuurlijk de prioriteit blijft en dat een psychosociale coördinatie op het rampterrein de hulpdiensten kon ontlasten, maar tegelijk ook kwalitatieve ondersteuning bieden.

“Eerst hulpverleners Die zitten in hun tunnel en hebben andere prioriteiten, maar iemand in de operationele coördinatie kan een perspectief toevoegen”

Een participant wijst meteen op de wettelijke basis om het concept van een **psychosociaal coördinator op terrein** in te zetten en uit te bouwen:

We hebben in principe het concept van een psychosociale coördinator die ingeschreven is in het PSIP he? We zeggen vaak dat die coördinator in de CP-OPS kan bijzitten om zich te bekommeren over de niet-gewonden maar we kunnen dat ruimer trekken om zich daar te bekommeren over het psychosociale aspect van het management en de bestaande functie in onze omzendbrief pakken om dat te kunnen doen.

3.3.2 Ondersteunen van de getroffen

Alle participanten geven aan dat er nu een gemis is aan ondersteuning van de getroffen op het rampterrein. Toch is het belangrijk dat er pas een interventie wordt georganiseerd op een moment dat er een ‘*minimum niveau van veiligheid is*’ voor de hulpverlener om ingezet te worden.

Vermijden dat getroffen zich ‘*machteloos voelen*’, ‘*zich alleen voelen*’ en daar tegenover zich ‘*gezien en erkend*’ zijn belangrijke objectieven in die onmiddellijke fase. Je vermijdt dat mensen zich in de steek gelaten voelen en zorgt ervoor dat mensen niet denken ‘*allé ziet hier niemand naar mij. Ik heb hier juist iets kei erg meegemaakt*’ maar eerder ‘*er is hier iemand bij mij, en die luister als ik iets wil zeggen*’. Dat op zich is vaak al voldoende volgens veel participanten. Meer uitgebreide interventies en technieken voor individuen en groepen worden hieronder besproken in 4.4. Het overgrote deel van de participanten is het erover eens, “*Als je meer mensen in die eerste periode kan opvangen gaat het achteraf waarschijnlijk minder nodig zijn*”.

Zeker als het lang duurt en mensen lang in die positie vastzitten. Dan is die machteloosheid heel sterk aanwezig. Ik denk dan alles wat op dat moment kan helpen om die machteloosheid te verminderen kan die verwerken alleen maar ten goede komen. (Expert)

Een voorbeeld van interventie tijdens een evolutieve noodsituatie is de ondersteuning van getroffen van de overstromingen in 2021. “*Dit is wat we deden tijdens de overstromingen met de maraudes. In feite is het daar een beetje een voorloper van. De overstromingen op het moment dat er heel veel water staat is het niet mogelijk. We kunnen niet in een klein bootje gaan en (luidspreker) in alle huizen passeren. Maar eens dat het kan kunnen we op terrein gaan om de mensen te gaan ontmoeten. En dat is hetzelfde tijdens cata, eens dat we in (doet aanhalingstekens na) veiligheid zijn, kunnen we zo dicht mogelijk bij de mensen gaan. Niet gewonden, we gaan ons niet mengen in het medische deel. Maar gewoon om de mensen eruit te halen die geen medische nood hebben. (DSI/SISU)*”

De ondersteuning van getroffenen kan eventueel ook gebeuren tijdens de eerste uren na een incident waar mensen geëvacueerd worden en even in het gebouw mogen om enkele bezittingen op te halen.

Als mensen een aantal spullen mogen gaan halen als het onbewoonbaar verklaard is en ze de nacht ergens anders moeten doorbrengen. Er wordt eigenlijk niet echt stil gestaan bij de psychologische impact van dat ingestort gebouw te zien, van de gang te zien geblakerd met roet waar de brandweer met water is doorgegaan, van deuren die kapot geklopt zijn, van documenten en fotos die zwart geblakerd zijn. Daar denken wij, alle niet alleen wij alle hulpverleners ter plaatse niet over na, je kunt niet aan alles denken? (D2)

De participanten van dit onderzoek die een link hebben met de FIST brandweerdiensten onderstrepen telkens ook de grote nood aan psychosociale ondersteuning van de brandweerlieden en hulpverleners in de eerste momenten. FIST neemt voor de brandweerlieden daar al een belangrijke taak in op op het rampterrein. In het huidige systeem van rampenwerking in België worden door de participanten vooral de ambulanciers en 112-call takers ook geïdentificeerd als specifiek kwetsbaar voor de psychosociale impact van collectieve noodsituaties. Elementen als het gebrek aan een psychosociale opvang binnen de eigen dienst of met andere intervenanten, en isolement na een incident (gebrek aan informatie voor de 112 call taker en gebrek aan opvang voor de ambulancier) worden als mogelijke risicofactoren naar voor geschoven.

3.3.3 Ondersteunen van individuele getroffenen met psychosociale nood

Psychosociale coördinatie in de eerste momenten richt zich vanzelfsprekend eerst en vooral op de groep getroffenen die er is. Tegelijk geven participanten ook aan dat ze in die eerste momenten waar ze collectief informatie geven om mensen rust en duidelijkheid te brengen ook ‘in het oog gaan houden wie meer nodig heeft’.

Diegene waar ik mij als ik in een groep opvang het meeste zorgen over maak, is diegene die totaal geen reactie heeft. Dat is voor mij de meest zorgwekkende persoon dat ik toch even kijk om die terug in de realiteit te brengen (D3)

De verschillende vormen van psychosociale interventies met individuen die bijkomende ondersteuning nodig hebben wordt besproken hieronder in punt 4.4.

Zoals één van de participanten aangeeft: “het maakt echt een verschil. De mensen zijn vaak zo dankbaar voor de opvang die ze gehad hebben op het moment dat het nodig was. Als we dan verder nadenken dat denk ik op dit moment was het niet zo wereldschokkend wat ik daar toen gedaan heb. Maar blijkbaar hebben we dan toch voorkomen dat mensen daar achteraf last van hebben.

3.3.4 Ondersteunen van de registratie op terrein

De registratie van slachtoffers is een opdracht van de D2 discipline. Eén van de participanten geeft aan dat SISU een meerwaarde kan betekenen door als psychosociaal medewerker onmiddellijk na een incident ter plaatse te gaan om de registratie van slachtoffers door de medische hulpdiensten te gaan faciliteren en coachen.

Het is ook mogelijk om tijdens die ondersteuning uitleg te geven aan de niet-getroffenen over het waarom van de registratie waardoor mensen denken ‘oké

ze gaan voor mij zorgen en ik ga ook met iemand kunnen bellen later en ze gaan mijn gegevens noteren dat allemaal heel veel belangrijke zaken die ze vrij snel eigenlijk moeten horen (DSI/SISU)

3.4 INHOUD VAN DE PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES MET GETROFFENEN

Het gebrek aan een sterke **wetenschappelijke evidentie** rond de exacte inhoud van psychosociale interventies werd door een deel van de participanten aangehaald. Ook op een moment na die acute fase, in de eerste uren en dagen na een incident zijn er volgens participanten nog belangrijke opportuniteiten voor het verhogen van de kwaliteit en invullen van de noden van getroffenen.

Participanten geven aan dat de technieken die gebruikt en aangeleerd worden vooral heel simpel moeten zijn en intervenanten een duidelijk kader moeten geven om ondersteuning te bieden.

Er is een model nodig waar intervenanten weten 'start met psychoeducatie, als dat niet werkt doe je ademhalingstechnieken, als dat niet werkt doe je grounding en dan ga je terug naar boven. Zodat ze dat moeten kennen. Dat lijkt me heel basis maar ik denk dat ze een paar basic skills als grounding en ademhalingsoefeningen in hun zak moeten zitten hebben. Gaan we het vaak nodig hebben? Ik denk het niet, maar we moeten ze wel zitten hebben. (D2)

Eén van de participanten onderstreept het belang aan een **creatieve** maar **evidence based approach** voor het vormgeven van die onmiddellijke psychosociale interventie. Nieuw onderzoek en expertise uit de praktijk kan inspiratie bieden.

Het is belangrijk dat we niet alleen naar skills van hulpverleners kijken maar ook naar de organisatie van uw OC of rampterrein. En dat we weten dat we een aantal dingen kunnen doen die wetenschappelijk onderbouwd zijn. Zo kan je in een wachtrij voor decontaminatie bij een CBRN incident rustgevende muziek opzetten of mensen de kans geven om op een gameboy te spelen. Dat mensen op een andere manier zitten wachten[...]. Sommige mensen willen niet babbelen. (D2)

3.4.1 Een kader voor interventie

Alle participanten geven aan, ondanks hun uitgebreide ervaring en expertise, dat er erg weinig bestaat van wetenschappelijke evidentie of programma's die echt die eerste minuten en uren na een traumatische ervaring centraal stellen.

Alle participanten met een psychosociale achtergrond verwezen naar de vijf **Hobfoll principes**. Het mannetje van Hobfoll waarin veiligheid, rust, zelfredzaamheid, connectie en hoop als richtlijn worden gebruikt voor de interventie in de acute fase. "Het zal beroepsmisvorming zijn maar ik denk natuurlijk meteen aan de Hobfoll principes. Omdat ik denk dat die er wel vrij goed op zitten." Zeker in een onmiddellijke interventie, zo stelt een participant, "moet er in een interventie uitgegaan worden van 'generieke noden' aangezien een uitgebreide assessment doen van wat nodig is voor elk individu onmogelijk is." De richtlijnen van Hobfoll en collega's (2007) bieden volgens haar een kader voor de psychosociale ondersteuning gebaseerd op de generieke noden van getroffenen.

Twee participanten zien een meerwaarde in het gebruik van **Panksepp's basisemoties**. Jaak Panksepp, een invloedrijke psycholoog en neurowetenschapper, identificeerde zeven basisemoties die fundamenteel zijn voor zowel mensen als dieren. Deze emoties zijn onderverdeeld in twee categorieën: belonende en straffende hersencircuits. De belonende hersencircuits omvatten de drang naar beloning en het verkennen van de omgeving, wat Panksepp beschrijft als SEEKING. Daarnaast is er de emotionele ervaring van PLAY, die voortkomt uit spel en sociale interactie. LUST verwijst naar de seksuele motivatie en verlangen, terwijl CARE de emoties omvat die gerelateerd zijn aan zorg en verbondenheid met anderen. Aan de andere kant zijn er de straffende hersencircuits, te beginnen met FEAR, dat de reacties op bedreigingen en gevaar omvat. PANIC/LOSS betreft gevoelens van verdriet en verlies, vaak gerelateerd aan sociale hechting. Tot slot is er RAGE, dat verwijst naar emoties van woede en frustratie. Eén participant koppelt de basisemoties aan het model vooruitgeschoven door Hobfoll en collega's (2007) waarbij een gebrek aan veiligheid tot angst leidt, een gebrek aan zelfredzaamheid gelinkt wordt aan woede en een gebrek aan connectie in paniek. Hij brengt de verschillende modellen samen om een interventiemodel voor te stellen voor collectieve noodsituaties. Daar ziet hij bijvoorbeeld hoe paniek bij verwanten van vermiste personen gelinkt is aan de nood aan connectie en verbondenheid.

Drie andere participanten vermelden de **ONVEE principes** als kader voor interventie. Zowel de brandweer als defensie gebruiken de ONVEE principes voor het opvangen van getroffenen. De ONVEE principes zijn oude principes die ontwikkeld zijn tijdens de eerste wereldoorlog en 'die blijven gelden'. Daarbij geeft een participant aan dat het ONVEE principe beter aangepast aan deze onmiddellijke interventies dan de Hobfoll principes.

Misschien puur theoretisch maar ik heb de indruk dat deze principes [Hobfoll] meer gemaakt zijn voor herstel. En wat we hier besproken hebben is meer om schade te beperken. De Hobfoll principes zijn meer gebaseerd op principes, op samen herstellen. Dat lijkt me moeilijk om toe te passen onmiddellijk na een incident. [...] Het is simpel voor een militair bijvoorbeeld om te begrijpen dat het niet de moment de moment is om therapie te doen, dat het hun rol niet is om dat te doen. Maar dat als ze dat in hun hoofd hebben maar dat ze ook al een eerste interventie kunnen doen en zoals ik zei de schade beperkten.

Ook het **CRASH model** ontwikkeld door Erik De Soir wordt door een groot deel van de participanten aangehaald. Op basis van dat model worden momenteel in de acute psychosociale opvang al het type van interventie bepaald voor de leden van het FIST van de brandweer. "We hebben dus drie types: depressogene, traumatogene en exhaustogene en afhankelijk daarvan kunnen we onze inzet een beetje bepalen." (DI)

Eén participant, expert in acute psychologische interventie ontwikkelde zelf een kader rond de psychosociale behoeften die interventie kunnen leiden namelijk het **10 punten model**: "De psychosociale behoeften leg ik zelf uit aan de hand van het 10 punten model: veiligheid (materiële en fysieke veiligheid), psychologische stabilisatie, emotionele ventilatie, fysieke recuperatie, informatie, structuur, continuïteit, administratieve en/of juridische hulp, erkenning, hulp vanuit een juiste houding, aandacht voor acute emotionele reacties (dissociatieve reacties) en een insteek vanuit de ONVEE-principes voor Psychological First Aid."

Hoewel de meeste participanten kaders en modellen voor psychosociale interventie aanhalen worden die vaak erg pragmatisch gebruikt en eerder als inspiratie gezien. Er zijn geen vaste protocollen die overheen één of meerdere disciplines gevolgd worden. Bij de politionele slachtofferbejegening en psychosociale medewerkers van het Rode Kruis bijvoorbeeld worden

doorheen het land verschillende modellen gebruikt voor interventie. Enkele participanten, vooral gelinkt aan defensie en brandweer, pleiten voor een meer gestructureerde aanpak van de onmiddellijke psychosociale interventies en verwijzen naar het Israëliëse Six-C model als voorbeeld.

*“Ik denk dat momenteel de meeste acute psychosociale noden intuïtief, spontaan, via improvisatie worden ingevuld. Er is dringend nood aan een meer structurele aanpak vanuit de juiste theoretische inzichten. Dit soort reactie vergt een training. Modellen die in de goede richting gaan zijn **het 6C-model** vanuit Israël of het **ICOVER** model van het US Army. [...]De laatste jaren werden het Israëliëse 6C-model of **ICOVER** model voorgesteld als innovatief en baanbrekend, maar eigenlijk is dit wat we binnen de brandweer (vooral bij ongevallen met geknelden, verbranden, zwaargewonden, enz.) al lang doen.*

Anderen geven aan dat er geen duidelijk wetenschappelijk onderbouwd kader bestaat voor die eerste momenten waarop de nood zich stelt om zelf iets te gaan ontwikkelen geïnspireerd door bestaande kaders. Om de kaders voor psychosociale ondersteuning (zoals bijvoorbeeld Hobfoll's vijf principes) in de onmiddellijke momenten na een collectief incident is er dus *vertalingswerk* nodig.

Ik denk dat er nu niet zo heel veel bestaat in Literatuur rond die eerste momenten en kader om daarin te gebruiken. Ik vermoed dat je daar kan kijken naar hoe je die vijf (principes van Hobfoll) kan vertalen naar wat er nodig is die eerste minuten bij wijze van spreken. En dan de ‘audacity hebben’ om te gaan kijken wat er werkt en eventueel aangevuld met dingen uit een therapeutische context waarvan dat we als therapeut het gevoel hebben – ja dat zou ook kunnen werken in die acute fase... Je hebt oefeningen en praktische dingen die in zo'n acute situatie ook kunnen werken. Dus ik dat we daar ook wel tot iets kunnen komen dat nog niet bestaat. (NvB)

Terwijl enkele participanten aangeven dat een vast protocol uitwerken onmogelijk wordt. Niet enkel elke crisis vraagt een andere aanpak, maar ook elke persoon vraagt een andere aanpak. *‘Zo zijn er bijna ‘teveel variabelen’ om iets concreet uit te werken.’* Eén participant suggereert dan weer het opmaken van een **taxonomie** waarbij zowel de aard van de situatie en het incident, alsook de karakteristieken van de getroffen en kunnen gecombineerd worden in een model waarbij de psychosociale noden voorspeld worden en indicatie kunnen geven voor bepaalde interventies en acties.

3.4.2 Specifieke interventies en technieken

Hieronder werden de technieken en inhoud van een acute interventie zoals die door de participanten werd gedeeld ook weergegeven onder de vijf principes van Hobfoll. Het is niet altijd zo dat iedere participant die techniek of interventie kaderde binnen een Hobfoll principe, maar voor elk van de technieken of inhoudelijke elementen werd door iemand of meerdere participanten de link gelegd. De meeste participanten gaven aan dat bepaalde principes van Hobfoll in die eerste fase echt belangrijk zijn. Over de participanten heen werden alle principes evenveel vernoemd, behalve hoop. Het onderliggende principe dat volgens participanten aan de basis moet liggen van elke interventie is het principe van **Do no harm**. Acute psychosociale interventies mogen geen bijkomende schade berokkenen aan de getroffen en de hulpverleners.

3.4.2.1 Veiligheid

Het lijkt van cruciaal belang om getroffen en zo snel mogelijk in zowel fysieke als psychologische veiligheid te brengen.

3.4.2.1.1 Mentale veiligheid

*Zijn mensen veilig en voelen mensen zich veilig. Dat zijn twee aspecten.
(Expert)*

Het is duidelijk dat iemand in emotionele veiligheid brengen belangrijk is. Die wordt aanzien als heel belangrijk door alle participanten. Het gevoel van onveiligheid dat een lange tijd aansleept verhoogt de stress en het gevoel van machteloosheid en kan eventueel de verwerking bemoeilijken. De menige voorbeelden gegeven door participanten illustreren dat het gebrek aan connectie en communicatie met getroffen momenteel dat gevoel van veiligheid – fysiek en mentaal – lang rekt.

Veel van de participanten even aan dat het bijzonder moeilijk is om over veiligheid te spreken zo snel na een incident waarbij het nog niet helemaal duidelijk is of dat eigenlijk wel zo is. Zeker in de eerste minuten en uren nadat een incident plaatsvindt is het vaak ook fysiek nog niet helemaal veilig. *“Je weet nooit precies wanneer het volledig veilig is en Misschien neem je een risico dat we zeggen, oké, nu is het veilig en dan gebeurt er nog iets.”* Toch zijn alle participanten erover eens dat je in de meeste gevallen toch kan spreken over een ‘relatieve mentale veiligheid’. Zo stelt een participante:

“Op zich kan je wel spreken van veiligheid want ze zijn het daar wel he? Ze zijn opzij gezet dus je kunt daar gewoon ook kaderen ‘ja, wij staan hier omdat het hier een stuk veiliger is.

Wij staan hier in een veilige zone. Wij worden achteraf hier opgehaald en nog naar een veiligere zone gebracht. We blijven hier niet staan of blijven hier niet op de bus zitten’. We blijven niet aan het gebouw plakken maar werden naar hier gebracht omdat hier het veiligste stukje is”. (DSI/SISU)

Daarbij wordt wel de nuance gemaakt dat het gebrek aan die relatieve veiligheid een extra moeilijkheid vormt tijdens terroristische aanslagen. Het is immers zo dat er vaak meerdere aanvallen zijn bij een aanslag waardoor het moeilijker is om te verzekeren dat mensen veilig of veiliger zijn. Zelfs als die veiligheid er niet is stelt één van de participanten voor om een perspectief op veiligheid te bieden: *“We gaan jullie in veiligheid brengen dat er een hoop is naar veiligheid in een in een nabije toekomst.”*

Daarnaast kan een duidelijke interventie voor sommige mensen al wel een mentale veiligheid creëren.

Die politiemensen die ter plaatse komen bij een ramp die gaan niet zeggen tegen dat slachtoffer ‘je bent nu veilig ik ga voor jou zorgen’, die gaan zeggen ‘ga naar ginder’. (D3)

Enkele participanten verwijzen naar situaties waar het gevoel geven van mentale veiligheid nog moeilijker wordt wanneer iemand vanop afstand contact opneemt, bijvoorbeeld via een telefoonlijn, wanneer ze zelf nog in onveiligheid zitten en de situatie voor de hulpverlener niet duidelijk is. Dan is het belangrijk om te focussen op het geruststellen en het contact houden zodat die persoon zich niet alleen voelt. Het kunnen aanbieden van voldoende informatie over de interventie en de collectieve noodsituatie.

3.4.2.1.2 Informatie

Informatie voor getroffenen over wat er aan het gebeuren is en wat er nog gebeurd is van cruciaal belang. “Met slachtoffers praten of uitleggen wat er gebeurt, wat er is gebeurd of wat er nog staat te gebeuren, en wat ze mogen verwachten. (D2)” *Het idee is om ze vrij snel wat meer gelegenheid te geven om in het gesprek te zijn. Met iemand die een minimum aan info heeft. Iemand die hen zal begeleiden en geruiststellen (D4).*

Dat kan gaan van informatie over het ‘verloop van de interventie in het algemeen’, of de ‘acties van de hulpdiensten’ tot informatie rond de individuele acties die genomen worden om hen te helpen “*We zeggen hen dat we er zijn om hen te helpen. Terwijl ze op een brancard worden vastgelegd leggen we hen uit dat ze moeten stilliggen ‘we gaan je nu vastleggen voor de veiligheid opdat je er niet afvalt’*” (D2).

Gebrek aan informatie verhoogt het gevoel van onveiligheid, machteloosheid en eenzaamheid volgens de participanten aan dit onderzoek. “*Als mensen enkel de informatie hebben die ze zelf in een chaotische periode tijdens of na een traumatisch incident kunnen zien en beleven dan gaan ze de ontbrekende ervaring erbij beginnen fantaseren. En die fantasie is consequent erger dan hetgeen er technisch gebeurd’*”.

Toch is het soms moeilijk om informatie te verstrekken in het begin van een noodsituatie, aangezien er op dat moment vaak heel weinig informatie voorhanden is. “*Donner de l’information mais si rapidement c’est difficile de donner de l’information. (D4).*” Vaak voelt het ook onveilig aan dat bepaalde processen erg lang duren of niet snel duidelijkheid brengen. Een interventie die dan tracht om mensen ‘**procesinformatie**’ te geven waar wordt uitgelegd wat er gebeurd om informatie te verzamelen of mensen veilig te stellen, dat die informatie en de bijhorende logica aanvaard wordt en meteen ook rust en controle brengt.

Er zijn ook specifieke situaties zoals interventies waar TAMELU bij betrokken is. Aangezien het hoog risico interventies zijn waar getroffenen zich nog in de rode zone van het incident bevinden is het onmogelijk om uitgebreid informatie te geven.

We zullen initieel wel wat proberen in te praten als iemand in paniek is. Maar we hebben ook geen eindeloze tijd dus op dat moment stap ik meestal over op heel directieve commando’s. ‘Je gaat daar rechtdoor en dan de trap naar beneden. Dan staat er iemand te wachten en dan ga je naar links. [...] Ik weet gewoon ook dat we allebei gevaar lopen als we daar niet op tijd wegekomen’ (D2)

Wat regelmatig terugkwam bij de participanten is het belang van **de manier waarop** je spreekt en informatie versterkt. Dat gaat over ‘*de snelheid van spreken en welke woorden je gebruikt*’.

Ik zeg altijd, Mensen codeert, codeert in uw hoofd. Ik wil nu dat zeggen, hoe ga ik dat zeggen? Denk twee, drie seconden na, codeert uw bericht en spreek het op de juiste manier uit. Noem de voornaam, gebruik je eigen voornaam. Allemaal zo van die tips en tricks die proberen we bij de mensen te brengen om te zorgen dat je een open kanaal hebt met je getroffene.

Een voorbeeld van een **creatieve manier** van communicatie met personen tijdens een collectieve noodsituatie is het gebruik van drones tijdens de brand in een woontoren in Luik in 2024. De drones vlogen rond het gebouw en lieten de mensen onder andere weten wat er gebeurde met de brand, dat er evacuatie gaande was en dat mensen konden wachten op hun terras tot ze opgehaald werden.

Er dreigt ook een gevaar als getroffenen nooit informatie hebben ontvangen tijdens of onmiddellijk na een incident. Voor één van de participanten is het van cruciaal belang om ook zij die wegvluchten en naar huis gaan zo snel mogelijk terug in de hulpverleningsketen te krijgen. Als ze samen in een onthaalcentrum worden opgevangen, dan krijgen ze informatie en kan een traject opgestart worden. Ze kwam als professional en individu al vaak in contact met mensen die waren weggevlucht van het incident en nooit informatie, psycho-informatie, geruststelling of erkenning kregen van hulpverleners en dan minuten, uren, dagen en soms jaren na datum nog de effecten daarvan dragen. *“Ze beseffen niet aan wat ze zijn blootgesteld en weten dus ook niet waaraan ze zich kunnen verwachten op langere termijn.” (DSI/SISU).* Dat heeft niet enkel een impact op de getroffene zelf maar ook op hun familieleden en geliefden die later soms even ontredderd zijn omdat ze niet begrijpen wat de impact is en niet weten wat ze kunnen doen om te helpen. Ze vertelt over een jongen die was weggevlucht na de aanslag in Zaventem. De participant kreeg zijn zus aan de lijn de nacht na de aanslag: *“Ze belde ’s nachts. ‘Sinds hij thuis is is hij de ganse tijd aan het huilen, hij wil niet eten. Ik weet niet wat ik moet doen. Ik ben zo bang voor hem.’ Hij was heel slecht, zij was ook slecht omdat ze niet wist wat ze moest doen. Hij is heel kort in de hal geweest, maar zonder informatie kregen ze de boodschap’je mag weg’, en dat was duidelijk niet genoeg.”*

3.4.2.1.3 Basisbehoeften

Een psychosociale interventie beoogt ook steeds om te voorzien in de basisbehoeftes van getroffenen of intervenanten. *“Heeft hij dorst, geef hem water, heeft hij koud geef hem een dikke jas, en is hij nat zorg dat hij droog is” (D1)*

3.4.2.2 Rust

Tot rust brengen is een andere element wat participanten aanhalen als belangrijk in de onmiddellijke fase na een collectief incident. Daarbij zijn participanten het erover eens: *“Kalmte is besmettelijk”*

Wat ik denk dat belangrijk is is rust. Zo zal iemand die in paniek is kunnen kalmeren en even naar beneden gebracht worden in zijn Window of Tolerance.
(D2)

Het beheer van activatie die wordt uitgelegd binnen de window of tolerance wordt door verschillende participanten gezien als een centraal element in de ondersteuning van getroffenen in de onmiddellijke fase. Het helpen van getroffenen om opnieuw in de aangepaste activatie te komen, wordt op verschillende manieren gedaan. Hieronder worden enkele heel concrete technieken beschreven die participanten aanhaalden en in detail bespraken.

3.4.2.2.1 Erkenning

Erkenning is ook van heel groot belang volgens de participanten.

La plupart sont conscient, qu'ils ne sont pas blessés dont sont moins importants que les blessés. C'est normal et c'est humain. Entre temps il y a toujours des personnes qui sont très égocentriste qui ont très envie qu'ils s'occupent d'eux. Mais la plupart des gens se mettent déjà de côté, ils se mettent déjà du côté parce qu'ils se disent 'il y a plus blessé que moi, il y a plus d'important que moi'. Et donc quand il reçoit de messages, pas direct, mais qu'il comprenne et voit que oui le secouriste, les pompiers, les regardent pas, les prennent compte. En fait ça amplifie, ils sont juste en train de se dire 'ah beh oui mais j'ai raison de penser que je ne suis personne', 'j'ai raison de dire que ce n'est pas important. Donc si moi j'ai un soucis, donc si moi je ne vais pas bien, donc si moi... je ne vais rien dire. Parce que je ne suis personne. Et donc voilà, nous les recevons deux heures après dans un centre d'accueil ou ils

ne sont évidemment pas prêt a recevoir de l'aide. Donc ce ne sont pas des même types des victimes mais ce sont aussi des victimes. Au plus tot que tu les prends en compte au plus tot que tu les reconais comme victimes et pas juste des gens là et qui embetent tout le monde.

Een participant geeft dat bij individuele situaties van slachtofferschap, bv in de context van een metro, er vaak heel snel een politieagent ter plaatse is en die aanwezigheid van iemand in een uniform verhoogt de veiligheid. “ik ben veilig en ik word ondersteund dus erkend als slachtoffer”. Die erkenning creëert erna ook enkele verwachtingen “*ik word begeleid, er gaat naar mij geluisterd worden, ik ga mijn verhaal kunnen doen, ze gaan misschien een dader proberen pakken, ik ga informatie krijgen*”. Die erkenning zorgt voor fysieke veiligheid ook een psychische veiligheid.

Het feit van niet erkend te worden in die eerste momenten na een incident bepaalt vaak hoe getroffen en achteraf hulp gaan vragen stelt een participant. Niet-gewonde getroffen en gaan later in de hulpverlening van stellingen gebruiken als ‘*je ne veux pas vous embeter*’, ‘*je ne veux pas vous prendre du temps*’. Dit linkt de participant aan hoe ze die eerste momenten worden behandeld.

Ze stelt daarbij dat het feit dat de niet-gewonden zich niet erkent voelen als slachtoffer of getroffene ook op een later moment het collectief herstel kan hinderen aangezien ze een belangrijke rol zouden kunnen vervullen in de ondersteuning en peer-support van andere getroffen en.

3.4.2.2.2 Psychofysiologische stabilisatie

Wanneer het gaat over tot rust brengen wordt door verschillende participanten het gebruik van psychofysiologische stabilisatietechnieken aangehaald. Een participant geeft aan dat deze technieken al gebruikt worden door brandweerlieden en nuttig zouden zijn voor medisch personeel bij collectieve incidenten, bijvoorbeeld in de VMP. “*In het algemeen is het belangrijk om de vitale parameters in de gunstige zin te beïnvloeden bij zwaargewonde en/of angstige getroffen en*”

Psychofysiologische stabilisatie bestaat in essentie uit een geheel van technieken van hypnose. Daarbij is zelfs ook het gebruik van comforttaal (positieve taal) belangrijk (cf. 'comfort talk' van Elvira Lang). Ik heb daarvoor een vorm van 'rescue talk' ontwikkeld voor het gebruik van NLP en hypnose in urgenties. De laatste ontwikkeling daarbij is de combinatie met technieken vanuit de acupressuur. Daarbovenop komen nog de stabiliserende tapping-technieken (EFT - Emotional Freedom Techniques). (expert)

Het overgrote deel van de participanten verwijst naar het Eekhoorn protocol dat werd uitgeschreven door Erik De Soir en al meer dan twintig jaar gebruikt wordt bij de Belgische brandweerdiensten. Een brandweerman vertelt hoe de eekhoorn in de praktijk wordt gebruikt en een verschil maakt voor getroffen en.

Soms zeggen mensen 'die brandweer was heel druk bezig en dat heeft enorm lang geduurd en die mannen wisten eigenlijk niet echt wat ze moesten doen want die waren tegen elkaar aan het roepen van 'pas op voor dit, pas op voor dat, nee!'. Dat was heel chaotisch. En dan merken we als we de eekhoorn doen, dat is iemand die ervoor opgeleid is binnen de brandweer die gaat zitten en zegt 'Ik ben X, hoe is uw naam? We moeten ons niet ongerust maken, je hoort wel lawaai in de auto, dat gaat nu allemaal een beetje bewegen, maar de mannen zijn dit aan het doen. En dan leid je de aandacht even af. En dan vraag je 'is het ok dat ik eens met een arm op je schouder leg zo'. Zo van die

dingen. En dan merken we dat de mensen zeggen 'goh die brandweer kwam aan he en dat heeft maar tien minuutjes geduurd en ik was gelijk in den ambulance en dat viel allemaal gewoon mee.' Dus die tijdsbeleving is een groot verschil. En dat licht aan de manier waarop er aandacht besteed wordt in de acute fase, op dat moment zelf, dat doet enorm veel aan de tijdsbeleving maar ook in de ervaring zelf. (D1)

De eekhoorn maakt volgens de participanten een groot verschil in de ervaring van de hulpverlener: *"Hoe hebben die mensen de hulpverlening ervaren? Hoe hebben die dat ervaren? Als chaotisch en ongeorganiseerd of hebben die dat ervaren als topprofessionals die dat hen daar toen op een perfecte manier hebben uitgehaald?"*

De FIST leden hebben al een grote ervaring in het ondersteunen van slachtoffers tijdens en net na een traumatische gebeurtenis. Ze vertellen hoe soms weken, maanden of zelfs jaren achteraf getroffen en hen, soms heel toevallig, aanspreken op hoe hun geur/aftershave of stem in hun geheugen gegrift is van tijdens die eerste psychosociale interventie. De sensorische informatie gelinkt aan de persoon die de eekhoorn-methode toepaste of de psychosociale ondersteuning deed tijdens een traumatische gebeurtenis blijkt sterk en levendig opgeslagen in het geheugen.

3.4.2.2.3 Ademen

Ademhalen, 'Samen ademen' en samen ademhalingsoefeningen doen wordt door verschillende participanten aangehaald als een belangrijke interventie.

Mensen die te snel ademen. Wat ik ook al heb gehad is van Ik ga naar hen toe en ik zorg voor dat ze naar mij kijken. En ik zeg u, Laten u ademt te snel, volg mijn ritme en dan geef ik aan. Ik ga echt ademen, eerst wat eerst wat sneller en dan ga ik beginnen vertragen en zorg dat ze eigenlijk mijn ritme gaan beginnen, beginnen volgen en af en toe geruststellen van dat ze het goed doen. En en want Als je gaat zeggen, ja, rustig, rustig rustig, dat gaat het niet. (D3)

Wat ik altijd probeer te doen in een grounding is fysiek contact maken en zeggen 'Bert, stop nu eens, kijk eens in mijn ogen, Bert, kijkt nu in mijn ogen. We gaan samen even ademen, dus doe eens samen met mij. En dan gaan die even concentreren op hun ademhaling en op dit moment krijg ik contact en komen de woorden terug binnen, dat die wil spreken. We proberen die dus even in de realiteit te brengen.(D1)

In de eekhoorn methode wordt er ook gebruik gemaakt van de ventraal vagale rem die getroffen en kan helpen om terug binnen de gepaste activatie te komen. Ademhalingsoefeningen kunnen een manier zijn om deze ventraal vagale rem te activeren.

3.4.2.2.4 Stilte

Omgaan met stilte tijdens die acute fase tijdens of na een potentieel traumatische gebeurtenis is ook belangrijk. FIST traint hun mensen ook op het toelaten van stiltes tijdens die situaties. *"Mensen hebben het heel moeilijk om 1 minuut te zwijgen. En omdat ze willen helpen beginnen ze vragen te stellen, en die vraag komt nog niet goed binnen en ze stellen al een andere. Het is belangrijk om die stilte te kunnen laten zijn. [stel geen vragen om een antwoord te krijgen, stel vragen om iets te weten]"*

Als je daarbij merkt dat een getroffene 'hier is en zijn naam al gezegd is', geeft een participant aan, *'als je gezicht dan empathie uitstraalt dan komt dat uiteindelijk wel.[...] Wees puur, wees uzelf, praat niet teveel en niet te snel.[...] soms is nonverbale taal evengoed als spreken.'*

Voor sommige is is is. De hyperventilatie is zo hevig dat je de persoon niet kan begeleiden Als je geen zaak hebt dan hè, dan zeg je van door die handen op uw mond. Soms lukt dat soms lukt dat niet. Ja, dan moet je wel effectief zeer snel die persoon als spoed brengen, maar automatisch alle niet gewonden. Upload spoed brengen of daarvoor zouden een psychiater dames en spuit overal begint te spuiten.

3.4.2.2.5 Grounding

Verschillende participanten spreken over het gebruik van grounding oefeningen om mensen die overweldigd wordt door stress even terug naar het moment te brengen. Het terugbrengen van personen naar het moment opdat “*Dat de persoon terug ‘op zijn voeten kan vallen’ opdat ‘het brein opnieuw functioneren kan omdat het werkgeheugen minder belast is.*” Grounding volgens de participanten op verschillende manieren gebeuren.

Een groundingoefening die vaak werd vermeld is een 5-4-3-2-1 oefening waarbij een getroffen alle zintuigen moet gebruiken om terug in het moment te komen.

Een participant vertelde dat ze “*in een onthaalcentrum vraag ik concentreer u en tel de rode dingen in de buurt om die in het hier en nu te houden. Als ik op het terrein sta ga ik wel proberen dat ze hun rug draaien en naar de andere kant te kijken, zodat die ja geen bloed gaat tellen ofzo*”.

Als die volledig lichamelijk vastzit, kun je daar niks uithalen, dus je ziet in een in een shock fase dat je ja, kun je daar niks mee doen, Maar het is niet zo van Als je de de eerste twee minuten dan niks uit krijgt dat je meteen ambulance moet bellen. Nee persoon gewoon efkes blijven aanspreken van je bent veilig, je let op de ademhaling ook en je probeert zoveel mogelijk ervoor ja tegenin te praten als die persoon begint te reageren eigenlijk (DI)

3.4.2.2.6 Dissociatie

Een vraag die naar boven kwam is wat er kan gedaan worden bij mensen die tijdens een crisis in **dissociatie** gaan. Enerzijds wordt aangegeven dat het een verdedigingsmechanisme is voor mensen in situaties van extreme stress, daarnaast is het een belangrijke risicofactor voor psychologische problemen na een potentieel traumatische gebeurtenis. Eén van de intervenanten geeft aan dat het voor haar niet duidelijk is welke richtlijn te volgen in het geval van dissociatie. Er leeft een angst om iemand te snel uit een staat van dissociatie te brengen en daarnaast een erkenning van het belang om het wel te doen.

In een onthaalcentrum hebben we echt heel zelden een persoon die dissocieert. Heel soms komt het nog voor maar dat is een uitzondering. We kunnen ons voorstellen in het OC dat we personen zeker uit een dissociatieve toestand proberen halen maar als we iemand aantreffen is in die eerste minuten is dat niet heel duidelijk wat het beste is om te doen.

Wat erg belangrijk is om te begrijpen volgens een participant is het feit dat er verschillende vormen van dissociatie bestaan namelijk somatoforme en psychoforme dissociatie die telkens een specifieke aanpak vragen. Enkele participanten wijzen op het belang om verschillende vormen van dissociatie te kunnen herkennen. Het is immers zo dat verschillende vormen van dissociatieve toestand een andere aanpak behoeft. Verschillen tussen psychoforme en somatoforme vormen van dissociatie

Ik denk dat het goed is om het te doen als het begeleid is, het moet niet per se een therapeut zijn, maar iemand die voeling heeft om te helpen, begeleiden en te helpen dragen, te ondersteunen zodat iemand niet aan zijn lot wordt overgelaten. In die dissociatie zijn er verschillende categorieën of mogelijkheden, mensen kunnen volledige weg zijn, of mensen die heel functioneel worden en van daaruit alle emoties en alles wat verder gaat dan het feitelijke naast zich neerzetten. Daar heb je verschillende mogelijkheden in. Als het nodig is om te overleven of hulp te bieden moet je vooral dat volgen. (DSI/SISU)

Psychosociale objectieven is mensen autonomie te geven en hun hulpbronnen te kunnen laten gebruiken, wat natuurlijk erg moeilijk is in een staat van dissociatie. Daarnaast worden ook voorbeelden aangehaald waar mensen in ‘hypervigilance’ zijn en helemaal overstuur wanneer ze uit een nog gevaarlijke situatie gehaald moeten worden dat ze eruit moeten gehaald worden om hen in veiligheid te brengen en om hen te laten luisteren naar bepaalde instructies.

Omdat het emotioneel te immens wordt om te dragen ga je over in handelen, niet nadenken, niet voelen. En achteraf gezien is dat wel te doen om dat te verwerken, dat is een andere manier dan iemand die compleet weg is, op een andere plek zit, die aan het roepen is of extreme vormen van dissociatie. (DSI/SISU)

Zelfs in een nog niet helemaal veilige context mensen uit dissociatie helpen kan volgens een participant belangrijk zijn. “Mensen uit dissociatie halen kunnen mensen beginnen processen want we weten dat het een slechte prognostiek is als mensen daar lang in blijven. Dissociatie is een beschermingsmechanisme maar is het een adaptief werkingsmechanisme? Bijvoorbeeld mensen die een vliegtuigcrash hebben overleefd die bij bewust zijn waren zeggen dat ze konden overleggen en vertellen dat ze andere mensen hebben gezien die compleet uit waren die dan gestorven zijn in de vlammen. Omdat ze de situatie niet meer konden processen.” (Defensie).

Als die begeleiding er niet is, is het misschien wel goed om dat niet meteen te doorbreken en van te zeggen ‘kom maar terug naar de traumatische situatie die je probeert te ontsnappen’. (NVB)

3.4.2.2.7 Afleiding

Enkele participanten wijzen op de mogelijkheid om iemand die vastzit tijdens een collectief incident afleiding te geven.

Veiligheid, ik denk dat je het ook mentaal kunt proberen doen. Bijvoorbeeld mensen bewust een afleiding geven. Een geïnduceerde dissociatie bij wijze van spreken. Dat mensen op dat moment daar niet zitten, maar een soort afleiding geven. Als ze daar zitten met een bepaalde verwonding dat ze iets anders hebben om zich op te concentreren zodat ze uit die situatie geraken. Meestal proberen we als therapeut het tegenovergetelde te doen, maar dat je daar in die situatie afleiding probeert te bieden. Dan is dat de veilige plaats. Het is niet meer in het heden maar je speelt het spelletje. (DSI/SISU)

Deze vorm van afleiding sluit ook aan bij de techniek die wordt gebruikt bij de eekhoornmethode namelijk delocalisatie en verplaatsing. De doelstelling van deze techniek is dat de eekhoorn het slachtoffer helpt meester worden van zijn ademhaling en zich in gedachten verplaatsen naar een veilige plek weg van de interventie.

3.4.3 Connectie maken en faciliteren

Verschillende participanten wijzen op het belang van het zo snel als mogelijk leggen van linken en connectie maken. **Communicatie** met getroffen en is daarin cruciaal. Alle hulpverleners

kunnen, en zouden moeten, een rol spelen in die menselijke aanpak. Daarbij is een contact maken, communiceren met getroffenen heel belangrijk.

Een participant vertelde hij ze vaker getuigenissen hoort van getroffenen die erkennen dat de situatie verschrikkelijk was maar dat er een brandweerman of hulpverlener was die met hen gesproken had, hen vragen had gesteld over wie ze waren en met wie ze samenwoonden. Die menselijke aanpak staat voor de meeste participanten centraal in de beleving van slachtoffers. Zij krijgen dan mee *'on est considéré, on n'est pas des objets, on n'est pas un numéro, on a pris soin de moi, on est écouté. Et ça fait déjà beaucoup'*. Participanten zijn het erover eens dat alle disciplines dat zouden moeten doen.

Connectie maken en faciliteren kan op verschillende niveaus gebeuren:

De eerste daarvan is de connectie met de **hulpverleners** waarbij die laatste een situatie proberen te faciliteren waar getroffenen het gevoel hebben dat ze er niet alleen voorstaan. Zo vermijden ze dat getroffenen niet in 'combat' gaan met hen maar eerder het gevoel hebben dat hulpverleners er zijn om ze te helpen en *'on va le faire ensemble'*. Het menselijk contact dat getroffenen aangeboden wordt kan een wereld van verschil maken. Die menselijke connectie faciliteert meteen een vorm van herkenning, van prioriteit en zorg.

Als ze in een rij of op een stoel moeten wachten en zeggen: 'Je bent geen prioriteit, wacht hier maar. Er kunnen op dat moment 20000 dingen in hun hoofd gebeuren. Als ze geen menselijk contact hebben, voelen ze zich alleen, geïsoleerd, laat ze alles los wat je kunt voelen als je in een staat van shock bent. Sterker nog, het wordt groter. Geen zorg betekent dat er van alles mis kan gaan.'

Het gaat dus ook over nabijheid zoeken, door bijvoorbeeld naast een getroffene op de grond te gaan zitten en er niet boven te gaan staan. Daarbij is het een punt van contact aanbieden waarmee mensen het gevoel krijgen *'ze gaan zich over ons ontfermen'*. Die connectie en zorg kan soms verweven worden in de andere, soms prioritaire, taken die hulpverleners moeten uitvoeren. Eén participant beschrijft ook technische interventies als een opportuniteit om contact te maken *"terwijl je een verband aanlegt kan je ook al met iemand contact maken en communiceren. [...] Vragen om te multitasken kan misschien niet maar je kunt wel perfect een infuus klaarmaken en ondertussen met iemand babbelen. Dat deden wij ook op de spoedgevallen. (D2)"*

Een participant geeft aan dat ook eigen emoties tonen tijdens een noodsituatie een waarde kan hebben. Zo vertelt hij hoe hij soms ook begint te wenen met een getroffene. *"Ik vind dat ook erg, dan mag ik dat ook laten zien. En vanaf het moment dat je dat durft dan wordt uw contact ook beter. Hulpverleners met een stalen gezicht dat werkt volgens mij niet, dan mocht je nog de juiste dingen zeggen op het juiste moment. Dat werkt niet als je intonatie niet klopt."* Die authenticiteit in het voelen en tonen van emoties kan een connectie faciliteren. Dat is gekoppeld aan het gebruik van de juiste intonatie terwijl je spreekt. Getroffenen moet je voelen dat je empathisch bent zonder medelijden te krijgen want dat blokkeert het contact met de getroffene.

Daarnaast is er natuurlijk de **bestaande sociale connecties** tussen mensen die elkaar al voor een collectief incident kennen. Participanten wijzen op het belang van sociale connecties te faciliteren en ondersteunen om het herstel van getroffenen te vergemakkelijken. Ze waarschuwen tegelijk voor het scheiden van getroffenen die samen in een collectief incident zitten.

Voor verwanten van geblesseerden die betrokken zijn bij een incident zal er momenteel vaak de beslissing worden gemaakt om die naar het onthaalcentrum te voeren op een paar kilometer

van de plaats van het incident. Eén participant kaart het aan als een actie die een bijkomend psychosociaal risico in zich draagt. Het wegtrekken van een niet-gewonde getroffene van zijn (zwaar) gewond familielid verhoogt mogelijk het risico voor beiden. Bovendien is er een voordeel aan het samenhouden van de familieleden aangezien de verwante vaak de medische gegevens van het gewond familielid kan aanleveren. Vooral de onzekerheid die leeft bij verwanten over waar het gewond familielid is, hoe het met hem/haar gaat is moeilijk te dragen. De link moet bewaard blijven tussen de twee. Momenteel worden ze vaak gewoon naar het onthaalcentrum gestuurd.

Ook een connectie **tussen getroffenen** die elkaar niet vooraf kennen kan van belang zijn.

Mais alors ce sentiment de culpabilité et tout le rôle social des autres survivants. Souffrir ensemble, avoir peur ensemble, pleurer ensemble. Ça fait partie des mécanismes naturels. Il faut pas empêcher ça.(D4)

Mensen gaan in traumatische situaties zichzelf en andere proberen te helpen aangezien we solidaire wezens zijn. Mensen zoeken dingen om voor andere te doen dus participanten raden aan hen ook spoedig een rol te geven.

3.4.4 Zelfredzaamheid

Machteloosheid verminderen en controle terug installeren bij te getroffenen is een belangrijk element in de ondersteuning die participanten voor ogen zien. Het geven van controle kwam heel vaak terug. Eén participant gaf duidelijk aan dat dat de beste manier is om het gevoel van machteloosheid te beperken.

Six-C wordt genoemd als model voor interventie waar het actief maken en activeren van mensen centraal staat. Daarbij geven hulpverleners aan getroffenen in een collectieve noodsituatie kleine taken voor activering.

Een ander voorbeeld, de brandweerman vraagt 'houd mijn pen vast' en als ik terugkom ben jij degene die mijn pen vasthoudt. Dwaas genoeg een persoon de kans geven om zich ergens nuttig te voelen. (FG)

Tijdens een recente interventie in een woontoren in Luik werd ook vanop afstand ondersteuning geboden aan de getroffenen tijdens een langdurige evacuatie. *“We hadden een persoon die aan de zuurstof hing die alleen thuis was met zijn 13 jaar oude dochter. We wilden absoluut vermijden dat ze het gevoel moest hebben dat ze aan het kijken was hoe haar papa geen lucht meer kreeg of doodging. Door te telefoon gaven we instructies over wat de dochter kon doen ‘zet de zuurstof een beetje hoger’. Door haar te activeren en controle te geven over de situaties probeerden we de machteloosheid en het schuldgevoel te verminderen.”*

Ook voor intervenanten is die activatie van primordiaal belang volgens de participanten. Eerst en vooral omdat ‘als die kraken, dan valt de hulpverlening weg’. Vooral de FIST teams gaan interveniëren op terrein om hun collega’s psychosociaal te ondersteunen. Ze verwijzen, net als vele andere participanten, ook naar het CRASH model dat verschillende types slachtoffers mee in rekening brengt.

We moeten een beetje ruggensteun zijn voor de mensen die echt in battle zitten, die erbij houden want zolang die bezig zijn zitten die in een tunnel. Wij doen dan twee stappen achteruit en kijken eens rond en gaan kijken om die even op te vangen. We kunnen dat niet opvangen maar we proberen die daar te grounden of terug in de realiteiten te zetten zodat die actief hun rol kunnen

blijven vervullen. In eerste instantie is het dus om te zorgen dat hun mensen operationeel blijven, want er wordt op hun gerekend op dat moment. Als die kraken dan valt de hulpverlening weg. Dat is het eerste stuk en nadien moeten we daar wat opvangen en dat hij ermee verder kan, dat die weet dat die een goede job gedaan heeft en dat we weten dat dat schokkend. Dat ze erkennen dat dat schokkend is en dat we handvatten aanbieden om een stukje verwachtingen te scheppen en dat daar opvolging is. (D1)

3.4.5 Principes

3.4.5.1 Diversificatie

Traiter tout le monde de la même façon c'est une erreur... (D2)

Hulpverleners moeten tijdens de acute situatie kijken wat de persoon nodig heeft die hij of zij opvangt. Zo kan het voor iemand werken dat je de schouder even aanraakt, terwijl voor iemand anders die personal space heel belangrijk is en dat minder opportuun is. Anderzijds kan kijken in de ogen heel goed werken bij iemand terwijl het voor iemand anders heel confronterend is.

We proberen mensen op te leiden om die dingen aan te voelen en niet volgens een structuur te gaan werken, want ja dat werkt niet, dat wel soms en sommige dingen wel en sommige dingen niet. Maar kijk naar u persoon waar je mee aan het werken bent, kijk naar zijn reacties. Zowel zijn non-verbale lichaamstaal als zijn emoties als zijn reacties. (D1)

3.4.5.2 Hulp voor hulpverleners

Alle participanten gaven aan dat iemand de opdracht geven om in de acute fase de psychosociale noden van de getroffen en te beantwoorden onvermijdelijk ook risico's inhoudt voor het psychosociaal welzijn van de desbetreffende intervenant.

*De Psychosociale actor die zich gaat ontfemen deze hyperacute interventies:
Hij of zij wordt ook een slachtoffer. Denk niet dat je hen achteraf nog
interventies kan laten doen [voor dit incident] (FG)*

In die eerste minuten of uren op een rampterrein of in een extreem stressvolle situatie is de ervaring en mogelijke impact op psychosociale hulpverleners wel bijzonder:

Soms wil die persoon wel eens helemaal vertellen wat er gebeurd is [onmiddellijk tijdens of na een incident] maar je brengt jezelf ook in een moeilijker positie om dat toe te laten. Op die moment herstel je het contact veel beter, vooral als je er goed naar luistert en meegaat in het verhaal. Dat is wat je zegt het cognitieve, dat brein is aan het werk en die zit in de realiteit en wat gebeurt er en wie was waar. En ik ben er van overtuigd dat dat helpt. En soms zeggen mensen dat je iemand terugbrengt naar het moment dat ze dat ervaren hebben. Maar daar ben ik het niet mee eens, dat is heel afhankelijk van de persoon zelf. Soms is dat een heel grote hulp om die daar opnieuw te laten vertellen en actief te gaan luisteren. Aan de andere kant zadel je jezelf ermee op. Want op dat moment leef je helemaal mee. Het komt bij jou even hard binnen of nog veel harder dan als je het in de krant leest. Want je krijgt iets dat dat gevoel benaderd dat hij gevoeld heeft dus je neemt het wel mee in je eigen rugzak. (D1)

We zijn dat niet gewoon om te zien wat er gebeurt. En dat is een vies zicht is. Normaal zien we dat gewoon achteraf op tv, maar dat is minder erg dan in het echt. Dan zie je dat gebouw in het echt, en dan stort het erna nog in, ook wetende dat er nog mensen onder zitten bijvoorbeeld. Ja dat maakt wel een indruk. (DSI/SISU)

Participanten geven aan dat hulpverleners die ingezet worden voor acute psychosociale hulpverlening natuurlijk een risico lopen, net als alle andere hulpverleners op het rampterrein. Ze bieden daarbij wel een nuance dat training en ervaring een belangrijke leidraad kan zijn om iemand in te zetten tijdens crisissituaties terwijl het daarnaast niet de enige factor die bepalend is voor de reactie van een individu. Er kan een onbekend aspect aan de crisis verbonden zijn dat een specifieke situatie bijzonder moeilijk maakt voor iemand vanwege een jeugdtrauma. Dit onderstreept dat er geen garantie kan geboden worden over hoe iemand zal reageren. Ervaring biedt dus wel ondersteuning, maar kan niet volledig uitsluiten hoe elke persoon op het terrein zal omgaan met de druk van de situatie.

Het is ook belangrijk om je eigen grenzen te bewaken geven sommige participanten aan. Door bewust te zijn van de eigen periodieke of meer structurele kwetsbaarheden. *“Als uw eigen grootmoeder gestorven is en je komt op een ongeval waar een oude mevrouw overreden is en je ziet dat, [...] dan komt het wel heel dicht bij jezelf en dan zouden we zo slim genoeg moeten zijn om uzelf te laten vervangen door iemand anders.*

Ambulanciers werden door enkele participanten aangeduid als extra kwetsbaar voor de impact van collectieve incidenten. Ze werken immers vaak per twee, en worden niet spontaan mee opgevangen. *“Ze komen erna terug in een donkere kazerne en dan rijden die naar huis, helemaal alleen.”* Het is een groot hiaat in de hulpverlening volgens sommigen.

Binnen de dringende hulpverlening zijn er ook gespecialiseerde profielen die worden ingezet tijdens speciale interventies. Het TAMELU team, Tactical Medical Liason Unit, staat de speciale eenheden bij vanuit een medisch oogpunt tijdens hoog risico interventies zoals terreur incidenten, gijzelnames en anderen. Ze zijn daarvoor uitgebreid opgeleid. De TAMELU eenheden roepen indien nodig bijkomende medische middelen op het terrein. Voor deze medische hulpverleners en ambulanciers is de situatie erg ongewoon en potentieel bedreigend. Aangezien TAMELU tussenkomt tijdens de allereerste momenten van intensieve interventies hebben ze mogelijk een rol te spelen in het beperken van de psychologische schade voor zowel slachtoffers als hulpverleners. Een participant van TAMELU geeft aan dat ze hulpverleners wel een stuk proberen opvangen maar dat ze nog iets van kennis en expertise missen om dat te doen.

We trachten nadien zowel die opvang te voorzien maar we hebben niet de kennis en expertise om echt iets proberen los te wrikken. Je kan wel zeggen, het is ok, het is niet de eerste keer dat ik het zie maar onderliggend is er dan toch iets.[...] Eigenlijk zouden we ook wel wat meer ondersteuning moeten krijgen, wat kunnen we meegeven? Wat is belangrijk?

De psychosociale belasting van de TAMELU leden is ook niet te onderschatten. Ze komen in hoog risico situaties vaak met mensen uit kwetsbare milieus waar de focus van de inzet geen zorg maar veiligheid en justitieel is. *“Als verpleegkundige is dat moeilijk want we willen die mensen dan helpen maar eigenlijk is dat een situatie die dat niet toelaat. Je hebt ook niet de tijd en de ruimte die je hebt als bijvoorbeeld ambulance. Als je bij iemand hysterisch toekomst ga je die proberen kalmeren en beeldvorming doen, maar ja hier is dat een gerechtelijk kader.”*

Het wordt in deze acute psychosociale hulpverlening nog eens zo belangrijk om een robuust systeem op te zetten om vicarious trauma te vermijden.

Een eerste element in dat systeem betreft de **selectie** van kandidaten. Een participante geeft aan dat niet iedereen van de vrijwilligers binnen het Rode Kruis waar ze mee werkt ook geschikt zouden zijn voor deze specifieke vorm van hulpverlening.

De **opleiding** van een hulpverlener is een belangrijk tweede element dat wordt aangehaald. Daarin moeten intervenanten natuurlijk een kader meekrijgen maar vooral ook heel veel oefenen van technieken via rollenspelen.

Tenslotte, als derde element, bespreken verschillende participanten is de **ondersteuning** van die hulpverleners die ter plaatse gaat. Het is duidelijk voor iedereen dat die opvolging, supervisie en ondersteuning veel intensiever en specifiek moet zijn dan bij psychosociale hulpverleners die momenteel binnen het kader van het PSIP worden ingezet. Zo zou voor elk van de incidenten een debriefing verplicht moeten zijn, stelt een participante.

Eigenlijk zou je kunnen verder gaan in een volgende lijn, zo een beetje practice what you preach, dat de persoon die ingezet wordt ook genoeg handvaten meekrijgt, contacten dat hij kan bellen, mensen dat hij kan beroep op doen zodat dat hij zich niet machteloos voelt. En dan nadien ook wordt opgevangen moet worden opgevangen zodanig dat wat we proberen te doen naar de getroffen en dat dat ook wordt gedaan naar de persoon die wordt ingezet. En dat je daarmee wat we proberen naar de getroffen te doen, het minimaliseren van het risico en de verwerking te proberen gemakkelijker te maken, dat we dat dan ook al doen naar de hulpverleners. (Nvb)

Soms kan ook een mentale voorbereiding van de intervenanten door iemand die op terrein is een belangrijke meerwaarde betekenen. Het aantreffen van een moeilijke situatie

Een belangrijke opmerking werd door enkele participanten gemaakt, namelijk dat inzet van vrijwilligers in deze psychosociale eerste opvang een extra risico inhoudt. Terwijl hulpverleners als brandweerlieden en politieagenten vaak terugvallen op een korps of groep die ondersteuning kan bieden gaan de psychosociale vrijwilligers vaak gewoon naar huis achteraf, zonder noodzakelijk veel contact met hun collega hulpverleners.

3.4.6 In een hulpverleningstraject

Participanten wijzen op het feit dat het huidige kader van het PSIP zich focust op een deel van de acute opvang van getroffen van collectieve noodsituaties maar dat er daarbuiten nog psychosociale noden en opportuniteiten voor interventies bestaan. Ze schetsen de fase van psychosociale noden en opportuniteiten voor interventies op die verschillende momenten.

Die bevinden zich enerzijds in de acute fase op T+1 seconde tot de eerste uren na een incident, waarop dit manuscript zich focust.

De tweede fase is een fase waarin de PSIP structuren volop ontplooid worden en waarop PSH-netwerken, Rode Kruis Vrijwilligers en slachtofferbejegening ondersteuning bieden in onthaalcentra, centra voor verwanten en een telefonische hulplijn. Dit onderdeel is goed uitgewerkt, zowel in praktijk als wettelijk kader.

Dan komt er een fase van ondersteuning die nog binnen de acute fase valt voor grootschalige incidenten, namelijk de eerste 2 tot 3 dagen, voor het moment dat er een transitiefase ingaat die werd vastgelegd in het Belgische wettelijk kader. Binnen dit kader identificeren enkele

participanten de mogelijkheid om interventies collectief aan te bieden van een informatievergadering, technische debriefing naar meer gespecialiseerde psychosociale interventies als Assisted Brief EMDR. Debriefing wordt ook vaak vermeld. De meeste psychosociale intervenanten geven aan dat ze ook regelmatig debriefings doen. De controverse in wetenschappelijke literatuur rond debriefing wordt wel vaker vermeld “*noem het dan zeker geen debriefing want dat is een lap op een rode stier*”.

Tenslotte volgt er de transitiefase waarin de verantwoordelijkheid voor de zorg van getroffen en in België wordt overgeheveld naar de gewesten waar getroffen en opgevolgd worden en waar nodig een professionele ondersteuning in de geestelijke gezondheidszorg krijgen. In die transitiefase kunnen de diensten slachtofferbejegening getroffen en helpen door een afspraak te regelen met de diensten van slachtofferhulp. Dit proactieve aanbod is belangrijk voor slachtoffers en kan bij wachtlijsten eventueel uitgebreid worden door een overbruggingsgesprek aan te bieden als slachtofferbejegening.

De diensten die aangeboden worden in België in de nafase zijn volgens één van de participanten erg divers in aanpak en hulpaanbod. Ook hoe getroffen en bevraagd worden of een assessment krijgen naar de psychologische gevolgen als PTSD verschilt sterk.

3.5 ORGANISATIE VAN PSYCHOSOCIALE ONMIDDELLIJKE INTERVENTIE IN BELGIË

Om acuut een antwoord te kunnen geven op de psychosociale noden van de getroffen en van een collectieve noodsituatie is het noodzakelijk om verschillende actoren te integreren. Hieronder wordt voor verschillende actoren besproken wat participanten zien als hun opdracht in de onmiddellijke psychosociale ondersteuning en wat de nodige opleiding is om dat waar te maken. Daarnaast wordt ook enkele principes van samenwerking en alarmering besproken die het kader moeten vormen om onmiddellijke psychosociale ondersteuning in het Belgisch kader ook mogelijk te maken.

3.5.1 Gespecialiseerde onmiddellijke psychosociale interventies in België

3.5.1.1 Gespecialiseerd psychosociaal profiel

Voor enkele participanten, vooral zij met een psychosociale achtergrond, is het belangrijk om gespecialiseerde psychosociale profielen het terrein op te sturen om de acute psychosociale ondersteuning te bieden. De rationale is ook dat de expertise bij andere groepen van intervenanten op het rampterrein steeds secundair zal zijn aan hun kerntaken en expertise:

Ge kunt een eerste hulpverleners niet trainen dat die expert wordt in alles, op gebied van CBRN, brandwonden of bij schietincidenten. Dus je hebt daar die extra expertise nodig. Dus het kan inderdaad een expert toegevoegd aan de Dir-Med zijn maar dan moet het wel een duidelijke plaats krijgen binnen de MIP structuur dat die nog altijd wel onder de Dir-Med valt en een ondersteunende en adviserende functie heeft. (D2)

De meeste participanten zijn het erover eens dat het niet noodzakelijk is om inderdaad een psycholoog te hebben die deze interventies doet of coördineert. Een psychosociaal profiel is

iemand die een gespecialiseerde opleiding heeft genoten rond psychosociale interventie in de allereerste momenten en die ook dat psychosociale als hoofdtaak heeft tijdens de interventie. Participanten pleiten voor het gebruiken van personen met een psychosociale opleiding om de functie in te vullen in plaats van beroep te doen op een extra training van de eerste hulpverleners.

De rationale erachter is onder andere dat de hulpverleners niet geselecteerd of geëvalueerd zijn voor die psychosociale skills en daardoor een selectie van personen nodig zou zijn in combinatie met een uitgebreide bijkomende opleiding. Daarnaast stellen participanten ook dat het onmogelijk is om op een rampterrein, in crisis, verschillende hoofdtaken kwalitatief te combineren. Iemand met bijkomende en gespecialiseerde psychosociale interventie is aldus noodzakelijk :

Op papier zou iedereen het kunnen doen, maar als je andere taken hebt, is het ingewikkeld om twee dingen tegelijk te doen. En het feit dat je twee petjes ophebt, is erg ingewikkeld om te beheren. Want als brandweerman of politieagent. Je eerste prioriteit als brandweerman is om levens te redden, het vuur te blussen, als je een politieagent bent, is het veiligheid. Het psychosociale zal altijd op de tweede plaats komen! Dit is normaal. [...] Als je twee petjes ophebt is er altijd eentje die de bovenhand neemt op de andere. (DSI/SISU)

Verschillende disciplines kunnen die psychosociale expertise hebben of uitvoeren maar de psychosociale coördinatie moet gedaan worden door iemand die specifiek en enkel die focus heeft en alle energie daarop kan richten. Een participant stelt “je hebt eigenlijk twee PSMs nodig. Eentje die in principe vrij snel ter plaatse komt op het rampterrein terwijl de andere naar een coördinatiecomité kan gaan”. Participanten geven aan dat die functie het best wordt ingevuld op het terrein waar het mogelijk is de noden daadwerkelijk te zien. Andere participanten geven aan dat voor de coördinerende functie op het terrein ook iemand van DSI/SISU, slachtofferbejegening of FIST dit kan opnemen.

Wat opvalt is dat alle participanten ervan uit gaan dat hun discipline het best geplaatst is om de gespecialiseerde psychosociale coördinatie en ondersteuning te bieden. Elkeen heeft een logica waarom de anderen minder geschikt zijn om die rol op te nemen om een variëteit aan redenen zoals ‘wij zijn al ter plaatse’, ‘anderen hebben daar geen tijd voor’, ‘anderen hebben daar niet meteen aanleg voor’, ‘de aanrijtijd voor specialisten van andere disciplines is langer’. Voor de meeste medewerkers van DSI en SISU zijn zij de meest uitgelezen profielen om acute, gespecialiseerde eerste hulp ter plaatse te gaan voorzien aangezien ze al een gespecialiseerde opdracht hebben binnen het PSIP. Daarbij maakt een participant wel de bedenking dat een acute inzet vraagt om specifieke organisatie die niet altijd mogelijk is met **vrijwilligers**. ‘Des volontaires c’est super mais on est tributaire de leur réactivité.’

Qua profiel is dat redelijk gelijkaardig aan basisprofiel van vrijwilligers. Kunnen werken onder stressvolle omstandigheden, gewoon uw sociale vaardigheden hebben. Dus als er iets is van opleiding dat het meer moet gaan over wat is er nodig en waar zit het verschil met een uur later met het OC, iemand zit vast, iemand is gewond, ze hebben nog geen info. Hoe pak ik concreet die situatie aan. (DSI/SISU)

Een participante geeft aan dat het belangrijk is dat het **tijdig toekomen** van die gespecialiseerde eerste hulpverleners een cruciaal element zal zijn in de beslissing of het al dan niet nuttig is om ze in te zetten. De blootstelling verminderen is daarin de eerste actie die dient uitgevoerd te worden.

Daar zijn dan de mensen waar medische heel druk bezig zijn geweest, maar terwijl dat medische bezig is met een jong meisje dat haar twee benen is verloren. Die licht gekwetsten die zijn dat allemaal gebeuren. Er werd een dekentje gelegd over een meisje van 17 is die overleden is. Er wordt uit die bus waar benzine uitstroomt, waar bloed mee vermengd is, daar worden nog slachtoffers uitgehaald, er worden tourniquets gelegd aan armen en benen terwijl je zelf [als licht-gewond slachtoffer] je oor bent verloren. Daar denk ik dat psychosociale ondersteuning mogelijks nuttig had geweest. Met een heel grote maar. Eigenlijk hadden die lichtgekwetsten veel sneller vertrokken moeten zijn geweest. De tijd die je nodig hebt om je gespecialiseerde hulpverlening, die niet prioritair ter plaatse komt (behalve als ze met hulpdienst meerijden, maar die is allemaal onderweg naar het incident). UW time gap is te groot, tegen dat psychosociale hulpverlening op het rampterrein is zouden de mensen die je moet opvangen al weg moeten zijn. (D2)

Een inzet van gespecialiseerde hulpverleners kan slechts op een plaats in het rampgebied die ook voor de intervenanten relatief veilig is. De lijn die één participant virtueel trekt is de lijn waarachter de medische hulpverlening en de medische post kunnen werken.

3.5.1.1.1 Opleiding

Opleiding van gespecialiseerde psychosociale profielen zal ook noodzakelijk zijn. Binnen het kader van dit onderzoek werden gespecialiseerde psychosociale professionals bevestigd uit medische disciplines, politie en brandweer. De opleidingen die hun medewerkers momenteel krijgen werden daarbij besproken.

De opleidingen van het **FIST** binnen de brandweer zijn het meest toegespitst op het ondersteunen van getroffenen in de acute fase, peri-trauma en onmiddellijk na een traumatisch incident. Zo hebben ze opleidingen voor het psychosociaal ondersteunen van zwaargewonden, mensen die gekneld zitten of familieleden van getroffenen op het terrein. Vanzelfsprekend zijn deze opleidingen ook gericht op het ondersteunen van slachtoffers binnen kleinere incidenten dan collectieve noodsituaties.

Binnen de D2 keten worden **DSI en SISU** medewerkers ingezet voor het aanbieden van psychosociale ondersteuning van getroffenen. Aangezien zij momenteel vooral ingezet worden vanaf het opstarten van het OC worden ze vooral daarop getraind. Desalniettemin wordt tijdens DSI opleidingen ook vermeld dat vrijwilligers op het rampterrein gestuurd kunnen worden om getroffenen te helpen. Toch wordt er momenteel geen specifieke aandacht besteed aan de specificiteit van die onmiddellijke opvang voor de PSIP structuren zijn ontplooid. DSI medewerkers krijgen momenteel een psychosociale opleiding die gebaseerd is op Look, Listen, Link wat volgens enkele participanten een flauw afkooksel is van wat ervoor gebeurde. Look Listen Link is een model dat eigenlijk een niveau lager ligt dan de vroeger aangeboden basisopleiding. Dus Look Listen Link wordt als model gebruikt voor de huidige opleiding maar in realiteit gebeurt er op terrein meer dan dat. Wat er in de realiteit gebeurt volgens de participanten aan dit onderzoek is het gebruik van de vijf Hobfoll principes die vertaald worden om concreet te maken in de context waar DSI medewerkers mee geconfronteerd worden.

De **slachtofferbejegenaars** hebben ook een opleiding die de psychosociale inzet onmiddellijk na een incident mogelijk maakt. Hun opleidingstraject is daarbij natuurlijk gestoeld op een bredere kijk dan enkel collectieve noodsituaties aangezien slachtofferbejegenaars vaak worden ingezet voor kleinschaligere incidenten of slachtoffers.

Op de vraag hoe deze opleiding er moet uitzien of wat er specifiek is aan een opleiding die inzoomt op die allereerste momenten na trauma komen de participanten met de volgende

elementen: “trauma-sensitieve opvang”, “hoe het brein onder stress functioneert”, “do no harm”, “psychofysiologische stabilisatie”, “grounding”, “ademhalingsoefeningen”, “neuroplasticiteit van het brein”. Daarbij geeft een participante de bedenking dat het belangrijk is om die opleiding specifiek te maken en voldoende ruimte te creëren voor oefeningen “want wat wij altijd zeggen is zo algemeen, maar ik denk dat ze nog heel veel harm doen hoor”.

Een opleiding voor een gespecialiseerde psychosociale coördinatiefunctie zou zich moeten richten op de coördinatie en de specifieke aanpak in de onmiddellijke fase van de ondersteuning van getroffen en.

Wat belangrijk wordt geacht door enkel participanten is dat de opleiding voldoende handvaten biedt voor het ondersteunen van slachtoffers in de onmiddellijke fase van een traumatische gebeurtenis, maar dat het vooral gaat over het goed oefenen van een kader waarmee ze aan de slag kunnen en flexibel ondersteuning kunnen bieden.

Ik denk dat het moeilijk is in elk stukje van dit werkveld, het concreet maken van. Een speleoloog die vastzit gaat een heel andere situatie zijn dan een verkeersincident. Dat maakt het heel moeilijk om iets concreet kunnen uitdenken. Ik denk dat er andere beroepsgroepen zijn die net daarmee moeite zouden hebben binnen ons veld. Er zijn ook andere psychologen die heel strak willen vasthouden aan een protocol. Als je werkt met crisis of rampen kan je geen honderd scenario's maken en dan volledige gaan uitschrijven wat je moet zeggen of doen ofzo. Ik denk dat je daar gewoon moet zorgen dat de vaardigheden er zijn en dan de tools aanrijken die mogelijks nuttig kunnen zijn. Maar dat het dan aan de persoon is om een stuk aan te voelen, in de situatie nu wat uit mijn toolbox kan ik gebruiken in de situatie nu. (Nvd)

Een participant die al decennia lang in de onmiddellijke fase psychosociale interventies doet geeft aan dat jarenlange ervaring maakt dat theorie ook gekoppeld wordt met andere dingen die ze gedaan hebben. ‘Wat heeft gewerkt? En wat heeft toen niet gewerkt?’ Naast de theorie en opleiding is aldus de ervaring in het uitvoeren van deze specifieke interventies van groot belang.

Daarbij vermeld een participante dat de gespecialiseerde psychosociale ondersteuning van getroffen en waarin gebruik moet gemaakt worden van doorgedreven ondersteuningsmechanismen zoals psychofysiologische stabilisatie eerder uitzonderlijk zal zijn maar “dat het wel fijn is voor ons als die expertise in onze truukendoos zit waardoor we ze kunnen vragen als ze nodig is”.

3.5.1.2 Eerste hulpverleners

Hulpverleners van Discipline 1, 2 en 3 zijn vaak het eerst in contact met getroffen en. Voor alle participanten hebben zij een belangrijke rol te spelen in die eerste psychosociale interventies. Daarbij wordt duidelijk gemaakt dat het niet noodzakelijk noch gewenst is om alle hulpverleners gespecialiseerde psychosociale interventies te laten doen maar eerder ‘contact te maken’, ‘informatie te geven’ en ‘mensen het gevoel te geven dat ze niet alleen of machteloos zijn’. Alle participanten zijn het erover eens dat de prioritaire taken van hulpverleners cruciaal zijn. Daarbij erkennen ze wel de mogelijkheid om mensen op te leiden om hen met enkele kleine interventies de getroffen en beter te ondersteunen en vooral schade te beperken. Die vaardigheden en psychosociale interventies zijn eerder klein maar kunnen van grote betekenis zijn voor de slachtoffers. ‘La casquette doit être la chez tout le monde’.

Het gebrek aan die simpele communicatie door die eerste hulpverleners nu dreigt slachtoffers het gevoel te geven dat er geen hulpverlening is of dat de hulpverlening complete chaos is. *“Ik zou ook denken, ik heb heel lang niemand gezien, terwijl er overal brandweer en politie en ambulanciers zijn en artsen. Maar je hebt gewoon een indruk dat alles passeert zo voor jou.”*

Ik denk dat we qua kader om in te spelen op dringende noden dat we veel hebben maar dat we dat nog onvoldoende en niet snel genoeg bij de mensen krijgen. Dus heel dat stukje van die noden in de vorm van simpele boodschappen zoals een first responder die zegt tegen een slachtoffer die daar staat en nog niet weet je bent veilig ‘ik ben hier bij jou en we gaan nu dat doen’. Wat eigenlijk puur Hobfoll is in een boodschap. Ik denk ‘dat’ dat we daar al gigantisch veel vooruitgang mee zullen maken. (D2)

Ook in de **vooruitgeschoven medische post** is er nog een mogelijkheid om de medische hulpverleners meer aandacht te laten hebben voor de psychosociale noden van getroffenen stelt een participant. Binnen het team van 6 à 7 hulpverleners die meekomen naar het rampterrein kan er volgens een participant iemand aangeduid worden om aandacht te hebben voor de psychosociale noden en de blootstelling van bijvoorbeeld licht- of niet gewonden te minimaliseren en dus in te staan voor de psychosociale opvang. *“Soms zijn ze daar met heel veel personeel aanwezig. We willen die dan ten goede inzetten, anders staan die soms met hun vingers te draaien”.*

Vanuit het FIST wordt er momenteel ook gekeken naar een bijkomend profiel van buddy's, die met een korte training ook al een eerste psychosociale hulp kunnen aanbieden op terrein zonder dat als hun hoofdtaak te hebben of zonder specialist te moeten zijn.

Hoewel elke hulpverlener een vorm van psychosociale of trauma-sensitieve ondersteuning kan bieden is het volgens enkele participanten toch belangrijk dat er vanaf het mogelijk is een gespecialiseerd profiel die kan focussen op het psychosociale naar het rampterrein kan komen. Aangezien de politie de taak heeft om het rampterrein te organiseren onmiddellijk na een incident kunnen zijn ook de psychosociale aspecten meenemen in die organisatie. Toch moeten die politieagenten snel worden bijgestaan door een meer gespecialiseerd profiel.

Er wordt ook gekeken naar het profiel van **Dir-Med** die een belangrijke taak zal moeten opnemen in het *‘duiden waarom het belangrijk is en de link moet maken, of uitleggen waarom het nodig is’*. Tegelijk wordt door het overgrote deel van de participanten aangegeven dat het niet de bedoeling of verwachting kan zijn om die psychosociale analyse van de noden en interventies volledig bij de bestaande profielen op een rampterrein te leggen. *“Het is denk ik een illusie om te denken dat je een eerste hulpverlener ter plaatse of zelfs een Dir-Med gaat kunnen trainen om ook daar nog eens allemaal aan te denken”*

Daarvoor moet je niets bijzonders doen, het is gewoon communiceren om te vertellen wat er aan de gang is en wat je kan doen voor hen.[...] het moet voor de politieagenten ook simpel blijven omdat ze moeten ja blijven concentreren op de tactische situatie. Maar dat contact gewoon hè, dat de persoon kan zeggen ‘oef de politie is er’ en ik denk dat ze dat nu amper konden denken.

3.5.1.2.1 Opleiding

Opleiding voor hulpverleners als ambulanciers rond psychosociale hulpverleners is momenteel erg beperkt. Zoals participanten aangeven verschilt het per regio en per soort hulpverleners, maar de inhoud van de cursus zowel als de tijd die eraan besteed wordt is eerder miniem.

Hulpverleners krijgen één tot twee uur opleiding rondt stress, maar daar wordt weinig aandacht besteed aan hoe omgaan met stress van getroffenen.

Ambulancechauffeurs of brandweerlieden of eerstehulpverleners beter opleiden in hun basisopleiding omdat het niet altijd in de basisopleiding zit. In de basistraining is het noodzakelijk om stressmanagement van zichzelf maar ook van anderen te introduceren. Omdat vaak de paramedici/intervenanten stress ervaren om hun gewonde slachtoffer te behandelen of te voorkomen dat hij sterft. Daarnaast zijn er de mensen achter hen die geagiteerd worden en vormen ze 'eigenlijk een last'. Als ze de reacties beter begrijpen, als ze een of twee kleine dingen kunnen vinden die ze mensen kunnen laten doen. Dan zullen ze zelf hun werk gemakkelijker doen. (D4)

Ook politieagenten krijgen een basisopleiding rond stress en ondersteuning van slachtoffer en er bestaan ook terugkomdagen of voortgezette opleidingen die ze kunnen volgen. Desalniettemin krijgen niet alle politiediensten een module rond slachtofferbejegening in hun basispakket.

Ook **TAMELU** leden geven aan dat opleiding rond psychosociale interventies tijdens of na een incident erg nuttig zouden kunnen zijn in hun werk.

Ik weet gewoon ook dat we allebei gevaar lopen als we daar niet op tijd weggomen. Ook al zien we die heel kortstondig daarin, maar toch zou het handig zijn om te weten wat we kunnen zeggen of doen. Misschien zijn er gewoon van die tips.

Eén van de participanten geeft aan dat er een grote nood is om hulpverleners beter te trainen in 'PFA'; 'Psychofysiologische stabilisatie' en 'Comfort en Rescue Talk'. "Je moet maar eens kijken naar TV programma's zoals 'Helden van hier', 'Spoedgevallen', etc. om te horen welke verkeerde taal hulpverleners vaak gebruiken, ik bedoel daarmee een taal die doorspekt is van negatieve suggesties. (Expert)"

De opleiding van hulpverleners moet volgens de participanten inhouden dat ze beter begrijpen wat stress met een persoon doet en hoe ze kunnen reageren. Trauma-sensitieve interventie die dankzij opleiding rekening houdt met de 'impact en reacties die een getroffene kan hebben', 'welk gedrag iemand kan vertonen', en 'hoe dat verschilt van persoon tot persoon', 'welke houding je kan aannemen' en 'hoe je iemand kan aanspreken', het gaat over 'ritme', 'oogcontact', 'wat zijn de noden van slachtoffers op korte en lange termijn', 'wat is een traumatische gebeurtenis', 'communicatietechnieken'. Een dergelijke opleiding beoogt niet van iedereen psychosociale specialisten te maken maar hen helpt om zich beter te ontfermen over een slachtoffer.

Opleidingen voor eerste hulpverleners lijken het meest efficiënt als ze ook een link maken met de opdrachten van een bepaalde discipline. Aan politiemensen uitleggen waarom een getroffene onder stress niet goed kan vertellen wat er gebeurde of hoe de dader eruit zag als de politie net aankomt, maar dat plots veel beter lukt als ze veilig zijn in een combi bijvoorbeeld. Voor medisch personeel kan dat zijn over hoe de vitale functies kunnen verbeteren door psychofysiologische stabilisatie of hoe tijdens het aanleggen van een verband of infuus de psychologische veiligheid van een gewond slachtoffer al kan verbeteren.

3.5.1.3 Nulde hulpverleners

Naast de professionele hulpverleners wordt door enkele participanten ook de belangrijke rol van de nulde hulpverleners of de burgers in de verf gezet. Wanneer we vroeg willen

interveniëren om de psychosociale noden van getroffen en in de eerste minuten en uren te beantwoorden zijn we ook aangewezen op de burgers.

Een participant wijst erop dat het vanzelfsprekend even duurt voor de eerste hulpverleners ter plaatse zijn. Dat betekent dat getroffen en op elkaar aangewezen zijn. Informatie om anderen te helpen *“informatie kennen zoals waar zijn de nooduitgangen, waar hangt de AED, hoe kunnen we eerste hulp verlenen zorgt dat mensen zichzelf samen kunnen helpen en daardoor misschien minder nood gaan hebben aan onmiddellijke psychosociale interventie”* (D2).

3.5.2 Alarmering

Een alarmering die een acute psychosociale interventie mogelijk maakt op erg korte termijn wordt als een belangrijke factor gezien door de meeste participanten. Als er gespecialiseerde psychosociale hulpverleners, eventueel van SISU of DSI, ingeschakeld zouden worden is het noodzakelijk dat zij de middelen en mogelijkheden hebben om snel gealarmeerd te worden en onmiddellijk ter plaatse te komen. Dat betekent dat er teams klaar moeten zijn om onmiddellijk ter plaatse te komen.

Daarbij wordt vooral geadviseerd voor een vaste alarmering die niet afhankelijk is van een bepaald profiel op terrein bijvoorbeeld een Dir-Med waar het erg moeilijk is om iedereen voldoende te informeren, sensibiliseren en opleiden in de identificatie en tijdige alarmering.

Bij bepaalde grootschalige dingen zo naast een Dir-Med een Dir-Psy moeten hebben bij wijze van spreken die louter voor dat aspect ook heel snel op dat terrein is. Ja je moet heel snel zijn dan, quasi een gelijktijdige alarmering met een Dir-Med. Kom je een uur daarachter? Ja dan ben je te laat. Als je het formeel nuttig wil maken dan moet het bij je eerste alarmering meekunnen. Anders ben je te laat. (D2)

Het zou meer aangewezen zijn volgens de meeste participanten om een alarmering door de 112 te koppelen aan een voorafgaande reflectie waarbij bepaalde soorten van incidenten worden geïdentificeerd als een incident waar nood is aan psychosociale representatie op terrein. Anderen stellen voor dat de FGI die nood ook kan herkennen en mee in voor-alarmering kan plaatsen.

Bij de brandweer zijn er hulpverleningszones die werken met alarmeringssystemen, waarbij de dispatch een FIST-knop hebben. Vrijwilligers die beschikbaar zijn passeren langs de kazerne voor een korte briefing om vervolgens naar het terrein te gaan. FIST probeert momenteel in elke ploeg twee FIST antennes te krijgen om de kans te vergroten dat er op elke interventie één persoon mee is *“en dat is een mega meerwaarde”*.

3.5.3 Samenwerking

Als het systeem zou werken is het belangrijk dat er een mandaat is. Dat *‘als de brandweer u gaat tegenwerken is er myserie’*. Het gaat belangrijk zijn om bekend te maken dat die psychosociale coördinator bestaat en wat zijn of haar opdrachten zijn.

Het wordt door verschillende participanten aangegeven dat als er meer aandacht komt voor een psychosociale acute interventie dat deze ook gekend en ondersteund moet worden door de coördinerende profielen die wetmatig een verantwoordelijkheid hebben voor de organisatie van een rampterrein. Daarom wordt een *‘opleiding in een DIR-CPOPS’* verschillende keren naar voren geschoven als een noodzakelijk element.

Ook voor de Dir-Med wordt het belang van samenwerking, die binnen een duidelijk wetgevend kader moet vastgelegd worden, door iedereen onderstreept. Daarbij wordt de moeilijkheid aangegeven van het huidige kader waarbinnen een Dir-Med werkt in België.

Dat is nog wel altijd onder het gezag van de Dir-Med dus dat is een hele moeilijke omdat die niet vast is. Als je autonomie moet nemen onder iemand met wie je vast samenwerkt dan kan je dat sneller voor mekaar krijgen dan bij een Dir-Med die u nog nooit gezien heeft waarbij je zegt 'ik ga hier even mijn ding doen'.

4 CONCLUSIE

Vanuit een groeiende wetenschappelijke literatuur rond de impact van collectief trauma en de potentiële onmiddellijke interventies en getuigenissen van slachtoffers en hulpverleners die collectieve noodsituaties meemaakten ontstond de idee om te exploreren wat de psychosociale noden en de noden aan interventie zijn tijdens en in de eerste uren na een collectief incident in België. Dit onderzoek exploreerde psychosociale noden van getroffenen van collectieve noodsituaties tijdens of in de allereerste uren na de gebeurtenis. Een groeiende wetenschappelijke interesse gaat uit naar de mechanismen, kaders en interventies die preventief kunnen ingezet worden tijdens die onmiddellijke fase.

Binnen het kader van dit onderzoek werd gesproken over onmiddellijke psychosociale interventie. In het uitwerken van het kader wordt het belangrijk om de terminologie verder te ontwikkelen in samenspraak met experts en sleutelinformanten op het terrein. Opties die werden gebruikt tijdens het onderzoek zijn vooruitgeschoven psychologische ondersteuning, hyper-acute psychosociale ondersteuning maar meer werk is nodig om tot een duidelijke conceptualisering en definitie te komen.

Op dit moment zijn er enkele **gespecialiseerde initiatieven** van psychosociale ondersteuning die op een rampterrein kunnen worden aangeboden, namelijk FIST ondersteuning bijvoorbeeld voor specifieke slachtoffers of verwanten en slachtofferbejegening in de ondersteuning van slachtoffers (vooral bij gerechtelijke procedures). Deze ondersteuningsmechanismen zijn erg waardevol voor individuele slachtoffers maar kunnen bij collectieve noodsituaties met vele gewonden, doden of getroffenen niet ieders psychosociale noden voorzien.

Sleutelinformanten die werden geïnterviewd in het kader van dit onderzoek stelden elkeen erg duidelijk dat er **veel psychosociale noden zijn in de eerste minuten en uren die tot op heden niet worden ingevuld**. Ze benadrukken de waarde van een vroegere interventie die een psychosociaal perspectief op het rampterrein brengt om daar de schade en blootstelling te beperken en ook een eerste en belangrijke stap te zetten naar herstel. De **collectieve incidenten** waar dat bijzonder nuttig zou zijn om onmiddellijke psychosociale interventies te organiseren zijn diegene waarbij mensen vast, gevangen of gekneld zitten; de acute fase op het rampterrein lang duurt of er een evolutief risico is; mensen sterven en/of een gevaarlijke, levensbedreigende gebeurtenis meemaakten; er sensorische input is die potentieel traumatisch kan zijn en getroffenen bijkomend kan traumatiseren.

Een snellere interventie zou volgens de sleutelinformanten enkele belangrijke **peritraumatische factoren** kunnen beïnvloeden zoals een subjectief gevoel van onveiligheid en levensbedreiging, machteloosheid, dissociatie. Al deze factoren komen overeen met de peritraumatische factoren die in wetenschappelijk onderzoek als de meest impactvolle worden gezien op het verdere herstel van een getroffene (bv. Massazza et al., 2021). Twee aan elkaar gelinkte peritraumatische factoren die herhaaldelijk werden genoemd door de sleutelinformanten zijn een aanvulling op de peritraumatische factoren die naar voor worden geschoven in de wetenschappelijke literatuur namelijk ‘aan hun lot overgelaten worden’ en ‘gebrek aan erkenning’. Zowel voor niet-gewonden, lichtgewonden en zwaargewonden vertellen de sleutelinformanten dat ze in de eerste fase van de hulpverlening aan hun lot worden overgelaten door de hulpverleners op terrein, ze voelen zich zo niet erkend als getroffene en als mens. Dat is vaak heel letterlijk, er wordt niet tegen hen gesproken, ze worden soms uren aan de kant gezet en niet ‘gezien’ als slachtoffers. Dit onderzoek wijst op de mogelijke lange termijn impact van het ‘aan hun lot overgelaten’ worden en het ‘zich niet erkend voelen’ als getroffene. Het versterkt het gevoel geen ‘slachtoffer’ te mogen zijn, geen bewegingsvrijheid,

agency of controle gehad te hebben wat soms nog jaren kan nazinderen. Het speelt in op peritraumatische stress, het gevoel van onveiligheid en machteloosheid.

Sleutelinformanten wijzen naar twee grote noden aan psychosociale interventie om die eerste minuten en uren de schade te beperken en herstel te faciliteren.

Eerst en vooral is er een belangrijke taak weggelegd voor een **psychosociaal coördinatie op terrein**, uitgevoerd door een psychosociaal coördinator. Deze persoon zou snel gealarmeerd moeten worden, met de andere hulpdiensten op terrein komen om de psychosociale noden in kaart te brengen, het rampterrein op een psychosociaal veiligere manier te structureren, en evacuatie te ondersteunen. Volgens de sleutelinformanten is een belangrijke subtaak het beschermen van getroffenen van verdere blootstelling aan het incident en de uitlopers. Op dit moment zijn vooral de niet-of lichtgewonden een ballast voor de hulpverlening wat zich vertaalt in een onnodige lange blootstelling aan de rampsituatie en de hulpverleningschaos die daarbij komt kijken door on-trauma-sensitieve procedures (bv. Het langs de triagepost moeten passeren van alle getroffenen) en gebrek aan procedures om hen snel weg te krijgen van de sensoriele input van een rampterrein. Het profiel van een psychosociaal coördinator op terrein moet volgens het overgrote deel van de sleutelinformanten iemand zijn met een psychosociaal profiel en een specifieke opleiding. Daarbij worden PSMs, DSI coördinatoren, FIST leden of slachtofferbejegenaars naar voor geschoven. Om die psychosociale coördinatie op het terrein te kunnen waarmaken is een duidelijk (wettelijk en procedureel) kader nodig.

Een tweede taak is psychosociale ondersteuning van getroffenen. Die zou eerst en vooral plaatsvinden in groep op een relatief veilige plek waar getroffenen afgesloten zijn dankzij het werk van een psychosociaal coördinator op terrein. Dit onderzoek brengt dankzij deze experts en sleutelinformanten een sterk overzicht van nuttige kaders die handvatten bieden om de onmiddellijke psychosociale interventies vorm te geven. De vijf essentiële elementen beschreven door Hobfoll en collega's (2007) werden gebruikt om de essentiële elementen van andere theoretische kaders en PFA modellen te ordenen. Desalniettemin werd vooral vanuit Discipline 1,3,4 de nood aan duidelijk werkbare en actie-gerichte principes zoals de ONVEE principes of Six-C modellen geuit omdat ze makkelijker te volgen zijn door niet-psychosociale profielen en zich meer zouden richten op het beperken van schade.

De exploratie van specifieke gebruikte technieken of gesuggereerde technieken voor psychosociale ondersteuning bij de sleutelinformanten bracht ons tot enkele conclusies: Eerst en vooral is er erg veel **praktijk expertise** bij de sleutelinformanten rond de psychosociale noden van getroffenen. In de praktijk gebruiken ze een heleboel technieken wanneer ze geconfronteerd worden met die onmiddellijke psychosociale nood. Ten tweede wordt die uitgebreide praktijkexpertise niet altijd gekoppeld aan een **theoretisch of interventiekader**, wetenschappelijk inzicht of onderbouwing vanuit kennis over de neurobiologische of psychologische impact. In de praktijk sluit ze echter vaak aan bij bestaande en geteste interventies maar het gebrek aan een breder kader of richtlijn maakt soms dat er geen structuur zit in wat er aan getroffenen wordt aangeboden en soms geen volgende stappen worden genomen die blijken te werken. Dit met uitzondering van het eekhoorn-protocol. In annex werd een overzicht toegevoegd van Hobfoll's principes gekoppeld aan de theoretische kaders en interventiemethodieken geopperd door de sleutelinformanten. Ten derde is **psychofysiologische stabilisatie** een thema dat erg vaak naar voor wordt geschoven als een methodologie die absoluut deel moet uitmaken van de kennis en expertise van intervenanten die onmiddellijke psychosociale eerste hulp bieden. De eekhoorn-methode wordt momenteel gezien als 'de psychofysiologische stabilisatie' methode bij uitstek waarbij een reeks aan interventiemethodieken elkaar opvolgen (contact met het slachtoffer opbouwen en behouden, helpen beheren van lichamelijke activatie, sturen van pijn- en gewaarneming, helpen en

ondersteunen bij de lichamelijke ontlading (De Soir & Goffings, 2012). Deze aanpak is erop gericht specifiek ondersteuning te bieden aan geknelde gewonden. Binnen het veilig kader dat gecreëerd worden zijn er verschillende technieken waar de mind-body connectie centraal staan die eventueel ook gebruikt kunnen worden bij de getroffen en op een rampterrein die niet gekneld zijn zoals grounding, beheer van activatie ademhaling. Verder onderzoek en praktische uitwerking is zeker noodzakelijk.

Opleiding voor alle profielen die in contact komen met getroffen en in die onmiddellijke fase blijkt noodzakelijk. Voor gespecialiseerde psychosociale profielen lijkt een bijkomende opleiding belangrijk om de interventieprincipes voor de onmiddellijke fase te beheersen en daarbij de nodige psychosociale coördinatievaardigheden voor op een rampterrein te ontwikkelen. Daarnaast is een trauma-sensitieve opleiding van alle eerste hulpverleners aangewezen. Deze opleiding zou zich moeten richten op het ondersteunen van slachtoffers en van zichzelf in de onmiddellijke fase van een collectief incident.

4.1.1 Beperkingen van het werk en suggesties voor verder onderzoek.

De onderzoeksresultaten van deze thesis tonen de aandacht binnen het psychosociale domein voor de licht-of niet-gewonde getroffen en van een collectieve noodsituatie. Nochtans bestaat er veel wetenschappelijke evidentie die de psychosociale impact op gewonde slachtoffers en hulpverleners beschrijft. Enkele participanten aan dit onderzoek besteden veel aandacht aan gewonde en geknelde slachtoffers, anderen dan weer aan hulpverleners. Toch zou bijkomende onderzoek naar de psychosociale noden en interventies in de onmiddellijke fase voor deze groep belangrijk zijn.

Het zou zonder twijfel boeiend geweest zijn om ook andere hulpverleners aan het woord te laten die in de onmiddellijke fase van een collectief incident ondersteuning bieden of zouden kunnen bieden aan getroffen en. Eén van de belangrijke profielen die mist in de resultaten is het profiel van 112-calltaker. Zij komen in contact met getroffen en in de allereerste seconden en minuten na een traumatisch incident, ook bij collectieve noodsituaties. Hun perspectief op de psychosociale noden bij alle getroffen en (ook hulpverleners op terrein en zichzelf) zou belangrijk zijn voor verder onderzoek.

Interviews tonen aan dat er slechts door weinig experts en professionals in België het biopsychosociale model wordt gehanteerd om psychosociale interventies in de onmiddellijke fase te ondersteunen en beter te begrijpen. Het huidig onderzoek rond de neurobiologische aspecten van trauma zouden gekoppeld moeten worden aan de PFA modellen, technieken en Hobfoll's principes om beter inzicht te krijgen in de rationale en werking van psychosociale interventies.

Hoewel er weinig opleiding en kaders bestaan in ons land voor de ondersteuning van getroffen en in de eerste momenten slaagden de participanten er wel in om interventies, boodschappen en ondersteuningsmechanismen voor te stellen voor de onmiddellijke fase tijdens en na een trauma. Hun praktijkervaring en jarenlange expertise is van onschatbare waarde voor het verder ontwikkelen van deze psychosociale interventies. Onderzoek zou zich moeten toespitsen op de evaluaties en monitoring van de impact van deze interventies, zowel als korte en lange termijn.

Getroffen en zijn vanzelfsprekend de belangrijkste bron van informatie over hun eigen psychosociale noden. Binnen het kader en het tijdsbestek van dit onderzoek was het niet mogelijk om met slachtoffers te spreken. Eén NGO experte werd bevraagd rond de ervaring van slachtoffers van terreur en massa victimisatie, alsook vele andere experts en professionals die extensieve ervaring hebben met getroffen en. Desalniettemin zou onderzoek in de toekomst

zich moeten richten op het bevragen van getroffenen en verwanten over hun ervaringen in de psychosociale ondersteuning die ze kregen of hadden willen krijgen.

4.2 BELEIDSADVIES

4.2.1 Een wetgevend kader en bijhorende procedures

Dit onderzoek wijst op de nood om het perspectief op psychosociale ondersteuning na een collectief incident te verbreden. Het huidige Psychosociaal Interventieplan is een sterk en flexibel noodplan en kader om psychosociale ondersteuning te bieden en in de acute fase. In de praktijk structureert en faciliteert de psychosociale ondersteuning pas ten vroegste 1-2u na een incident op een moment dat de PSIP structuren al zijn uitgerold. In het overgrote deel van de gevallen is er geen psychosociale ondersteuning van alle getroffenen op het rampterrein. Dit onderzoek toont de nood aan een voorbereiding van het PSIP naar die eerste momenten en uren na een collectief incident. Het is niet zo dat het nodig is in alle gevallen natuurlijk, maar bij bepaalde incidenten met een hoog risico op bijkomende schade en traumatisering op het rampterrein kan het een belangrijk verschil maken. Een wetgevend kader gecombineerd met procedures, samenwerkingsafspraken en oefeningen kan het mogelijk maken om in de eerste minuten en uren na een collectieve noodsituatie de nodige psychosociale coördinatie en ondersteuning te kunnen inzetten. De huidige beschrijving van een psychosociale coördinator in de Werkcel D2 zou een homoloog kunnen hebben aangesloten bij de operationele coördinatie op een rampterrein. De Dir-Med, PSM, Federaal Gezondheidsinspecteur en Expert ICM worden natuurlijk de belangrijkste partners voor een psychosociaal coördinator. Hoewel alle sleutelinformanten in het onderzoek besloten dat hun discipline deze taak wel kon uitvoeren lijkt het opportuun om de coördinatiestructuur zo op te zetten dat die ingebed is in het Psychosociaal InterventiePlan en dus onder Discipline 2 valt.

4.2.2 Onmiddellijke psychosociale interventies

Op dit moment heeft geen enkele discipline een uitgewerkt kader van interventie dat voor alle getroffenen op het rampterrein kan werken. Met uitzondering van het Eekhoorn-protocol dat stapsgewijs concrete richtlijnen biedt voor geknelde gewonde slachtoffers bestaat er geen algemeen aanvaard protocol of kader voor onmiddellijke psychosociale interventie op het terrein. Tegelijk geven de meeste sleutelinformanten in deze studie aan dat het onmogelijk is om te strikte richtlijnen te geven voor deze onmiddellijke fase. Een taxonomie zou een belangrijk hulpmiddel kunnen zijn waarbij de aard van het incident en de samenstelling van een groep een indicatie kunnen geven van de noden en potentiële interventies.

De huidige interventies die worden genoemd door de sleutelinformanten stelen op vaak decennia lange ervaring in psychosociale ondersteuning bij crisissen. Sommige interventies werden uit bestaande kaders opgepikt, andere werden door de intervenanten zelf ontwikkeld of aangepast. Er is duidelijk een nood aan het in kaart brengen van de rijkdom aan bestaande technieken en deze onderbrengen in een kader waarmee intervenanten aan de slag kunnen gaan. Het lijkt momenteel nog vooral persoon-afhankelijk hoe de psychosociale interventie wordt vormgegeven.

Het lijkt een belangrijke opdracht om zoals een sleutelinformant vertelde 'the audacity te hebben' om voor de Belgische context de onmiddellijke psychosociale interventies verder uit te werken.

4.2.3 Opleiding

De realiteit op terrein is momenteel zo dat de psychosociale noden van getroffenen niet gezien of genegeerd worden. Hoewel alle sleutelinformanten het erover eens zijn dat eerste hulpverleners absoluut hun prioritaire taken als prioriteit hebben en dat levens redden bij collectieve incidenten primordiaal is, wordt er aangegeven dat alle intervenanten een rol te spelen hebben voor de getroffenen op terrein. Dit onderzoek wijst immers op de laagdrempelige, weinig tijdsintensieve, kleine interventies die alle hulpverleners kunnen maken die op korte en ook lange termijn een wereld van verschil kunnen maken in de psychosociale beleving van getroffenen. Sleutelinformanten bespraken naast technische interventies ook heel kleine interventies, zinnigjes, manieren van spreken en interageren met getroffenen tijdens een collectief incident die blijkbaar niet enkel op het moment zelf maar ook langer erna een impact kunnen hebben. De kleine interventies zijn de uitgelezen en enige manier om de peritraumatische risicofactoren te verkleinen.

De opleiding is nodig voor de gespecialiseerde psychosociale profielen die aangeduid worden als psychosociaal coördinator of intervenant in die onmiddellijke fase. Daarnaast is iedereen het erover eens dat elke hulpverlener een rol te spelen heeft in de menselijke en trauma-sensitieve aanpak van getroffenen. Een basis van PFA en psychosociale basisinterventies zullen de noden op het terrein beter invullen maar ook de hulpverleners helpen bij het uitvoeren van hun primaire taken.

Tenslotte werd ook het belang van opleiding en sensibilisering van het bredere publiek genoemd als een belangrijke stap in het ondersteunen van de veerkracht van getroffenen. Net als bij medische eerste hulp kan ook psychologische eerste hulp geboden worden door burgers (bv. Six-C model, Community Resiliency Model).

Investering en organisatie van opleidingen rond de psychosociale eerste opvang van getroffenen bij collectieve noodsituaties zou een prioriteit moeten zijn voor beleidsmakers. Deze eerste opvang zal niet enkel preventie betekenen van psychologische gevolgen voor getroffenen van collectieve noodsituaties maar ook de bevolking veerkrachtiger maken in het algemeen.

TABELLEN EN FIGUREN

Tabel 1: modellen	De Principes van Hobfoll en collega's (2007) en de PFA
Tabel 2: interventie	De principes van Hobfoll en collega's (2007) en kaders voor interventie
Figuur 1:	Slachtoffercirkels
Figuur 2:	PSIP

REFERENTIES

Adler, A. B., & Svetlitzky, A. (2020). Acute stressreacties en hun implicaties voor de ontwikkeling van PTSS. *Journal of Traumatic Stress, 33*(3), 407-416.

Adler, A. B., Gutierrez, I. A., Edge, H. M., Nordstrand, A. E., Simms, A., & Willmund, G. D. (2023). Peer-based intervention for acute stress reaction: adaptations by five militaries. *BMJ Mil Health*.

Aerni, A., Traber, R., Hock, C., Roozendaal, B., Schelling, G., Papassotiropoulos, A., ... & de Quervain, D. J. F. (2004). Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 161*(8), 1488-1490.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Astill Wright, L., Sijbrandij, M., Sinnerton, R., Lewis, C., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2019). Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry, 9*(1), 334.

Beaudoin, F. L., et al. (2021). Pain after a motor vehicle crash: the role of socio-demographics, crash characteristics and peri-traumatic stress symptoms. *European Journal of Pain, 25*(5), 1119-1136. doi: 10.1002/ejp.1733.

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... & Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine, 46*(2), 327-343.

Berkowitz, S. J., Stover, C. S., & Marans, S. R. (2011). The child and family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 676-685. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x.

Bisson, J. I., Lewis, C. (2009). Systematic review of psychological first aid. *Commissioned by the World Health Organization*.

Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., ... & Sezgin, A. U. (2010). TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *The British Journal of Psychiatry, 196*(1), 69-74.

Bovin, M. J., & Marx, B. P. (2011). The importance of the peritraumatic experience in defining traumatic stress. *Psychological Bulletin, 137*(1), 47.

Boscarino, J. A., Figley, C. R., & Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health, 6*(2), 57.

Bosqui, T. (2020). The need to shift to a contextualized and collective mental health paradigm: learning from crisis-hit Lebanon. *Global Mental Health, 7*, e26.

Bowler, R. M., Harris, M., Li, J., Gocheva, V., Stellman, S. D., Wilson, K., ... & Schwarzer, R. (2012). Longitudinal mental health impact among police responders to the 9/11 terrorist attack. *American Journal of Industrial Medicine, 55*, 297-312.

Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: effects on the brain. *CNS Spectrums, 11*(6), 1-8.

- Bremner, J. D., Narayan, M., & Staib, L. (1996). Neural correlates of memory in posttraumatic stress disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 8(2), 160-167.
- Brewin, C. R., Kleiner, J., & Vasterling, J. J. (2010). The impact of playing Tetris on the consolidation of traumatic memories. *Psychological Science*, 21(7), 1013-1018.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, A. (2021). Community resilience in the face of natural disasters. *Journal of Disaster Studies*, 15(3), 45-60.
- Bryant, R. A. (2007). Does dissociation further our understanding of PTSD?. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 183-191.
- Bryant, R. A., Friedman, M. J., & McFarlane, A. C. (2017). *Posttraumatic stress disorder: A clinical guide*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: SAGE Publications.
- 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.
- Davis, R., Lee, S., & Patel, M. (2022). The long-term psychological effects of man-made disasters. *International Journal of Mental Health*, 10(2), 123-139.
- De Soir, E., & Goffings, K. (2012). Directe opvang van verkeersslachtoffers. In E. Vermetten, R.J. Kleber & O. van der Hart (Eds.): *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- De Soir, E., Zech, E., Versporten, A., Van Oyen, H., Kleber, R., Mylle, J., & van der Hart, O. (2015). Degree of exposure and peritraumatic dissociation as determinants of PTSD symptoms in the aftermath of the Ghislenghien gas explosion. *Archives of Public Health*, 73, 1-9.
- Delahanty, D. L., & Nugent, N. R. (2006). Predicting PTSD prospectively based on prior trauma history and immediate biological responses. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 27-40.
- Duman, R. S., Aghajanian, G. K., & Sanacora, G. (2001). Neurobiology of depression: a role for neurotrophic factors. *Biological Psychiatry*, 49(10), 764-775.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39(9), 1063-1084.
- Eckstein, M., Becker, B., Scheele, D., Scholz, C., Preckel, K., Schlaepfer, T. E., ... & Hurlmann, R. (2015). Oxytocin facilitates the extinction of conditioned fear in humans. *Biological Psychiatry*, 78(3), 194-202.

- Essizoglu, A., Altinoz, A. E., Sonkurt, H. O., Kaya, M. C., Kosger, F., & Kaptanoglu, C. (2017). The risk factors of possible PTSD in individuals exposed to a suicide attack in Turkey. *Psychiatry Research*, 253, 274-280.
- Forbes, D., Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., O'Donnell, M., Wade, D. J., ... & Creamer, M. (2011). Psychological first aid following trauma: Implementation and evaluation framework for high-risk organizations. *Psychiatry*, 74(3), 224-239.
- Frijling, J. L. (2017). Preventing PTSD with oxytocin: effects of oxytocin administration on fear neurocircuitry and PTSD symptom development in recently trauma-exposed individuals. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup3), 1302652.
- Germine, L. T., et al. (2022). Neurocognition after motor vehicle collision and adverse post-traumatic neuropsychiatric sequelae within 8 weeks: Initial findings from the AURORA study. *Journal of Affective Disorders*, 298(Pt B), 528-537. doi: 10.1016/j.jad.2021.10.098.
- Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., & Laudén, A. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Findings from a controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 25(3), 367-384.
- Gill, J. M., Saligan, L., Woods, S., Page, G., & Reilly, L. (2009). PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(4), 262-277.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., Waldrop, A. E., & Mechanic, M. B. (2003). Participation in trauma research: Is there evidence of harm? *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 16(3), 221-227.
- Hoge, C. W., McGurk, D., Thomas, J. L., Cox, A. L., Engel, C. C., & Castro, C. A. (2008). Mild traumatic brain injury in US soldiers returning from Iraq. *New England Journal of Medicine*, 358(5), 453-463.
- Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 150-153.
- Holmes, E. A., & Bourne, C. (2008). Inducing and modulating intrusive emotional memories: a review of the trauma film paradigm. *Acta Psychologica*, 127(3), 553-566.
- Hourani, L., et al. (2015). Comparative analysis of mental health risk profiles and absenteeism in US military. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(3), 318-332.
- Inslicht, S. S., et al. (2021). Replication of the Effects of Yoked Exposures to Traumatic Stress in a PTSD Sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 82, 102435. doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102435.
- James, L. E., Noel, J. R., & Roche, J. A. (2017). A mixed-methods assessment of the experiences of lay providers of psychological first aid in post-earthquake Haiti. *American Journal of Disaster Medicine*, 12(1), 37-49.
- Jeffreys, M. (2015). Clinician's guide to medications for PTSD. *US Department of Veterans Affairs*.
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 167-181.

- Kaysen, D., & Resick, P. A. (2010). Reducing fear in PTSD: The roles of extinction and reconsolidation. *The Behavioral Neuroscientist and Comparative Psychologist*, 25(1), 5-8.
- Kessler, R. C., & McLaughlin, K. A. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology. *Psychological Medicine*, 40(4), 543-544.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Koenen, K. C., Aiello, A. E., Bakshis, E., Amstadter, A. B., & Ruggiero, K. J. (2009). Modification of the association between serotonin transporter genotype and risk of posttraumatic stress disorder in adults by county-level social environment. *American Journal of Epidemiology*, 169(6), 704-711.
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., ... & Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274.
- Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif, firestorm. *The American Journal of Psychiatry*, 151(6), 888-894.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325.
- Kuo, F. E., & Taylor, A. F. (2004). A potential natural treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1580-1586.
- La Greca, A. M., & Prinstein, M. J. (2002). Hurricanes and earthquakes. *Helping Children Cope with Disasters and Terrorism*, 13, 107-138.
- Landsverk, J. A., & Burns, B. J. (1999). Psychosocial interventions for children and adolescents in foster care: review of research literature. *Children and Family Services Review*, 21(3), 299-336.
- Lange, R. T., Brickell, T. A., Lippa, S. M., French, L. M., & Ivins, B. J. (2020). Posttraumatic stress symptom reporting after traumatic brain injury in military personnel: a review and rehabilitation considerations. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 57(1), 35-46.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., ... & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647.
- LeDoux, J. E., & Pine, D. S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a two-system framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083-1093.
- Lee, E. S., & Vasilev, J. (2023). Predicting posttraumatic growth following a natural disaster. *Journal of Positive Psychology*, 18(2), 145-156.
- Liberzon, I., & Sripada, C. S. (2008). The functional neuroanatomy of PTSD: a critical review. *Progress in Brain Research*, 167, 151-169.
- Linden, D. E. (2006). How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry*, 11(6), 528-538.

- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, 12, 144-167.
- McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9(1), 3-10.
- McGaugh, J. L. (2004). The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 1-28.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 229-252.
- McTeague, L. M., Lang, P. J., & Bradley, M. M. (2010). Defensive mobilization in specific phobia: fear-specific modulation of the defense cascade. *Psychophysiology*, 47(6), 1072-1078.
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 778.
- Morgan, C. A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E. G., Schnurr, P., & Southwick, S. M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: A prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1239-1247.
- Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S., & Stein, M. B. (2006). Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40(1), 1-21.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52.
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 143-166.
- Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2008). Posttraumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 837-868.
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 85-95.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153(2), 219-225.
- Shields, G. S., Moons, W. G., & Slavich, G. M. (2017). Inflammation, self-regulation, and health: An immunologic model of self-regulatory failure. *Perspectives on Psychological Science*, 12(4), 588-612.
- Shin, L. M., Rauch, S. L., & Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 67-79.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(2), 279.

- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *Journal of the American Medical Association, 314*(5), 489-500.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(3), 241-266.
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 8*(4), 505-525.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.). (2012). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. Guilford Press.
- Vasterling, J. J., Proctor, S. P., Amoroso, P., Kane, R., Heeren, T., & White, R. F. (2006). Neuropsychological outcomes of Army personnel following deployment to the Iraq war. *Journal of the American Medical Association, 296*(5), 519-529.
- Voils, C. I., Chang, Y., Crumley, E. T., & Cardell, C. F. (2021). Prevalence and correlates of mental health diagnoses in overweight/obese veterans. *Journal of Affective Disorders, 295*, 511-519.
- Wang, Z., McLaughlin, K. A., & Kessler, R. C. (2010). Epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the WHO world mental health surveys. *The Lancet Psychiatry, 4*(2), 150-158.
- Weathers, F. W., Ruscio, A. M., & Keane, T. M. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale (CAPS). *Psychological Assessment, 11*(2), 124-133.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Hough, R. L., ... & Kulka, R. A. (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 365-376.
- Yehuda, R., Halligan, S. L., & Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and Psychopathology, 13*(3), 733-753.

4.3 ANNEX 1 – VRAGENLIJST

1. **Wat zijn volgens jou psychosociale noden in de allereerste momenten na een collectief incident?**
 - a. Kan je voorbeelden geven van incidenten waar die nood aan psychosociale ondersteuning er was (bij direct getroffen, getuigen, familieleden of hulpverleners)?
 - b. Hoe zijn die noden verschillend tussen groepen van getroffen?
2. **Hoe worden die urgente psychosociale noden van getroffen momenteel ingevuld?**
 - a. Hoe worden deze getroffen momenteel (wel of niet) ondersteund?
 - i. Welke technieken worden toegepast?
 - ii. Welk kader wordt gebruikt om die ondersteuning te bieden?
 - iii. Hoeveel aandacht is er voor psychofysiologische stabilisatietechnieken?
 - b. Door wie worden deze getroffen momenteel ondersteund?
 - i. Welke training hebben de professionals of vrijwilligers genoten om deze ondersteuning te bieden?
 - ii. Wie organiseert de onmiddellijke psychosociale interventie op terrein? En hoe verloopt de samenwerking tussen de diensten?
 - c. Waar zijn de lacunes van de huidige aanpak?
 - i. Welke groepen worden niet geholpen?
3. **Welke interventies zouden kunnen helpen voor getroffen in deze eerste fase?**
 - a. Welke interventies zouden moeten toegepast worden?
 - b. Op welke modellen of kaders moeten deze interventies gebaseerd zijn?
 - c. Waarom zijn deze interventies nodig?
 - d. Welke interventies zijn potentieel schadelijk?
4. **Hoe kan deze vroege, gespecialiseerde psychosociale interventie georganiseerd worden in België?**
 - a. Wie moet de vroege, gespecialiseerde interventie doen?
 - i. Welk profiel en opleiding moet iemand hebben om dat te doen?
 - ii. Hoe moet dit gerepresenteerd worden in de huidige CP-OPs?
 - b. Wat zou die persoon/personen moeten doen?
 - i. Organiseren van de onmiddellijke psychosociale hulpverlening?
 - ii. Doen van de onmiddellijke psychosociale hulpverlening?
 - iii. Voor iedereen of enkel voor bepaalde groepen?
 - c. Welke opleiding is daarvoor nodig?

- i. Welke andere professionals moeten opgeleid worden opdat de psychosociale interventie in de onmiddellijke hulpverlening kan kantelen?

5. Nog bijkomende info die ik zeker moet meenemen in deze thesis?

4.4 ANNEX 2 – HOBFOLL ET AL. (2007) + THEORETISCHE EN INTERVENTIEKADERS

HOBFOLL principes	ONVEE	PANKSEPP	10 punten	PFA (NCTSN)	RAPID PFA	PFA (WHO)	MHFirst Aid	Six-C
Veiligheid	Onmiddelijk	Fear	Veiligheid, Toestemming, Structuur	Safety and Comfort Practical Assistance	Assessment, Prioritization, Intervention	Look	Assess for risk of suicide or harm, Identify immediate Needs	Cognitive Communication, Continuity
Rust	Verwachting		Structuur, Informatie, Uiteenlopende reacties	Stabilisation, Information on coping	Reflective Listening, Intervention	Look	Provide basic support	Control
Zelfredzaamheid		Rage	Natuurlijke hulp	Information gathering, Information on Coping	Assessment, Prioritization	Link	Encourage self-care strategies	Challenge, Control
Connectie	Nabijheid	Panic	Houding, Erkenning	Connection with Social Support, Contact and Engagement	Reflective Listening, Disposition and Follow-up	Listen	Encourage help-seeking	Commitment
Hoop	Verwachting		Contactgegevens	Information on Coping, Linkage with Collaborative Services	Intervention, Disposition and Follow-up	Link	Provide information about support services	(Continuity)
	Eenvoud, Eenduidig	Seeking, lust, care, grief, play						

