



Expert bij schokkende
gebeurtenissen

How to care for emergency personell in the Netherlands

Stepped care model of psychosocial support

Sjef Berendsen
Clinical Psychologist
Institute for Psychotrauma

25 jaar kennis, ervaring, kunde

[Home](#) [Trauma Opvang](#) [Werkwijze](#) [Informatief](#) [De Pers](#) [Links](#) [Contact](#)

Eerste opvang binnen 2 uur

Wij zorgen ervoor dat we zo snel mogelijk op de plaats aanwezig zijn om te beginnen met het bieden van de noodzakelijke eerste professionele zorg. Deze bestaat veelal uit:

- bieden van een steunende context*
- ingaan op de directe praktische behoeften
- het geven van actuele informatie over de gebeurtenis
- geruststellende uitleg geven over de normale reacties
- het signaleren van getroffen en met (ernstige) psychische klachten

* Dit is o.a.: het bieden van troost en een luisterend oor, betrokkenen geruststellen en contact zoeken met hun familie.

In dit eerste contact signaleren de hulpverleners tevens mensen die vroegtijdig ernstige verwerkingsproblemen lijken te ontwikkelen.

TraumaCall® en TraumaAllRisk® voorkomen blijvende schade. Voor uw mensen, voor uw zaak

[TRAUMAALARM®](#)[TRAUMACALL®](#)[TRAUMAALLRISK®](#)[BEREKEN MIJN TARIEF](#)[MIJN AANVRAAG](#)

024 - 360 55 44

- Ineens zag ik dat hij een pistool hield

- De gedachte achter preventie
- Overzicht
- 24x7 Hulplijn
- **Mætis Trauma opvang**

Mætis Trauma Opvang

Deskundige en snelle opvang van traumaslachtoffers

Steeds vaker hebben werknemers te maken met agressie en geweld. In Nederland vinden elke dag twee gijzelingen* en zeven bedrijfsovervallen** plaats. En wat te denken van bezoekers die baliemedewerkers te lijf gaan, boze ouders in gesprek met een leerkracht of dokter, intimiderende klanten? Verbaal, psychisch en dreigend fysiek geweld hebben grote invloed op het veiligheidsgevoel van werknemers en kunnen trauma's veroorzaken. Uit onderzoek van TNO blijkt dat medewerkers aantoonbaar slechter functioneren wanneer traumatische ervaringen niet goed behandeld worden.

Mætis Trauma Opvang voorziet in een snelle, adequate en deskundige opvang van werknemers die op hun werk slachtoffer worden van een traumatische gebeurtenis. Met Mætis Trauma Opvang verzekert u zich als werkgever van professionele ondersteuning voor die werknemers, zeven dagen in de week, 24 uur per dag.

Voor wie?

Mætis Trauma Opvang is geschikt voor iedere organisatie, die te maken kan krijgen met traumatische gebeurtenissen. Bijvoorbeeld door een overval, ongeval, overlijden, gijzeling of gewelddadigheden. Mætis Trauma Opvang helpt werknemers die door een werkgerelateerde gebeurtenis psychische schade oplopen. Mætis Trauma Opvang is er dus niet voor een werknemer die lichamelijk spoedeisende hulp nodig heeft, maar wel voor de werknemer die psychisch uit evenwicht raakt vanwege een gebeurtenis op het werk. Bijvoorbeeld omdat hij getuige was van een overval, slachtoffer was van een gijzeling, hij ongewild toeschouwer was van geweld of fysiek bedreigd is.

De gevolgen van een trauma kunnen voor het slachtoffer blijvend negatief zijn. Want de wereld staat op zijn kop, alle zekerheden en vanzelfsprekendheden lijken weg te vallen en vaak wordt het leven, en daarmee ook het werk, nooit meer hetzelfde.

Wat doet Mætis Trauma Opvang?

Een traumatisch incident veroorzaakt chaos, vaak paniek en in ieder geval het gevoel de controle te hebben verloren over de dagelijkse gang van zaken. In dat geval is één telefoontje naar het meldpunt voldoende om het traumateam van Mætis in te schakelen. Zeven dagen in de week, 24 uur per dag. Binnen 4 uur, waar dan ook in Nederland, zijn de gespecialiseerde medewerkers van het Mætis-traumateam aanwezig om de eerste opvang te realiseren. Volgens een vast protocol zetten zij de stappen die noodzakelijk zijn om de eerste maar ook de vervolgschade voor de werknemer en voor de werkgever te beperken. Op basis van de omvang van de gebeurtenis wordt bepaald of er één of meerdere traumamedewerkers





Menselijke opvang na schokkende gebeurtenissen

IVP NIEUWS

IVP is sinds 1 oktober 2010 aangesloten bij de VETRON. VETRON is de branchevereniging van trainings- en opleidingsinstituten die zich richten op de zakelijke markt.

[Lees meer over de VETRON](#)

Informatie voor getroffen en

Lees meer over de effecten van een schokkende gebeurtenis, hoe hiermee om te gaan en waar u individuele hulp

Over IVP

Onze Diensten

Onze Werkgebieden

Kwaliteitskenmerken

IVP Stepped Care Model

Onze referenties

Kennisbank

Nieuwsarchief

IVP Nieuwsbrief

Direct advies bij het eerste contact

IVP is 24 uur per dag bereikbaar voor deze dienst. Tijdens het eerste telefonische contact vindt direct een inventarisatie van de situatie plaats en wordt door IVP praktisch advies geboden over de stappen die het best kunnen worden genomen. Aan de hand hiervan wordt in overleg besloten of regelmatige telefonische ondersteuning voldoende is, of dat juist een IVP-professional ter plaatse wenselijk is. De opvang ter plaatse kan snel worden gerealiseerd en - afhankelijk van de

Think first then do

- Analysis of disasters has shown that just after the disaster relief workers tend to help immediately.



- However: think before you act (even in everyday "disasters")

Psychosocial care after 9/11

- After 9/11 several organizations sent **9.000** crisis counselors to New York City:
 - International Society of Traumatic Stress Studies
 - International Critical Incident Stress Foundation
 - American Psychological Association
 - Association of Traumatic Stress Specialists
 - Crisis Management International
 - Center for Mental Health Services
 - EMDR Humanitarian Assistance Programme
 - Red Cross
 - Green Cross
 - Etc,

McNally, Bryant & Ehlers (2003)

Many offer - little demand

- Little demand = denial, avoidance (characteristic of PTSD)
 - Approaching civilians outreaching on the street
 - Performing 'quick sidewalk assessments'
 - Short interventions on the street
 - (Offer driven)
- Little demand
 - Practical matters first (rebuilding lives)
 - Psychological resilience
 - Emotional support from the environment
 - (Demand driven)

Delayed PTSD

- Project Liberty: free counseling programme for the people in New York
 - 3.000 therapists available
 - Expected were 2,5 million patients
 - Until March 2003 643,710 people had sought help = 25%
 - \$ 90,000,000 therapy funds remained unused
- Conclusion: do not rush in large numbers of trauma experts in the acute phase (and not in later phases)

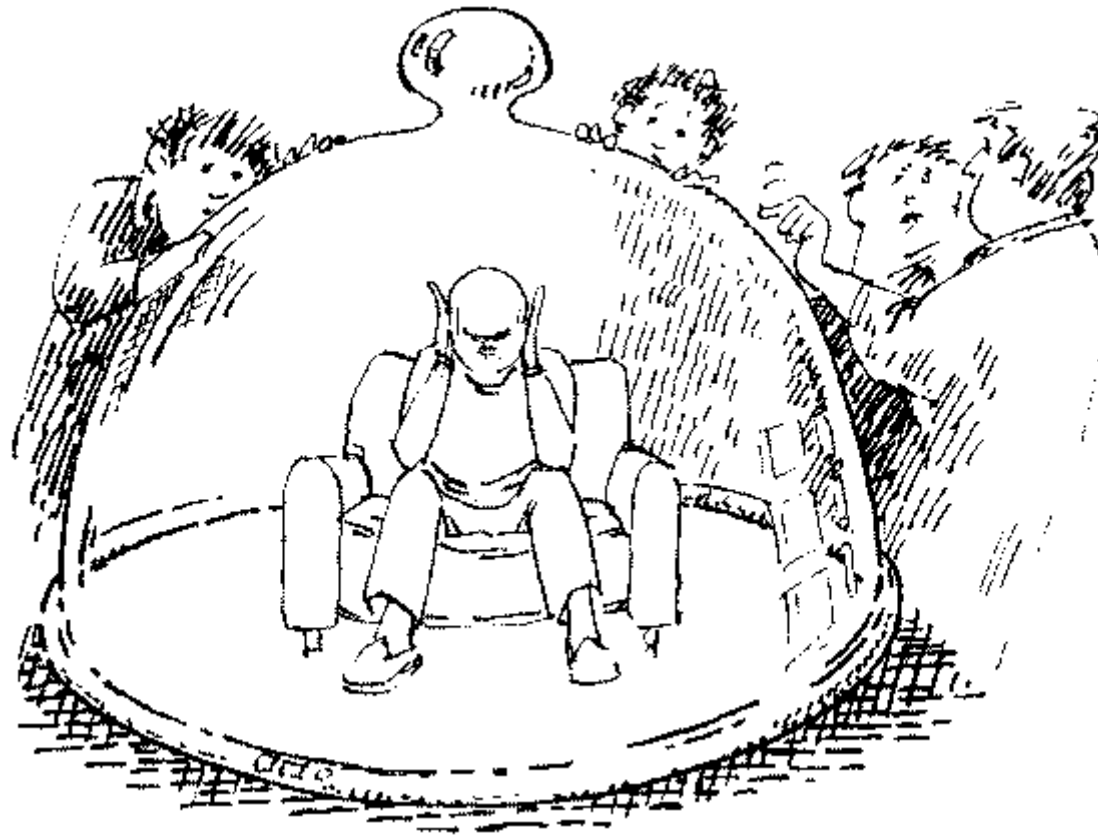
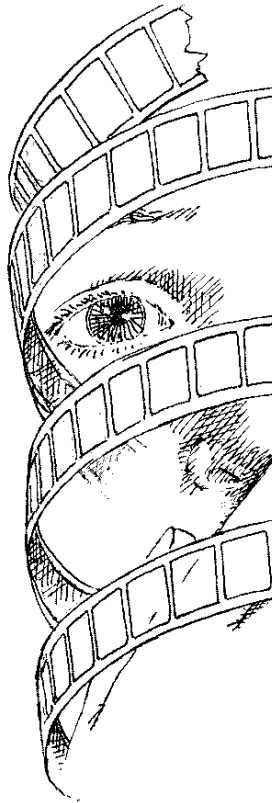
Influential guidelines in the Netherlands

- NICE PTSD Guideline (Great Britain, 2005)
- Early Psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events (Netherlands 2007)
- Psychosocial support for uniformed personell (Netherlands 2010)

Guideline 2007: Lessons learned recent disasters

- Confrontation with traumatic events **may** be associated with many powerful emotions such as terror, helplessness, confusion, disorientation and anger.
- These are very unpleasant but "normal reactions to abnormal events'
- Most people recover without (professional) help in the social environment
- Experience and research has shown that after traumatic events there are no high rates of people with acute psychiatric disorders
- It is therefore not necessary to rush in immediately (large numbers of) psychologists / psychiatrists

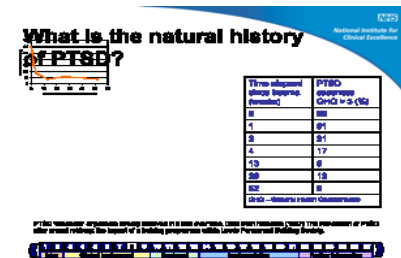
Posttraumatic Stresssymptoms



LIEVERD,
WE LOPEN
ALLEENMAAR
'N BLOKJE OM...



NICE PTSD Guideline, 2005



Psychosocial support dilemma

- On the one hand, interventions must not impede the natural coping process:
 - encouraging victims to talk immediately about their thoughts and feelings can increase the risk that they are overwhelmed by their experience of the critical incident, which is counter-productive.
- On the other hand, as early as possible assistance should be provided to so-called 'high-risk' victims, these are people who probably will not recover on their own.
 - Early interventions are aimed at minimizing suffering and preventing development of secondary problems (such as absenteeism or job loss, relationship problems and substance abuse).

(McNally et al., 2003)

14-05-2011
IVP

ivp

Expert bij schokkende
gebeurtenissen

Guideline 2007

- Single session debriefing (Critical Incident Stress Debriefing, CISD) within 1 month after the critical incident is has not proven effective and there is evidence that this intervention has adverse effects
- Single session debriefing sessions should therefore be avoided.

Guideline 2007 `high risk` subjects

- In the first weeks after a critical incident trauma-focused cognitive behavioral therapy (CBT) is a good treatment for those with an acute stress disorder
- Though not evidence based, also EMDR can be used as an early therapeutic intervention when there is strong evidence that psychological symptoms will not disappear naturally within four weeks
- These meant in the Netherlands a change of focus from `debriefing` to `early therapeutic interventions` like CBT and EMDR

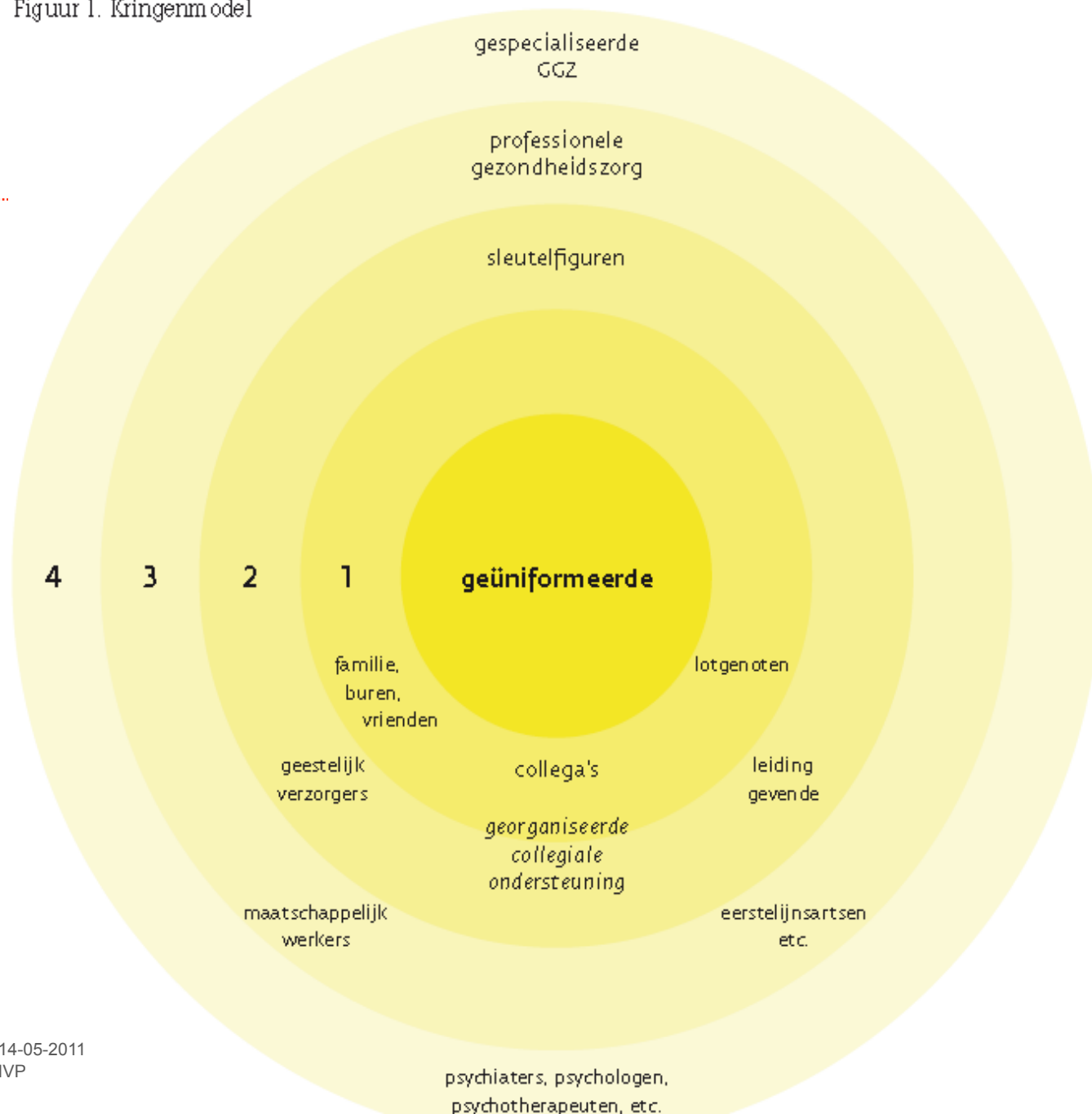
Guideline psychosocial support for uniformed personell 2010

- Uniformed personell are frequently faced with critical incidents
- There are differences in the organization of psychosocial support
 - Between organizations (police force, ambulance, fire brigade)
 - Within organizations, between different regions / corps

Stepped care model of psychosocial support (Guideline 2010)

- Psychosocial support starts with the emergency worker him/herself
- Promote natural recovery and the use of its own social network
- Identify those affected who need acute psychological/psychiatric help
- If necessary, refer and treat those affected who need acute psychological/psychiatric help

Figuur 1. Kringenmodel



NICE Guideline

Immediate management of PTSD

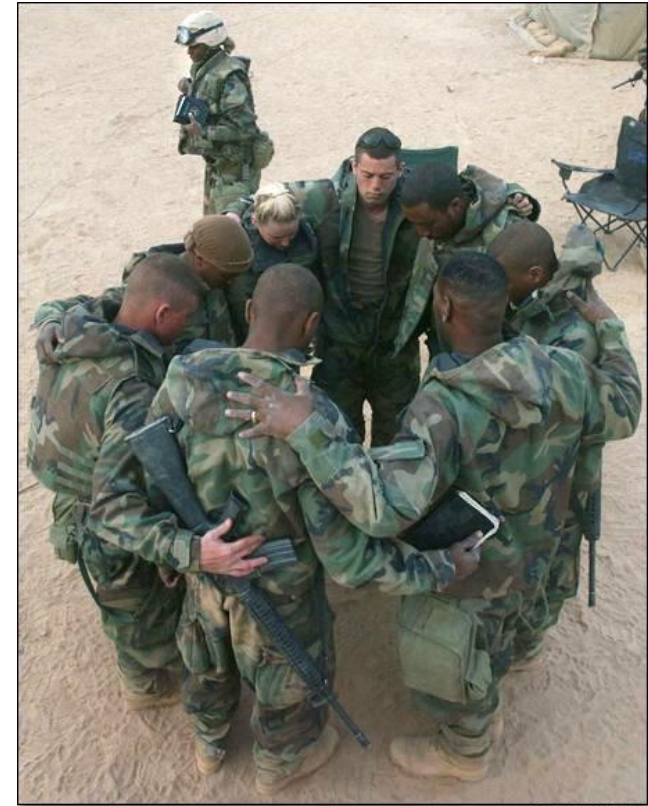
- Psychological first aid
 - > Giving information and social support as soon as possible
- Avoid brief single session debriefing given to individuals alone following an event
- *Watchful waiting* if symptoms are moderate
 - > Assess whether natural recovery occurs, review at one month
- Screen at risk groups
 - > Situational risk factors
 - > Pre-existing risk factors

NICE PTSD Guideline (2005), Guideline uniformed personell (2010)

14-05-2011
IVP

Psychological First Aid (1)

- Emotional Support: attention and listening (comforting) from the social environment, both work and private (e.g. colleagues, superiors, family, peer support)
- Promoting the use of own sources of support
- Expressing recognition (by management)



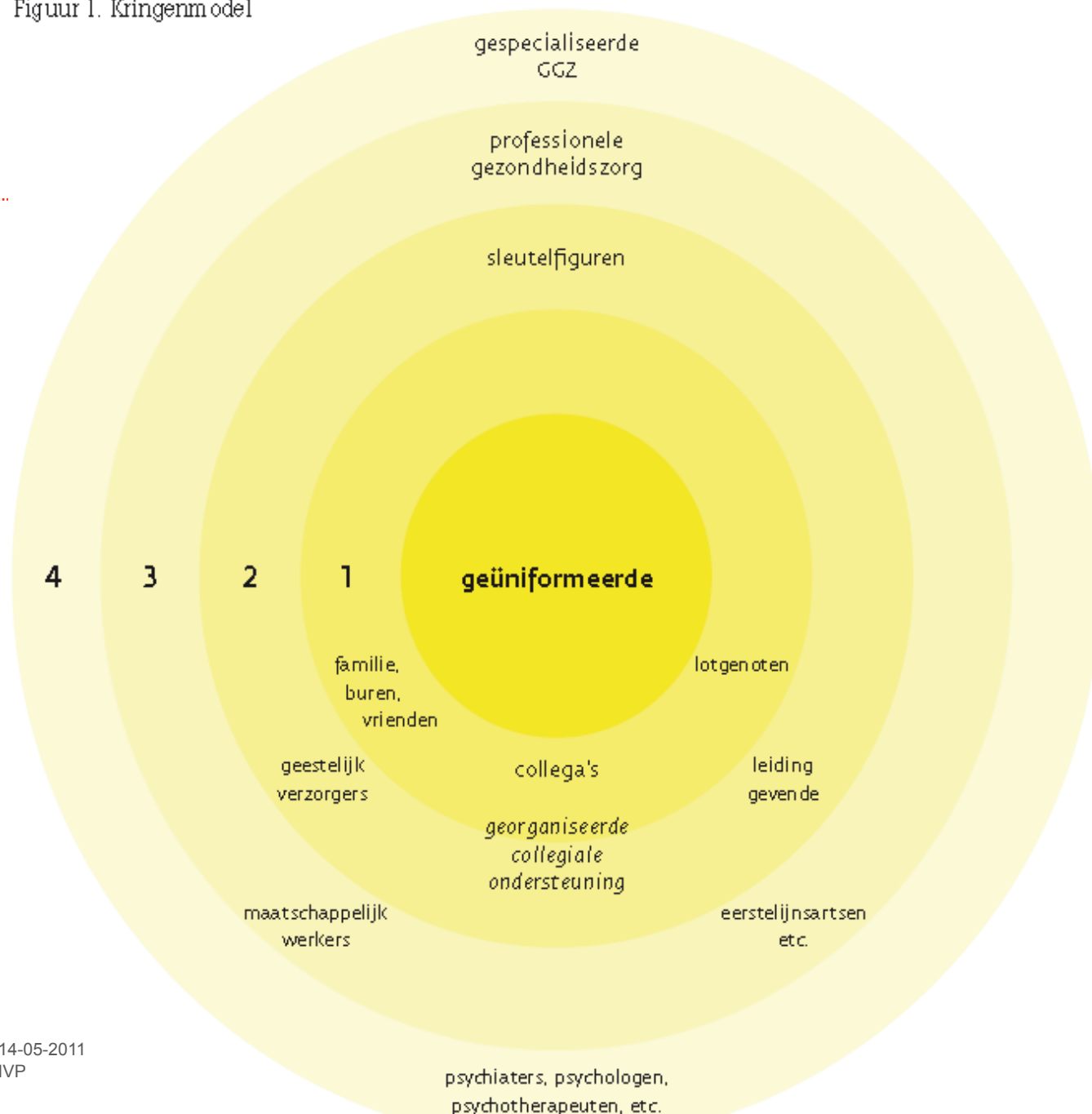
Romeo Gacad / AFP

Psychological First Aid (2)

- Facilitating restoration of control:
 - > Enhancing cognitive control, by structuring and provision of reassuring information (psycho-education)
 - > Confirming the reality by short-term goals and support in picking up the daily business: providing financial support or practical help
 - > Stimuluscontrol: making the environment safer, avoiding triggers (functional avoidance behavior)
- Stressmanagement techniques (distraction and relaxation)



Figuur 1. Kringenmodel



Situational Risk factors

- Rape 45 - 65 %
- War 5 - 40 %
- Disasters 10 - 30 %
- Violent offenses 5 - 25 %
- Confrontation with dead or severely injured children
- Confrontation with gruesome mutilations
- Dead or severely injured relatives/friends/colleagues

Risk Factors with the person: already existing

- ✓ Already existing problems (already being treated by a therapist)
- ✓ Unprocessed earlier critical incidents
- ✓ Conflicts at work, reorganisations
- ✓ Inadequate social support (social network missing or negative)

Risk Factors with the person: during the critical incident

- ✓ Black-outs, missing pieces of information
(dissociation)
- ✓ Fainting/numbing/ absence of any feeling vs
overwhelming emotions
- ✓ Panicky behavior, death imprint, bewilderment
- ✓ Intense PTS-reactions

Stepped care model → 'watchfull waiting' by management or peer support combined with professional back-up

- Psychological first aid by trusted people: tailor made support by people within the organisation
- If these people have questions they can consult trauma experts by telephone, e-mail or use online tools
- Possibility of psychosocial support of those affected by telephone
- Only if necessary psychosocial support by trauma experts on the spot: in 10-20% of the cases

Signals of 'high risk' people

(Online Tool after 1 - 2 weeks)



PTS-reactions don't diminish (in first days/weeks)

- Continued intense flashbacks > 8
- Lasting sense of insecurity or threat
 - Fearful panic and irritability, restlessness, poor concentration
 - Excessive security measures (to sleep with the lights on and extra locks on doors)
- Persistent avoidance*:
 - Avoiding the place of the fire / accident / violent crime
 - Not willing to talk about the critical incident

Stepwise approach of avoidance

(Exposure in vivo)

- Fear hierarchy of avoided situations: list of objectively safe situations that this person had avoided since the critical incident → about 10 situations / steps starting with somewhat anxious / excited up to anxious / very exciting.
- Gradual exposure according to the fear hierarchy of avoided situations: people have to go through all situations. Are asked first to go in the least frightening situation and stay there just as long until the tension has dropped by at least 50%. Only when this is successful people are asked to go in the following situation, etc.

ivp

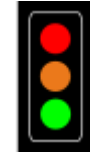
Expert bij schokkende
gebeurtenissen

Secondary problems 'high risk' people

- Person is unable to function adequately (at work or in personal life) →
 - Absenteeism and work problems
 - Social withdrawal behavior
 - Problems in the relationship
- 'Personality changes' ('not the same anymore') → depressed and uncertain
- Alcohol/substance abuse → flight behavior

Post Traumatische Stress Disorder

(PTSD, DSM-IV) (Online tool after 4 - 6 weeks)



- A. Exposed to a traumatic experience
- B. Reliving ≥ 1 symptom*
- C. Avoidance ≥ 3 symptoms
- D. Hypervigilance ≥ 2 symptoms
- E. ...suffering + functional limitations
- F. Duration ≥ 1 month

14-05-2011
IVP

ivp

Expert bij schokkende
gebeurtenissen

Conclusions (1)

- During the first days and weeks, people can suffer from severe stress symptoms (relivings, avoidance, hypervigilance)
- Since these are "normal reactions to abnormal events" professional help (trauma experts) is not immediately needed
- Temporarily coping skills and the strengths of the individual can fail but the social environment can support him/her (family, friends, colleagues, managers, peer support)

Conclusions (2)

Stepped care model:

- Is based on the self-healing capacity of the victims and their social environment
- Focuses on psycho-education, coping and watchfull waiting
- Screen & treat: 'targets' people who have a hightened risk on the development of PTSD
- Restricts suffering: does not wait until 1 month (or 3 months) after the critical incident PTSD can be diagnosed
- Tries to prevent the development of secondary problems



**Expert bij schokkende
gebeurtenissen**