



Uitbouw van een psychosociaal traject voor nazorg bij collectieve urgenties op basis van psychologische triage

Erik De Soir

Defensie, Koninklijk hoger instituut voor defensie

Departement Wetenschappelijk en Technologisch Onderzoek

(De wetenschappelijke analyse van de auteur stemt niet noodzakelijk

overeen met het officieel standpunt van Defensie of andere publieke overheden)



Het helen en herstellen van een schokervaring zoals mensen die kunnen oplopen tijdens een calamiteit of een collectieve urgentie is als een ingewikkelde puzzel die terug aaneen te leggen is. Alléén is dat zeer moeilijk. Niemand maakt immers élk aspect van zo een situatie mee. De doorwerking van een collectieve urgentie is dus per definitie een gemeenschappelijk proces waarbij de getroffen en maximaal moeten gestimuleerd worden in het zelfredzaam en veerkrachtig omgaan met hun ervaringen.

De acute psychologische beleving van een collectieve urgentie is er meestal één van extreme machteloosheid en verlies aan controle. Dit controleverlies beïnvloedt vaak ook de manier waarop de getroffen en zich na de gebeurtenis zullen gedragen. Onmiddellijk erna kunnen ze zich niet voorstellen dat ze ooit nog zullen herstellen van deze klap. De overweldiging en de ervaren overmacht hebben de neiging de getroffen en in een eerder passieve slachtofferrol te duwen. Dit is een probleem aangezien de gestructureerde psychosociale hulpverlening veelal reactief optreedt; dit wil zeggen, reagerend op een inmiddels vastgelopen problematiek.

Getroffen en van schokervaringen moeten proactief worden benaderd: hulp moet worden aangeboden aangezien de getroffen en meestal de neiging hebben om in een hoekje te kruipen. Psychosociale hulpverlening geschiedt dus best ook vanuit een preventieve ingesteldheid: getroffen en worden bijgestaan in de eerste ogenblikken, omkaderd bij de oplossing van praktische problemen en geholpen bij de doorwerking van de nare gebeurtenis, in de hoop dat hierdoor hun problemen zich niet verder ontwikkelen tot chronische restletsels.

De potentieel traumatiserende impact zal in vele gevallen een plotse, onverwachte omwringing van de werk- en/of levenssituatie van

een hele gemeenschap met zich meebrengen. Niets zal er in de getroffen gemeenschap of in het rampengebied nog hetzelfde uitzien. Indien een volledige regio werd getroffen door een rampensituatie, zoals vaak het geval is bij een natuurramp, dan zal de continuïteit van het leven nog voor erg lange tijd verbroken zijn. In sommige gevallen werd een levendige gemeenschap of een gelukkige gebeurtenis, zoals bijvoorbeeld het Pukkelpop festival in augustus 2011, eensklaps getransformeerd in een hel waarin dood en verwonding de bovenhand haalden. Bij velen verdwijnt de illusie van onkwetsbaarheid, evenals talrijke andere zekerheden uit het leven, in één klap en blijft alleen een mengeling van onmacht, ongeloof, ontredding, ruptuur, schuld, schaamte, angst, woede en onzekerheid over.

Sociale steun en het sociaal delen van emoties is in dit soort omstandigheden erg belangrijk voor de getroffen en. Dit sociaal delen en het in groep aanpakken van de calamiteit of de ramp zal de enige manier zijn om het gebeuren door te werken.

Psychosociale hulpverlening bij collectieve urgenties is dus in essentie het katalyseren van de spontane copingmechanismen aan de hand van dewelke mensen rampspoed te boven komen en zich in de getroffen gemeenschap herorganiseren.

HET PSYCHOSOCIAAL INTERVENTIEPLAN (PSIP)

Het beheer van de psychosociale crisis, na een collectieve urgentie, is een behoedzaam en stapsgewijs gebeuren. De ondersteunende maatregelen moeten deel uitmaken van een holistisch model voor primaire, secundaire en tertiaire preventie van psychosociale trauma's. Het is nodig om te beschikken over een vast afgelijnd draaiboek voor het initiëren, het implementeren en het opvolgen van crisispsychologische interventies bij de getroffen en. In België legde de auteur van dit artikel de eerste hand aan een dergelijk draaiboek in 1993.

Sedertdien werd het Psychosociaal Interventieplan (PSIP) verder verfijnd en officieel ingevoerd via het KB op de nood- en interventieplanning van 16 februari 2006. Bijgevolg voorziet de regelgeving dat de psychosociale hulp wordt gecoördineerd door psychosociale managers die in functie van de ernst en de schaal van de ramp afhangen van het gemeentelijk, het provinciaal of het federaal niveau.

Op de website van de Federale Overheidsdienst voor Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu kan gerichte informatie omtrent de psychosociale hulpverlening

bij collectieve urgenties worden teruggevonden. Momenteel voorziet deze website reeds een rubriek Gezondheidszorg. Deze rubriek leidt tot een andere rubriek Gezondheidsmonitoring met daaronder de rubrieken Intervenianten, Noodplannen en Logistieke middelen.

Het *Psychosociaal Interventieplan* (PSIP) is opgenomen onder de rubriek Noodplannen. In de realiteit is het echter vaak niet zo heel erg duidelijk wie er tijdens collectieve urgenties precies wat moet doen en voor welke doelgroepen. De tendens bestaat om, na een acute fase die vanuit het federale niveau gecoördineerd wordt, zo snel als mogelijk terug te vallen op de lokale psychosociale hulpverlening die vaak bestaat uit hulpverleners die slechts een beperkte opleiding en ervaring hebben in het omgaan met rampensituaties en/of de psychotraumatische gevolgen ervan.

In principe is het voorzien dat er per provincie een Psychosociaal Manager (PSM), als adjunct van de Gezondheidsinspecteur, aan het werk is. Het recente busongeval in Zwitserland toonde echter pijnlijk snel aan dat er momenteel geen PSM voor de provincie Limburg is. De PSM staat in voor de coördinatie van de psychosociale zorg aan slachtoffers van collectieve urgenties. De bedoeling is ook om de slachtoffers zoveel mogelijk informatie te geven – zoals onder andere een brochure 'Hoe omgaan met een schokkende gebeurtenis?' – over de beschikbare hulpbronnen in de nasleep van de collectieve urgentie (voorbeeldbrochures op: <http://www.fist.be/pf/nlpfoo.htm>). De bedoeling is om ervoor te zorgen dat getroffen zelf niet alleen op zoek moeten naar hulp en informatie in het kluwen van beschikbare diensten.

De uitdaging van de psychosociale ondersteuning na collectieve urgenties is de uitwerking van een psychosociale hulpmaat – een *evidence-based standard of care* – die vanuit het rechtsprincipe van de goede huisvader aan alle getroffen zou moeten worden aangeboden. Een systematische, in de tijd gestructureerde, uniforme en proactieve hulpverlening, uitgewerkt op maat van de getroffen doelgroep en in functie van de leedrangorde van de getroffen. In bepaalde gevallen is dat echter moeilijk op basis van de diversiteit in de hulpverlening. In de nasleep van de busramp in Sierre (13 maart 2012) ontstonden zoveel aparte dynamieken en parallelle processen, aanleiding gevend tot grote verschillen met betrekking tot de hulp aan de betrokken scholen, dat bezwaarlijk nog kon gesproken worden van geïntegreerde actie.

Volgens de visie van de FOD Volksgezondheid behoort de psychosociale hulp aan rampengetroffenen, in het kader van het Psychosociaal

Interventieplan, tot de medisch-sanitaire discipline. Deze keuze is betwistbaar. De psychosociale discipline zou best een aparte discipline zijn, evenwaardig aan de andere rampdisciplines, geleid door een federale psychosociale manager met een duidelijke bevoegdheid over de verschillende ministeriële departementen heen.

PSYCHOLOGISCHE TRIAGE EN DE PSYCHOSOCIALE MANAGERS

Om het Psychosociaal Interventieplan concreet te laten functioneren en aan pre-incident planning te doen, stelde de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu voor elke provincie een Psychosociaal Manager (PSM) aan.

De taken van de PSM zijn enerzijds preventief, anderzijds operationeel. In eerste instantie bouwt de PSM, als voorbereiding op tijden van rampspoed en collectieve urgentie, preventief een psychosociaal netwerk uit op basis van de bestaande psychosociale diensten in de betrokken regio. In tijden van crisis zou dit netwerk kunnen fungeren als een lokaal acquisitienetwerk in dienst van de PSM die stuurt. Het probleem is hierbij in het verleden steeds geweest dat een PSM ambtshalve coördineert, maar zelf geen middelen aanbrengt en aldus vooral de middelen van andere partijen moet zien te (helpen) beheren. Bovendien zijn dergelijke multidisciplinaire netwerken van psychosociale hulpverleners niet in alle provincies even goed uitgebouwd en opgeleid.

Indien een regio getroffen wordt door een calamiteit of een collectieve urgentie, coördineert de PSM de psychosociale zorg aan de getroffen op basis van een draaiboek dat op maat van de provincie werd uitgewerkt. In principe heeft elke rampenambtenaar in België een kopij van dit draaiboek gekregen.

De PSM is de geprivilegieerde raadgever van de Federaal Gezondheidsinspecteur (FGI) - en van de Gouverneur bij afkondiging van een provinciaal rampenplan – met betrekking tot het psychosociale luik in de rampenplanning. De uitbouw van een psychosociaal netwerk gaat van sensibilisering van de psychosociale diensten tot het uitwerken een draaiboek. De centra voor algemeen welzijnswerk (www.caw.be) en de centra voor geestelijke gezondheid zijn een belangrijke actor binnen het PSIP wat tot het draaiboek voor samenwerking bij rampen heeft geleid. Andere belangrijke actoren binnen het PSIP zijn onder andere de dienst Dringende Sociale Interventie van het Rode Kruis Vlaanderen (DSI), de diensten voor slachtofferbejegening van de politie,



de dienst slachtofferonthaal van de parketten en Fire Stress Team (zie www.fist.be).

Op het niveau van de provincies is de PSM eveneens de federale vertegenwoordiger voor wat betreft het psychosociale luik in de provinciale rampenplannen. Op basis van een schrijven van de Minister van Volksgezondheid aan de Gouverneurs in oktober 2003, werd het PSIP integraal opgenomen in het Algemeen Provinciaal Rampenplan onder Discipline 2 naast het Medisch Interventieplan (MIP).

Het PSIP beoogt het herstel van het psychosociaal evenwicht bij de diverse getroffen van calamiteiten en collectieve urgenties. Dit impliceert zowel de activatie van de ondersteunende acties, als de coördinatie ervan ten aanzien van zowel de directe getroffen - gewonden, niet-gewonden, hulpverleners of getuigen - als de indirect getroffen – zoals familieleden, vrienden, burens of collega's. Na alarmering van de PSM moet de beschikbare informatie wederzijds uitgewisseld worden tussen de psychosociale manager, de federale gezondheidsinspecteur en de dienst Dringende Sociale Interventie.

Op basis van een achtstappenplan maakt de PSM een Post-crisis Balans (PCB) op: dit is een eerste analyse van de doelgroepen, de impact en de behoeften, alsook de urgentiegraad en de beschikbare hulpbronnen. Indien verdere ontplooiing van het PSIP nodig blijkt te zijn, roept de PSM een Psychosociaal Coördinatiecomité (PSCC) samen waarin, in samenspraak met de relevante psychosociale actoren, collectieve acties kunnen worden georganiseerd



en gecoördineerd. Recente rampensituaties toonden aan dat een snelle bijeenkomst van het PSCC, soms al meteen de dag na de ramp zoals naar aanleiding van Puppelpop 2011, cruciaal is voor een snelle en gecoördineerde psychosociale ondersteuning van de diverse categorieën getroffen. Ander voorbeeld: enkele uren nadat de Basisschool 't Stekske in Lommel Kolonie op de hoogte was gebracht van het dramatische ongeval met achtentwintig doden, stroomden vanuit de hele provincie Limburg hulpverleners naar de school, maar niemand had écht het mandaat om deze hulpverleners in hun actie te coördineren.

In de dagen volgend op de collectieve urgentie volgen dan gebedswakes, optochten, rituele momenten van herdenking, informatievergaderingen voor de getroffen, enzovoort. Het versturen van een informatiebrochure 'Hoe omgaan met een schokkende gebeurtenis?', de opening van een meeting place en het organiseren van herdenkingsmuur of –plaats zijn eveneens steeds terugkerende activiteiten die best goed ondersteund worden.

DE INHOUD VAN PSYCHOSOCIALE HULP AAN GETROFFENEN

Op het terrein van de psychosociale hulpverlening bestaat er een veelheid van interventies, uitgevoerd door zowel professionals als non-professionals, voor erg diverse groepen van getroffen. Psychosociale hulpverlening is nochtans geen eenheidsworst voor de soms zeer diverse groepen van getroffen. Psychosociale hulpverlening is altijd meer dan een soort *re-geformateerde en gestandaardiseerde one-size-fits-all interventie*. Tevens heeft het geen zin om van meet af aan te spreken over een therapeutisch nazorg traject indien er nog geen me-

ting of diagnostisch proces uitgevoerd is.

De hulp en opvang aan de verschillende categorieën getroffen van een collectieve urgentie moet het resultaat zijn van een welafgewogen en kwalitatief proces aan de hand van hetwelke wordt ingeschat wie er op welke wijze getroffen is. De hulp en begeleiding kan bijgevolg worden uitgewerkt op maat van de getroffen en hun betekenisvolle anderen (zoals familieleden). Indien de getroffen van een collectieve urgentie initieel van overal hulp aangeboden krijgen, maar die hulp nadien opdroogt, worden ze best meteen met rust gelaten zodat ze het signaal krijgen dat ze de schok best op eigen kracht verwerken.

De indeling van groepen getroffen gebeurt best op basis van een model dat duidelijk de opdeling maakt van de verschillende soorten impacten. In wat volgt wordt daarom het CRASH model voorgesteld als hulpmiddel voor psychologische triage.

HET CRASH MODEL

(De Soir: 2010, *Stress en trauma bij de politie*, Maklu Uitgevers)

Het uitgangspunt van het CRASH-model is een 3 x 3 model: 1) op de 1ste as een opdeling in primaire, secundaire en tertiaire slachtoffers, ingedeeld volgens de mate van blootstelling; 2) op de 2de as een opdeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie, ingedeeld volgens het ogenblik en de wijze waarop de hulpverlening plaatsvindt; en 3) op de 3de as het soort impact die de getroffen meegemaakt hebben, traumatiserend en/of deprimerend en/of uitputtend. Het concreet vormgeven van de volledige psychosociale hulpverlening komt op niet anders neer dan het indelen van slachtoffers in bepaalde groepen van getroffen en

het inhoudelijk opvullen van elke cel van de psychosociale kubus. De primaire slachtoffers zijn aldus de directe slachtoffers van de calamiteit of ramp, in medisch en/of psychologisch opzicht. Ze hebben onmiddellijke levensreddende handelingen en/of psychologische stabilisatie nodig omdat ze op rechtstreekse wijze in contact stonden met de traumatiserende stimuli. De secundaire slachtoffers zijn de betekenisvolle anderen – het sociaal netwerk van verwanten, de familieleden, de vrienden, en andere betekenisvolle anderen uit het directe sociale weefsel - rond elk slachtoffer, als het ware aanleiding gevend tot slachtofferdriedien. Een snelle berekening leert dat elk direct of primair slachtoffer aanleiding geeft tot 10 à 15 secundaire slachtoffers. De tertiaire slachtoffers zijn dan alle hulpverleners – reddingsdiensten, brandweer, politie, urgentiediensten, ambulanciers, rode kruis, psychosociale intervenanten, toevallige hulpverleners, en andere – die rechtstreeks contact hebben gehad met de primaire en/of secundaire slachtoffers.

De primaire preventie zijn alle activiteiten van voorbereiding, opleiding, uitbouw van structuren, training, tot zelfs de onmiddellijke (peritraumatische) opvang van trauma getroffen. Alle voorbereiding, opvang en begeleiding die tot doel heeft de uitgestelde posttraumatische problematiek te vermijden, kunnen worden gezien als primaire preventie van psychosociale trauma's. Alhoewel elke tijdsafbakening erg moeilijk is, en de onderhavige opdeling met enige flexibiliteit moet gezien worden als een poging tot modelisatie van trauma getroffen, kan de Eerste Psychologische Hulp bij Ongevallen (EPsYHBO) gezien worden als primaire preventie. De primaire preventie eindigt op het ogenblik dat: 1) de hulp- en reddingsdiensten gedemobiliseerd worden; en, 2) de primaire en secundaire slachtoffers, na de initiële praktische, psychologische en emotionele opvang, terug worden "gelost" voor heropname in het eigen sociale weefsel.

De onmiddellijke opvang, zowel op de plaats van het gebeuren als in voorafbepaalde tijdelijke opvangcentra, door brandweer- en ambulancepersoneel, artsen, verpleegkundigen en psychosociale intervenanten (bijvoorbeeld behorend tot de dienst Dringende Sociale Interventie van het Rode Kruis Vlaanderen) kan aanzien worden als primaire preventie van psychosociale trauma's voor primaire en secundaire slachtoffers. De buddy aid of peer support – hulp van collega's voor collega's – en de initiële emotionele ontladingsgesprekken (soms beter gekend onder de benaming defusing) zijn dan weer een vorm van primaire preventie van psychosociale trauma's bij tertiaire slachtoffers. De secundaire preventie komt dan in essentie neer op het volgende: 1) het

vroegtijdig detecteren van posttraumatische psychosociale problemen; 2) het snel en adequaat ingrijpen, met gepaste interventies, uitgevoerd door de juiste mensen op het juiste tijdstip. De secundaire preventie is dus gericht op een vroegtijdig signaleren van posttraumatische problemen en een correct ingrijpen om te verhinderen dat deze problemen zich verder ontwikkelen.

Zonder er verder in detail te willen op ingaan, moet vermeld worden dat psychologische debriefing (beter gekend onder de benaming Critical Incident Stress Debriefing) geconcentreerd werd – uitgedrukt in termen van het CRASH-model - als secundaire preventie voor tertiaire slachtoffers. De negatieve publiciteit – o.a. in verscheidene wetenschappelijke onderzoeken – stamt hoofdzakelijk uit een onoordeelkundig gebruik van psychologische debriefing. Deze secundaire preventie door multidisciplinaire traumatische stress debriefing is de core business van het Fire Stress Team.

De tertiaire preventie, tenslotte, komt neer op de curatieve traumazorg voor de verschillende categorieën getroffen, die om de één of andere reden, niettegenstaande de ontplooiende activiteiten voor primaire en secundaire preventie, dan toch met een chronificatie van hun problematiek geconfronteerd worden en vast komen te zitten in een psychotrauma (cf. de posttraumatische stress stoornis of de dissociatieve stoornissen zoals ze beschreven staan in de DSM-IV, APA, 1994).

Tertiaire preventie betekent dus psychotherapeutisch ingrijpen vanuit de verschillende methodieken die op dit ogenblik bestaan, zoals onder andere: 1) de cognitieve traumatherapie; 2) de gedragstherapeutische traumatherapie; 3) de Eye Movement & Desensitisation Therapy; 4) Sensori-Motor Trauma Therapy; 5) psychoanalytisch geïnspireerde trauma therapie; 6) creatieve- en kunstzinnige traumatherapie; en, 7) integratieve trauma therapie. Op dit ogenblik bestaat er in België een ontzettende leemte op het vlak van vormingen in deze toch zeer specifieke domeinen. Nochtans zijn er heel wat commerciële interventienetwerken – centra aanwezig voor vorming, acute interventie en therapie, maar de academische kwaliteitscontrole bestaat niet.

CONCLUSIE: EEN GELAAGDE HULPVERLENING ALS EVENWICHT

Indien mensen zich neerslachtig en droevig voelen, omdat ze hun kinderen verloren of omdat ze net een kindje in hun handen voelden en zagen sterven, zullen ze waarschijnlijk

hoofdzakelijk emotioneel geschokt, gedeprimeerd en met gevoelens van onmacht, schuld en verdriet reageren. In vele gevallen gaan ze zich zelfs identificeren met de getroffen ouders en/of familieleden. Maar in andere gevallen waarin mensen op het nippertje ontsnapt aan de dood, moesten lopen of vechten voor hun leven, er op hen werd geschoten, of ze met een mes op de keel werden verkracht, is het een heel andere zaak.

Dan moet er natuurlijk een heel andere vorm van acute opvang voorzien worden. Deze opvang zal veel meer gebaseerd moeten zijn op geruststellen, fysiek herstel en het hervinden van veiligheid en geborgenheid, dan op emotionele ventilatie. Een vraag – zoals die in heel wat protocollen voor psychologische debriefing voorkomt zoals: "Wat was het ergste wat je meemaakte?", zou in dat geval nooit op een vroegtijdig moment mogen gesteld worden door het risico op hertraumatisatie.

Het is evident dat je na een ontploffing zoals bijvoorbeeld naar aanleiding van de gasramp in

Het bovenstaande illustreert hoe complex de opvang van een grote groep getroffen slachtoffers en hulpverleners is, hoe moeilijk een gedifferentieerde aanpak (d.i. voor elke getroffen groep een aangepaste aanpak) riskeert te zijn en welke middelen moeten kunnen worden in plaats gesteld.

Het uitbouwen van een psychosociaal nazorgtraject voor rampengetroffenen is dus specialistenwerk, al wordt dat soms wel eens vergeten in de eerste momenten na een ernstige collectieve urgentie omdat er zovelen klaar staan om te helpen...

De vraag welk soort psychologische nazorg slachtoffers van rampen moet worden aangeboden, kan dus niet ondubbelzinnig beantwoord worden. De enige gemeenschappelijke deler tussen al die vormen van opvang en begeleiding zou het lange termijn aspect moeten zijn. Kan dit niet worden gewaarborgd, dan blijven de psychosociale actoren best van de ge-



Ghislenghien (juli 2004), noch de getroffen slachtoffers noch de betrokken hulpverleners onmiddellijk na het gebeuren in een groeps gesprek of psychologische debriefing had kunnen zetten om er samen met hun lotgenoten of collega's over te praten.

In dergelijk geval moeten ze eerst apart benaderd worden, of ter plaatse worden opvangen via Eerste Psychologische Hulp bij Ongevallen (EPsyHBO), vooraleer ze – indien nodig - naar een ziekenhuis worden afgevoerd (waar ze in het beste geval professionele opvang krijgen). Pas veel later, eenmaal ze voldoende fysiek hersteld zijn, kunnen ze het gebeuren gaandeweg (liefst onder begeleiding) reconstrueren en luisteren naar elkanders beleving, in groep. Pas later, veel later, zal duidelijk worden wat er voor hen in het dagelijkse leven – bijvoorbeeld op het vlak van prioriteiten – én in het professionele leven allemaal veranderd is.

troffenen af zodat ze de doorwerking naar eigen vermogen in de eigen groep kunnen laten plaatsvinden, daar waar de aandacht en vriendschap nog voor onbepaalde tijd aanwezig zal blijven ...

Onderstaande link verwijst naar de website van Unizo waar een brochure wordt voorgesteld die gedownload kan worden: "Hoe omgaan met verdriet in uw KMO?"

Deze tekst bevat heel wat praktische tips.

<http://www.unizo.be/personneelsaken/viewobj.jsp?id=469714>

Richtlijn psychosociale opvang voor opvang van rampen getroffen en Richtlijn psychosociale opvang geüniformeerd – zie <http://www.impact.org/>