



RAMPEN MANAGEMENT

ACADEMIEJAAR 2020-2021

Psychosociale hulp aan kinderen op het interventie terrein

STUDENT: Dieter Kinoo
PROMOTOR: Wim Hermans

1. Executive summary

Onderwerp:

In dit eindwerk wordt de psychologische kwetsbaarheid van kinderen bij schokkende gebeurtenissen onderzocht.

Niet enkel rampen, maar ook gebeurtenissen zoals branden, ongevallen en geweld kunnen bij kinderen aanleiding geven tot een posttraumatische stressstoornis. Daarnaast kan het ook een gevolg hebben bij hun verdere ontwikkeling en hen kwetsbaar maken voor mentale aandoeningen. In die zin wordt er nu gekeken naar een extra term: developmental trauma disorder.

Problematiek bij kinderen:

De jonge leeftijd van kinderen wilt niet zeggen dat de gebeurtenis geen impact heeft op hen of dat ze niet beseffen wat er gebeurt. Daarom moeten kinderen, op hun eigen niveau, betrokken worden in de beleving van de gebeurtenis. Tijdens en vlak na de gebeurtenis er voor zorgen dat kinderen niet wegzakken in emoties maar hen terug handelingsperspectieven bieden zorgt voor een eerste basis naar herstel.

Over het algemeen moeten getroffen en gezien worden als actieve deelnemers aan een ramp of schokkende gebeurtenis.

Problematiek bij hulpverleners

Uit bevraging (zie verder vragenlijst) bij hulpverleners zelf is gebleken dat zij interventies met kinderen complexer vinden. Hoe het kind de situatie beleeft, de aan- of afwezigheid van ouders en hun gedrag, en een grotere emotionele druk bij hulpverleners geven de voornaamste zorgen aan. Een zeer groot deel van de deelnemers aan de vragenlijst geeft daarom aan dat het onderwerp meer aandacht mag krijgen in opleidingen en bijscholingen.

Momenteel laten de nood-en interventieplannen MIP en PSIP een grijze zone wat de opvang van getroffen en betreft op het rampgebied. Duitsland en de Verenigde Staten staan in het benoemen van kinderen als kwetsbare groep veel verder. In Duitsland zorgt een speciale dienst Psychosociale Notfallversorgung voor de getroffen en (en de hulpverleners) direct op het interventie terrein. Daarnaast hebben zij in het KiKat-project net een grondige analyse van alle plannen en opleidingen gemaakt over hoe de hulpverlening naar kinderen betrokken bij rampen beter kan.

Er bestaan verschillende methodologieën die hulpverleners kunnen gebruiken om enerzijds hun communicatievaardigheden met kinderen te verbeteren en anderzijds om aandacht te hebben voor de psychosociale aspecten bij kinderen die al dan niet gewond zijn.

Besluit:

Mijn eindwerk toont aan dat er meer aandacht in opleidingen moet zijn voor psychosociaal welzijn van kinderen bij rampen. Deze kwetsbare groep moet benoemd worden in de noodplannen. Aangepaste opvang van kinderen (maar ook andere getroffen en) bij moeilijke interventies zorgt voor zekerheid bij de hulpverleners en een beter toekomstperspectief bij kinderen. Een overduidelijke win-win.

Sleutelwoorden: kinderen, psychologische hulp, trauma, schokkende gebeurtenis, psychosociaal

2. Inhoudstafel

1. Executive summary.....	2
2. Inhoudstafel.....	4
3. Voorwoord	6
4. Inleiding	8
5. Probleemstelling en onderzoeksvraag.....	10
6. Methodologie	12
7. Afbakening scope.....	14
7.1. Hulpverleners tijdens de acute fase van een ramp	14
7.2. Kinderen.....	15
7.3. Psychologisch trauma	15
8. Literatuurstudie	18
8.1. Enkel rampen als oorzaak voor psychologisch trauma?	18
8.2. Zijn kinderen kwetsbaar(der) in noodgevallen?	20
8.3. Hoe reageren kinderen op een schokkende gebeurtenis?	24
8.4. Hoe passen kinderen in de huidige noodplanning?.....	27
8.5. Welke mogelijke benaderingen door hulpdiensten zijn er?	30
8.6. Hoe ervaren hulpverleners interventies met kinderen?.....	42
8.7. Conclusies literatuurstudie.....	44
9. Vragenlijst “kinderen in noodsituaties”	46
9.1. Details van de enquête	46
9.2. Inschatting doelpubliek.....	48
9.3. Resultaten.....	49
10. Conclusies	60
11. Beperkingen van het werk en suggesties voor verder onderzoek	61
12. Beleidsadvies	62
13. Literatuurlijst.....	63
14. Lijst met figuren.....	65
15. Lijst met tabellen.....	65
16. Lijst met grafieken	65
17. Bijlage 1: de enquête.....	66

3. Voorwoord

“Save the planet, one child at a time”

Het is een quote uit de film Babylon AD. Meer nog, het is de zin die de film afsluit. Bovenal is het een quote die blijven hangen is. In situaties met mijn eigen kinderen, of wanneer kinderen hulp nodig hebben, is het een zin die in gedachten steeds blijft terugkomen. Ervoor zorgen dat een kind zijn of haar kindertijd goed doorkomt, betekent kansen geven.

Als Rode Kruisvrijwilliger ben ik veel bezig met rampen en “wat als”-scenario’s. Deze manier van denken zorgde ervoor dat ik tijdens een uitstap met het gezin naar een binnenspeeltuin plots dacht “wat als”. In hoeverre zijn de interventiediensten hierop voorzien? Ontzettend bedankt aan mijn vrouw om me hier steeds in bij te staan!

Enkele brainstormsessies later was het onderzoeksvoorstel voor dit eindwerk geboren. Speciale dank hiervoor aan Koen Van Praet.

Het idee en de uitwerking was op zijn minst uitdagend. Dit onderwerp ligt in het raakvlak tussen twee werelden: deze van de interventiediensten en deze van psychologen. Twee totaal verschillende types van beroepen, van manier van aanpakken en zelfs van noodplannen. Horend bij de kant van de interventiediensten was een stuk van dit werk buiten mijn eigen comfort zone. Maar het was een leerrijk proces om die “andere kant” verder te onderzoeken.

Na het lezen van alle reacties op de vragenlijst moet ik ook vermelden dat mijn respect voor alle hulpverleners (politie, brandweer, medisch en psychosociaal) enorm is toegenomen. In vaak zeer moeilijke omstandigheden het hoofd koel houden en “het goede” proberen doen voor alle betrokkenen is meer dan bewonderenswaardig. Van harte dank aan iedereen die de vragenlijst ingevuld heeft.

Bedankt aan Marijke Janssenswillen, Wera van Hoof, Natascha Holemans, Gail Houbraken en Andrea Walraven-Thissen om tijd vrij te maken om met mij in gesprek te gaan en hun kennis van zaken te willen delen.

Bedankt aan mijn promotor, Wim Hermans, om de meerwaarde van het onderzoeksvoorstel voor het PSIP te willen zien.

4. Inleiding

We leven in een wereld waar veel mis kan gaan. Auto-ongevallen, overstromingen, explosies en schietpartijen zijn maar een kleine greep uit alles wat er kan gebeuren.

Naast materiële schade en lichamelijke verwondingen kunnen deze gebeurtenissen ook een diepe mentale indruk nalaten.

In die eerste momenten overvalt de situatie de getroffenen. Zij reageren met uiteenlopende reacties: fight or flight, bevriezen, machteloosheid of net helpersstress. Het is even ieder voor zich.

Dergelijke situaties laten zo al diepe indrukken na op volwassenen. Wat moet dat dan niet zijn bij kinderen die in dergelijke situaties belanden? Hun jonge leeftijd wordt vaak gezien als onschuldig of fragiel en dus minder vatbaar, waardoor ze door hun jonge leeftijd, soms letterlijk, over het hoofd gezien worden of aan de kant worden gezet.

Het lijkt onszelf, als volwassenen, te helpen voor onze gemoedrust wanneer we kinderen de ernst van de situatie niet moeten vertellen of de waarheid kunnen verbloemen. Maar kinderen hebben een rijke fantasie. Wat hen niet verteld wordt kunnen ze zelf aanvullen en dan missen we elke vorm van controle.

Wereldwijd wint de aandacht voor de psychosociale gevolgen van een ramp aan terrein. Het ontstaan van traumatische gevolgen kan voor betrokkenen nog een zeer lange schaduw werpen op zijn of haar leven na de gebeurtenis. Hoe dit voor kinderen werkt komt sinds kort meer en meer op de voorgrond.

5. Probleemstelling en onderzoeksvraag

Probleemstelling

Hulpverleners moeten aan wel wat kwalificaties voldoen voor zij een actieve functie op het terrein kunnen opnemen. Er zijn fysieke testen, een basisopleiding en jaarlijks verplichte bijscholingen. Het engagement om hulpverlener te zijn moet groot zijn om hieraan te willen blijven voldoen. De bedoeling is dat hulpverleners met veel kennis van zaken en ervaring op het terrein staan.

Maar uit eigen ervaringen, gesprekken met hulpverleners en getuigen wordt soms de indruk gewekt dat de aanwezigheid van kinderen bij een ramp of ongeval ervoor kan zorgen dat die kennis en ervaring omslaat in twijfel. De routine die er anders bij volwassenen zo in zit, verdwijnt, zeker wanneer er geen begeleiders van de kinderen op de plaats van de ramp aanwezig (meer) zijn.

Het lijkt dat interventies waar kinderen bij betrokken zijn ook langer blijven hangen: “Hebben we het juiste gedaan?”. Wat is “het juiste” om te doen?

Onderzoeksvraag:

Om op deze, subjectieve, vragen te antwoorden stel ik volgende onderzoeksvraag op:

Welke maatregelen kunnen tijdens de acute fase van een ramp door de hulpverleners ter plaatse genomen worden om het risico op psychologisch trauma bij kinderen te verminderen?

Deze probleemstelling bevat enkele subvragen:

- Welke risico's op psychologisch trauma bij kinderen ten gevolge van een ramp zijn er?
- Welke maatregelen kunnen genomen worden om de risico's te beperken?
- Zijn deze maatregelen toe te passen door de hulpverleners en in welke mate beheersen zij deze nu reeds?

Meerwaarde voor de noodplanning

Het ontwikkelen van eenvoudige richtlijnen over hoe om te gaan met kinderen die getroffen zijn door een ramp kan het werk voor de diensten binnen het PSIP eenvoudiger maken en het risico op psychologisch trauma bij kinderen beperken.

6. Methodologie

In dit onderdeel sta ik even stil bij welke weg ik volg om tot een antwoord op de onderzoeksvraag te komen.

De begrippen in de onderzoeksvraag zelf moeten duidelijk zijn, zodat de conclusie niet enkel voldoet aan de verwachtingen maar ook geen aanleiding geeft tot interpretatie.

Over welke hulpverleners gaat het? Welke gevolgen proberen we te beperken en wie zien we net als kinderen?

Eens bovenstaande begrippen uitgeklaard zijn, bekijkt de literatuurstudie de verdere uitdieping van de begrippen omvat in de onderzoeksvraag. Met de literatuurstudie wordt geverifieerd of de onderzoeksvraag wel op alle punten relevant is.

Zijn kinderen wel degelijk kwetsbaarder? Is er momenteel genoeg aandacht voor hen in de noodplanning? Hebben hulpverleners wel nood aan opleidingen of hebben ze interesse in de problematiek? Wat kan een hulpverlener op de moment zelf doen?

Met de verkregen informatie uit de literatuurstudie was het oorspronkelijk de bedoeling om de problematiek voor te leggen aan kinderpsychologen en therapeuten. Wat zien zij terug komen als problemen en had een andere aanpak op het interventie terrein hier een verschil kunnen maken? Na enkele zeer interessante gesprekken met Koen Van Praet, toenmalig medewerker op de dienst Dringende Sociale Interventie bij Rode Kruis-Vlaanderen, werd de zoektocht gestart naar psychologen die willen meewerken. Toen sloeg het coronavirus toe.

De opeenvolgende lockdowns en hun impact op het welzijn van zowel kinderen als volwassenen maakte dat psychologen zoveel overbevraagd waren dat zij, ondanks hun interesse in het onderwerp, geen tijd konden vrijmaken.

In diezelfde periode had ik contact met het Nederlandse “ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises”. Zij bieden advies en ondersteuning aan onder andere overheden over psychosociale onderwerpen bij rampen. Ook hier zorgde het coronavirus voor een moeilijke beschikbaarheid en communicatie.

Na overleg met mijn promotor is er dan de beslissing genomen om het onderzoek over een andere boeg te gooien. Op basis van de stand van de literatuurstudie kwam er in de plaats van een kwalitatief onderzoek naar de inhoud van mogelijke opleidingen, een kwantitatief onderzoek naar de nood ervan en de vraag ernaar bij hulpverleners. De resultaten hiervan werden verwerkt met SPSS en Excel.

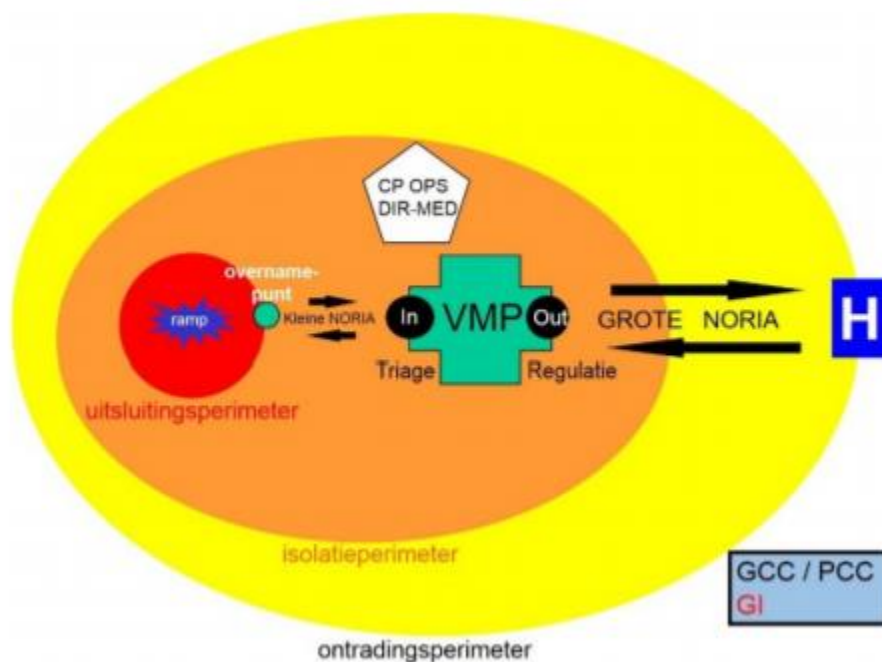
Samen zorgen de literatuurstudie, de resultaten van de vragenlijst en enkele bijkomende gesprekken voor een besluit en aanbevelingen naar het beleid toe.

7. Afbakening scope

Om tot een heldere conclusie te komen is het zeer belangrijk dat we duidelijk afbakenen wat en wie er onder deze onderzoeksvraag valt en waar deze stopt. Doorheen de tekst tracht ik aan te geven waar de grens zich bevindt. De onderwerpen die buiten de scope van deze tekst vallen zijn zeker minstens even interessant, maar zouden ons te ver van ons onderwerp leiden. Hieronder verduidelijk ik de begrippen genoemd in de onderzoeksvraag.

7.1. Hulpverleners tijdens de acute fase van een ramp

De scope van dit onderzoek beperkt zich tot de eerste intervenanten. Dit zijn de hulpverleners van politie, brandweer en medische diensten. Deze ploegen komen als eerste aan op het rampterrein, vaak voor er al een goed zicht is op wat er gebeurd is of wie de slachtoffers zijn. Deze intervenanten werken in en begeleiden slachtoffers van de rode zone, over de vooruitgeschoven medische post tot aan het ziekenhuis of tot aan het opvangcentrum. Het onderzoek beperkt zich dan ook tot dit traject. Eens in het ziekenhuis of in het opvangcentrum zorgen de hulpverleners van het psychosociaal interventieplan voor de verdere opvolging van psychologisch welzijn bij slachtoffers.



Figuur 1: onderverdeling van een rampgebied

De eerste intervenanten zijn de hulpverleners die in de rode en oranje zone ingezet worden. Dit zijn de zones in een rampgebied die voorbehouden zijn voor de hulpdiensten.

Voor de getroffen en start hier ook de acute trauma-fase. In het rampgebied heerst verwarring, mensen zijn gedesoriënteerd en zwaar onder de indruk van wat net gebeurd is. Er kan een snelle opeenvolging van allerlei gevoelens zijn zoals angst, ongeloof, ontreding en ontkenning, maar ook van ontroering of blijheid dat bv een familielid het ook gehaald heeft. Mensen zijn in deze acute fase vooral op zoek naar juiste informatie en oplossingen voor enkele materiële, concrete problemen.

De term eerste hulpverleners wordt niet gebruikt omdat dit zou kunnen wijzen naar de personen die eerste hulp verlenen. Tijdens rampen of (grote) ongevallen zijn dit vaak omstanders of licht gekwetsten die andere getroffen helpen in de minuten voor de hulpdiensten aankomen. Zij kunnen uiteraard eveneens een grote impact hebben op hoe een ramp ervaren wordt, maar zij vallen buiten de scope van dit eindwerk.

7.2. Kinderen

Per definitie zijn kinderen alle personen onder de 18 jaar. Kinderen maken in die 18 jaar echter grote evoluties door om uiteindelijk volwassen te worden. Hoe dichterbij deze 18 jaar, hoe meer zij zoals volwassenen zullen reageren. Voor de praktische uitwerking wordt er in dit onderzoek uitgegaan van kinderen tot de leeftijd van 12 jaar. Wanneer er in de tekst toch de leeftijdscategorie boven de 12 jaar wordt aangehaald, zal er gesproken worden over jongeren. Hierbij dient wel in acht genomen te worden dat niet alle kinderen met dezelfde snelheid opgroeien en evolueren en dat leeftijd dus niet alles zegt. Dit wordt eveneens aangehaald in de tekst.

7.3. Psychologisch trauma

De vraag die door dit eindwerk beantwoord moet worden, is wat eerste hulpverleners kunnen doen om de psychologische impact van de eerste minuten en uren van een ramp op kinderen te verminderen.

Om daar meer in detail op in te gaan is er kennis nodig van wat die psychologische impact kan zijn. Bij de artikelen die binnen deze scope gevonden zijn, wordt er steeds verwezen naar twee psychologische aandoeningen: de acute stressstoornis en de posttraumatische stressstoornis. Om deze termen te duiden verwijzen de artikelen zeer vaak naar de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM). Dit is een classificatiesysteem waarin beschreven wordt welke criteria van toepassing zijn op welke mentale aandoening. Deze “manual” wordt internationaal als referentiewerk gebruikt zodat er geen, of amper, verwarring in termen kan zijn.

Hieronder gaan we verder in op een korte beschrijving van deze twee stoornissen. Het moet echter vermeld worden dat deze begrippen verklaard worden om wetenschappelijke besluiten goed te kunnen interpreteren en om een globaal zicht te geven wat de psychologische gevolgen van een ramp kunnen zijn. Tot in detail beschrijven wanneer een kind onder welke stoornis zou kunnen vallen is buiten de scope van dit eindwerk.

Zowel de acute als de posttraumatische stressstoornis vinden hun oorsprong binnen dezelfde soorten gebeurtenissen: blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld op een (of meer) van de volgende manieren:

1. Zelf meemaken van de psychotraumatische gebeurtenis(sen).
2. Persoonlijk getuige zijn geweest van de gebeurtenis(sen) terwijl deze anderen overkwam(en).
3. Vernemen dat de psychotraumatische gebeurtenis(sen) een naast familielid of goede vriend(in) is (zijn) overkomen. Bij een feitelijke of dreigende dood van een familielid of vriend(in) moet(en) de gebeurtenis(sen) gewelddadig van karakter zijn of een ongeval betreffen.
4. Meemaken van herhaaldelijke of extreme blootstelling aan de afschuwwekkende details van de psychotraumatische gebeurtenis(sen)

Deze definitie komt uit de 5de editie van de DSM. In artikelen die voor deze uitgave geschreven zijn, kunnen dus vermeldingen staan naar een vorige editie van de DSM. Wanneer een artikel naar een vorige editie verwijst zal dit vermeld worden, samen met de verandering die er ondertussen is.

7.3.1. Acute stressstoornis (ASS)

Om aan een acute stressstoornis (ASS) te lijden moet er volgens de DSM-5 aan enkele voorwaarden voldaan zijn.

Ten eerste een blootstelling aan een gebeurtenis die dergelijke dood of verwonding met zich kan meebrengen die een diepe impact kan maken op mensen. Hierdoor kunnen mensen allerhande symptomen ontwikkelen als reactie op een psychotrauma.

De tweede voorwaarde, om te spreken over de acute stressstoornis, is dat een persoon negen (of meer) symptomen ontwikkelt of ziet verergeren na dergelijke gebeurtenis. Voor de acute stressstoornis zijn deze symptomen onderverdeeld in vijf categorieën.

- Intrusieve symptomen: de persoon herbeleeft het moment steeds opnieuw. Dit kan gaan van hetsteeds terugkerend, pijnlijk en onvrijwillig herinneren van het moment, over dromen en flashbacks waarbij de persoon het gevoel kan hebben terug in de psychotraumatische gebeurtenis te zijn. Bij kinderen kan dit eveneens in dromen gebeuren of onder de vorm van spel.
- Negatieve stemming: de persoon ervaart een blijvend onvermogen om positieve emoties te ervaren (geluk, voldoening of liefdevolle gevoelens)
- Dissociatieve symptomen: de persoon heeft een gewijzigd beeld van de realiteit. Herinneringen kunnen onvolledig zijn of men heeft het gevoel van in een waas te leven.
- Vermijdingssymptomen: men probeert aspecten van de herinnering of de gebeurtenis te vermijden. Men ontwijkt mensen, geuren, gesprekken of gelijkaardige situaties.
- Arousalssymptomen: de slaap wordt verstoord, er kan prikkelbaar gedrag zijn tot zelfs woede-uitbarstingen of men heeft concentratieproblemen of schrikt zeer snel.

Een derde voorwaarde waar men aan dient te voldoen is dat de symptomen beperkt zijn in tijd. De duur van de stoornis is drie dagen tot één maand na de blootstelling aan het trauma.

7.3.2. Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Het grootste verschil met de acute stressstoornis is dat ASS tot maximum een maand kan duren, daar waar de posttraumatische stressstoornis net langer dan een maand moet duren. Een eindtijd staat hier niet op. Wanneer men de posttraumatische stressstoornis onbehandeld laat, kan dit een leven lang bij de persoon blijven.

De posttraumatische stressstoornis is niet noodzakelijk een verderzetting van de acute stressstoornis. De helft van de personen die gediagnosticeerd worden met PTSS hebben eerst de diagnose van ASS gekregen.

Beide stoornissen veroorzaken een klinisch significante lijdensdruk en beperken de persoon zeer ernstig in een of verschillende aspecten van zijn leven. (Boom uitgeverij Amsterdam, sd)

8. Literatuurstudie

Nu de begrippen duidelijk gesteld zijn, wordt er in de literatuurstudie nader bekeken naar de relevantie van de verschillende begrippen en zoeken we naar een antwoord op volgende vragen:

- Zijn enkel rampen oorzaken voor psychologisch trauma?
- Zijn kinderen kwetsbaarder in noodgevallen?
- Hoe reageren kinderen op een schokkende gebeurtenis?
- Hoe passen kinderen in de huidige noodplanning?
- Welke mogelijke benaderingen door hulpdiensten zijn er?
- Hoe ervaren hulpverleners interventies met kinderen?

8.1. Enkel rampen als oorzaak voor psychologisch trauma?

Het textbook of disaster psychiatry definieert een ramp als “het resultaat van een blootstelling aan een gevaar dat de persoonlijke veiligheid bedreigt, de gemeenschap en familiestructuren ontwricht en resulteert in persoonlijk en gemeenschapsverlies dat een vraag creëert dat bestaande middelen te boven gaat.”

Het verdeelt rampen in twee grote groepen:

- Natuurlijke rampen. Dit houdt ook klimaatgerelateerde (overstromingen en stormen) in
- Man-made rampen. Hierbij horen zowel technologische ongelukken als opzettelijke daden zoals terrorisme en massageweld

Over het algemeen zorgen man-made rampen vaker voor psychiatrische gevolgen die langer aanhouden.

Het voorkomen van psychiatrische gevolgen (morbiditeit) heeft te maken met enkele specifieke kenmerken van de ramp. De morbiditeit is het grootst bij mensen wiens leven sterk bedreigd is geweest, het niet of weinig kunnen controleren bij een ramp, de kans dat de ramp zich herhaald en het blootgesteld zijn aan doden en vernieling. (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Beverley, 2017)

Maar niet alles wat gebeurt valt per definitie een ramp te noemen. In de spreektaal kunnen mensen sneller zeggen dat wat ze meegemaakt hebben een ramp is. In de beleving van mensen kan iets een ramp zijn zonder dat aan de voorwaarden voldaan is om een nood-en interventieplan af te kondigen. De gebeurtenis bepaalt of er mogelijke psychologische gevolgen zijn, niet onze definitie ervan.

Om misvattingen uit de weg te gaan, spreken we in de tekst voornamelijk over een “schokkende gebeurtenis”. In deze gebeurtenissen kunnen we volgend onderscheid maken.

Met een emotioneel-schokkende gebeurtenis wordt elke gebeurtenis bedoeld die plots of onverwacht optreedt waarbij een persoon angst of verdriet kent. Deze gebeurtenis verstoort het emotioneel, lichamelijk en cognitief evenwicht van deze persoon. Maar deze verstoring leidt niet tot de acute of posttraumatische stressstoornissen zoals hierboven beschreven.

Om wel te kunnen spreken van een emotioneel-schokkende gebeurtenis die traumatisch is, moet er voldaan worden aan vier criteria:

1. De gebeurtenis is zeer plots en onverwacht.
2. De persoon ervaart overweldigende gevoelens zoals machteloosheid, ontreding of boosheid.
3. De gevoelens zijn zeer heftig en er kan intense angst zijn.
4. De persoon wordt geconfronteerd met de dood en de fysieke integriteit van zichzelf of de mensen rond hem, wordt bedreigt.

Erik De Soir beschrijft dergelijke gebeurtenissen als volgt in zijn *“preventie van psychosociale trauma’s bij calamiteiten en rampen: “een terugblik op de beleving van slachtoffers van de Switelbrand”*:

“Wat centraal staat in deze definitie is de rechtstreekse confrontatie met de (verschrikkingen van) de dood: de traumatiserende gebeurtenis confronteert de getroffen met een wereld die ze niet kennen, een wereld van verschrikkingen en afgrijzen, waarin de dood zegeviert en de moeilijk verworven zekerheden plots niet meer (lijken te) bestaan.” (De Soir, 2006)

Bij dergelijke gebeurtenissen kunnen de beschreven psychologische gevolgen van ASS en PTSS wel optreden. Wanneer in de tekst gesproken wordt over “schokkende gebeurtenissen” dan worden hiermee deze traumatische schokkende gebeurtenissen bedoeld.

8.2. Zijn kinderen kwetsbaar(der) in noodgevallen?

"En ook de leeftijd is niet onbelangrijk. Mensen bekijken kinderen bijna altijd als onschuldige slachtoffers. Van nature hebben we meer de neiging om mee te leven met "pure onschuldige slachtoffers" dan met mensen die eerst iets fout hebben gedaan." klinkt het bij filosoof Ignaas Devisch wanneer heel de wereld meeleeft met 12 Thaise voetballertjes die vastzitten in een grot in 2018. Uur na uur krijgen we updates over de toestand van de kinderen en de voortgang van de reddingsoperatie. Dat er tegelijk in Japan uiteindelijk 225 mensen omkomen door hevige overstromingen haalt veel minder het nieuws.

In 2019 kende iedereen peuter Julen die in een illegale boorput in Spanje gevallen was. Ook hier werd de reddingsactie gevolgd door wereldwijde media-aandacht.

Helaas moeten we voorbeelden van kinderen getroffen door rampspoed niet zo ver zoeken. In ons Belgische collectief geheugen staat de aanslag op de de crèche Fabeltjesland in 2009 en het busongeval in Sierre in 2012 in ons geheugen gegrift. Bij velen is het het type ramp waarbij je nog weet waar je was toen je het nieuws vernam.

Ook tijdens de Coronacrisis gaat een foto met een kind de wereld rond.



Figuur 2: Verpleegkundige en baby in Italië tijdens de coronacrisis

Heel de wereld is samen met de Italiaanse bevolking ontroerd omdat een verpleegster, volledig ingepakt in beschermingskledij, de tijd neemt om even met het kind te spelen. Het kind moest naar het ziekenhuis om een operatie te ondergaan. Moeder en kind bleken echter besmet met corona waardoor het kind een week geen bezoek kon ontvangen. De verpleegster nam niet enkel de tijd om het kind te verzorgen, maar ook om er mee te spelen.¹

Niet enkel de algemene bevolking reageert heftig wanneer het over kinderen gaat. Ook de hulpverleners die betrokken zijn bij de reddingsoperaties voelen zich anders dan als het over volwassenen gaat. Hulpverleners kunnen hogere mate van stress vertonen en kunnen meer twijfelen aan hun vaardigheden omdat interventies met kinderen minder voorkomen (Nordén, Hult, & Engström, 2014).

¹ Alle nieuwsberichten zijn opgezocht op www.vrt.be/vrtnws.

Subjectieve redenen genoeg dus om kinderen als kwetsbaar te bestempelen. En hoewel de beleving van de bevolking, de hulpverleners en de media zeker relevant is naar hoe een crisis beleefd wordt, is de vraag of er ook een wetenschappelijke basis voor is?

Er schuilt een grote dualiteit in de kwetsbaarheid van kinderen en jongeren. Zij hebben enerzijds een grote veerkracht, anderzijds zorgen biologische, cognitieve, motorische, taal en psychosociale verschillen voor een grotere kwetsbaarheid in de onmiddellijke en langdurige gevolgen van een ramp (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Beverley, 2017). Deze verschillen maken dat zij vaak zeer afhankelijk zijn van volwassenen waardoor zij tijdens een ramp vaak tweemaal getroffen worden. Eénmaal direct en een tweede maal indirect omdat hun caregivers eveneens getroffen zijn (Emergency Preparedness Division, 2009).

De biologische en motorische verschillen met volwassenen zorgen ervoor dat kinderen een groter risico lopen om gewond te raken. Ze zijn kleiner en minder snel. Dit maakt hen kwetsbaarder om sneller weg te raken van onheil. Zij lopen dicht bij de grond, wat gevaarlijker is voor giftige gassen of om opgemerkt te worden door volwassenen. Doordat kinderen kleiner zijn kan eenzelfde type verwonding bij hen intern voor meer schade zorgen dan bij een volwassene. (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Beverley, 2017) (Centre for Disease Control and Prevention, 2021)

De cognitieve ontwikkeling is in een fase dat er een beperkte mate is om zichzelf of anderen te identificeren, dat er een beperkt begrip van gevaar en van hoe veilig te blijven is, van hoe of wanneer hulp te vragen en van gelimiteerde “problemsolving skills”. Dit kan leiden tot een verhoogd gevoel van stress, angst, ongerustheid omdat kinderen de hulp nodig hebben van andere volwassenen om uit het gevaar te komen. Hierdoor is er vaak een langere scheiding van caregivers en zijn er moeilijkheden om hen terug samen te brengen met familie.

De mate van taalontwikkeling zorgt ervoor dat kinderen enerzijds niet altijd kunnen verwoorden wat ze nodig hebben, hoe ze zich voelen of om vragen te stellen. Anderzijds gaan ze antwoorden, uitleg of instructies minder goed verstaan of begrijpen.

Kinderen zijn meer afhankelijk van anderen voor zorg, bescherming en het ter beschikking hebben van middelen. Hierdoor is er een risico dat hun basisnoden niet geledigd worden wanneer deze volwassenen niet beschikbaar zijn.

In hoe ver ze van hun basisnoden afhankelijk zijn van volwassenen hangt sterk af van hun psychologische ontwikkeling.

Baby's worden in zekere mate beschermd tegen psychologische complicaties omdat ze de mogelijke dreigingen van een ramp niet opmerken door hun beperkt vermogen om het risico te begrijpen. Baby's zijn daarentegen wel gevoeliger voor de reacties van de mensen om hen heen, zeker hun caregivers. Wanneer de reacties van hun caregivers ondermaats zijn, kan dit een grote stress teweeg brengen bij de kinderen.

Bij kleuters en lagere schoolkinderen is er al meer begrip van wat een ramp is, maar dit is nog volop in ontwikkeling. Ze kunnen nog maar in beperkte mate hun gevoelens beheersen en hebben zelf nog onvoldoende coping mechanismen waardoor ze nog sterk afhankelijk zijn van

volwassenen. Dit kan zorgen voor grote mate van stress, ongerustheid en angst. (Alisic, et al., 2016)

Kinderen die op jonge leeftijd blootgesteld worden aan rampen kunnen afwijken van hun optimale ontwikkelingstraject. Dit kan resulteren in gezondheidsproblemen op lange termijn zoals overgevoeligheid aan stress, versnelde atherosclerose (vernauwing en verharding van de slagaders), stofwisselingsyndroom, verminderde groei en immuunsysteemonderdrukking. (Alisic, et al., 2017) Helaas is er vaak nog een grote onwetendheid dat deze jonge kinderen, peuters, ook vatbaar zijn voor posttraumatische stress. (Alisic, et al., 2016) (Emergency Preparedness Division, 2009)

Voor kinderen die omwille van meegemaakt trauma afwijken van hun ontwikkelingstraject is er een voorstel tot het opnemen van een nieuwe stoornis “developmental trauma disorder” (DTD). In deze stoornis wilt men aangeven dat kinderen van alle leeftijden kwetsbaar zijn en dat elke fase in de ontwikkeling zijn eigen beschermende en kwetsbare factoren heeft. (Punamäki, Peltonen, & Palosaari, 2008) In 2019 is er een onderzoek geweest bij 236 kinderen en jongeren verspreid over de Verenigde Staten. Het doel was om na te gaan over DTD vooral samenvalt met PTSS of toch apart gezien moet worden. De bevindingen waren dat DTD voor een stuk overlapt met PTSS, maar toch ook een stuk verder reikt. De hypothese wordt gesteld dat niet enkel blootstelling aan geweld, maar ook een verstoorde binding met de “primary caregiver” kinderen en jongeren vatbaar maakt voor DTD. (van Der Kolk, Ford, & Spinazola, 2019)

Eén van de stoornissen die kinderen dus kunnen ontwikkelen is posttraumatisch stress syndroom. In het “Diagnostic and statistical manual of mental disorders versie IV” moest een persoon aan twee A criteria voldoen om onder PTSS te vallen.

Criterium A1 beschrijft dat een persoon een event moet hebben doorgemaakt dat dood of de mogelijkheid van sterven of ernstige verwondingen bevat. Of dat er een dreiging was naar de fysieke integriteit van zichzelf of anderen of dat de persoon er getuige van was.

Het tweede criterium, A2, omschrijft het subjectief inschatten van de situatie. De persoon moet tijdens het event intense angst, hulpeloosheid of horror meegemaakt hebben.

Een studie bij 588 Nederlandse schoolkinderen tussen 8 en 18 jaar bracht in 2013 aan het licht dat bij kinderen het A2 criterium veel belangrijker is dan het A1 criterium. Dit is tegengesteld aan volwassenen. Volwassenen krijgen vaker symptomen van PTSS wanneer zij een A1 situatie hebben meegemaakt, ongeacht van hoe ze tijdens de situatie gereageerd hebben.

Bij kinderen daarentegen staat de beleving centraal en blijkt het A2 criterium een beslissende factor te zijn. (Verlinden, et al., 2013)

In 2019 werd een studie gepubliceerd over de resultaten van een grootschalig onderzoek in Engeland en Wales. Uit deze studie van 2064 kinderen geboren in 1994-95 bleek 31,1% van de deelnemers tegen de leeftijd van 18 jaar blootgesteld te zijn geweest aan trauma. In deze studie worden trauma's uitgelegd als gebeurtenissen die levensgevaar inhouden, verwondingen en seksueel geweld. Een kwart van diegenen die dergelijke gebeurtenissen hadden meegemaakt ontwikkelden PTSS. Op het totaal van alle deelnemers had 7,8% tegen de leeftijd van 18 jaar PTSS ontwikkeld. Naast de ontwikkeling werd er ook gekeken naar andere soorten psychopathologie. De deelnemers die dergelijke gebeurtenissen hadden meegemaakt scoorden hoger op het gebied

van depressie, druggebruik en gedragsstoornissen. Zij waren ook kwetsbaarder voor zelfpijniging, een zelfmoordpoging en geweldsmisdaden. (Lewis, et al., 2019)

De onderzoekers stellen eveneens dat andere dergelijke studies ondertussen meer dan 10 jaar oud zijn en dus gebaseerd zijn op oudere definities van PTSS. Wanneer we toch naar deze oudere inschattingen gaan kijken dan zien we dat “ The European Network for Traumatic Stress Training & Practice” (TENTS-TP) in 2008 inschattingen maakt dat in de EU naar schatting 13-43% van de kinderen jonger dan 16 jaar één of meerdere schokkende gebeurtenissen hebben meegemaakt. In de Verenigde Staten liep deze schatting op tot 68-71%. Ongeveer een 36% van de kinderen die een schokkende gebeurtenis meemaakt houdt er PTSS aan over. Zij geven daarbij ook een onderverdeling per type gebeurtenis.

Tabel 1: Voorkomen van PTSS bij kinderen in verschillende situaties

Type gebeurtenis	Voorkomen PTSS bij kinderen
Natuurrampen	30-50% heeft matige tot ernstige symptomen 5-10% voldoet aan een volledige diagnose
Oorlog en militair geweld	17-80%
Ongevallen en branden	25-50%
Mishandeling (fysiek en seksueel)	3-90%

(Punamäki, Peltonen, & Palosaari, 2008)

Alle kinderen betrouwen op hun caregivers voor hun overleven en bescherming. Dit maakt dat kinderen die alleen een schokkende gebeurtenis meemaken, of door deze gebeurtenis alleen komen te staan, extra kwetsbaar zijn. Hun leeftijd en fase in ontwikkeling zorgen echter voor een verschillende mate van impact waarop ze afhankelijk zijn van hun caregivers. De jongste kinderen hebben hun ouders nodig om hun te voeden, transporteren, hun emotionele respons te begeleiden, gezondheidszorg te benaderen en beslissingen te maken. Voor deze jonge kinderen kan het gescheiden zijn van de caregivers nadeliger zijn dan de ramp zelf. Naarmate ze ouder worden vermindert de afhankelijkheid van de caregivers en kunnen ze beroep doen op een groter sociaal netwerk. (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Beverley, 2017)

Dit maakt dat binnen de kwetsbare groep van kinderen er nog extra aandacht moet zijn voor kinderen die er alleen voor staan. Dit kunnen kinderen zijn die gescheiden zijn van hun ouders of begeleiders maar zeker de kinderen van wie de begeleiders vermist, gewond of gestorven zijn. Ook moeders met jonge babys of kleine kinderen vormen een extra risicogroep omdat deze kinderen voor alle basisbehoeften afhankelijk kunnen zijn van de aanwezigheid van de moeder. (Brymer, et al., 2006)

Er moet wel een belangrijke kanttekening gemaakt worden dat de ontwikkeling van posttraumatische stress niet gelinkt is aan hoe erg het kind gewond is, maar over hoe het kind de gebeurtenis ervaren heeft met betrekking tot bedreiging voor zijn leven. (Alisic, et al., 2016) (Alisic, et al., 2017)

8.3. Hoe reageren kinderen op een schokkende gebeurtenis?

Een schokkende gebeurtenis gebeurt onverwacht. Ze geven een gevoel van machteloosheid en ontwrichten het leven. Dit is ook zo wanneer een kind een schokkende gebeurtenis meemaakt. (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2005)

Het is belangrijk te beseffen dat kinderen deze emoties als volwassenen meemaken tijdens en na een schokkende gebeurtenis. Net zoals volwassenen voelen kinderen ook de angst, machteloosheid en hulpeloosheid die dergelijke gebeurtenis met zich mee brengt.

Het grote verschil met volwassenen is dat kinderen deze gevoelens niet of moeilijker onder woorden kunnen brengen. Ze kunnen moeilijker beredeneren of beschrijven wat er net gebeurd is. (Rode Kruis-Vlaanderen DSI, 2006) Daarnaast gaan kinderen vaker weggestuurd worden van bij een plaats waar iets gebeurd is. Wanneer dit niet met de nodige begeleiding gebeurt kan dit het gevoel van machteloosheid enkel maar vergroten. Om die reden moeten kinderen, maar ook volwassenen, die net iets meegemaakt hebben niet zomaar betutteld worden. Alles van hen overnemen zorgt ervoor dat ze nog minder controle hebben over de situatie. Dit terwijl dit gevoel van controle zo belangrijk is, vertellen psychosociaal hulpverleners in mijn gesprekken.

Kinderen gaan hun reactie vaak laten afhangen van de reacties van de volwassenen rond hen. Ze beoordelen de situatie op basis van het gedrag dat ze rond hen zien. (Rode Kruis-Vlaanderen DSI, 2006)

Kinderen kunnen op uiteenlopende manieren reageren op gebeurtenissen. Er van uit gaan dat enkel de kinderen die stil of teruggetrokken zijn vatbaar zijn voor traumatische stress kan betekenen dat kinderen die in het eerste moment anders reageren over het hoofd gezien worden. (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Beverley, 2017) Zo vermeldt de DSM-5 zeer duidelijk dat kinderen jonger dan zes jaar die tijdens de gebeurtenis geen angst tonen, toch vatbaar kunnen zijn voor PTSS. (Boom uitgeverij Amsterdam, sd)

Hun reacties kunnen enerzijds heel heftig of explosief zijn, maar ze kunnen ook “uitgesteld” boven komen wanneer de situatie terug veilig is.

Het is ontzettend belangrijk om te beseffen dat elke reactie, hoe ongewoon deze kan zijn, een gewone reactie is op een ongewone situatie.

Een kind maakt op dergelijk moment namelijk heel wat mee.

Het kan denken dat de gebeurtenissen niet echt zijn, dat het in een film of droom zit. Gevoelens zoals machteloosheid, angst en extreem onbehagen kunnen voor lichamelijke reacties zorgen zoals zweten, kortademigheid en hartkloppingen. (Rode Kruis-Vlaanderen DSI, 2006)

Anderzijds kunnen kinderen heel stil of teruggetrokken zijn. Ze kunnen aan de grond genageld staan of doen alsof er niets aan de hand is.

Andere kinderen kunnen in die situatie dan weer veel wenen, weglopen of heel agressief uit de hoek komen.

Ze kunnen heel bang of verward zijn. Het kan zijn dat ze niet antwoorden of niet spreken en zich wegsteken voor anderen. Jongere kinderen kunnen heel afhankelijk worden naar hun caregivers of terugvallen op een jonger gedrag. (Hansen, 2018)

Bovenstaande signalen kunnen door kinderen van alle leeftijden getoond worden. Maar aangezien de term “kinderen” zeer ruim is en een verschil in leeftijd een verschil in mentale ontwikkeling betekent, geeft onderstaande tabel een beeld meer opgesplitst per leeftijd. (Hansen, 2018)

Tabel 2: reacties van kinderen per leeftijd

<p>Reacties van kinderen op schokkende gebeurtenissen (6) Kinderen van alle leeftijden</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Vrees dat het opnieuw gebeurt ● Angst dat geliefden gewond zijn of raken, angst voor scheiding ● Destructief gedrag ● Slaapproblemen ● Stemmingsschommelingen
<p>Van 0 tot 2 jaar</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Aanhankelijk ● Terugval naar jonger gedrag ● Verandering in slaap en eetpatroon ● Wenen ● Nieuwe angst voor dingen ● Hyperactief ● Verandering in spelgedrag ● Meer tegenwerken, meer dwingend vragen of net veel meer meewerkend ● Gevoelig voor anderen hun reactie
<p>Van 3 tot 6 jaar</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Meer aanhankelijk bij ouders of andere volwassenen ● Terugval naar jonger gedrag zoals duimzuigen ● Niet meer praten ● Inactief of net hyperactief worden ● Stoppen met spelen of herhaaldelijk hetzelfde spelen ● Zenuwachtig worden en angst hebben dat er iets erg gaat gebeuren ● Verstoorde slaap, nachtmerries ● Veranderingen in het eetpatroon ● Snel verward zijn ● Niet goed kunnen concentreren ● Soms de rol van een volwassene overnemen ● Snel geïrriteerd zijn

Van 7 tot 12 jaar

- Veranderd niveau van fysieke activiteiten
- Verwarde gevoelens en gedrag
- Teruggetrokken van sociaal contact
- Over de gebeurtenis in een repetitieve manier spreken
- Niet meer naar school willen gaan
- Angst voelen en verwoorden
- Een negatieve impact op geheugen, concentratie en aandacht
- Slaap en eetstoornissen
- Agressief, geïrriteerd of rusteloos zijn

Van 13 tot 18 jaar

- Intense verdriet/rouw voelen
- Zelfbewust zijn, of schuld en schaamte dat ze mensen niet konden helpen
- Overdreven bezorgdheden over betrokken personen
- Zelfmedelijden
- Veranderingen in gedrag met anderen
- Toegenomen mate van risico's nemen, zelfverminking, ontwijkend gedrag of agressie
- Grote veranderingen in hoe de wereld zien
- De moed/hoop verliezen in de toekomst
- Ingaan tegen de autoriteiten en "caregivers"

8.4. Hoe passen kinderen in de huidige noodplanning?

8.4.1. België

Psychologisch welzijn van slachtoffers wordt in de Belgische noodplanning (Artikel 11§1 van het KB van 16 februari 2006) ondergebracht bij de noodplannen van discipline 2 (de medische discipline). Om op de meest voorkomende rampen te reageren heeft de discipline 2 noodplannen: het medisch nood-en interventieplan (MIP) en het psychologisch nood-en interventieplan (PSIP). Het MIP regelt de inzet van de medische actoren die zorgen voor de patiëntenflow van de gewonde slachtoffers. Het PSIP regelt de psychologische opvang van betrokkenen. In het PSIP staat beschreven dat opvang op het terrein en transport naar het onthaalcentrum taken zijn van de lokale actoren in het PSIP. Er wordt daarna verduidelijkt dat het groeperen van de niet-gewonden op een veilige plaats over het algemeen uitgevoerd wordt door de eerste hulpverleners ter plaatse. Het vervoer gebeurt bij voorkeur onder begeleiding van de lokale actoren van het PSIP.

Deze lokale actoren zijn het “psychosociaal hulpverleningsnetwerk” opgezet door de stad of gemeente. (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2017)

Kinderen worden in de federale noodplannen niet apart benoemd. Hoewel men beseft dat de aanwezigheid van kinderen een interventie moeilijker kan maken, is het als dusdanig niet opgenomen in de federale noodplannen. Er wordt vanuit gegaan dat er volwassen begeleiders bij de kinderen zullen zijn die zich over de kinderen ontfermen. Rampen zoals het busongeval in Sierre en de aanval op Fabeltjesland tonen aan dat dit niet steeds het geval is. Daarnaast is er ook steeds de mogelijkheid dat ouders of begeleiders tijdens de ramp zelf gewond raken of overlijden.

In de opleiding Dringende Geneeskundige Hulpverlening (DGH) wordt in punt 11.5.10 “link met het PSIP” omschreven dat er een vertegenwoordiger van het PSIP op het rampterrein is en dat deze persoon instaat voor de groepering en opvang van de niet gekwetsten. Deze persoon vraagt eveneens het transport aan voor deze mensen. (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016)

8.4.2. Verenigde Staten van Amerika

In de Verenigde Staten heeft het Centre for Disease Control and Prevention (CDC) een Children’s Preparedness Unit. Het is de taak van deze eenheid om er voor te zorgen dat de noden van kinderen worden opgenomen in de verschillende noodplannen. Naast de kwetsbaarheid van kinderen maken zij ook duidelijk dat één persoon op vier in de Verenigde Staten een kind is. De kans dat kinderen betrokken raken in noodsituaties is dus zeer reëel. (Centre for Disease Control and Prevention, 2021) Om hierbij de vergelijking te maken met België, volgens Statbel ²waren er in op 1 januari 2020 2.312.040 minderjarigen in België. Dit kwam overeen met 20,1% van de bevolking. Dit is toch een groot deel van de bevolking die getroffen kan worden door een ramp.

Naast het kinderen laten opnemen in noodplannen zorgt de CDC unit ook voor voorlichting en voorbereiding van kinderen op noodsituaties (14). Hoewel voorbereiding op noodgevallen buiten de scope van dit eindwerk ligt, is er wel op te merken dat landen zoals de VS veel verder staan in het voorbereiden op rampen. Zo heeft het National Child Traumatic Stress Netwerk de app “Help Kids Cope” dat ouders en kinderen aangeeft wat te doen voor, tijdens en na verschillende types

² De gegevens werden opgezocht via de website van Statbel: bestat.statbel.fgov.be/bestat.

rampen. Kinderen die weten wat er kan gebeuren en wat ze tijdens dergelijke situaties kunnen doen zullen veerkrachtiger reageren tijdens of na de ramp.

In België is het nationaal crisiscentrum hier in 2019 mee begonnen met het project “BE Ready”.

8.4.3. Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk heeft de National Health Service (NHS) in 2009 een “planning for the psychosocial and mental health care of people affected by major incidents and disasters: interim national strategic guidance” opgemaakt. Dit document beschrijft in grote lijnen de vorm en aandachtspunten die moeten worden uitgewerkt in psychosociale noodplannen. De principes uitgelegd in het document moeten toepasbaar zijn op kinderen, jongeren, volwassenen van alle leeftijden en senioren voor, tijdens en na een ramp. Het document vermeldt bij de introductie dat het samen gebruikt moet worden met de richtlijnen voor “onmiddellijke medische zorg op het terrein” en dat hulpverleners gekend moeten zijn met de basisprincipes van psychologische eerste hulp. Alle professionele hulpverleners moeten door middel van opleidingen en trainingen deze basisprincipes blijven oefenen zodat ze een mate van kennis hebben die relevant is voor hun plek in de keten.

Het maakt zich ook sterk dat psychologische hulp voor kinderen niet los gezien mag worden van psychologische hulp aan volwassenen omdat kinderen nu eenmaal verbonden zijn met volwassenen via gezinnen en de gemeenschap. Planners en bevelvoerders moeten er wel rekening mee houden dat kinderen een verhoogde kwetsbaarheid hebben en dat er dusdanig gehandeld moet worden. (Emergency Preparedness Division, 2009)

8.4.4. Duitsland

In Duitsland is een apart systeem van Psychosociale Notfallversorgung (PSNV) uitgebouwd. Na de tsunami in 2004 werden veel Duitsers hals over kop uit het rampgebied teruggevlogen naar Duitsland. Deze mensen werden op de luchthaven opgewacht door verschillende teams die de mensen psychosociaal konden opvangen. Die inzet is geanalyseerd en de conclusie was dat er bij rampen of zware ongevallen psychologische opvang moest zijn die start op het interventieterrein. De hulpverleners van deze dienst hebben een uniform en zijn speciaal opgeleid om zowel burgers als hulpverleners te ondersteunen in een acute stresssituatie.

De meldkamer schat bij een oproep de noodzaak in voor dergelijk team. Zij worden dan samen gealarmeerd met de andere hulpdiensten en begeven zich dan ook direct naar het interventieterrein. Dit team zorgt niet enkel voor opvang van de getroffen, maar staat ook in voor de psychosociale ondersteuning van de hulpverleners op het terrein. De andere interventiediensten geven aan dat de interventie voor hen minder belastend wordt omdat zij zich kunnen focussen op hun andere taken. Organisatorisch heeft de dienst twee zuilen: voor hulpverleners en voor burgers. In de zuil voor hulpverleners zit niet enkel de ondersteuning op het terrein, maar er wordt eveneens werk gemaakt van preventie, door middel van opleidingen, en nazorg. Op die manier wordt voor hulpverleners een continuum of care georganiseerd.

Voor burgers werd er tot nu voornamelijk gewerkt in het interventiegedeelte. Sinds kort wordt nu ook wel werk gemaakt van een preventieel door uitleg te gaan geven op scholen, vergelijkbaar met het Belgische BE-Ready.

Wat nazorg bij burgers betreft zorgen zij op het interventieterrein voor een correct doorverwijzen of overdracht naar collega's van de nazorg.

Als aanvulling daarop liep tussen 2016 en 2019 het “Kind und Katastrophe” project (KiKat). Dit project werd gefinancierd door het Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) en uitgevoerd door de MSH Medical School Hamburg. Het doel van dit project was om verder te bouwen op het onderzoek dat tot de PSNV heeft geleid en dit te verbeteren.



Figuur 3: Psychosociale Notfallversorgung

Het project onderzocht de noden en kwetsbaarheden van kinderen, keek de noodplannen na voor aandacht voor kinderen, ging in gesprek met experts en hulpverleners en onderzocht het huidige aanbod van opleidingen voor hulpverleners.

Met de afronding van het project zijn er een hele reeks van aanbevelingen voorgesteld aan de verschillende overheden in Duitsland.

Dit zijn, in het licht van dit eindwerk, de meest relevante aanbevelingen van het KiKat project:

- Hulpdiensten moeten voldoende voorbereid zijn op interventies met kinderen.
- Bij de PSNV-hulpverleners moet een grotere expertise opgebouwd worden rond kinderen. Een idee zijn “Disaster Child Care Volunteers”.
- PSNV onderwerpen moeten worden opgenomen in opleidingen van onder andere leraren en verplegend personeel.
- De oprichting van een adviesraad “Children and Disasters”, zoals in de Verenigde Staten.
- Noodplannen moeten rekening houden met de opvang van groepen kinderen door kindvriendelijke noodopvang uit te denken en hiervoor met gespecialiseerde mensen te werken.
- Het is niet de bedoeling dat er voor kinderen een parallelle structuur wordt uitgewerkt maar dat bewezen systemen aangevuld en verder ontwikkeld moeten worden.

(Karutz, 2020)

8.5. Welke mogelijke benaderingen door hulpdiensten zijn er?

Er is momenteel nog geen consensus over wat de ideale manier is om een psychotrauma bij slachtoffers na een ramp tegen te gaan. De mogelijkheden gaan van niets tot zeer diepgaande opvolging van alle slachtoffers door psychologen met verschillende technieken. Het probleem om te bepalen wat werkt en wat niet is dat er relatief weinig bruikbare data verzameld wordt na dergelijke rampen om de psychologische opvolging met elkaar te vergelijken. Daarnaast zijn de studies die uitgevoerd worden, vaak dermate verschillend van elkaar dat ook hier vergelijken moeilijk is. (Kassam-Adams, 2014)

Gezien de scope van dit eindwerk bespreken we hier enkel benaderingen die uitgevoerd kunnen worden door niet-psychologen.

Dit zijn “psychological first aid”, de D-E-F methodiek en het ONVEE principe.

Het is een belangrijke kanttekening dat deze benaderingen bedoeld zijn om de kansen te verkleinen dat een schokkende gebeurtenis gevolgen heeft zoals ASS en PTSS. Het is niet de bedoeling om een impact te hebben op het rouwproces..

8.5.1. PFA - psychological first aid

Psychological first aid (PFA), ofwel psychologische eerste hulp is een “evidence-informed” benadering die door iedereen toegepast kan worden. (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Beverley, 2017)

Deze benadering lijkt op de EHBO-toepassing voor gekwetsten. Ook hier is het de bedoeling dat mensen zonder specifiek diploma en met een korte opleiding enkele basishandelingen kunnen uitvoeren die het eenvoudiger maken voor de medische diensten.

PFA kan dan ook gebruikt worden door verschillende groepen mensen, waaronder de eerste intervenanten, en dit in alle soorten omgeving: opvangcentra, bij triage, veldhospitelen, bij telefooncentra, bij andere reddingswerkers, etc. (Brymer, et al., 2006)

In deze aanpak worden getroffen personen gezien als actieve deelnemers aan een gebeurtenis. (Lueger-Schuster, 2008)

De benadering gaat er van uit dat het merendeel van de bevolking mentaal veerkrachtig is. Het is hierbij dan ook de bedoeling dat mensen de handvaten aangereikt krijgen om zelf te om te kunnen gaan met de situatie en hun eigen veerkracht terug te vinden. Getroffenen die toch meer nood hebben aan opvolging of begeleiding worden doorverwezen naar professionele verdere hulp.

Het hoofddoel is dus om na een schokkende gebeurtenis de eerste (di)stress weg te nemen bij slachtoffers en omstanders. Door met 5 principes rekening te houden wordt ingezet op een adaptive functioning van de getroffen personen. De benadering houdt rekening met zowel kinderen, jongeren, volwassenen en families. (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Beverley, 2017)

- Veiligheid
- Kalmte
- Informatie
- Verbondenheid
- Hoop

Momenteel wordt er gekeken om hier een 6de aandachtspunt bij toe te voegen: paniek.

PFA werkt in op alle domeinen door aan alle basisnoden te voldoen: fysieke veiligheid, eten, bescherming tegen de elementen, verbondenheid, overleving en veiligheid.

Er is een eerste snelle assessment van de noden, de redding-en recovery omgeving wordt gemonitord, informatie wordt ingewonnen en verdeeld, er is technische bijstand, mogelijkheid tot consultatie en training, veerkracht opbouwen, triage en eerste behandeling.

De principes van PFA zijn: het volgen van evidence based onderzoek naar gevaren en veerkracht na een ramp, bruikbaar zijn op het terrein, geschikt zijn voor alle leeftijden en aangepast zijn aan culturele verschillen. (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Beverley, 2017)

De bedoeling van PFA is om op korte en lange termijn “adaptive functioning” en coping te krijgen zodat getroffen en hun eigen zelfredzaamheid terugvinden. (Brymer, et al., 2006)

Om hieraan te voldoen stelt de PFA Field Guide enkele basisvoorwaarden aan zij die psychologische eerste hulp verlenen:

- Leg een menselijke connectie in een niet opdringerige manier.
- Versterk het gevoel van veiligheid, verleen fysieke en emotionele comfort.
- Kalmeer en oriënteer slachtoffers die emotioneel overweldigd zijn.
- Help overlevers om te vertellen wat hun onmiddellijke behoeften en noden zijn en krijg bijkomende informatie indien het past.
- Verleen praktische hulp en informatie waardoor slachtoffers ook zelf voor hun eerste noden kunnen zorgen.
- Verbind overlevenden zo snel mogelijk met hun eigen sociale ondersteunend netwerk (familie, vrienden, etc).
- Ondersteun mensen die zich aanpassen en “copen”, erken dit. Empower slachtoffers, bemoedig volwassenen, kinderen en families dat ze een actieve rol kunnen spelen in hun herstel.
- Verleen informatie waardoor overlevenden meer effectief kunnen copen
- Wees duidelijk over je beschikbaarheid en verwijs eventueel door naar collega's of andere diensten.

Ondanks dat PFA door iedereen toepasbaar is, wordt er van de mensen die dit gebruiken wel professioneel gedrag verwacht:

- Werk enkel binnen het vastgelegde framework van de noodhulpverlening.
- Wees een model voor goede reacties: wees zelf kalm, rustig, vriendelijk en hulpvaardig.
- Wees zichtbaar en aanspreekbaar.
- Wees vertrouwelijk indien toepasbaar.
- Blijf in je eigen rol en veld van expertise.
- Verwijs door als er een grotere nood is.
- Wees begripvol en aandachtig voor culturele verschillen.
- Wees aandachtig voor je eigen gevoelens en zorg voor jezelf.

Een valkuil bij PFA is dat er, op basis van goodwill, teveel gedaan zou kunnen worden. Op deze eerste momenten van een ramp kan er veel goeds gedaan worden, maar bij verkeerd gebruik kan de traumatische gebeurtenis net erger gemaakt worden.

Om die reden zijn er enkele richtlijnen voorzien:

- Eerst vriendelijke observeren, niet opdringen. Vraag simpele respectvolle vragen.
- Verleen fysieke hulp om een gesprek te beginnen (deken, drinken, eten).
- Wees er ook op voorzien dat slachtoffers je kunnen mijden of net overvloedig beginnen vertellen.
- Het doel is níet om naar expliciete details van het trauma of ongeval te gaan vragen.

(Brymer, et al., 2006)

Een heel belangrijke kanttekening bij PFA is dat deze de reddingswerken en dringende medische zorg niet mag hinderen. (World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011)

8.5.1.1. PFA en kinderen

In de basisdoelen voor PFA staat dat methodologie toepasbaar moet zijn op iedereen. Kinderen worden daarbij aanzien als doelgroep die speciale aandacht vereist. (Lueger-Schuster, 2008) Wanneer er kinderen betrokken zijn legt de PFA Field Guide extra aandachtspunten vast.

Ook kinderen hebben nood aan informatie en zekerheid. Dus ook aan hen moet er verteld worden wie er voor hen gaat zorgen en wat er allemaal kan gebeuren. Als zij vragen stellen wordt er eerlijk op geantwoord.

Bij kinderen is het extra belangrijk dat er onmiddellijk voor fysieke veiligheid gezorgd wordt. Vanaf wanneer het mogelijk wordt, moet er gezorgd worden dat kinderen kunnen spelen. Deze locatie moet onder toezicht staan zodat personen hier niet zomaar binnen en buiten kunnen. De ruimte moet afgeschermd zijn van drukte. Wanneer er speelgoed voorzien wordt, moet er genoeg speelgoed zijn voor alle kinderen en moet dit speelgoed voor alle leeftijden zijn. Het speelgoed moet zorgen voor rustige activiteiten: met blokken bouwen, kleuren,...

Om voor extra fysiek comfort te zorgen kunnen zachte pluche beren gegeven worden. Deze beren kunnen ze niet enkel vasthouden. De kinderen kunnen er ook voor zorgen. De beer kan ook gebruikt worden om uit te leggen hoe de kinderen best voor zichzelf kunnen zorgen.

Kinderen, en soms jongeren, zijn gevoelig voor de reacties van volwassenen en spiegelen zich daaraan. Daarom blijven de kinderen best bij personen die rustig zijn en die gewoon zijn van met kinderen te werken. Daarnaast worden ze best weggehouden van mensen die druk of kwaad zijn. Wanneer kinderen toch zien dat er personen kwaad zijn, wordt er aan de kinderen best uitgelegd waarom deze personen kwaad zijn.

Aan oudere kinderen of jongeren kan er gevraagd worden om mee voor de kleine kinderen te zorgen. Zo kunnen ze zich meer dan getroffen voelen en helpen ze mee in de hulpverlening. Bij jongeren blijft het evenwel ook belangrijk om voor hen tijd te voorzien zodat ook zij over hun gevoelens kunnen praten.

Kinderen die gevonden worden zonder begeleiding moeten zo snel mogelijk geïdentificeerd worden zodat zij in contact gebracht kunnen worden met iemand uit hun sociaal netwerk. (Brymer, et al., 2006)

8.5.2. D-E-F protocol

Binnen de opleiding “Dringende geneeskundige hulpverlening” (DGH) voor ambulanciers wordt er gewerkt met een ABC methodiek. Hierbij staat iedere letter voor een medisch probleem en moet de ambulancier de letters in alfabetische volgorde afgaan om een slachtoffer te stabiliseren. Een ambulancier zal eerst kijken of de Ademweg vrij is, pas als die vrij is wordt er gecontroleerd of er Beademd moet worden en daarna komt de Circulatie aan bod. (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016)

Deze ABC is een methodiek die internationaal verspreid is onder medisch personeel. Omwille van deze bekendheid ontwikkelde het Amerikaanse Center for Pediatric Traumatic Stress het DEF protocol naar analogie met het ABC.

DEF staat voor Distress, Emotional Support en Family. En het is de bedoeling dat deze stappen overlopen worden wanneer het kind gestabiliseerd is na het ABC.

8.5.2.1. Reduce Distress

Bij kinderen kan het subjectief ervaren van een schokkende gebeurtenis meer gevolgen hebben dan wat de gebeurtenis objectief inhoudt. Een kind kan de gebeurtenissen moeilijker relativeren of vergelijken met andere gebeurtenissen.

Daarom is het belangrijk dat er eerst een inschatting wordt gemaakt in welke mate het kind zich emotioneel onwel voelt en dit vermindert.

Om deze inschatting te maken wordt er gekeken hoeveel pijn het kind heeft, wat zijn angsten en zorgen zijn en of er rouw of verlies bij betrokken is.

Hoeveel pijn heeft het kind nu? Heeft het dergelijke pijnen nog al meegemaakt?

Er kan gevraagd worden hoe het kind zich voelt en waar het momenteel bang voor is.

Is er nog iemand gekwetst? Heeft het kind onlangs iets of iemand verloren?

Nadat de inschatting is gemaakt is het de bedoeling om het kind terug een gevoel van controle en hoop te geven door te werken op vier punten:

1. Geef het kind zoveel controle als mogelijk en help het begrijpen wat er gebeurd is en laat het waar mogelijk mee beslissingen nemen.
2. Schat de pijn correct in en behandel deze.
3. Geef het kind correcte informatie op een eenvoudige manier uitgelegd. Er kan het kind steeds gevraagd worden om zaken te herhalen. Hier moet aandachtig naar geluisterd worden en misvattingen moeten gecorrigeerd worden.
4. Zorg voor geruststelling en realistische hoop en vertel wat er allemaal gedaan wordt om te helpen.

Help het kind bij zorgen dat het nog heeft.

(Center for Pediatric Traumatic Stress, sd)

8.5.2.2. Emotional support

Eens de eerste stress is weggenomen kan er gekeken worden naar waar het kind nog nood aan heeft. Dit betreft dan vooral emotionele contacten met mensen om wie het kind geeft.

Er wordt gekeken naar wie er beschikbaar is om voor het kind te zorgen. Hierbij gaat het niet enkel over de aanwezigheid van bijvoorbeeld de ouders, maar ook over hun beschikbaarheid.

Er kunnen namelijk barrières zijn om deze (ouderlijke steun) te mobiliseren. De ouders, of andere aanwezige caregivers, kunnen door hun gedrag de situatie net moeilijker maken. Ze kunnen zelf in paniek zijn of zelf grote mate van onzekerheid hebben.

Om deze emotionele steun te activeren wordt er gewerkt rond drie punten.

1. Luister naar de ouders en bemoedig hun aanwezigheid in het belang van het kind.
Vraag de ouders naar hun ervaringen met het kind.
Vraag de ouders naar hun bezorgdheden en moedig de ouders aan om bij hun kind te zijn.
2. Versterk de ouders in de zorg voor hun kind. Geef hen voorstellen over hoe ze voor hun kind kunnen zorgen.
Betrek hen daarvoor zoveel mogelijk in de fysieke zorg.
Help de ouders steun te zoeken als ze kwaad of nerveus zijn.
3. Moedig kinderen en ouders aan om elkaar te betrekken in normale activiteiten
Dit punt is al moeilijker bij een interventie. Bij dit punt worden activiteiten voorgesteld die passen bij de medische status van het kind. Er wordt ook gepromoot dat de kinderen contact blijven houden met vrienden en leerkrachten.

(Center for Pediatric Traumatic Stress, sd)

8.5.2.3. Family

De F staat voor Family. Dit is het bekijken en betrekken van het grotere vangnet rond het gezin. Dit punt zal meestal buiten de mogelijkheden van een interventie op het terrein vallen. Voor de volledigheid van deze methode beschrijf ik het punt wel nog kort verder.

Om de situatie in te schatten wordt er gekeken naar het algemeen welzijn van de familie. Er kunnen familieleden zijn die ook door een moeilijke periode gaan. Dit hoeft niet gerelateerd te zijn aan het kind maar kunnen ook te maken hebben met geld of werk. Om dat in te schatten wordt er gevraagd of iedereen voldoende kan eten, slapen en rusten en of er eventueel vrienden zijn die kunnen helpen.

Dit punt zal veelal opgenomen worden door ziekenhuispersoneel of een sociale dienst wanneer het kind een langdurig herstelproces te wachten staat. (Center for Pediatric Traumatic Stress, sd)

8.5.3. ONVEE

ONVEE is een Nederlandstalig acroniem en staat voor Onmiddellijkheid, Nabijheid, Verwachtingen, Eenvoud en Eenheid. Deze begrippen staan voor de vijf belangrijkste aandachtspunten bij psychosociale opvang van getroffenen door een schokkende gebeurtenis.

Deze sluiten nauw aan bij Psychological First Aid maar zijn ook ruimer toepasbaar. Onder andere Rondpunt, de vzw die zich inzet voor slachtoffertjes van verkeersongevallen, en het Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) promoten het gebruik van deze methodiek bij schokkende gebeurtenissen.

Ieder aandachtspunt wordt kort beschreven.

8.5.3.1. Onmiddellijkheid

Het eerste aandachtspunt laat niets aan de verbeelding over: onmiddellijk. Iemand die een schokkende gebeurtenis heeft meegemaakt kan onmiddellijk hulp gebruiken. Hoe sneller iemand psychologische eerste hulp ontvangt, hoe sneller deze persoon de situatie terug te boven kan komen. Indien deze eerste hulp uitblijft kan een slachtoffer zich meer gaan fixeren op deze traumatische gebeurtenis waardoor de kans op latere klachten kan toenemen. Vanaf de eerste ogenblikken aandacht besteden aan het psychologische zorgt ervoor dat er in deze eerste ogenblikken minder fout kan lopen. Een getroffene zal vlak na de gebeurtenis ook het meest ontvankelijk zijn voor hulp. Deze ontvankelijkheid laten passeren zorgt ervoor dat een persoon zich meer mentaal kan afzonderen van zijn of haar omgeving. (De Soir, 2006)

8.5.3.2. Nabijheid

Het aandachtspunt nabijheid heeft betrekking op twee zaken.

Enerzijds is er de geografische nabijheid. Hiermee wordt bedoeld dat de ondersteuning start op de plaats van de ramp. Alle getroffenen zijn lotgenoten van elkaar en de nood aan steun en menselijkheid is groot. Daarnaast blijft de plaats van het gebeuren ook nadien nog vaak centraal staan. Herdenkingen en bezoeken aan de plaats van het gebeuren hebben vaak een positief effect op het verwerkingsproces. (De Soir, 2006)

Anderzijds is er de menselijke nabijheid. Enkel mensen die hetzelfde hebben meegemaakt, weten echt hoe het voelt om dergelijke gebeurtenis te hebben meegemaakt. Zij worden lotgenoten van elkaar en kunnen bij elkaar troost of steun vinden die een buitenstaander moeilijk kan geven. Daarnaast zorgt het sociale netwerk rond een getroffene, vrienden en familie zeg maar, evenzeer voor steun. Ook hun nabijheid heeft een positieve invloed op de psychosociale verwerking. (De Soir, 2006)

8.5.3.3. Verwachtingen

Het begrip verwachtingen heeft betrekking op de verwachtingen met betrekking tot herstel en terugkeer naar het normale leven in de psychosociale crisisopvang.

Zoals hierboven ook reeds beschreven zijn alle reacties normale reacties op een abnormale gebeurtenis. Het is daarom ook belangrijk dat een getroffene dit weet.

Het is daarin ook belangrijk dat een getroffene een tijdsperspectief geboden wordt. Het (psychosociale) herstel na een schokkende gebeurtenis kan een tijd duren.

Valse hoop is hier niet op zijn plaats. Daarbij moet wel gezegd worden dat zij niet “ziek” zijn. Het is in het voordeel van hun psychologisch herstel dat zij zo snel mogelijk terugkeren naar het normale leven en zich niet nestelen in de rol van slachtoffer. (De Soir, 2006)

8.5.3.4. Eenvoud

Hoe eenvoudiger die eerste psychosociale hulpverlening, hoe beter. Iemand durven aanraken, omhelzen, iemand iets te eten of te drinken aanreiken, een kind een snoepje of een beertje geven, iemand een deken geven. Het zijn allemaal kleine acties. Maar voor iemand die uit een schokkende gebeurtenis komt kan dit het eerste teken van menselijkheid zijn. (De Soir, 2006)

8.5.3.5. Eenheid

Bij rampen is er een grote “need to respond”. Iedereen die denkt een meerwaarde te zijn wilt helpen. De effecten van een ramp blijven echter nog lang nazinderen en hulp is gedurende heel deze periode nodig. Wanneer er dan personen of organisaties afhaken kan dit voor verwarring zorgen bij de getroffensten.

Psychosociale opvang en begeleiding moet om die reden ook gestructureerd verlopen. Een duurzame benadering moet uitgebouwd worden zodat getroffensten zekerheid hebben bij wie ze terecht kunnen. (De Soir, 2006)

Een vooraf opgesteld draaiboek met uitgeschreven verantwoordelijkheden is hier essentieel in. Zo is er een “respond to needs”, in plaats van de “need to respond”.

8.5.4. CRASH-model

CRASH is een acroniem voor “Calamiteiten en Rampen Aanpak bij Slachtoffers en Hulpverleners”.

In dit model worden alle getroffensten van een ramp opgenomen. Dit zijn zowel de slachtoffers, hun familie en vrienden en de hulpverleners. Zij vormen respectievelijk de primaire, secundaire en tertiaire slachtoffers.

Daarbij wordt er voor iedere groep gekeken naar primaire, secundaire en tertiaire preventie van psychosociale stoornissen.

Voor iedere groep ontstaat er zo een trappenmodel waarbij er steeds gerichtere opvolging is. De primaire preventie is de onmiddellijke psychologische hulp op de plaats van de gebeurtenis. Secundaire preventie is het bespreekbaar maken van trauma-gerelateerde problemen. Tertiaire preventie is de curatieve hulpverlening waarbij gespecialiseerde professionele hulp betrokken wordt.

Een hele bespreking van dit model gaat buiten de scope van dit werk. Maar dit model toont wel aan dat de psychologische begeleiding reeds start op het rampterrein. Tot deze primaire preventie hoort alles van voorbereiding, opleiding, training tot de acute opvang van getroffensten. Deze preventie start dus vóór de eigenlijke gebeurtenis en loopt tot de inzet van de disciplines wordt beëindigd en de getroffensten terug moeten vallen op hun eigen netwerk. Hier neemt de secundaire preventie het over.

Het opleiden van interventiediensten in deze primaire preventie draagt dus aanzienlijk bij tot de draagkracht van deze preventie.

Slachtoffer \ Preventie	Primair	Secundair	Tertiair
Primair (slachtoffer)			
Secundair (sociaal netwerk)			
Tertiair (hulpverleners)			

Figuur 4: visuele vormgeving van het CRASH-model

Binnen het CRASH-model moet er voor iedere betrokken persoon bij een ramp een primaire, secundaire en tertiaire vorm van preventie tegen psychosociale stoornissen zijn. Het voorzien in een volledige psychosociale hulpverlening komt dan neer op het indelen van mensen en middelen in de juiste vakken, zoals de figuur hierboven toont.

Primaire slachtoffers hebben concreet twee soorten behoeften waar zo snel mogelijk aan voldaan moet worden. Dit zijn materiële behoeften en behoefte aan informatie.

De eerste materiële behoeften hebben ook een grote psychosociale impact.

Het voorzien van kleren of dekens zorgen naast een minimum aan comfort ook voor het terugkrijgen van menselijke waardigheid. Het menselijk contact met hulpverleners en lotgenoten zorgt voor geborgenheid en bescherming.

De behoefte aan informatie lijkt een veel moeilijker punt te zijn. Schokkende gebeurtenissen zijn plots en onverwacht. Om terug een grip op de realiteit te krijgen moeten getroffenen te weten wat er net (met hen) gebeurd is.

Wat is er gebeurd? Waarom? Wat is er met de anderen gebeurd? Is het mijn schuld?

Op deze vragen reageren mensen al snel met “dat is nu niet belangrijk” of worden er, goedbedoelde, loze beloftes gemaakt als “het komt wel goed” of “ik zorg ervoor dat...”.

Hierdoor blijven getroffenen in het ongewisse. In het kader van de verwerking van de gebeurtenis nadien, is het belangrijk dat een getroffene zo snel mogelijk de waarheid krijgt. Deze waarheid moet eerlijk, eenvoudig, gestructureerd en juist zijn. (De Soir, 2006)

8.5.5. Individuele gedragingen

De beschreven methodologieën van DEF, PFA, CRASH en in kleinere mate ONVEE, zijn methodologieën die een groter geheel aan opvolging en doorverwijzing inhouden. Het zijn overkoepelende begrippen waarbinnen iedere actor zijn plaats of functie kan krijgen.

Toch zijn er ook heel wat gedragingen die ieder persoon kan stellen wanneer hij of zij tegenover een kind in nood komt te staan.

Het zorgen voor veiligheid en aandacht besteden aan de manier van communiceren, zowel verbaal als non-verbaal, staan daarbij centraal.

8.5.5.1. Veiligheid

Hoewel kinderen op zeer verschillende manieren kunnen reageren, zijn er toch enkele richtlijnen over hoe een hulpverlener zich kan gedragen naar een kind in nood toe.

Een kind moet zich veilig kunnen voelen. Daarom is het belangrijk dat het kind eerst lichamelijk veilig gesteld wordt: het wegbrengen van bij de brand, de autoweg of van agressieve personen.

Daarbij moet het kind zoveel mogelijk weggehouden worden van gruwelijke beelden of harde geluiden en moet het ten alle tijden beschermd worden tegen pers en nieuwsgierige omstanders. Eens het kind veilig is, moet het dat ook verteld worden.

Een kind moet zoveel mogelijk bij zijn begeleidende persoon blijven. Een kind dat schijnbaar alleen is, moet bevraagd worden met wie hij of zij er was. (Rode Kruis-Vlaanderen DSI, 2006) Een kind wordt nooit alleen gelaten. (Departement Onderwijs, Veiligheid en Jeugd, z.d.)

8.5.5.2. Communicatie

Hoe er met een kind gecommuniceerd kan worden, hangt voor een deel af van de leeftijd en de mentale ontwikkeling van het kind af en van de omstandigheden.

Als het kind nog vergezeld wordt van een volwassene, moet er met deze persoon steeds eerst afgestemd worden of het ok is om met het kind te communiceren. (Rode Kruis-Vlaanderen Dringende Sociale Interventie, 2015)

Een kind leidt veel van de situatie af door naar het gedrag van volwassenen te kijken. Vaak zal het dit gedrag ook spiegelen. Daarnaast kunnen (jonge) kinderen denken dat ze zelf de oorzaak zijn van wat er gebeurd is. Indien het kind dit denkt moet het duidelijk uitgesproken worden dat het kind geen schuld treft aan de situatie. Het is daarom zeer belangrijk dat de hulpverlener die contact legt met het kind, zelf stabiel en rustig is. (Hansen, 2018) Als het kind spontaan lichaamscontact zoekt, dan wordt dit beter niet afgewezen, maar de hulpverlener neemt zelf nooit het initiatief. (Rode Kruis-Vlaanderen Dringende Sociale Interventie, 2015)

Hieronder staan enkele principes die helpen om een beter contact te krijgen met kinderen in nood. De omschrijving die het best alles samenvat is: look, listen, link!

Eerste contact

Bij een eerste contact met een kind is het belangrijk dat de hulpverlener zich voorstelt en zegt wat zijn of haar taak binnen heel het gebeuren is. Zelfs wanneer de hulpverlener het kind kent, blijft het belangrijk om dit duidelijk te maken zodat het kind weet wat het van de hulpverlener kan verwachten.

Vanaf dit eerste contact spreekt de hulpverlener zacht, traag en stil. Het taalgebruik wordt aangepast naar de leeftijd van het kind (21). Indien mogelijk zorgt de hulpverlener ervoor dat hij op gelijke hoogte komt met het kind. Dit kan enerzijds door zelf te gaan zitten of te knielen of anderzijds door ervoor te zorgen dat het kind hoger zit, bijvoorbeeld op een brancard of in de auto. Op deze manier zitten beide op ooghoogte van elkaar, wat de situatie minder dreigend maakt.

Bij dit eerste contact wordt ook de naam van het kind gevraagd. (Hansen, 2018) (Rode Kruis-Vlaanderen Dringende Sociale Interventie, 2015)

Verzamel informatie

Om informatie te verzamelen worden steeds open vragen gesteld. Dit zijn vragen die niet met ja of nee beantwoord kunnen worden maar die een langer antwoord vragen. Waarom, wat, wie en waar zijn woorden die hier bij helpen.

Het is bijvoorbeeld beter om te vragen “Met wie ben je hier?” in plaats van “Ben je hier alleen?”. Door open vragen te stellen wordt het kind uitgenodigd om te antwoorden op zijn of haar manier en vanuit hun ervaringen. Als het verhaal niet samenhangend is, kan er verder doorgevraagd

worden. Daarbij moet er wel op gelet worden dat er enkel zaken gevraagd worden die voor de hulpverlener op dat moment essentieel zijn. In dit stadium van de ramp is het de bedoeling om de stress weg te nemen bij het kind, niet om het alles opnieuw te laten beleven. Zo zou nadien de verwerking van het trauma door het kind erger gemaakt kunnen worden. Het is belangrijker om te luisteren naar wat de basisnoden van het kind zijn op dat moment. (Hansen, 2018)

Vooral jongere kinderen kunnen problemen hebben om hun gevoelens onder woorden te brengen. De taal wordt daarom best aangepast aan het ontwikkelingsniveau van het kind. Hierbij worden eenvoudige woorden gebruikt zoals bang, boos en verdriet en wordt een directe taal gehanteerd. Wanneer open vragen niet werken kan het kind ook verschillende keuzes gegeven worden.

“Hoe voel je je nu? Ben je verdrietig of bang, of ben je ok?”.

De hulpverlener moet er ook rekening mee houden dat het kind door de situatie een terugval in gedrag kan hebben. Kinderen kunnen dus reageren op een manier die ze normaal gezien al ontgroeid zijn.

Met jongeren daarentegen wordt op een volwassenen manier gepraat. Zo wordt er respect getoond voor hun gevoelens, vragen en opmerkingen. (Brymer, et al., 2006)

Het is echter wel belangrijk om het ritme van het kind te respecteren en het niet te dwingen om te praten. (Rode Kruis-Vlaanderen Dringende Sociale Interventie, 2015)

Actief luisteren

Wanneer het kind aangeeft zaken te willen vertellen moet men hiervoor open staan.

Om het kind de nodige ruimte en veiligheid te kunnen geven om zijn of haar verhaal te doen wordt voor een voor een rustige plaats gezorgd. Hierbij wordt, in de mate van het mogelijke, ervoor gezorgd dat het kind niet in een drukke omgeving staat en dat de conversatie niet steeds gestoord wordt door de telefoon of radio. De omgeving moet stil genoeg zijn om elkaar goed te verstaan. De informatie die het kind verteld heeft kan nog even geparafraseerd of samengevat worden om te zien of deze juist begrepen is. Hierbij worden belangrijke woorden of momenten herhaald en wordt ruimte gelaten voor het kind om zich te verbeteren.

Om actief te kunnen luisteren moet het kind zich veilig voelen bij de hulpverlener. Dit betekent ook dat de hulpverlener tijdens het gesprek warmte en positieve gevoelens moet overbrengen naar het kind. Dit creëert de openheid die voor het vertrouwen kan zorgen dat nodig is voor dergelijk gesprek. (Hansen, 2018)

Normaliseren en generaliseren

Normaliseren en generaliseren zijn sterk aan elkaar verbonden. Het zijn communicatietechnieken die zowel bij kinderen als bij volwassenen heel belangrijk zijn.

Iemand die een schokkende gebeurtenis meemaakt ondergaat veel gevoelens en zij kunnen op heel uiteenlopende manieren reageren. Normaliseren betekent dan die persoon geruststellen dat de gevoelens die hij of zij meemaakt normaal zijn. Het zijn normale reacties op abnormale gebeurtenissen.

Er moet door de hulpverlener voldoende ruimte gegeven worden om deze gevoelens door het kind te laten uiten. Iemand die zichtbaar bang is, kan gezegd worden dat het normaal is om angst te hebben in dergelijke situaties.

Ook lichamelijke reacties kunnen zo uitgelegd worden aan kinderen. Het is normaal dat in dergelijke situaties het hart sneller klopt of de mond droog aanvoelt. Als het kind weet dat dit normale reacties zijn, dan kan het ook eenvoudiger gerust te stellen zijn.

Generaliseren gaat een stap verder dan zeggen dat de reacties normaal zijn. Generaliseren is vertellen dat anderen mensen in dezelfde situatie hetzelfde meemaken. Dit zorgt ervoor dat de persoon zich minder geïsoleerd voelt. Daarnaast zorgt weten dat andere mensen hetzelfde meemaken, en er door komen, voor een gevoel van hoop. (Hansen, 2018)

Triangulatie

Wanneer er niet direct vertrouwen is en het kind vindt de situatie te intimiderend of het heeft schrik om te praten, dan kan triangulatie gebruikt worden. Bij triangulatie wordt een derde persoon betrokken bij het gesprek. Belangrijk hierbij is echter wel dat het kind betrokken blijft in het gesprek en dat er niet over het kind heen gepraat wordt. Wanneer het kind niet wil antwoorden, kan het kind dan gevraagd worden of het ok is als de vraag aan de mama gesteld wordt. Het antwoord van de moeder kan dan ook teruggekoppeld worden naar het kind.

“Hoeveel jaar ben je?”

-

“Is het ok als ik aan je mama vraag hoeveel jaar je bent?”

“Je bent dus vijf jaar.”

Bij kinderen waar geen begeleidende volwassene bij aanwezig is, kan een object deze rol overnemen. Een knuffel of een speelgoedje kan dan de plek van de “derde” overnemen.

“Je beer ziet er moe uit. Hij moet veel gewandeld hebben. Misschien wilt hij wel water, wil jij ook water?”. (Hansen, 2018)

Kalmeren

Kalmeren is het belangrijkste dat een hulpverlener op dit eerste moment kan doen.

Een kalme, lage, geruststellende stem, geen agressieve lichaamshouding en een rustige omgeving zoals hierboven beschreven zijn reeds belangrijke instrumenten om dit kalmeren te bereiken. Wanneer kinderen samen met een volwassene zijn, is het voor de kinderen ook heel belangrijk dat deze volwassenen ook kalmeert. Kinderen spiegelen hun gedrag aan het gedrag dat ze rond hun zien. Zowel bij kinderen als volwassenen zijn er verschillende manieren om een persoon in een stressvolle situatie te laten focussen op iets anders dan de dreiging. Er kan gevraagd worden om te focussen op de ademhaling door te vragen om diep en traag te ademen (6). Bij kinderen kan er ook gevraagd worden om bijvoorbeeld vijf niet dreigende dingen op te noemen uit de omgeving of om ze kleuren te laten benoemen.

Wanneer stress omslaat in agressie kan het kind benaderd worden door te zeggen dat dergelijke gevoelens normaal zijn en dat je deze begrijpt, maar dat de situatie niet beter wordt door deze gevoelens uit te werken op anderen.

Er hoeft ook niet altijd gepraat te worden. Kinderen en hun begeleiding stilte gunnen kan ook voor het kalmeren zorgen. (Hansen, 2018)

Betrekken

Mensen die getroffen zijn door een schokkende gebeurtenis zijn meer dan enkel slachtoffers. De aard van de gebeurtenis kan ervoor zorgen dat mensen even overspoeld worden door gedachten en gevoelens, maar iedereen heeft een coping mechanisme om terug controle te krijgen over zijn of haar emoties.

Ouders kunnen betrokken worden door hen te informeren over hoe om te gaan met kinderen die net hetzelfde hebben meegemaakt. Dit heeft als extra voordeel dat zij hun eigen gedrag kunnen aanpassen waardoor kinderen zich hier ook aan kunnen spiegelen. (Brymer, et al., 2006) Oudere kinderen kan gevraagd worden om te helpen zorgen voor jongere kinderen. Bij jongere kinderen kan het een grotere uitdaging zijn om te vinden wat zij kunnen doen om om te gaan met de situatie. Ze kunnen helpen bij hun eigen verzorging of de verzorging van hun ouders door een windel of plakkertje vast te houden. Als het mogelijk is, kan het kind ook iets gegeven worden om mee te spelen. (Rode Kruis-Vlaanderen Dringende Sociale Interventie, 2015)

Om controle te krijgen over de situatie is het belangrijk dat mensen, en dus ook kinderen, over de juiste informatie beschikken. Hiervoor worden ook de korte, duidelijke zinnen gebruikt. Het is belangrijk dat de hulpverlener eerlijk is om te vertellen wat er gebeurd is en wat er nog gaat gebeuren. Ook wanneer er zaken gevraagd worden, is het belangrijk om te kaderen waarom: “Wil je even gaan zitten? Zo kan ik je mama verzorgen.”

Zelfs wanneer er nog zaken zijn die nog niet geweten zijn, is het belangrijk om dit te zeggen. (Rode Kruis-Vlaanderen Dringende Sociale Interventie, 2015) Kinderen hebben een rijke fantasie. Zaken die zij niet weten kunnen zij invullen met hun eigen fantasie, en deze kan erger zijn dan de werkelijkheid. (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2005)

8.6. Hoe ervaren hulpverleners interventies met kinderen?

In 2017 werd een internationale survey gehouden onder (para-)medici in de prehospitalzorg om te peilen naar hun ervaringen met traumatische stress in kinderen. De survey werd gehouden in de Verenigde Staten, Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, Zwitserland, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk.

De studie peilde naar de kennis en ervaring van hulpverleners in de prehospitalsetting wanneer kinderen slachtoffers zijn. Eerdere onderzoeken gaven aan dat hulp verlenen aan kinderen voor veel hulpverleners een stressvolle ervaring is. Dit is te wijten aan het feit dat er weinig opleidingen gericht zijn op hulp aan kinderen, dat kinderen doorgaans maar 10% van de slachtoffers zijn waardoor er weinig kans is om ervaring op te doen en het idee dat iets mis doen bij kinderen verdragende gevolgen kan hebben.

Meer dan 80% van de ondervraagden gaven aan dat zij vonden dat psychosociale bijstand deel uitmaakt van hun job.

Bij het peilen naar hun kennis hierover scoorden vrouwen, ouders van een kind onder 17 en hulpverleners van wie meer dan 10% van de patiënten kind zijn beter. Wanneer het ging over het vertrouwen in hun psychologische vaardigheden scoorden vrouwen, hulpverleners met meer ervaring en training hoger.

90% van de deelnemers gaf aan meer opleidingen hierover te willen volgen. (Alisic, et al., 2017)

De studie van 2017 bouwt verder op een artikel uit 2016 “Psychosocial care for injured children: worldwide survey among hospital emergency department staff”. In deze internationale studie werd gepeild naar de kennis van traumatische stress in kinderen en hoe medewerkers van spoedgevallendiensten hier tegenover staan. Ook hier zag een grote meerderheid (90%) psychosociale zorg als onderdeel van hun job ondanks het feit dat weinigen een formele training hierin gekregen hadden. Een overgrote meerderheid stond dan ook open voor meer opleidingen in psychosociale zorg. (Alisic, et al., 2016)

Omdat de bestaande onderzoeken niet over België gingen, en enkel betrekking hadden op de medische sector, wordt dit onderwerp verder uitgewerkt via een vragenlijst.

8.7. Conclusies literatuurstudie

Uit de literatuur blijkt dat kinderen wel degelijk als een kwetsbare groep bij rampen en zware ongevallen beschouwd mogen worden. Niet enkel hun lichaam is vatbaarder voor fysieke verwondingen, ook hun mentale gestel dat nog volop in ontwikkeling is kan zorgen voor het niet begrijpen van de situatie en kan voor communicatieproblemen met hulpverleners zorgen.

Daarbij komt dat voor kinderen de subjectieve beleving van de situatie minstens zo belangrijk is als de fysieke dreiging. Dat maakt dat een kind een gebeurtenis, waarvan het getuige, is voor zichzelf ook ervaren als een ramp. Onze kijk op een ramp is dus niet altijd hetzelfde als wat het kind als ramp aanziet. Een ongeval met één wagen kan door een kind evenzeer aanzien worden als een ramp. Het ontbreekt het kind namelijk aan een breder kader waarin het gebeurtenissen kan plaatsen.

En hoewel veel kinderen dus wel veerkrachtig zijn, kan het meemaken van een schokkende gebeurtenis grote gevolgen hebben op lange termijn. Een stressstoornis die niet of te laat opgemerkt is kan een heel leven meegedragen worden. In erge gevallen kan dit zelfs fysieke gevolgen hebben voor de verdere ontwikkeling van het kind. Deze zaken maken dat er veel te winnen valt bij de aanpak van kinderen bij een schokkende gebeurtenis.

Aangezien bij kinderen de subjectieve ervaring ook een duidelijke rol speelt, kunnen hulpverleners veel winnen door hun gedrag af te stemmen op kinderen. Menselijkheid en begrip te midden van chaos doen voor iedereen goed, maar zeker bij kinderen.

In de literatuur zijn er wel wat manieren besproken die door een hulpverlener gebruikt kunnen worden.

De methodologie kan bij een ongeval en ramp wel anders zijn. De beschreven principes van de DEF-of ONVEE-benadering kunnen in de dagelijkse werking handvaten geven aan hulpverleners over hoe ze om kunnen gaan met kinderen.

Het toepassen van deze principes in de dagelijkse werking zal dan al een gewoonte inbouwen tegen dat een rampsituatie zich voordoet. De nu al gebruikte PFA-methodologie in de noodopvang kan op die manier dan ook al op enkele punten verschoven worden naar het rampterrein. Om dit meer samenhangend te laten gebeuren zou de grijze zone tussen het MIP en het PSIP over het verzamelen van de niet gewonden beter uitgeklaard moeten worden.

Aangezien bij een rampsituatie de keten langer wordt en het aantal beschikbare hulpverleners per getroffen kleiner wordt, moet in dit plan bekeken worden hoe elementen zoals het veilig afschermen van kinderen en het kind zoveel mogelijk bij dezelfde hulpverlener houden geïmplementeerd kan worden.

Het begint in verschillende landen stilaan meer aandacht te krijgen over hoe deze puzzel gelegd moet worden. In de Verenigde Staten is er een aparte eenheid van de CDC die dit overziet. In het Verenigd Koninkrijk zijn de eerste stappen gezet en worden kinderen in de noodplanning effectief benoemd als kwetsbare groep. Duitsland heeft zijn psychosociale ondersteunt en stuurt deze als een aparte dienst ter plaatse. Oostenrijk is ook deze weg ingeslagen en Zwitserland gaat deze aanpak ook integreren. Het is een manier om er voor te zorgen dat er niet enkel competente psychosociale hulpverleners ter plaatse zijn, maar ook dat dit geen extra belasting vormt voor de andere hulpdiensten.

9. Vragenlijst “kinderen in noodsituaties”

De literatuurstudie toont aan dat medische interventiediensten zowel nood hebben aan, als interesse hebben in meer kennis van psychosociale gevolgen op kinderen. Hiervoor waren er al enkele enquêtes geweest, maar deze waren van buitenlandse oorsprong. Het werd dus een optie om te bekijken of de hulpverleners hier diezelfde nood en interesse hebben.

Hieruit kan een concrete aanbeveling volgen. Met deze aanbeveling kan in een later stadium, worden samengezeten met psychologen om hier een antwoord op te voorzien.

9.1. Details van de enquête

Via welk platform wordt dit best gedaan? Hoe er bij deze vragen stilgestaan werd en waarom dit welke beslissingen gaf, wordt uitgelegd in dit stuk.

De enquête zelf kan als bijlage bij dit eindwerk gevonden worden.

9.1.1. Doel

Het algemene doel van de enquête is om na te gaan of er bij de hulpverleners op het terrein een nood is aan vorming omtrent kinderen op het interventieterrein en of zij hierin ook interesse hebben.

Om te weten of er een nood aan is, moet er vastgesteld worden of hulpverleners überhaupt wel veel in aanraking komen met interventies waarbij kinderen betrokken zijn. Kinderen vormen zoals hierboven beschreven wel een groot deel van onze bevolking, maar komen ze daarom ook evenveel in aanraking met interventiediensten?

Daarnaast wordt de nood ingeschat door te peilen naar welke kennis de deelnemers reeds hebben. Wie is er volgens hen vatbaar voor stressstoornissen? Zijn er methodologieën die zij reeds van naam kennen?

Er wordt ook bevraagd welke acties zij nu reeds ondernemen wanneer er kinderen betrokken zijn bij een interventie.

Als laatste wordt er ook gevraagd naar in welke mate kinderen besproken worden tijdens opleidingen of bijscholingen. Zo kan er een inschatting gemaakt worden aan wat het huidige aanbod van opleidingen betreft.

9.1.2. Bereik

De enquêtes die ik vond tijdens de literatuurstudie waren gericht op medisch personeel. Dit is in deze enquête opengetrokken naar alle interventiediensten. In het begin van de enquête moet er aangeduid worden welke functie de deelnemer heeft. Niet enkel de verschillende disciplines worden aangehaald, maar ook binnen de disciplines wordt er een onderscheid gemaakt tussen functies of rangen. Een verschil in opleiding of in takenpakket kan een invloed hebben op de beleving van een interventie.

De enquête wordt opgemaakt met de bedoeling van deze niet te lang te maken, zodat deelnemers niet gedemotiveerd raken tijdens het invullen. Uiteindelijk bestaat de enquête uit 20 vragen die verspreid staan over 5 pagina's. Hierin zitten ook enkele open vragen waar enkel diegene die meer informatie wensen te geven kunnen antwoorden.

Er is ook een optie voorzien voor personen die, omwille van bijvoorbeeld (slechte) persoonlijke ervaringen, wel willen meewerken aan het onderzoek, maar zich niet goed voelen bij het invullen van een enquête. Zij kunnen hun contactgegevens doorgeven voor een persoonlijk gesprek.

9.1.3. Terminologie

Er wordt in de enquête gesproken over noodsituaties en schokkende gebeurtenissen. De literatuurstudie wees namelijk uit dat het niet zozeer de grootte van een ongeluk of ramp moet zijn, maar dat kinderen vooral vatbaar zijn voor de beleving ervan. Daarnaast komen er in België gelukkig weinig grootschalige rampen voor. Ervaring en beleving van dagdagelijkse interventies zal dus een belangrijke voorbode zijn van hoe een hulpverlener zich in een rampsituatie zal gedragen.

Ik maak de veronderstelling dat pijnpunten in dagdagelijkse interventies enkel maar vergroot zullen zijn tijdens rampsituaties.

9.1.4. Timing

De enquête vond plaats in de maand april.

9.1.5. Platform

Om de enquête beschikbaar te kunnen stellen voor een groot aantal deelnemers, wordt door opgemaakt met een Google Form. Het is een gebruiksvriendelijk programma waar ik al enige ervaring mee heb. Het geeft uit zichzelf enkele overzichtelijke grafieken, en een download in via een excel werkblad laat een nauwkeurig onderzoek toe.

Dergelijke enquêtes kunnen per mail doorgestuurd worden. Dit is ofwel integraal verwerkt in de mail, of aan de hand van een URL link. Om de verspreiding van de enquête minder afhankelijk te maken van mailverkeer en de daaraan verbonden problemen (kettingmails waarin alle e-mailadressen blijven staan) wordt er voor de enquête een website gemaakt die werkt als "landingspagina". Op deze manier kan de enquête eenvoudig bereikt worden via www.kindereninnoodsituaties.be en is een deelnemer niet afhankelijk van het bijhouden van de mail met een onoverzichtelijke Google Form URL.

De website biedt ook de mogelijkheid om een e-mailadres aan te maken dat gelinkt is aan de pagina. Zo ben ik wel bereikbaar voor mensen die extra informatie willen geven of vragen, maar blijven mijn eigen gegevens wel afgeschermd.

9.1.6. Verdeling

Het bestaan van de enquête en de oproep om deel te nemen wordt op verschillende manieren verspreid.

Via het netwerk van mijn promotor kan het verdeeld worden naar de gemeenten met een PSH en via het PCDGH.

Voor de kruisverenigingen worden het Rode Kruis en het Vlaamse Kruis aangeschreven om de enquête te delen onder hun vrijwilligers.

Voor brandweer wordt Netwerk Brandweer aangeschreven om de enquête te verspreiden onder de hulpverleningszones. In deze zones zijn zij vaak actief als zowel brandweer als ambulancedienst. Daarnaast worden enkele zones zelf aangeschreven.

Een groot deel van de Dringende Geneeskundige Hulp wordt verzorgd door private bedrijven. De grootste van deze deelnemers in het 112 netwerk worden ook aangeschreven.

Voor de politie worden verschillende lokale politiezones aangeschreven.

Daarnaast wordt er in de enquête ook gevraagd om de lijst te delen met collega-hulpverleners. Zelf roep ik ook mijn netwerk op om deze vragenlijst via sociale media bij de juiste personen te krijgen.

De beperkingen door de coronacrisis zorgen er echter voor dat enquêtes een vaak gebruikt medium worden waarmee universiteiten en hogescholen hun onderzoeken doen. Politiediensten geven al snel aan dat wij wekelijks meerdere aanvragen krijgen om vragenlijsten door te geven aan hun personeel.

Ondanks de grote toevloed aan vragenlijsten delen verschillende brandweer- en politiezones en medische diensten de vragenlijst door deze door te geven aan specifieke ploegen of delen ze deze via hun intranet of nieuwsbrief.

9.2. Inschatting doelpubliek

Wanneer we kijken naar het totaal aantal mogelijke hulpverleners komen we aan volgende groepen voor België:

- 18.000 brandweermannen
- 13.500 Federale politieagenten, 35.100 lokale politieagenten (enkel lokale politiezones zijn aangeschreven)
- 9.077 ambulanciers 112 in 2012

De vragenlijst was enkel beschikbaar in het Nederlands. In bovenstaande aantallen moet dus rekening gehouden worden dat Franstalige of Duitstalige hulpverleners uit het Waalse en Brussels Hoofdstedelijk gewest niet tot het doelpubliek behoorden.

De getallen zijn ook niet absoluut. Een groot aantal hulpverleners combineert bijvoorbeeld een engagement als brandweerman met een engagement als ambulancier of als hulpverlener bij een kruisvereniging. Net zoals dat verpleegkundigen ook een functie bij de brandweer kunnen uitoefenen.

9.3. Resultaten

Tussen 7 en 30 april kwamen er 250 antwoorden binnen.

De vragenlijst is onderverdeeld in volgende hoofdstukken: algemene gegevens, interventies, opleiding en bijscholing, kennis van psychologische hulp en omgaan met kinderen in noodsituaties. De resultaten zullen volgens deze onderwerpen besproken worden.

9.3.1. Algemene gegevens

De vragenlijst is gericht naar verschillende types hulpverleners.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van hoe deelnemers zich aangemeld hebben bij de vragenlijst.

De personen die onder “multi” gerekend worden zijn hulpverleners binnen verschillende disciplines. Vaak zijn dit personen die zowel actief zijn als brandweerman en als hulpverlener binnen de medische discipline.

Binnen de medische discipline is er de meeste verscheidenheid van functies. Hier horen zowel hulpverleners bij kruisverenigingen bij, ambulanciers, verpleegkundigen en artsen. Binnen de 112 deelnemers die uitsluitend onder medische geregistreerd zijn, zijn er een zeer groot aantal die meerdere functies combineren. In de tabel zijn ze opgenomen met hun hoogste sanitaire bekwaamheid.

Tabel 3: aantal deelnemers aan de vragenlijst

Discipline	V	M	Totaal	%
Andere	1	1	2	0,8
Brandweer	0	36	36	14,4
• <i>Basiskader</i>	0	20	20	8
• <i>Middenkader</i>	0	10	10	4
• <i>Hoger kader</i>	0	6	6	2,4
Medische	37	75	112	44,8
• <i>Hulpverlener</i>	4	5	9	3,6
• <i>Ambulancier</i>	18	55	73	29,2
• <i>Verpleegkundige</i>	15	27	45	16,8
• <i>Arts</i>	2	9	11	4,4
Politie	36	28	64	25,6
• <i>Basiskader</i>	17	18	35	14
• <i>Middenkader</i>	13	6	19	7,6
• <i>Hoger kader</i>	2	3	5	2
• <i>Maatschappelijk assistent</i>	4	0	4	1,6
Psychosociaal	8	3	11	4,4
Multi	4	21	25	10
• <i>Brandweer basis en ambulancier</i>	1	13	14	5,6
• <i>Brandweer midden en ambulancier</i>	0	3	3	1,2
• <i>Brandweer basis en verpleegkundige</i>	0	3	3	1,2
• <i>Brandweer midden en verpleegkundige</i>	0	1	1	0,4
• <i>Ambulancier en psychosociaal</i>	1	1	2	0,8
• <i>Hulpverlener kruisorganisatie en psychosociaal</i>	1	0	1	0,4
Totaal	86	164	250	

9.3.2. Interventies

In de vraagstelling over interventies is uiteindelijk het woord “complexer” gebruikt. Moeilijker en uitdagender zijn voorbeelden van woorden die het net niet gehaald hebben. Om de vraag zo ongekleurd mogelijk te laten, konden deelnemers in een open vraag toelichting geven over de mogelijke complexiteit als er kinderen bij betrokken zijn.

Op de vraag “Maakt de aanwezigheid van kinderen een interventie complexer?” kwamen 224 antwoorden binnen. Hiervan gaf 76,2% van de deelnemers aan dat de aanwezigheid van kinderen een interventie complexer maakt.

Maakt de aanwezigheid van kinderen een interventie complexer?	Ja	Nee	Geen antwoord
Totaal	76,02%	13,41%	10,57%
Medisch	70%	18,18%	11,82%
<ul style="list-style-type: none"> • Hulpverlener • Ambulancier • Verpleegkundige • Arts 	<p>66,7%</p> <p>76,7%</p> <p>66,7%</p> <p>54,5%</p>	<p>33,3%</p> <p>13,7%</p> <p>16,7%</p> <p>36,4%</p>	<p>0%</p> <p>9,6%</p> <p>16,7%</p> <p>9,1%</p>
Brandweer	76,47%	17,65%	5,88%
Politie	87%	1,61%	11,29%
Multi	75%	17,86%	7,14%
Psychosociaal	70%	10%	20%

In het vrije antwoordveld gaven 186 deelnemers extra uitleg over waarom zij interventies met kinderen complexer vinden.

De antwoorden in deze vrije vakken zijn nadien ondergebracht in 13 verschillende categorieën. Deze categorisering gaf volgende verdeling:

Tabel 4: Redenen van complexiteit bij interventies met kinderen

Reden van complexiteit	Aantal
Communicatie	61
Beleving van het kind	56
Aanwezigheid familie	34
Emotioneler voor HV	28
Psychologische zorg	20
Specifiek medische zorg	16
Minder frequent	12
Opvang	10
extra HV nodig	7
Tijdsintensief	4
Minder zelfredzaam	4
Specifieke wetgeving	2
Transport	1
Eindtotaal	255

Onder “beleving van het kind” worden alle acties verstaan die het kind moeten beschermen/afschermen van de negatieve zaken van de interventie. Dit kunnen fysieke acties zijn, maar ook slechtnieuwsmeldingen doen zonder dat het kind dit hoort vallen hier onder.

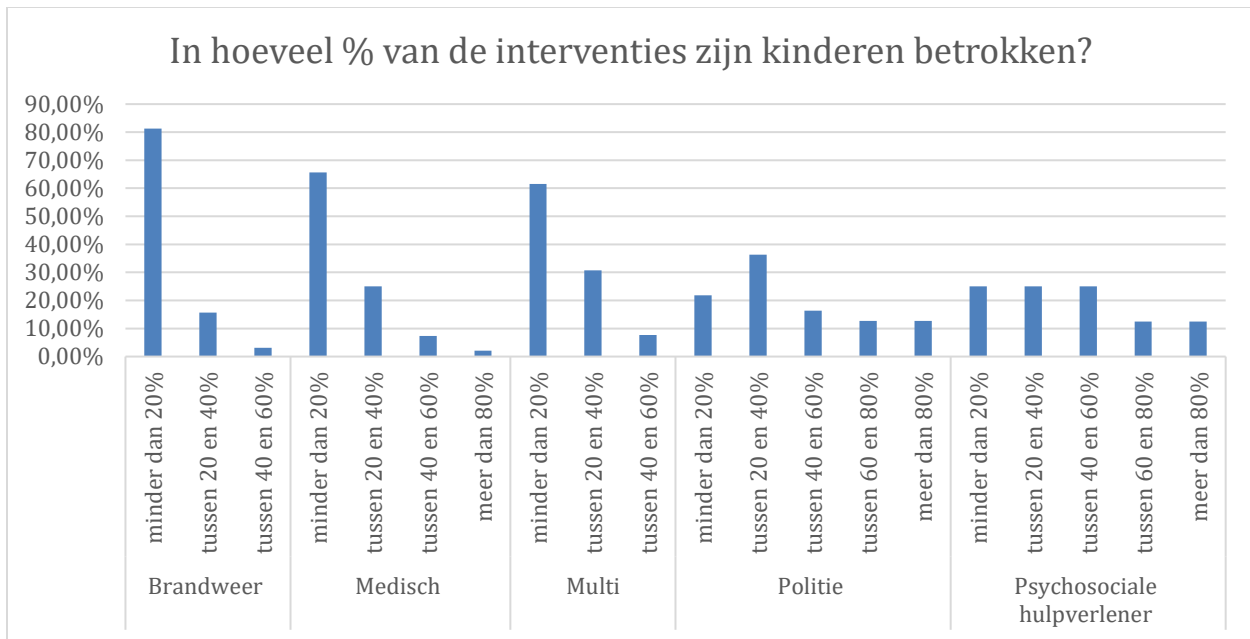
Bij “aanwezigheid familie” zit in de antwoorden een grote dualiteit. Enerzijds kunnen kinderen rustiger zijn wanneer er familie bij is en kan de familie voor een vertrouwensband zorgen, maar anderzijds kan de communicatie via familie ook net moeilijker verlopen. De emotionele reacties van de familie kunnen eveneens voor een slechte invloed op het kind zorgen.

Communicatie is het aanpassen van de eigen taal en gedrag naar deze van het kind. Veelal wordt hier ook bij gezegd dat het noodzakelijk is om de vertrouwensband op te bouwen. Het is dit vertrouwen winnen, en de boodschap duidelijk overbrengen, dat de grootste uitdaging is.

In welke mate iedere categorie terugkomt bij iedere discipline verschilt.

Bij de medische hulpverleners is communicatie de belangrijkste reden. Bij politiemensen wordt de beleving van het kind als voornaamste reden genoemd en bij brandweer zien we het emotionele aspect voor de hulpverlener op de eerste plaats staan.

In dit deel van de vragenlijst werd eveneens bevraagd hoe vaak kinderen betrokken zijn bij interventies. Hier is een sterk verschil te merken tussen de disciplines. Hulpverleners bij de brandweer en de medische diensten geven aan dat er bij hun interventies beduidend minder kinderen betrokken zijn dan bij politiediensten of bij psychosociale hulpverleners.



Grafiek 1: In hoeveel % van de interventies komen kinderen voor

De deelnemer werd gevraagd om enkele situaties van interventies te beoordelen. Als de deelnemer ter plaatse zou komen bij een interventie waar iemand overleden is, werd er gevraagd om aan te duiden hoe zelfzeker men zou zijn.

Volgende situaties werden beschreven:

- Er zijn geen kinderen betrokken.
- Er kinderen met hun ouders als omstaander.
- Er zijn kinderen zonder ouders als omstaander.
- Er zijn kinderen lichtgewond, ouders aanwezig.
- Er zijn kinderen lichtgewond, ouders afwezig.
- Er zijn kinderen zwaargewond, ouders aanwezig.
- Er zijn kinderen zwaargewond, ouders afwezig.
- Er is een kind overleden.

We zien hierbij dat de gemiddelde zelfzekerheid bij alle disciplines afneemt naarmate het kind erger gewond is. De situaties waarbij de ouders aanwezig zijn scoren ook steeds wat hoger dan dezelfde situaties met de ouders afwezig.

Bij de medische discipline is eveneens een sterke daling te zien wanneer er een kind zonder begeleiding als omstaander is.

9.3.3. Opleiding en bijscholing

Het volgende deel in de vragenlijst bevroeg de hulpverlener of zijn of haar basisopleiding en bijscholingen er voor zorgde dat de hulpverlener zelfzeker interventies met kinderen zou aankunnen.

Onderstaande tabel geeft weer hoeveel deelnemers de gevolgde opleiding en bijscholing onvoldoende vinden.

Tabel 5: Is er genoeg aandacht voor kinderen in basisopleidingen en bijscholingen

Discipline (aantal deelnemers)	Is er voldoende aandacht voor in de basisopleiding? - ja	Is er voldoende aandacht voor in bijscholingen? - ja
Brandweer (34)	17%	5%
Medisch (110)	20%	20%
Multi (28)	25%	10%
Politie (62)	14%	11%
Psychosociaal (10)	50%	10%

Wanneer er gekeken wordt naar wat er volgens de deelnemers wel onderwezen wordt en waar er nog nood aan is komen volgende zaken aan bod:

- Artsen geven over het algemeen aan wel genoeg bijgeschoold te zijn, en in te staan voor hun eigen bijscholing.
- Medewerkers van de dienst slachtofferbejegening geven ook aan dat ze meer opgeleid en bijgeschoold zijn.
- Ambulanciers geven vaak aan dat, als er bijscholingen over kinderen gaan, dit over de medische zaken gaat. De psychologische impact op kinderen en hoe met hen te communiceren zou volgens de deelnemers amper aan bod komen.
- Bij brandweermannen wordt aangegeven dat opleidingen of bijscholingen over kinderen onbestaande zijn. Brandweermannen die ook ambulancier zijn geven aan via die weg nog wat informatie te krijgen.

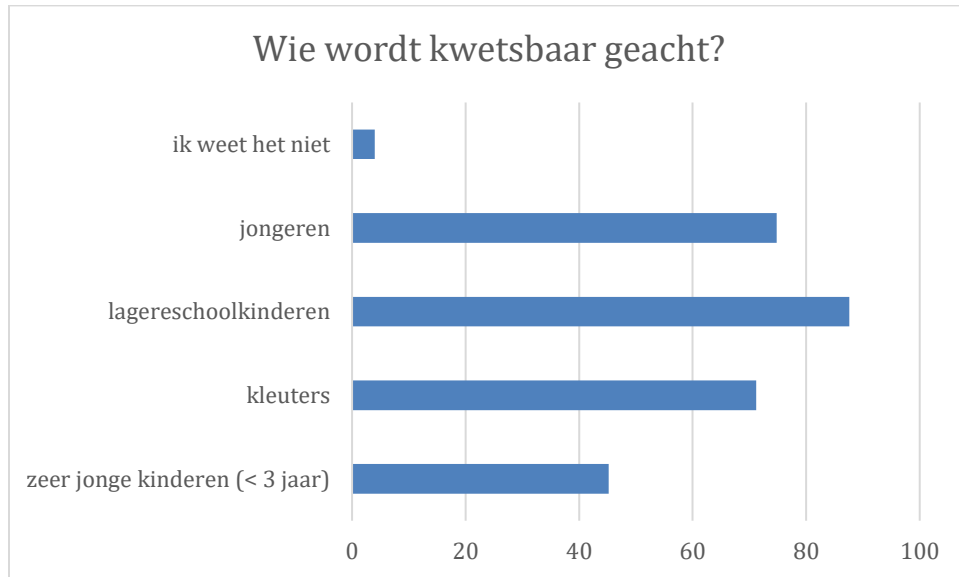
9.3.4. Kennis van psychologische hulp

Om de bestaande kennis van psychologische hulp te evalueren werd naar drie onderwerpen gepeild.

1. Kan de hulpverlener aangeven vanaf welke leeftijd kinderen vatbaar zijn voor een stressstoornis?
2. Kan de hulpverlener benoemen of een bepaald gedrag dat kinderen vertonen tijdens een schokkende gebeurtenis een aanleiding kan geven tot een stressstoornis?
3. Herkent de hulpverlener de begrippen ONVEE, DEF en PFA?

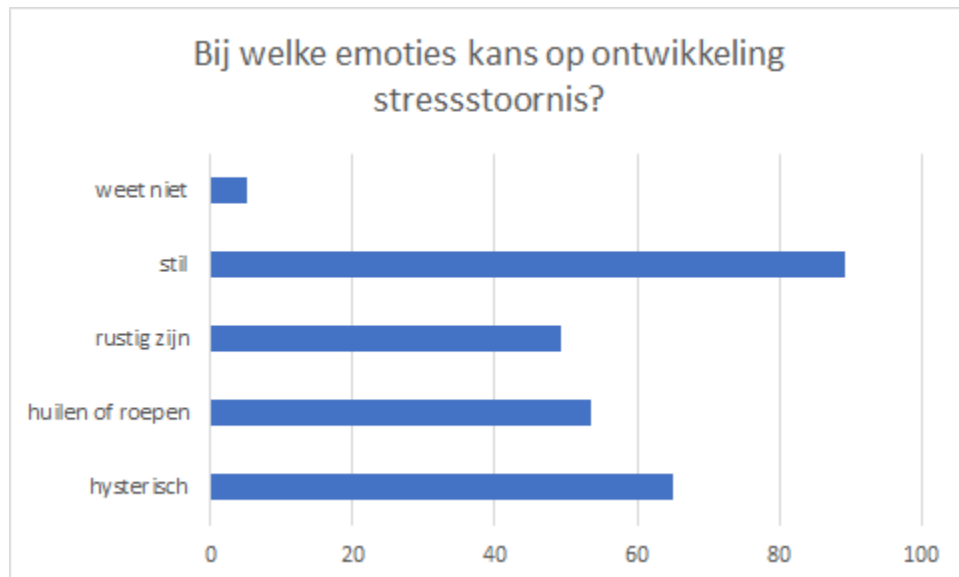
Wanneer we kijken naar welke leeftijdscategoriën als kwetsbaar geacht worden krijgen we volgende grafiek. Hierin is te zien dat lagereschoolkinderen over het algemeen als kwetsbaar

beschouwd worden. Zeer jonge kinderen, kleuters en zelfs jongeren worden als minder kwetsbaar gezien. Bij zeer jonge kinderen denkt amper 45% dat stressstoornissen kunnen optreden.



Grafiek 2: Welke leeftijden zijn kwetsbaar?

Op de vraag welke emoties kans geven op de ontwikkeling van een stressstoornis benoemd bijna 90% van de deelnemers stil en teruggetrokken kinderen. Kinderen die hysterisch zijn worden door 65% kwetsbaar geacht. Kinderen die huilen en kinderen die rustig zijn worden maar door de helft van de deelnemers als kwetsbaar gezien.



Grafiek 3: Bij welke emoties is er kans op de ontwikkeling van een stressstoornis?

In de literatuurstudie hebben we gezien dat de leeftijd en het getoonde gedrag op het moment van de gebeurtenis weinig invloed hebben op de ontwikkeling van een stressstoornis nadien. Alle gegeven opties in de antwoorden van de vragen zijn dus correct.

De correlatie tussen scores op wie is vatbaar en welk gedrag vertoond werd is 0,49. Er is dus een licht verband tussen de hoeveel juist gegeven antwoorden op de eerste vraag en op de tweede vraag.

De deelnemers konden ook aanduiden in welke mate ze reeds de begrippen ONVEE, PFA en DEF kenden.

Het overgrote deel van de deelnemers kenden de begrippen niet. Bij de psychosociale hulpverleners scoorde het kennen van de begrippen wel hoger.

In het open commentaarveld gaven brandweermannen aan dat ze via FiST kennis kregen over psychologisch welzijn. FiST is het Fire Stress Team. Zij zorgen voor de psychologische omkadering van brandweermannen die betrokken zijn bij uitzonderlijke, ingrijpende of schokkende interventies.

De DEF-methodiek, die ontwikkeld is om aan te sluiten bij de ABC-benaderingen door ambulanciers bleek door iedereen het minst gekend. Ook in de medische groep was er maar een klein aantal personen die aangaven dat ze minstens een werkkennis van het begrip hebben.

Tabel 6: Resultaten ONVEE, PFA en DEF gekendheid

	ONVEE	PFA	DEF
Brandweer			
Ken ik niet	63,89%	47,22%	75,00%
Ik ken de term vaag	13,89%	33,33%	16,67%
Ik heb een werkkennis van het begrip	13,89%	16,67%	8,33%
Ik ken het begrip zeer goed	8,33%	2,78%	0%
Medisch			
Ken ik niet	69,09%	47,71%	69,72%
Ik ken de term vaag	16,36%	24,77%	21,10%
Ik heb een werkkennis van het begrip	8,18%	22,94%	8,26%
Ik ken het begrip zeer goed	6,36%	4,59%	0,92%
Multi			
Ken ik niet	55,56%	29,63%	59,26%
Ik ken de term vaag	14,81%	33,33%	25,93%
Ik heb een werkkennis van het begrip	11,11%	25,93%	11,11%
Ik ken het begrip zeer goed	18,52%	11,11%	3,70%
Politie			
Ken ik niet	69,84%	69,84%	74,60%
Ik ken de term vaag	11,11%	20,63%	20,63%
Ik heb een werkkennis van het begrip	14,29%	6,35%	1,59%
Ik ken het begrip zeer goed	4,76%	3,17%	3,17%
Psychosociale hulpverlener			
Ken ik niet	18,18%	18,18%	54,55%
Ik ken de term vaag	18,18%	45,45%	36,36%
Ik heb een werkkennis van het begrip	36,36%	27,27%	9,09%
Ik ken het begrip zeer goed	27,27%	9,09%	0%

9.3.5. Omgaan met kinderen in noodsituaties

In het laatste hoofdstuk van de vragenlijst konden hulpverleners reeds aangeven welke acties zij nu reeds ondernemen wanneer er kinderen bij betrokken zijn.

Hierbij zien we dat “communiceren op de hoogte van het kind”, “het kind niet alleen laten”, “jezelf voorstellen” en “taalgebruik aanpassen” door alle groepen hulpverleners aangeduid worden als “ik doe dit altijd” of “regelmatig”.

“Doorverwijzen naar gespecialiseerde verdere hulp” en “een pluche knuffel” gebruiken wordt minder vaak aangeduid.

In de vrije opmerkingen wordt enkele keren vermeld dat het gebruik van de pluche knuffels bekend is geraakt via het ZEBRA-project. Anderen gaven aan dat ze dit in het buitenland gezien hebben. In 2006 werd door ZEBRA, bondgenoot van kinderen op de weg, en het Levenslijn Kinderfonds een knuffel-project uitgebracht. In dit project werden interventiediensten warm gemaakt om extra aandacht te besteden aan kinderen die betrokken waren bij, of getuige waren van, een verkeersongeval.



Figuur 5: Zeppe de zebra

Enerzijds werden er pluche knuffels aangeboden (Zeppe de Zebra) en anderzijds werden er in samenwerking met het CAW vormingen aangeboden aan hulpverleners om hen extra handvaten aan te reiken over hoe om te gaan met kinderen bij een verkeersongeval.

In 2007 kwam er vanuit de overheden ook meer aandacht voor kinderen bij verkeersongevallen. Dit resulteerde onder andere in de oprichting van Rondpunt vzw in 2011. Zij hebben als doelstelling om te ijveren voor een goede opvang van alle (in)direct betrokkenen bij een verkeersongeval. Daarnaast sensibiliseren ze voor een veiliger verkeer. De knuffelactie werd onder Rondpunt vzw verder gezet.

Na onder andere een grote hervorming bij het CAW verwaterde ook het aanbod van de opleidingen en kwam heel het project op een laag pitje te staan.

In het najaar van 2021 start echter een nieuw pilootproject om de knuffelactie nieuw leven in te blazen. Vijf politiezones doorheen Vlaanderen en één spoeddienst van een ziekenhuis zullen in dit pilootproject de nieuwe knuffel krijgen en zal het opleidingsaanbod uitgewerkt worden.

In het kader van deze nieuwe start werd door Rondpunt vzw zelf een bevraging gedaan van de interventiediensten waarmee zij vroeger ook reeds samenwerkten. Zij gaven aan vooral reactie te krijgen van politiediensten, zowel voor de slachtofferbejegenaars als voor de interventiediensten. Bij brandweer gaven zij aan moeilijker contact te krijgen. Verdere contacten gaven aan dat de brandweerdiensten enerzijds minder nood hebben aan een pluche knuffel omwille van hun nadruk op levensreddende handelingen en anderzijds omdat enkele brandweerkorpsen al zelf voorzien in pluche knuffels.

Op het moment van het schrijven van dit eindwerk werd nog invulling gegeven aan het pilootproject. Zo had ook het infomoment en de vorming nog geen definitieve inhoud gekregen.

Op feedback die vanuit de betrokken interventiediensten kwam moet de vorming nog samengesteld worden. Er werd wel reeds gedacht aan een “train the trainer”-principe, informatie over hoe kinderen verkeersongevallen verwerken en concrete tips voor hulpverleners voor het contact met het kind aan de hand van casussen en rollenspelen.

Via een feedbackformulier en een terugkoment kan de inhoud van de opleiding dan nog bijgesteld worden.

10. Conclusies

Kinderen zijn een kwetsbare groep binnen de maatschappij. Hun in ontwikkeling zijnde mentale gestel zorgt ervoor dat ze kwetsbaar zijn voor de psychologische gevolgen van een schokkende gebeurtenis. Studies uit andere landen wijzen erop dat een groot aantal kinderen voor de leeftijd van 18 één of enkele traumatische gebeurtenissen meemaakt. Als gevolg daarvan bestaat er niet enkel een risico op de posttraumatische stressstoornis maar is er ook een groter risico op andere psychopathologische gedragingen. Het voorkomen van het developmental trauma disorder wordt nu onderzocht.

In België bestaat 20% van de bevolking uit kinderen. De kans dat kinderen betrokken raken in schokkende gebeurtenissen is dus zeer groot. Natuurrampen, auto-ongevallen, branden maar ook zaken zoals intrafamiliaal of seksueel geweld kunnen een diepe impact nalaten op kinderen.

Bij kinderen is het ontwikkelen van symptomen van PTSS niet enkel gelinkt aan het meemaken van de gebeurtenis, maar ook aan hun beleving ervan. Als hulpverleners op dit punt een verschil kunnen maken, en de gebeurtenis minder bedreigend kunnen laten overkomen naar kinderen, dan kan er hopelijk sprake zijn van minder psychologische gevolgen.

Het vraagt echter tijd en opleiding om hulpverleners hier in op te leiden. Uit de resultaten van de vragenlijst blijkt dat veel hulpverleners nu al zelf bezig zijn met wat te doen als er een kind bij een interventie betrokken is. Wat ze juist doen halen ze vooral uit gebeurtenissen in hun privéleven of uit ervaring uit andere interventies. Uit de vragenlijst blijkt dat hulpverleners bezorgd zijn over hoe ze kinderen kunnen onttrekken aan een schokkende gebeurtenis maar niet goed weten hoe.

Er kan hierbij een grote winst gemaakt worden op het terrein van kinderen te betrekken bij de gebeurtenis in plaats van hen volledig te willen afschermen. Wat kinderen niet weten gaan ze zelf invullen, en fantasie kan erger zijn dan de realiteit.

Net zoals de internationale studie heb ik kunnen vaststellen dat er een grote vraag is bij hulpverleners van de verschillende disciplines over hoe om te gaan met kinderen bij interventies. Meer kennis kan de hulpverleners ook zelfzekerder maken in hun functie.

Tijdens de interventie vraagt dit natuurlijk wel tijd, iets wat niet bij iedere interventie voor handen is. De Duitse aanpak van een extra, hiervoor speciaal opgeleide, ploeg hulpverleners ter plaatse te sturen kan in overweging genomen worden om de extra opdracht niet bij de reeds bestaande hulpdiensten te leggen.

Wanneer dagdagelijkse interventies al een uitdaging vormen, dan zullen rampen dit zeker zijn. Tussen het MIP en het PSIP zit er een grijze zone van wie de opvang van de niet gekwetsten op het rampterrein voor zijn rekening neemt. Er wordt zowel gewezen naar de lokale actoren van het PSIP als naar de eerste aanwezige medische ploegen. Ook hier kan de Duitse aanpak als inspiratie dienen om deze taak toe te wijzen aan speciaal hiervoor opgeleide hulpverleners. Zo kan er een continuum of care uitgewerkt worden zoals de medische keten.

Meer aandacht voor psychosociaal welzijn en de aanwezigheid van kinderen verwerken in opleidingen, kwetsbare groepen durven benoemen in de noodplannen en de opvang van kinderen (maar ook andere getroffen) op bij moeilijke interventies uitklaren zorgt voor zekerheid bij de hulpverleners en een beter toekomstperspectief bij kinderen. Een overduidelijke win-win.

11. Beperkingen van het werk en suggesties voor verder onderzoek

Veel van de onderzoeken die vermeld zijn in de literatuurstudie, merken de beperking op dat de nood aan richtlijnen, of de richtlijnen zelf, zijn opgemaakt uit de consensus dat kinderen een kwetsbare groep vormen.

Het blijft echter onduidelijk welke methodologie welke impact heeft op het psychologisch herstel van kinderen. De studies die gedaan zijn, zijn meestal gebaseerd op kleine groepen kinderen tijdens verschillende fases in hun herstel. De effectiviteit meten van bijvoorbeeld PFA op het terrein tijdens een ramp is bijna onmogelijk.

Daarmee blijft het in zekere mate onduidelijk welke rol hulpverleners hebben in het psychologisch herstel.

Verder onderzoek naar de aandacht van deze hulpverleners voor psychosociaal welzijn en het effect (positief of negatief) voor het kind blijft nodig maar is niet evident gezien de doelgroep. Er zijn internationaal wel enkele studies die de aanwezigheid van PTSS bij de bevolking meten. Deze waarden vergelijken met het bestaande aanbod van psychologische hulp kan verder uitgebreid worden. Het staat echter wel buiten discussie dat kinderen een kwetsbare groep vormen en dat niets doen geen optie is.

Op basis van de doorgenomen literatuur en de resultaten van mijn enquête heb ik drie suggesties voor verder onderzoek.

1. Is er een correlatie tussen de nationale aanwezigheid van stressstoornissen en het aanbod van psychologische hulp bij interventies?
2. Is het een meerwaarde voor de Belgische hulpverlening om de psychosociale aanpak van Duitsland over te nemen?
3. Wat ontbreekt in het huidige aanbod van opleidingen voor hulpverleners aan kennis van psychosociale hulpverlening?

12. Beleidsadvies

Op basis van de verworven informatie voor het schrijven van dit eindwerk zou ik volgend advies willen formuleren aan beleidsmakers en verantwoordelijken binnen de verschillende hulpdiensten:

- Benoem kinderen als kwetsbare groep in de nood-en interventieplannen.
- Verduidelijk de taakverdeling tussen het MIP en het PSIP over de opvang van de niet gewonden.
- Werk een vormingsaanbod uit over hoe om te gaan met kinderen op het interventie terrein.
- Betrek psychologen en experts bij het opmaken van opleidingen en bijscholen voor de hulpverleners van de interventiediensten.

Ongevallen of rampen met een grote aanwezigheid van kinderen zijn realistisch. Hulpverleners moeten hierop voorbereid zijn. Daarom is het noodzakelijk dat psychosociale hulp, zowel preventief en als nazorg, voorzien is.

Ik hoop dat de inzichten in mijn scriptie hiertoe een aanzet mogen zijn.

13. Literatuurlijst

- Alicic, E., Hoysted, C., Kassam-Adams, N., Landolt, M., Curtis, S., Kharbanda, A., . . . Babl, F. E. (2016). Psychosocial Care for Injured Children: Worldwide Survey among Hospital Emergency Department Staff. *The Journal of Pediatrics*, 227-233.
- Alicic, E., Tyler, M. P., Giummarra, M. J., Kassam-Adams, R., Gouweloos, J., Landolt, M. A., & Kassam-Adams, N. (2017). Trauma-informed care for children in the ambulance: international survey among pre-hospital providers. *European Journal of Psychotraumatology*, 8:1.
- Boom uitgevers Amsterdam. (sd). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®)*. Opgeroepen op maart 2021, van DSM 5 online: www.dsm5online.nl
- Brymer, M., Jacobs, A., Laynce, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., . . . Watson, P. (2006). *Psychological First Aid, Field Operations Guide, 2nd edition*. Verenigde Staten van Amerika: National Child Traumatic Stress Network.
- Center for Pediatric Traumatic Stress. (sd). *Basics of trauma-informed care*. Opgehaald van www.healthcaretoolbox.org
- Centre for Disease Control and Prevention. (2021). *Caring for Children in a Disaster*. Opgehaald van www.cdc.gov/childrenindisasters
- De Soir, E. (2006). Het CRASH-model voor psychosociale interventie bij calamiteiten en rampen. Preventie van psychosociale trauma's bij calamiteiten en rampen: een terugblik op de beleving van slachtoffers van de Switelbrand.
- Departement Onderwijs, Veiligheid en Jeugd. (z.d.). Kindvriendelijk Interventie Document "KID". Antwerpen: Provincie Antwerpen.
- Emergency Preparedness Division. (2009). NHS Emergency Planning Guidance. Planning for the psychosocial and mental health care of people affected by major incidents and disasters: Iterim national strategic guidance. Verenigd Koninkrijk: Department of Health.
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2016). *Hulpverlener-ambulancier: informatie over de opleiding*. Opgehaald van <https://www.health.belgium.be/nl/hulpverlener-ambulancier-informatie-over-de-opleiding>
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2017). *Het Psychosociaal Interventieplan*. Opgehaald van <https://www.health.belgium.be/nl/het-psychosociaal-interventieplan>
- Hansen, P. (2018). PFA for children, training in psychological first aid. Kopenhagen, Denemarken: IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.
- Karutz, H. (2020). *Kind und Katastrophe (KIKAT)*. Opgehaald van www.kikat.de
- Kassam-Adams, N. (2014). Design, delivery, and evaluation of early interventions for children exposed to acute trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 5:1, 22757, DOI 10.3402/ejpt.v5.22757.
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., . . . Teng, J. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry*, 247-256.
- Lueger-Schuster, B. (2008). *Psychological First Aid: Curriculum for early intervention strategies after traumatization*. Universiteit van Wenen.

- Nordén, C., Hult, K., & Engström, A. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: a difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing*, 75-80.
- Punamäki, R.-L., Peltonen, K., & Palosaari, E. (2008). Development and interventions among trauma-affected children and families. The European Network for Traumatic Stress Training & Practice.
- Rode Kruis-Vlaanderen Dringende Sociale Interventie. (2015). Kinderen en schokkende gebeurtenissen. Tips voor hulpverleners. Mechelen: Rode Kruis-Vlaanderen.
- Rode Kruis-Vlaanderen DSI. (2006). Opvang van kinderen in rampomstandigheden. Rode Kruis-Vlaanderen.
- Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. (2005). Kinderen, slachtoffer van een schokkende gebeurtenis. Brussel: administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Weisaeth, L., & Beverley, R. (2017). *Textbook of disaster psychiatry, second edition*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- van Der Kolk, B., Ford, J. D., & Spinazozola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*. doi:10.1080/20008198.2018.1562841
- Verlinden, E., Schippers, M., Van Meijel, E. P., Beer, R., Opmeer, B. C., Olf, M., . . . Lindauer, R. J. (2013). What makes a life event traumatic for a child? The predictive values of DSM-Criteria A1 en A2. *European Journal of Psychotraumatology*, 4:1.
- World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. (2011). Psychological first aid: guide for field workers. Genève: WHO.

14. Lijst met figuren

Figuur 1: onderverdeling van een rampgebied	14
Figuur 2: Verpleegkundige en baby in Italië tijdens de coronacrisis.....	20
Figuur 3: Psychosoziale Notfallversorgung.....	29
Figuur 4: visuele vormgeving van het CRASH-model.....	37
Figuur 5: Zeppe de zebra	57

15. Lijst met tabellen

Tabel 1: Voorkomen van PTSS bij kinderen in verschillende situaties.....	23
Tabel 2: reacties van kinderen per leeftijd.....	25
Tabel 3: aantal deelnemers aan de vragenlijst	50
Tabel 4: Redenen van complexiteit bij interventies met kinderen.....	52
Tabel 5: Is er genoeg aandacht voor kinderen in basisopleidingen en bijscholingen	54
Tabel 6: Resultaten ONVEE, PFA en DEF gekendheid.....	56

16. Lijst met grafieken

Grafiek 1: In hoeveel % van de interventies komen kinderen voor.....	53
Grafiek 2: Welke leeftijden zijn kwetsbaar?.....	55
Grafiek 3: Bij welke emoties is er kans op de ontwikkeling van een stressstoornis?.....	55

17. Bijlage 1: de enquête

Vragenlijst "kinderen in noodsituaties"

Beste hulpverlener,

Hartelijk dank voor uw interesse om deze korte vragenlijst te willen invullen.

Deze vragenlijst is opgemaakt in het kader van mijn eindwerk voor het postgraduaat rampenmanagement. Het doel van het onderzoek is om na te gaan hoe hulpverleners omgaan met interventies waar kinderen bij betrokken zijn. Er wordt gepeild naar uw functie en ervaring, naar eventuele opleidingen betreffende dit onderwerp en wat u reeds doet wanneer kinderen betrokken zijn.

Het onderzoek heeft betrekking op interventies op het terrein. Wat er gebeurt eens aangekomen in het hospitaal of het commissariaat valt buiten de scope van deze enquête.

Indien u graag uw ervaringen wilt delen, maar u voelt zich ongemakkelijk bij het invullen van deze enquête, dan kan u op het einde uw contactgegevens ingeven en dan neem ik persoonlijk contact met u op.

Hoe meer hulpverleners antwoorden, hoe beter de resultaten geïnterpreteerd kunnen worden. U mag deze enquête gerust doorsturen naar collega-hulpverleners.

De gegevens verworven in deze enquête worden gegeneraliseerd en anoniem verwerkt.

Alvast bedankt!

Dieter Kinoo

info@kindereninnoodsituaties.be

*Vereist

1. 1) Wat is uw functie? *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- Brandweer - basiskader
- Brandweer - middenkader
- Brandweer - hoger kader
- Medisch - hulpverlener kruisvereniging
- Medisch - SIT
- Medisch - Ambulancier
- Medisch - Verpleegkundige
- Medisch - Arts
- Politie - basiskader
- Politie - middenkader
- Politie - hoger kader
- Psychosociale hulpverlener - PSH
- Psychosociale hulpverlener - DSI

Anders: _____

2. 2) Geslacht

Markeer slechts één ovaal.

- M
- V
- X

3. 3) In welke provincie bent u hulpverlener?

Markeer slechts één ovaal.

- Antwerpen
- Oost-Vlaanderen
- West-Vlaanderen
- Limburg
- Vlaams-Brabant

4. 4) Hebt u zelf kinderen jonger dan 17?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
 Nee

Interventies

5. 5) Hoe regelmatig zijn er kinderen betrokken bij uw interventies?

Markeer slechts één ovaal.

- Dagelijks
 Wekelijks
 Maandelijks
 Jaarlijks
 Zelden

6. 6) In hoeveel procent van uw interventies zijn kinderen betrokken?

Markeer slechts één ovaal.

- minder dan 20%
 tussen 20 en 40%
 tussen 40 en 60%
 tussen 60 en 80%
 meer dan 80%

7. 7) Maakt de aanwezigheid van kinderen een interventie complexer?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
 Neen

8. 8) Indien ja, welk aspect van de interventie wordt dan complexer en waarom?

9. 9) U komt ter plaatse bij een interventie waar een slachtoffer overleden is. In welke mate bent u zelfverzekerd als onderstaande situaties zich daar voor doen?

Markeer slechts één ovaal per rij.

	Helemaal niet zelfverzekerd	Minder zelfverzekerd	Gemiddeld	Zeer zelfverzekerd
Er zijn geen kinderen betrokken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn kinderen met hun ouder(s) als omstaander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn kinderen zonder begeleiding als omstaander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn kinderen licht gewond (ouders aanwezig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn kinderen licht gewond (ouders afwezig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn kinderen zwaar gewond (ouders aanwezig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn kinderen zwaar gewond (ouders afwezig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn kinderen overleden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Opleiding
en
bijscholing**

In dit onderdeel is er sprake van basisopleidingen en bijscholingen. De basisopleiding is de opleiding die u verplicht diende te volgen om uw huidige functie te kunnen uitvoeren. Bijscholingen zijn alle opleidingen die u daarna binnen uw organisatie kon volgen voor uw huidige functie.

10. 10) Was er in uw basisopleiding genoeg aandacht voor kinderen in noodsituaties om u in uw huidige functie dergelijke interventies zelfverzekerd aan te kunnen?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
 Neen

11. 11) Krijgt u naar uw mening genoeg bijscholingen over hoe om te gaan met kinderen tijdens een interventie?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
 Neen

12. 12) Hoe lang is het geleden dat u een bijscholing gekregen hebt over kinderen bij een schokkende gebeurtenis?

13. 13) Welke onderwerpen komen in deze opleidingen of bijscholingen voldoende aan bod? Zijn er onderwerpen die niet of minder aan bod komen maar wel relevant zouden zijn voor uw functie?

14. 14) Zijn er andere plekken buiten uw organisatie waar u ervaring hebt opgedaan over hoe om te gaan met kinderen in noodsituaties?

Kennis van
psychologische
hulp

In onderstaand deel peilen we even naar uw (voor)kennis over stressstoornissen bij kinderen ten gevolge van noodsituaties. Een stressstoornis is een verandering in gedrag ten gevolge van een schokkende gebeurtenis en dit zowel op korte als op lange termijn (meer angst, nachtmerries, terugval in gedrag)

15. 15) Wie is volgens u kwetsbaar voor het ontwikkelen van stressstoornissen ten gevolge van een schokkende gebeurtenis? (meerdere antwoorden mogelijk)

Vink alle toepasselijke opties aan.

- Zeer jonge kinderen (tot 3 jaar)
 Kleuters
 Lagereschoolkinderen
 Jongeren
 Ik weet het niet

16. 16) Hieronder staan enkele manieren waarop kinderen kunnen reageren tijdens of na een schokkende gebeurtenis. Bij welke van deze emoties is er volgens u kans op de ontwikkeling van een stressstoornis? (meerdere antwoorden mogelijk)

Vink alle toepasselijke opties aan.

- Hysterisch zijn.
 Huilen of roepen.
 Rustig zijn en instructies volgen.
 Stil of teruggetrokken zijn.
 Ik weet het niet.

17. 17) In welke mate kent u onderstaande begrippen?

Markeer slechts één ovaal per rij.

	Ken ik niet	Ik ken de term vaag	Ik heb een werkkennis van het begrip	Ik ken het begrip zeer goed
ONVEE (Onmiddellijkheid - Nabijheid - Verwachtingen - Eenvoud - Eenheid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PFA (Psychological first aid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEF-protocol (Distress-emotion-family)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. 18) Indien u graag extra duiding wenst te geven bij uw antwoorden, dan kan dit hier.

Omgaan met kinderen in noodsituaties

In dit laatste deel bekijken we in welke mate u uw gedrag aanpast aan kinderen in een noodsituatie.

19. 19) Wat is voor u het meest toepasselijk bij elk van onderstaande acties?

Markeer slechts één ovaal per rij.

	Dit is niet mijn taak	Ik doe dit nooit	Ik doe dit soms	Ik doe dit regelmatig	Ik doe dit altijd
Het taalgebruik aanpassen aan de leeftijd van het kind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ervoor zorgen dat ik op ooghoogte van het kind communiceer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voor een rustige en veilige omgeving zorgen voor het kind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het kind niet alleen laten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actief luisteren wat het kind te zeggen heeft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het kind kalmeren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jezelf voorstellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doorverwijzen naar gespecialiseerde psychologische hulp indien nodig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een pluche knuffel gebruiken om het ijs te breken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. 20) Kan u kort toelichten waarom u bepaalde acties onderneemt? Is dit aangeleerd in een opleiding of is dit ervaring uit uw privéleven?

21. Indien u liever persoonlijk over het onderwerp spreekt, kan u hier uw contactgegevens invullen en dan neem ik contact met u op.

Deze content is niet gemaakt of goedgekeurd door Google.

Google Formulieren

