



Vroegtijdige psychosociale hulpverlening na een schokkende gebeurtenis op het werk

‘Waaruit bestaat de psychosociale hulpverlening die door professionele hulpverleners in de acute fase na een schokkende gebeurtenis geboden wordt aan getroffen?’

Maart, 2015

Rens Hooisma
4225430

Masterthese Masteropleiding Klinische en gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht
Begeleiding door: *Drs. Juul Gouweloos, Dr. Hans te Brake & Prof. dr. Rolf Kleber*
In samenwerking met: *F. Muhlenbaumer*

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Voorwoord..... | 3 |
| Abstract..... | 4 |
| Introductie..... | 4 |
| Methode..... | 10 |
| Resultaten..... | 15 |
| Resultaten uit de interviews..... | 15 |
| Resultaten uit de vragenlijst..... | 21 |
| Discussie..... | 30 |
| Aanbevelingen | 34 |
| Conclusie | 35 |
| Referenties | 35 |
| Bijlagen | 40 |
| Bijlage 1 . Vignetten..... | 41 |
| Bijlage 2. Het semigestructureerde interview..... | 52 |
| Bijlage 3. Gebruikte thema's en subcodes in MAXQDA..... | 53 |
| Bijlage 5. Factoranalyse..... | 58 |
| Bijlage 6: Betrouwbaarheidsanalyse..... | 64 |
| Bijlage 7: Syntax SPSS analyses | 70 |

Voorwoord

Dit verslag bevat de eindrapportage van het masterthese onderzoek dat ik samen met Fiona Mühlenbaumer heb uitgevoerd als afsluiting van de Master Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Deze masterthese geeft een beeld van de vroegtijdige psychosociale hulpverlening zoals die op dit moment door de hulpverleners van het Instituut voor Psychotrauma in de praktijk wordt aangeboden aan getroffen en die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt op het werk. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Impact in de periode maart 2014 tot september 2014. Allereerst dank aan Fiona Mühlenbaumer voor de intensieve en plezierige samenwerking, we vulden elkaar goed aan in productiviteit en perfectionisme. Ik wil hier graag Juul Gouweloos en Hans te Brake, begeleiders vanuit Impact, bedanken voor hun intensieve begeleiding van dit project. Dankzij jullie kritische blik, kennis en nieuwe ideeën is dit project mede tot een succes afgerond. Ook wil ik Sjef Berendsen van het Instituut van Psychotrauma (IvP) bedanken voor zijn praktische blik op het onderzoek en expertkennis vanuit de praktijk. Zonder de medewerking van de hulpverleners van het IvP hadden we nu niet zo'n mooi beeld gehad van waaruit de vroegtijdige psychosociale hulpverlening op dit moment in de praktijk uit bestaat. Tenslotte dank aan Rolf Kleber voor zijn begeleiding vanuit de Universiteit Utrecht, en het waarborgen dat de resultaten niet alleen voldeden aan de eisen vanuit de praktijk, maar ook aan de eisen van een volwaardig wetenschappelijk onderzoek.

Samenvatting

In recent onderzoek zijn richtlijnen en aanbevelingen beschreven waaruit vroegtijdige psychosociale hulpverlening na een schokkende gebeurtenis zou moeten bestaan. Er is een beperkte hoeveelheid onderzoek gedaan naar waaruit psychosociale hulpverlening in de praktijk uit bestaat. Deze exploratieve studie heeft onderzocht welke interventies door professionals in het veld aan getroffen worden aangeboden in de vroege fase na een schokkende gebeurtenis op het werk. De resultaten zijn verzameld door middel van semi-gestructureerde interviews en een vragenlijst. De participanten ($N=38$) bestonden uit hulpverleners die psychosociale hulpverlening aanbieden aan getroffen in de praktijk. Uit kwalitatieve en kwantitatieve analyses is gebleken dat hulpverleners zich tijdens de vroegtijdige psychosociale hulpverlening zich primair richten op het identificeren van traumatische stress klachten en het geven van advies en psycho-educatie over normale reacties en het (te verwachten) herstel na het meemaken van een schokkende gebeurtenis. Deze resultaten sluiten aan bij de aanbevelingen vanuit recente richtlijnen en literatuur. Echter blijkt ook dat er in de praktijk nog steeds debriefing wordt toegepast, terwijl het gebruik hiervan wordt afgeraden. Tenslotte worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk en vervolgonderzoek.

Kernwoorden: Trauma, vroegtijdige psychosociale hulpverlening, veerkracht

Abstract

Recent studies have described guidelines and ideas on what early psychosocial care after a shocking event should consist of. There has been a limited amount of research about what this early psychosocial care looks like in practice. This explorative study examined which interventions professionals use in the field in the acute phase after a shocking event took place at the workplace. Data was collected by usage of semi-structured interviews and a questionnaire. The subjects (N=38) consisted of practitioners in the field of psychosocial care in the Netherlands. Qualitative and quantitative analyses revealed that early psychosocial care focuses mainly on the identification of traumatic stress symptoms and giving advice and psycho education about normal reactions and recovery after a traumatic event. This is in line with the recommendations given in recent studies. However, also debriefing, which is not a recommended intervention by research, is still commonly used in practice. Implications for future research are discussed.

Keywords: *Trauma, early psychosocial care, resilience*

Introductie

Meer dan de helft van de volwassen populatie geeft aan in zijn leven blootgesteld te zijn aan ten minste één schokkende gebeurtenis (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). De onverwachtheid en intensiteit van een schokkende gebeurtenis (zoals rampen, ongevallen en geweldsmisdrijven) laten getroffen mensen achter met een gevoel van machteloosheid en zorgen vaak voor een ontwrichting van het individuele en sociale leven. Dit kan leiden tot langdurige gevolgen voor lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren (Kleber & Mittendorff, 2000; Neria, Nandi & Galea, 2008). Op de werkvloer heeft men dagelijks de kans geconfronteerd te worden met uiteenlopende schokkende gebeurtenissen. Voorbeelden hiervan zijn serieuze bedreigingen, verschillende vormen van agressie en geweld, seksuele intimidatie, overvallen, zelfdoding, overlijden op de werkplek of een bedrijfsongeval (van Rijswijk, 2013). Vergeleken met andere sectoren hebben vooral mensen die werkzaam zijn in de publieke sector de kans om op het werk geconfronteerd te worden met agressie, geweld (Eurofound, 2010) of andere schokkende gebeurtenissen (Skogstad et al., 2013). In Europa gaf in 2011 één op de tien werknemers aan de afgelopen twaalf maanden een incident meegemaakt te hebben van geweld (Eurofound, 2010), binnen Nederland waren dat 1,7 miljoen werknemers (van den Bossche, van der Klauw, Ybema, de Vroome, & Venema, 2012). Binnen de publieke sectoren veiligheid, zorg, onderwijs, sociale zekerheid, openbaar vervoer en openbaar bestuur komt in Nederland agressie en geweld het meeste voor onder treinpersoneel. Van deze groep geeft de helft van de getroffen mensen aan psychische of fysieke gevolgen te hebben ondervonden na ongewenst gedrag (Abraham, Flight, & Roorda, 2011).

Psychologische reacties

Wat zijn de eerste reacties na een schokkende gebeurtenis? Tijdens en direct na de schokkende gebeurtenis ligt de nadruk op overleven en overheersen gevoelens van depersonalisatie en hyperaltheid (Davidson & McFarlane, 2006; Noyes, Hoenk, Kuperman & Slymen, 1977). Getroffenen rapporteren daarna vaak reacties als verbazing, ontzetting en verbijstering (Kleber & van der Hart, 1998). Vervolgens kunnen meer langdurige psychopathologische reacties ontstaan. In de eerste dagen, weken en maanden na een schokkende gebeurtenis kunnen getroffen mensen bijvoorbeeld last krijgen van angstige en depressieve

gevoelens, (onverklaarbare) lichamelijke klachten, vermoeidheid, irritaties, slaapproblemen, herbevelings- en vermijdingsreacties en rouw. Daarnaast is er mogelijk een toename te zien in middelengebruik, zoals de inname van alcohol (van der Velden, van Loon, Ijzermans & Kleber, 2006). Wanneer de acute klachten en reacties in de eerste weken niet afnemen en mogelijk zelfs toenemen, lopen getroffen personen risico op het ontwikkelen van een posttraumatische stress stoornis (PTSS) (Norris et al., 2002; Mehnert, Nanninga, Fauth & Schäfer, 2012). Eén van de criteria voor de diagnose PTSS is het direct of indirect meemaken van een schokkende gebeurtenis. Daarnaast moet de getroffene last hebben van de volgende symptomen: het herbeleven van het trauma in beelden of gedachten, het ervaren van constante arousal, vermijding van de plek waar het trauma ontstaan is of die aan het trauma doet herinneren, afname van interesses en snel geïrriteerd zijn (American Psychiatric Association, 2000).

Individuele verschillen – 4 reactiepatronen

Uit onderzoek blijkt dat niet iedereen op dezelfde manier reageert na het meemaken van een schokkende gebeurtenis en dat er niet bij iedereen sprake is van de hierboven beschreven psychopathologische reacties (Bonanno, 2004). Slechts een minderheid van de getroffen personen ontwikkelt op de lange termijn PTSS (Bonanno, Brewin, Kaniasty & La Greca, 2010) en de meeste mensen (rond de 80 %) zijn na een schokkende gebeurtenis in staat om op eigen kracht te herstellen (te Brake, 2014). Vaak verdwijnen werk gerelateerde PTSS klachten vanzelf met de tijd zonder enige interventie (Skogstad et al., 2013).

Volgens Bonanno (2004) zijn er grofweg 4 groepen reactiepatronen te onderscheiden na een schokkende gebeurtenis. In de 'veerkrachtgroep' (35% - 65% van de getroffen personen) ervaren getroffen personen weinig klachten en verstoring van het dagelijkse leven. Bij deze groep is snel na de schokkende gebeurtenis sprake van een gezond functioneren. In de 'herstelgroep' (15%-25%) bevinden zich getroffen personen bij wie na de schokkende gebeurtenis sprake is van klachten en enige functionele beperkingen, maar die in staat zijn hiervan te herstellen. Bij de 'chronische groep' (5%-30%) verminderen de klachten niet of nauwelijks en kunnen deze jaren aanhouden. Tenslotte wordt de 'vertraagde groep' (0-15%) gekenmerkt door milde tot verhoogde symptomen vlak na de schokkende gebeurtenis en nemen deze geleidelijk toe naarmate de tijd verstrijkt (Bonanno, 2004). Een vergelijkbare indeling wordt gegeven door Norris en collega's (2009). Met deze indeling in individuele verschillen in reactiepatronen wordt afstand gedaan van de benadering waarin de nadruk teveel ligt op een psychopathologische uitkomst als standaard na een schokkende gebeurtenis. Er is daarmee een overgang gemaakt naar een benadering waarin meer uitgegaan wordt van het feit dat er individuele verschillen bestaan in reacties en dat veerkracht daarin de meest voorkomende uitkomst is (Bonanno, Westphal & Mancini, 2011).

Vroegtijdige psychosociale hulpverlening – wat is er nodig?

Het feit dat er verschillende reactiepatronen mogelijk zijn na een schokkende gebeurtenis roept de vraag op welke zorg het beste verleend kan worden direct na een schokkende gebeurtenis (van der Velden et al., 2006). Als de meerderheid van de getroffen personen na een schokkende gebeurtenis in staat is om de gebeurtenis te verwerken en de klachten over de tijd afnemen, zijn vroegtijdige interventies dan wel nodig? Hoewel het merendeel van de getroffen personen in staat is zelf te herstellen, ontwikkelt een deel van hen wel lange termijn gezondheidsklachten (Bonanno et al., 2010). Van de getroffen personen die hulp nodig hebben blijken maar weinig zelf hulp te zoeken en vaak wordt daar te lang mee gewacht (Mehnert et al., 2012; Yum et al., 2006). Van diegenen die PTSS ontwikkelen blijkt dat slechts 10% actief hulp zoekt in het eerste jaar na een

schokkende gebeurtenis (Wang et al., 2005). Het is daarom van belang om diegenen die ernstige psychische klachten ontwikkelen tijdig en adequaat te identificeren (van der Velden et al., 2006). Er wordt geadviseerd om na een schokkende gebeurtenis posttraumatische stressreacties door middel van gevalideerde screeningsinstrumenten te monitoren en getroffen en die risico lopen op het ontwikkelen van gezondheidsproblemen te identificeren (Brewin, 2005). De multidisciplinaire richtlijn voor psychosociale hulp bij rampen en crises (Impact, 2014) onderstreept het belang van vroege signalering van problemen bij getroffen en.

Er is in de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar de in het verleden meest toegepaste globale interventie direct na een schokkende gebeurtenis, namelijk debriefing. Psychologische debriefing is een kortdurende interventie waarbij kort na het trauma (binnen 1 of 2 dagen tot 1 maand na het trauma) het uiten van gevoelens en gedachten gerelateerd aan de schokkende gebeurtenis wordt aangemoedigd, hetzij individueel of in een groep. Het idee was dat dit stressreacties zou normaliseren en klachten doen afnemen (Rose, Bisson & Wessely 2003). In de afgelopen jaren hebben verschillende studies aangetoond dat een enkele sessie bestaande uit individuele debriefing niet effectief is in het verminderen van klachten en het voorkomen van PTSS (Rose et al., 2003; Sijbrandij, Olf, Reitsma, Carlier & Gersons, 2006). Bij getroffen en waarbij sprake is van hyperarousal in een vroeg stadium na de schokkende gebeurtenis leidt debriefing mogelijk zelfs tot een *toename* van PTSS symptomen (Sijbrandij et al., 2006). Op dit moment wordt het gebruik van debriefing dan ook afgeraden als vroege interventie (Impact, 2014). Tevens wordt het gebruik van benzodiazepinen en antidepressiva voor mensen met acute traumatische stresssymptomen in de eerste maand na een schokkende gebeurtenis afgeraden (Hobfoll et al., 2007; WHO, 2013).

Met de ontdekking dat debriefing in de acute fase na een schokkende gebeurtenis geen effectieve interventie lijkt te zijn voor het voorkomen van klachten op de langere termijn ontstond een zoektocht naar hoe de opvang van getroffen en direct na een schokkende gebeurtenis het beste vormgegeven kan worden. Er is tot op heden geen eenduidig bewijs gevonden voor werkzame interventies op de korte termijn in de vorm van effectonderzoek. Echter zijn er wel aanbevelingen en richtlijnen ontwikkeld op basis van kennis van experts en geïnformeerd door het beschikbare bewijs uit de wetenschap waaruit vroegtijdige psychosociale hulpverlening (PSH) zou moeten bestaan (Hobfoll et al., 2007; Impact 2014).

Onder vroegtijdige psychosociale hulpverlening (PSH) wordt het hele proces verstaan vanaf het eerste contact met de getroffen en, inclusief de anamnese, signalering/screening, tot de psychosociale ondersteuning, eventuele interventies en afsluiting in de eerste 4 weken na de schokkende gebeurtenis (Impact, 2014). Experts en zorgverleners hebben een consensus bereikt over waaruit PSH in de eerste 6 weken na een schokkende gebeurtenis zou moeten bestaan. Deze zou zich moet richten op (1) het ondersteunen van natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke bronnen, ook wel aangeduid als het ondersteunen van veerkracht (2) het herkennen van mensen die behoefte hebben aan acute psychologische hulp (signaleren) en (3) het doorverwijzen en behandelen van mensen die acute psychologische hulp nodig hebben (Impact, 2014; Te Brake et al., 2009; Te Brake, 2014). Deze aanpak sluit aan bij de hierboven beschreven aanname dat er bij getroffen en sprake is van individuele verschillen in reacties op een schokkende gebeurtenis en dat niet iedereen behoefte heeft aan dezelfde globale PSH (Bonanno et al., 2010; Bonanno et al., 2011).

1. Ondersteunen van natuurlijk herstel

Het merendeel van de getroffen personen beschikt over de vaardigheden zelf effectief te herstellen na een schokkende gebeurtenis en ontwikkelt geen langdurige klachten. Bij de groep zonder ernstige klinische symptomen is het van belang uit te gaan van dit natuurlijk herstelvermogen en zelfredzaamheid en is ondersteuning hiervan voldoende (Bonanno et al., 2011; Impact, 2014).

Hoe kan dit natuurlijk herstelvermogen het beste ondersteund worden en daarmee de kans op een veerkrachtige uitkomst worden vergroot? Hobfoll en collega's (2007) kwamen vanuit de behoefte aan evidence based interventies in de vroege fase tot vijf principes die kunnen functioneren als leidraad bij het vormgeven van interventie en preventie in de vroege fase na een schokkende gebeurtenis. Het bevorderen van deze principes vergroot de kans op een stressbestendige en veerkrachtige uitkomst na het ervaren van een schokkende gebeurtenis. Tijdens de vroege en middellange termijn is het van belang de volgende vijf principes te bevorderen: veiligheidsgevoel, kalmte, een gevoel van self-efficacy en gemeenschaps-efficacy, verbondenheid (het ervaren van sociale steun) en hoop. Om deze principes te versterken kan onder andere gebruik gemaakt worden van exposure, het aanleren van meer adaptieve cognities en copingstrategieën, het bieden van een steunende context en het bevorderen van sociale steun vanuit de omgeving, het normaliseren van stressreacties, het aanbieden van psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie (CGT). Voor een volledig overzicht van de aanbevolen interventies zie het artikel van Hobfoll en collega's (2007).

Tijdens de vroegtijdige PSH is het van groot belang te kijken naar de sociale omgeving van de getroffen persoon (Kleber & Mittendorff, 2000). Sociale steun wordt consistent gevonden als een beschermende factor voor het ontwikkelen van psychopathologie. Dit principe lijkt een belangrijke voorwaarde voor de getroffen persoon om zijn of haar natuurlijk herstelvermogen aan te kunnen spreken (Bonanno et al., 2011). Onder sociale steun wordt zowel de steun van familie en vrienden gerekend, als ook praktische, financiële en juridische steun (Impact, 2014). Onderzoek naar het ontwikkelen van PTSS bij treinmachinisten wees de afwezigheid van onmiddellijke hulp na afloop van het incident aan als risicofactor op het ontwikkelen van PTSS (Limosin et al., 2006). Er zijn meerdere onderzoeken beschreven waarbij de aanwezigheid van sociale steun samenhangt met een beter emotioneel welbevinden en herstel na het meemaken van een schokkende gebeurtenis (Hobfoll et al., 2007; Kaniasty, 2012). Ook steun vanuit de organisatie na een schokkende gebeurtenis op het werk leidt tot minder symptomen bij getroffen personen (Stephens, 1997). Bij getroffen personen met een gebrek aan sociale steun zou interventie zich moeten richten op het identificeren en verkrijgen van sociale steun (Hobfoll et al., 2007; Kaniasty, 2012). Onderzoek heeft uitgewezen dat getroffen personen het leren van steunzoekende vaardigheden als erg waardevol ervaren (Cox et al., 2007).

2. Signaleren van getroffen personen die behoefte hebben aan acute psychologische hulp

Naast het ondersteunen van het natuurlijk herstelvermogen van de getroffen persoon is het van belang die groep die post traumatische stressklachten heeft en risicooft op het ontwikkelen van langdurige klachten tijdig te identificeren (Brewin, 2005). Er zijn twee manieren om deze groep te identificeren: door te kijken naar de aanwezigheid van risicofactoren op het later ontwikkelen van PTSS of door middel van het meten van het klachtniveau van de getroffen persoon.

Het is lastig een eenduidige set van risicofactoren te bepalen die later zullen leiden tot het ontwikkelen van post traumatische stressklachten (Bonanno et al., 2010). Bepaalde persoonlijkheidseigenschappen, een geschiedenis van psychiatrische comorbiditeit en zoals eerder

genoemd, het ontbreken of schaarste van sociale steun vergroten de kans op het ontwikkelen van PTSS na een schokkende gebeurtenis op de werkvloer (Bonanno et al., 2011; Skogstad et al., 2013). Ander onderzoek verwees naar cognitieve factoren als voorspeller van de instandhouding van PTSS. Met name angst, schuldgevoelens en gevoelens van vervreemding voorafgaand aan behandeling bleken PTSS in stand te houden (Mehnert et al., 2012). Onderzoek naar het ontwikkelen van PTSS bij treinmachinisten wezen de aanwezigheid van acute en chronische stress in het jaar voorafgaand aan de schokkende gebeurtenis aan als risicofactor op het ontwikkelen van PTSS (Limosin et al., 2006). Uit onderzoek blijkt dat de uitkomst na een schokkende gebeurtenis afhankelijk is van een combinatie tussen verschillende risico- en veerkrachtfactoren, welke onafhankelijk van elkaar weinig voorspellende waarden hebben, maar cumulatief beïnvloeden hoe iemand op een schokkende gebeurtenis reageert. Dit maakt het lastig één set van risicofactoren te identificeren en te voorspellen wie later problemen zal ontwikkelen en wie niet (Bonanno et al., 2010).

Mogelijk is het klachtenniveau van de getroffen hiervoor informatiever. Eén van de risicofactoren die bij screening als voorspeller van latere problematiek zou kunnen fungeren is de aanwezigheid van peritraumatische dissociatie; het uiten van derealisatie, tijdsverstoring, depersonalisatie en verbijstering tijdens of direct na een schokkende gebeurtenis. De aanwezigheid van deze reacties hangt samen met het later optreden van posttraumatische stress symptomen. Getroffenen die vlak na de schokkende gebeurtenis al deze heftige reacties vertonen lopen mogelijk meer risico op het ontwikkelen van PTSS en kunnen op deze manier geselecteerd worden voor traumagerichte interventies (Kleber & Mittendorff, 2000). Alhoewel acute fysiologische reacties gemeten tijdens of direct na een schokkende gebeurtenis de latere ontwikkeling van PTSS kunnen voorspellen (Bryant, Creamer, O'Donnell, Silove, & McFarlane, 2008) doen acute reacties zich ook voor bij mensen die later geen psychopathologie ontwikkelen. Acute klachten hoeven dus niet perse te duiden op psychopathologie (Davidson & McFarlane, 2006). Het lijkt het beste om getroffenen die acute klachten vertonen direct na het meemaken van een schokkende gebeurtenis in de eerste weken te blijven monitoren om erachter te kunnen komen of er sprake is van een normaal of verstoorde verwerking (Kleber & Mittendorff, 2000). Door middel van vroege screening op klachten en monitoring van getroffenen kan er op deze manier een onderscheid gemaakt worden tussen getroffenen zonder psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen, getroffenen bij wie twijfel bestaat over de aanwezigheid van psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen en getroffenen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen (Impact, 2014).

Doorverwijzen en behandelen – vroegtijdige psychologische interventies

Getroffenen waarbij sprake is van een verstoorde verwerking en die ernstige klinische symptomen vertonen en blijven vertonen dienen tijdig te worden doorgestuurd voor vroegtijdige psychologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) (Bonanno et al., 2010; Bonanno et al., 2011; Impact, 2014). In verschillende onderzoeken is onderzocht of gericht aanbieden van een aantal CGT-sessies aan de groep die acute klachten vertoont en blijft vertonen werkzaam is als vroegtijdige interventie ter voorkoming van PTSS. In een onderzoek waarbij 4 keer per week 2 uur durende CGT sessies werden aangeboden (bestaande uit educatie, exposure, cognitieve herstructurering en ontspannings- en ademhalingsoefeningen) bleek na 4 weken de behandelgroep minder klachten te ervaren dan de controlegroep (die geen behandeling ontving) (Foa, Hearst-Ikeda, & Perry, 1995). Ook korter durende CGT interventies van 3 tot 5 bijeenkomsten

bleken succesvol te zijn in het verminderen van posttraumatische klachten (Bryant, Harvey, Dang, Sackville, & Basten, 1998). CGT sessies die worden gestart in de eerste maand na de schokkende gebeurtenis leiden tot een significante verbetering in functioneren en werken beter dan ondersteunende gesprekken (Ehlers & Clark, 2003). Eén sessie bestaande uit therapeutische instructies om zelf exposure toe te passen is effectief gebleken in het verminderen van symptomen van PTSS en is een veelbelovende kosten effectieve techniek in de behandeling van PTSS (Basoglu, Salcioglu & Livanou, 2009). Een verkorte versie van CGT gericht op het tegengaan van angst en vermijding waarin gebruik werd gemaakt van self-exposure bleek effectief in het verminderen van vermijdingsgedrag, het vergroten van een gevoel van controle en leidde tot vermindering van PTSS symptomen (Salcioglu, Basoglu & Livanou, 2007).

Het aanbod van PSH in de huidige praktijk – probleemstelling

Zoals hierboven beschreven zijn experts en zorgverleners in Europa het erover eens dat vroegtijdige PSH in eerste instantie erop gericht moet zijn het natuurlijk herstel van de getroffene te ondersteunen, en getroffenen die acute klachten ondervinden en waarbij het verwerkingsproces verstoord is tijdig te identificeren en door te verwijzen voor acute psychologische hulp zoals cognitieve gedragstherapie (Impact, 2014; Te Brake et al., 2009; Te Brake, 2014). Experts en hulpverleners in Europa rapporteerden dat deze aanbevelingen in grote lijnen in de praktijk worden toegepast, al bestaan er op een aantal punten verschillen tussen wat er vanuit de wetenschap wordt aanbevolen over de vroegtijdige PSH en wat er in de praktijk wordt aangeboden. Zo lijkt bijvoorbeeld niet breed gebruik gemaakt te worden van screeningsinstrumenten om hulpbehoevende getroffenen tijdig te signaleren en richt niet iedereen zich op mobiliseren van sociale steun (Te Brake & Dückers, 2013). Alhoewel het onderzoek van Te Brake en Dückers (2013) een eerste indruk heeft gegeven van hoe PSH in de praktijk er op dit moment uitziet, bestaat er nog niet een duidelijk beeld van de specifieke psychosociale hulp die wordt aangeboden door hulpverleners in Nederland. Het doel van het huidige onderzoek is om hier een beter beeld van te krijgen en geeft antwoord op de volgende onderzoeksvraag: *‘Waaruit bestaat de psychosociale hulpverlening die door professionele hulpverleners in de acute fase na een schokkende gebeurtenis geboden wordt aan getroffenen?’*. Bij het beantwoorden van deze vraag zal worden gekeken of de PSH aansluit bij de 3 belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn, namelijk (1) het ondersteunen van veerkracht (2) tijdig signaleren en monitoren van de klachten en (3) op tijd doorverwijzen en acute psychologische hulp aanbieden aan die groep die het nodig heeft. Het beantwoorden van de subvraag a): *‘Wordt de inhoud van de PSH aangepast aan de mate van herstel en het klachteniveau van de getroffene?’* verschaft meer inzicht of er in de praktijk rekening wordt gehouden met het feit dat getroffenen meerdere reactiepatronen kunnen vertonen na het meemaken van een schokkende gebeurtenis en dat het van belang is hier bij aan te sluiten met passende ondersteuning of interventies (Bonanno). Daarnaast zal in kaart worden gebracht of en op welke manier hulpverleners in de praktijk op dit moment het zelfherstellend vermogen van de getroffene ondersteunen. Daarbij is subvraag b) geformuleerd: *‘Worden de interventies gericht op het versterken van de vijf principes van Hobfoll et al. (2007) in gelijke mate toegepast?’*. Aansluitend op eerder onderzoek waarin werd geconstateerd dat er consensus bestaat tussen hulpverleners hoe PSH eruit zou moeten zien (Te Brake, 2013) zal worden onderzocht of hulpverleners PSH ook op dezelfde manier toepassen. Dit heeft geleid tot subvraag c):

'Geven hulpverleners op eenzelfde manier invulling aan de PSH die zij bieden aan getroffen?' Daarmee fungeert dit onderzoek als een eerste stap naar het in kaart brengen van het huidige veld van psychosociale hulpverlening die wordt aangeboden aan getroffen die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt op het werk en kan er een eerste inschatting gemaakt worden in welke mate aanbevelingen vanuit de wetenschap daadwerkelijk worden uitgevoerd in de praktijk.

Methode

Dit onderzoek bestaat uit twee delen, waarbij het eerste deel een kwalitatief onderzoek betreft dat is uitgevoerd met behulp van een semigestructureerd interview aan de hand van vignetten. Het tweede deel betreft een kwantitatief onderzoek dat uitgevoerd is met behulp van een vragenlijst.

Methode kwalitatieve deel - interviews

Participanten

Voor dit deel van het onderzoek werden per brief acht hulpverleners van het Instituut voor Psychotrauma (IVP) benaderd voor deelname aan een semigestructureerd interview, waarvan 7 psychologen en 1 bedrijfshulpverlener. Deze hulpverleners zijn verantwoordelijk voor het bieden van psychosociale hulp aan medewerkers van de NS (Nederlandse Spoorwegen) die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt op of rond het spoor. Wegens non-respons viel er één psycholoog af en zijn er uiteindelijk bij zeven hulpverleners interviews afgenomen.

Verwerkingsscan

Voor vroegtijdige signalering van klachten als gevolg van het meemaken van een schokkende gebeurtenis op of rond het spoor heeft het IVP in samenwerking met de NS de verwerkingsscan ontwikkeld. De verwerkingsscan bestaat onder andere uit de Nederlandse vertaling van de *Impact of Event Scale*, de schokverwerkingslijst (SVL) (Brom & Kleber, 1985). De SVL is een gevalideerd screeningsinstrument dat is bedoeld om PTSS klachten die zich mogelijk ontwikkelen als gevolg van een schokkende gebeurtenis vroegtijdig te signaleren. Daarnaast is er bij de verwerkingsscan een vraag toegevoegd over het huidige functioneren van de getroffene in de privésituatie en op het werk. Wanneer uit de verwerkingsscan blijkt dat de getroffene op dat moment weinig tot geen PTSS klachten vertoont en goed functioneert (een groene score), wordt er vanuit gegaan dat de verwerking gunstig verloopt en wordt de nazorg afgesloten. Wanneer uit de verwerkingsscan blijkt dat de getroffene meer posttraumatische klachten vertoont dan bij een normale verwerking verwacht mag worden en aangeeft matig tot slecht te functioneren (een oranje of rode score), wordt er telefonisch contact opgenomen met de getroffene door een hulpverlener van het IVP (Instituut voor Psychotrauma) en wordt er een inschatting gemaakt of verdere psychosociale ondersteuning nodig is zodat de kans op herstel vergroot kan worden en er uiteindelijk een groene score op de verwerkingsscan behaald wordt.

Meetinstrumenten

Vignetten

Er is voor de basis van de semigestructureerde interviews gebruik gemaakt van 3 vignetten (zie bijlage 1). Voor de samenstelling van deze vignetten is gebruik gemaakt van een databestand, beschikbaar gesteld door het IVP, met daarin uitslagen op de verwerkingsscan en situatieomschrijvingen zoals ingevuld

door getroffen NS-medewerkers tussen april 2012 en augustus 2013. Uit dit databestand zijn in overleg met 2 ervaren hulpverleners (psychologen) van het IVP 3 fictieve vignetten samengesteld, die representatief werden beoordeeld voor echte situaties/personen.

Per vignet werd een fictieve getroffene beschreven die een oranje score zou ontvangen op de verwerkingsscan, waarbij de getroffene milde klachten had en het functioneren in lichte mate werd verstoord (vignet 1), een oranje score waarbij de klachten in een grotere mate aanwezig waren en het functioneren dusdanig werd verstoord dat hij hier in het dagelijks leven last van ondervond (vignet 2) of een rode score (vignet 3). Bij elk vignet is een uitgebreide casusomschrijving toegevoegd voor de onderzoekers om tijdens het interview antwoord te kunnen geven op aanvullende vragen over de fictieve getroffene in elk vignet (zie bijlage 1). Deze uitgebreide casusomschrijving werd toegevoegd om te waarborgen dat per hulpverlener dezelfde casuïstiek zou worden behandeld en daarmee de betrouwbaarheid tussen interviews te vergroten.

Semigestructureerd interview

Er werd per hulpverlener een semigestructureerd interview afgenomen, bestaande uit 5 vragen waarvan de antwoorden op audio werden vastgelegd. Op basis van voorgesprekken met 2 ervaren hulpverleners van het IVP bleek dat het hulpverleningsgesprek vaak opgebouwd is uit de volgende onderdelen:

- De opening van het gesprek
- De anamnese
- De inhoud van de aangeboden psychosociale ondersteuning
- De keuze om te monitoren/door te verwijzen of af te wachten (vervolgstappen)
- De afsluiting van het gesprek

Deze onderdelen vormen samen de PSH die geboden wordt aan de getroffenen. Om inzicht te krijgen in de opbouw en de specifieke inhoud van deze PSH werden deze onderdelen als basis genomen voor het interview. Voor de exacte interviewvragen zie bijlage 2.

Procedure

Voorafgaand aan elk interview werd het doel van het onderzoek uitgelegd en werd de participant gevraagd het eerste vignet te lezen. Daarbij werd de instructie gegeven om zich zo goed mogelijk in te leven in de beschreven situatie. Vervolgens werd de participant gevraagd zich een voorstelling te maken van het verloop van het daaropvolgende gesprek met de getroffene. Hierna werden de hierboven genoemde onderwerpen besproken. Tijdens het interview hadden de participanten de mogelijkheid om aanvullende vragen te stellen over de getroffene. In totaal werden per participant op deze wijze alle drie de vignetten behandeld.

Analyse

De antwoorden van de hulpverleners op het interview werden onderzocht met behulp van MAXQDA 10 (kwalitatieve data analyse software). Transcripten van de interviews werden gecodeerd en geanalyseerd om de data overzichtelijker te maken en om een inhoudelijke thema analyse mogelijk te maken. Elk interview werd gecodeerd aan de hand van vijf vooraf vastgestelde thema's, namelijk de onderdelen van een hulpverleningsgesprek die als leidraad zijn gebruikt voor de semigestructureerde interviews (opening, anamnese, psychosociale ondersteuning, vervolgstappen en afsluiting).

Om inzicht te krijgen in de opbouw en de specifieke inhoud van de PSH werden met behulp van open codering per thema subcodes geïdentificeerd. Elke subcode geeft hierbij een handeling of interventie binnen de PSH weer. Deze subcodes werden tijdens het coderen in overleg door de 2 onderzoekers vastgesteld (zie voor alle gebruikte codes bijlage 3).

Aan de hand van de inhoud en frequentie van deze subcodes werd een kwalitatieve analyse gemaakt van de opbouw en inhoud van de aangeboden psychosociale hulpverlening. Deze analyse is gemaakt om inzicht te kunnen krijgen in welke handelingen en interventies er worden toegepast binnen de PSH.

Met behulp van het beantwoorden van de hieronder genoemde subvragen wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag 'Waaruit bestaat de PSH die door hulpverleners van het IVP geboden wordt in de vroege fase aan getroffen en nadat zij een schokkende gebeurtenis op het werk hebben meegemaakt?'

- Door per vignet te kijken welke handelingen en interventies door de hulpverleners werden toegepast, kon antwoord worden gegeven op subvraag a): 'Wordt de inhoud van de PSH aangepast aan de mate van herstel en de coping van de getroffene?'
- Per hulpverlener werd per vignet gekeken welke subcodes werden toegepast en hoe vaak, zodat kon worden vergeleken of de inhoud en opbouw van de PSH onder verschillende hulpverleners overeenkwam. Dit is gedaan om antwoord te geven op subvraag c): 'Geven hulpverleners van het IVP op eenzelfde manier invulling aan de PSH die zij bieden aan getroffen en?'

Methode kwantitatieve deel - vragenlijst

Procedure en participanten

In totaal is er via de email naar 93 hulpverleners binnen het netwerk van het IVP een standaard vragenlijst verstuurd die online via de website Thesistools kon worden ingevuld. De respondenten hadden 2 weken de tijd om de vragenlijst in te vullen en er is in deze periode 2 keer een reminder verstuurd om de respons te verhogen. Er zijn 46 respondenten aan de vragenlijst begonnen, en uiteindelijk hebben 38 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld (een respons van 41 %). Onder de respondenten bevonden zich 15 mannen en 23 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 54,7 ($sd=9,7$). De meeste hulpverleners zijn werkzaam als GZ-psycholoog en het overgrote deel van de respondenten (89,5%) hebben psychotrauma en rouwverwerking als expertise. Meer dan de helft van de respondenten (57,9%) wordt 0-5 keer per jaar ingeschakeld door het IVP om psychosociale hulpverlening in de vroege fase te bieden na een schokkende gebeurtenis op het werk. Daarvan geeft 63,2 % van de respondenten aan deze PSH aan te bieden in zijn/haar eigen praktijk, 15,8% op locatie en 21,1% zowel op locatie als in de eigen praktijk. Voor een compleet overzicht van alle demografische variabelen zie tabel 1 en 2.

Tabel 1. Gemiddelden en standaarddeviaties van de demografische variabelen leeftijd en het aantal jaren dat de respondenten werkzaam zijn bij het IVP ($N=38$)

| | <i>Gemiddelde</i> | <i>Std.</i> | <i>N</i> |
|----------------------------|-------------------|-------------|----------|
| Leeftijd | 54,7 | 9,7 | 38 |
| Jaren werkzaam bij het IVP | 8 | 6.8 | 38 |

Tabel 2. Demografische variabelen van de respondenten weergegeven in frequenties en percentages ($N=38$).

| | <i>N</i> | <i>%</i> |
|---|----------|----------|
| Geslacht | | |
| Man | 15 | 39,5 |
| Vrouw | 23 | 60,5 |
| Totaal | 28 | 100 |
| Opleiding | | |
| HBO | 6 | 15,8 |
| WO | 32 | 84,2 |
| Totaal | 38 | 100 |
| Beroep | | |
| Maatschappelijk werker | 3 | 7,9 |
| Basispsycholoog | 1 | 2,6 |
| Psychotherapeut | 8 | 21,1 |
| GZ-psycholoog | 18 | 27,4 |
| Klinisch psycholoog | 3 | 7,9 |
| Sociaal psychiatrisch verpleegkundige | 4 | 10,5 |
| Psychosociaal verpleegkundige | 1 | 2,6 |
| Totaal | 38 | 100 |
| Veld van expertise | | |
| Angst- en stemmingsstoornissen | 2 | 5,3 |
| Psychotrauma en rouwverwerking | 34 | 89,5 |
| persoonlijkheidsproblematiek | 1 | 2,6 |
| Agressieregulatie | 1 | 2,6 |
| Totaal | 38 | 100 |
| Ervaring met traumagerichte therapie | | |
| Nee | 4 | 10,5 |
| CGT | 2 | 5,3 |
| EMDR | 7 | 18,4 |
| EMDR&CGT | 25 | 65,8 |
| Totaal | 38 | 100 |
| Aantal keren PSH per jaar | | |
| 0-5 keer | 22 | 57,9 |
| 5-10 keer | 7 | 18,4 |
| 10-20 keer | 7 | 18,4 |
| <20 keer | 1 | 2,6 |
| Missing | 1 | 2,6 |
| Totaal | 38 | 100 |
| Opvang op locatie of in praktijk | | |
| Op locatie | 6 | 15,8 |
| In mijn praktijk | 24 | 63,2 |
| Beide | 8 | 21,1 |
| Totaal | 38 | 100 |

Meetinstrumenten

Vragenlijst 'Psychosociale hulpverlening na een schokkende gebeurtenis op het werk'

Voor dit onderzoek is door ons een vragenlijst ontwikkeld om de vroegtijdige psychosociale hulp in kaart te brengen die hulpverleners aanbieden aan getroffen en van schokkende gebeurtenissen (zie bijlage 4 voor de volledige vragenlijst). Bij het samenstellen van de vragenlijst is uitgegaan van de 5 principes die Hobfoll en collega's (2007) adviseren te versterken in de vroege en middellange termijn na het meemaken van een schokkende gebeurtenis. Voor elk principe worden meerdere interventies geadviseerd. Voor elke interventie is een vraag geconstrueerd, welke vervolgens ter controle zijn voorgelegd aan een team van 2 experts binnen het IVP.

De uiteindelijk gevormde vragenlijst brengt voor elk principe (veiligheidsgevoel, kalmeren, zelfredzaamheid, verbondenheid en hoop) in kaart hoe vaak de hulpverleners de aanbevolen interventies toepassen. De mate waarin elke interventie wordt toegepast werd gemeten op een Likert-schaal van 1 tot 5 (respectievelijk 'nooit', 'soms', 'regelmatig', 'vaak' en 'altijd'). Naast de vragen met betrekking tot de interventies gericht op het vergroten van de principes van Hobfoll et al. (2007), zijn er nog vragen toegevoegd om de demografische variabelen van de onderzoeksgroep in kaart te kunnen brengen. Omdat het onderzoek gericht is op een specifieke doelgroep, namelijk PSH aan getroffen en van een schokkende gebeurtenis op de werkvloer, zijn er in overleg met de eerdergenoemde experts van het IVP nog doelgroep specifieke vragen toegevoegd, om zo de vragenlijst toe te spitsen op de doelgroep van dit onderzoek.

De vragenlijst 'Psychosociale hulpverlening na een schokkende gebeurtenis op het werk' bestaat in totaal uit 41 items. Negen vragen brengen de demografische gegevens van de onderzoeksgroep in kaart. De interventies gericht op het vergroten van de principes van Hobfoll et al. (2007) besloegen 30 vragen. Per principe is vooraf een schaal vastgesteld met daarin de aanbevolen interventies ter versterking van dat principe. Voor het principe veiligheidsgevoel waren dit 5 items, voor kalmeren 12, 4 items brachten interventies in kaart gericht op het vergroten van zelfredzaamheid en collectieve redzaamheid, 6 items bevatten vragen over interventies gericht op sociale steun en 7 items stelden vragen over interventies gericht op het vergroten van het gevoel van hoop.

Naast de interventies gericht op de principes van Hobfoll et al. (2007) zijn er nog vier vragen toegevoegd die specifiek bedoeld zijn voor de specifieke doelgroep hulpverleners die psychosociale hulpverlening bieden na een schokkende gebeurtenis op het werk. Deze vragen hadden betrekking op de terugkeer naar werk, de werklocatie en de ondersteuning van het management. Ook is er een vraag toegevoegd met betrekking tot het gebruik van screeningsinstrumenten. Tenslotte zijn er nog 3 open vragen toegevoegd die de hulpverlener de mogelijkheid boden opmerkingen en aanbevelingen te plaatsen. Dit is gedaan om te voorkomen dat er, in de ogen van de hulpverleners, belangrijke zaken over het hoofd gezien werden.

Analyse

De met de vragenlijst verkregen data is geanalyseerd met behulp van SPSS 20. Allereerst is er een indruk van de data verkregen door middel van een inspectie van de frequenties.

Om uitspraken te kunnen doen over het toepassen van de door Hobfoll et al. (2007) aangeraden principes was het nodig om uit de 30 interventies schalen te construeren. Om te kijken of de 30 interventies samengevoegd konden worden tot schalen en of het mogelijk was om achterliggende variabelen te

identificeren uit de data is er een exploratieve factoranalyse met VARIMAX rotatie uitgevoerd in SPSS 20 (zie bijlage 5). Wij zijn ons er van bewust dat deze resultaten met voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd gezien het feit dat voor een dergelijke analyse eigenlijk een grotere steekproef nodig is. De analyse is weliswaar toch opgenomen aangezien dit verhelderend werd geacht voor eventuele schaalconstructie. Omdat deze factoranalyse niet leidde tot een inhoudelijk duidelijke en logische indeling van variabelen, gebaseerd op de eerder besproken literatuur, is er besloten om vast te houden aan de vooraf bepaalde schalen die staan voor de verschillende principes van Hobfoll et al. (2007).

Om te kijken of deze schalen daadwerkelijk betrouwbaar kunnen worden gebruikt is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd (zie bijlage 6). Twee interventies (item 3: advies geven over stressreacties en item 6: informatie verstrekken m.b.t normale reacties) kunnen volgens Hobfoll en collega's (2007) ingezet worden om meerdere principes tegelijkertijd te versterken. Itemanalyse wees uit dat voor deze doelgroep deze twee items het beste pasten bij de schaal kalmeren, en daarom worden deze vragen alleen meegenomen voor het berekenen van het schaalgemiddelde voor dit principe.

De betrouwbaarheidsanalyse wees verder uit dat er sprake is van 4 betrouwbare schalen, die staan voor de volgende principes van Hobfoll et al.: Kalmeren, Zelfredzaamheid, Verbondenheid (Sociale steun) en Hoop. Het principe Veiligheidsgevoel bleek geen betrouwbare schaal te zijn. De interventies die oorspronkelijk pasten bij deze schaal blijken niet samen te hangen en kunnen niet samen worden gevoegd tot een schaal. Deze interventies zullen als losstaande interventies worden besproken in de frequentieanalyse. De inspectie van de frequenties is gebruikt om antwoord te geven op de hoofdvraag.

Analyse per subvraag

b) Worden de interventies gericht op het versterken van de vijf principes van Hobfoll et al. in gelijke mate toegepast?

Om deze vraag te beantwoorden is er gekeken naar de schaalgemiddeldes per principe. Op deze manier is in kaart gebracht hoe vaak een principe gemiddeld werd toegepast door de hulpverleners. Door naar de verschillen tussen deze gemiddeldes te kijken, zijn er uitspraken gedaan met betrekking tot deze subvraag.

Geven hulpverleners op eenzelfde manier invulling aan de PSH die zij bieden aan getroffen?

Om deze vraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van ANOVA-toetsen. Er is hierbij gekeken of er verschillen te vinden waren in het toepassen van de principes voor verschillende demografische variabelen. Er werd hiervoor gekeken naar het effect van geslacht, het aantal keren PSH dat aangeboden werd per jaar en de locatie waarop de PSH werd aangeboden. Voor deze toetsen werd een significantieniveau van $p = 0.05$ gehanteerd.

Resultaten

Resultaten uit de interviews

Opbouw PSH

Uit de analyse van de interviews is er inzicht verkregen in welke handelingen en interventies er tijdens het eerste hulpverleningsgesprek toegepast worden. Ook is hiermee in kaart gebracht hoe de PSH is opgebouwd. Hieronder volgt een overzicht van de resultaten per subvraag.

Subvraag 1a: Wordt de inhoud van de PSH aangepast aan de mate van herstel en het klachtniveau van de getroffene?

Wanneer er gekeken wordt naar verschillen tussen de vignetten, wordt er binnen elk hulpverleningsgesprek in dezelfde mate aandacht besteed aan de verschillende thema's. Het gesprek bestaat met name uit de anamnese (36,6 tot 38%) en de psychosociale ondersteuning (34 tot 37,9%). Er is hierin geen verschil tussen vignetten (zie tabel 3).

Tabel 3. Opbouw hulpverleningsgesprek per vignet in percentages van het totaal aantal coderingen

| | Vignet 1 | Vignet 2 | Vignet 3 |
|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Opening | 11 % | 8,4% | 9,8% |
| Anamnese | 38 % | 36,6% | 37,2% |
| Psychosociale ondersteuning | 34% | 37,9% | 36,6% |
| Vervolgstappen | 6,4% | 7,9% | 8,1% |
| Afsluiting | 9,6% | 9,3% | 8,1% |

Hieronder volgt een beschrijving van de specifieke inhoud per thema en de zaken die opvielen.

Opening

Per casus werd het gesprek op eenzelfde manier geopend. Na het voorstellen volgde de vraag of men gelegen belt. In vignet 1 en 2 werd in beide gevallen aangegeven dat het van belang is te informeren of de getroffene de uitslag op de scan had verwacht. Dit geeft volgens de hulpverleners een indicatie of de getroffene inzicht heeft in zijn/haar klachten, en vormt een basis voor het verdere gesprek. In vignet 3, waarbij de getroffene een rode score heeft op de verwerkingscan, werd hier echter slechts door 4 van de 7 hulpverleners aandacht aan besteed.

Een reden die hiervoor werd gegeven blijkt uit het volgende voorbeeld:

"Ik zou nu niet vragen of hij het verwacht had, dat vind ik een open deur"

Hieruit blijkt dat de hulpverleners hun gesprek aanpassen aan de situatie en de specifieke getroffene en zich richten op de onderwerpen die op dat moment van belang zijn.

Anamnese

Binnen het thema anamnese werd met name ingegaan op het huidige functioneren van de getroffene, en dan met name de klachten die hij/zij op dit moment nog ervaart. De hulpverleners waren het erover eens dat het van belang is te vragen naar PTSS gerelateerde klachten zoals vermijding en herbelevingen. Daarnaast werd de mate van sociale steun en de manier van coping in kaart gebracht. Een voorbeeld van het uitvragen van deze coping is:

'U vertelde dat u normaal gesproken om te ontspannen wat sport. Zijn er nog andere dingen die u doet?'

De grote lijnen in het gesprek kwamen overeen, wel was er een klein verschil te zien in de rangorde van de subcodes. Dit wordt veroorzaakt door de inhoud van het vignet. Wanneer er in het vignet sprake was van een problematische privésituatie (vignet 3), werd hier meer aandacht aan besteed (*'Ik zie dat niet alleen dit is gebeurd maar ik zie dat ook jouw vader een maand terug is overleden. Hoe is het daarmee?'*). In vignet 1 stond de terugkeer naar werk meer op de voorgrond, aangezien de getroffene hier zelf al stappen in had gezet. Hieruit blijkt dat de hulpverleners het van belang vinden om in alle gevallen te inventariseren wat de klachten zijn die ervaren worden, maar verder aan te sluiten bij onderwerpen die op dat moment centraal

staan bij de getroffene.

Voor een volledig overzicht van de subcodes en hoeveel aandacht er per vignet aan deze codes werd besteed zie tabel 4.

Tabel 4. Subcoderingen van het thema ‘Anamnese’ en de opbouw van de coderingen binnen het thema weergegeven in percentages per vignet

| <i>Subcode</i> | <i>Vignet 1</i> | <i>Vignet 2</i> | <i>Vignet 3</i> |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Huidig functioneren | 38,9% | 38,6% | 27,9% |
| Werk | 16,7% | 6% | 11,8% |
| Sociale steun | 13,9% | 13,3% | 19% |
| Terugkeer naar werk | 8,3% | 1,2% | 1,5% |
| Leidinggevende | 8,3% | 6% | 8,8% |
| Coping | 7% | 21,7% | 11,8% |
| Privésituatie | 2,8% | 7,2% | 11,7% |
| Eerder incident | 2,8% | 3,6% | 7,4% |
| Huidig incident | 1,4% | 2,4% | 0% |

Psychosociale ondersteuning

De psychosociale ondersteuning die wordt aangeboden bestaat uit het geven van psycho-informatie (normaliseren van reacties, coping, vermijding, hulpverlening, verwerkingsproces en de verwerkingsscan) en het geven van advies (over coping, terugkeer naar werk, sociale steun, slapen en afleiding/ontspanning zoeken). Daarnaast geven de hulpverleners aan dat ze het van belang vinden om aan te sluiten bij de behoefte van de getroffene en stellen ze zich empatisch op. Een voorbeeld van een uiting van empathie was;

“Ik zie ook dat je dapper door bent gegaan met van alles, met werk vooral.”

Er wordt van alle interventies binnen de psychosociale ondersteuning het meeste aandacht besteed aan het geven van psycho-informatie. Bij alle vignetten wordt daarbij het meeste aandacht besteed aan het normaliseren van reacties (het geven van informatie dat de reacties die de getroffene heeft normaal zijn en over het algemeen vanzelf zullen afnemen). Een concreet voorbeeld hiervan was:

“Kunt u het zich wel voorstellen dat het eigenlijk hele normale reacties zijn die u heeft? Ik zou het niet anders doen.”

Ook wordt er informatie gegeven over hoe het verwerkingsproces normaliter verloopt (wat men kan verwachten en wanneer extra ondersteuning nodig is). De hulpverleners geven aan dat zij het in alle gevallen van belang vinden om de getroffene zo goed mogelijk te informeren over de huidige klachten, en over wat zij nog kunnen verwachten. Dit is volgens hen van belang voor het verdere herstel van de getroffene. Hieruit blijkt dat het geven van psycho-informatie een meer algemeen onderdeel is van de PSH, en in mindere mate wordt toegespitst op de individuele behoeftes van de getroffene.

Zie voor een compleet overzicht van de opbouw van de psychosociale ondersteuning tabel 5.

Tabel 5. Subcoderingen van het thema 'Psychosociale ondersteuning' en de opbouw van de coderingen binnen het thema weergegeven in percentages per vignet

| Subcode | Vignet 1 | Vignet 2 | Vignet 3 |
|------------------------------------|----------|----------|----------|
| Psycho-informatie | 33,8% | 33,7% | 35,8% |
| Uiting van empathie | 30,8 % | 26,7% | 22,4% |
| Advies geven | 23,1 % | 31,4% | 34,3% |
| Aansluiten bij behoefte getroffene | 12,3% | 8,1 % | 19,4% |

Binnen de subcode advies geven werd het meeste advies gegeven over de terugkeer naar werk. De hulpverleners zijn het erover eens dat het van belang is dat de getroffene zo snel mogelijk weer stappen terug neemt naar werk, om zo vermindering tegen te gaan. Een voorbeeld van een advies over terugkeer naar werk is:

'Tegelijkertijd is het wel goed om langzamerhand in samenwerking met de leidinggevende wel wat stappen terug te nemen omdat je anders weer teveel gaat vermijden.'

Vignet 2 (oranje/meerdere klachten) vormt daar een uitzondering op, daar werd het meeste advies gegeven over manieren om afleiding/ontspanning te zoeken. Hier werd advies gegeven over hoe de getroffene kon ontspannen, omdat de getroffene aangaf belemmerd te worden door de constante spanning. Een voorbeeld van dit advies is:

'Dan zou het slim zijn om iets te zoeken waardoor je aandacht wordt afgeleid. Zijn er andere dingen die je zou kunnen doen?'

Er wordt in alle drie de vignetten in mindere mate advies gegeven over het verbeteren van slapen, sociale steun en coping. Uit de onderwerpen waarover advies gegeven wordt blijkt dat de hulpverleners het vooral van belang vinden dat de getroffene weer in staat is om de dagelijkse routine op te pakken.

Vervolgstappen

Binnen het thema vervolgstappen werden de volgende subthema's geïdentificeerd: nabellen, uitslag van de tweede scan afwachten, doorverwijzen voor face-to-face gesprekken en telefonische begeleiding. Tussen de vignetten is er een duidelijk verschil te zien in de keuzes voor een vervolgstap (zie tabel 6). Ten opzichte van vignet 2 en 3 wordt er in vignet 1 vooral voor gekozen om de beslissing om de uitslag van de tweede scan af te wachten. Ook werd voorafgaand aan de tweede scan telefonisch contact opgenomen met de getroffene om na te gaan of de klachten verder aan het afnemen zijn. Uit de keuze voor een afwachtende houding blijkt dat er in vignet 1 vooral uitgegaan wordt van het zelf herstellend vermogen van de getroffene. Een voorbeeld hiervan is:

'Dus ik verwacht gewoon dat u zich over een paar weken goed voelt. Maar we hebben nog een telefonisch gesprek, en u vult nog een keer de scan in en dan kijken we weer verder.'

In vignet 2 en 3 werd er vooral voor gekozen om de getroffene door te verwijzen voor verdere *face-to-face* hulpverleningsgesprekken. Binnen vignet 3 werd er in alle gevallen gekozen voor doorverwijzen, echter onderhouden 4 van de 7 hulpverleners contact met de getroffene totdat deze terecht kon voor verdere gesprekken. Hieruit blijkt dat de keuze voor een vervolgstap door alle hulpverleners wordt gemaakt op basis van het huidige functioneren en het klachtenpatroon van de getroffene.

Tabel 6. Subcoderingen van het thema ‘vervolgstap’ en de opbouw van de coderingen binnen het thema weergegeven in percentages per vignet

| Subcode | Vignet 1 | Vignet 2 | Vignet 3 |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|
| Uitslag 2 ^e scan afwachten | 41,7% | 16,7% | 0% |
| Telefonische begeleiding | 0% | 16,7% | 26,7% |
| Nabellen | 58,3% | 11,1% | 0% |
| Doorverwijzen | 0% | 55,6% | 73,3% |

Afsluiting

De afsluiting bestaat uit terugkoppeling aan de leidinggevende, het vragen van toestemming hiervoor, het bieden van een contactmogelijkheid en het informeren of er nog vragen zijn. In alle drie de vignetten werd er aangegeven dat er zou worden teruggekoppeld naar de leidinggevende over het gesprek. Er werd hier niet standaard toestemming voor gevraagd, dit gebeurde in alle vignetten slechts in de helft van alle gevallen. In vignet 1 en 2 werd er de mogelijkheid tot contact geboden, dit gebeurde in vignet 3 slechts door twee hulpverleners. Echter bleek uit de keuze voor de vervolgstap dat in vignet 3 door 4 van de 7 hulpverleners zelf actief contact onderhouden werd. Het informeren naar eventuele vragen werd per vignet twee keer gedaan.

Subvraag 1c: Geven de hulpverleners van het IVP op dezelfde manier invulling aan de PSH die zij bieden aan getroffen?

Tijdens het gehele gesprek is te zien dat iedere hulpverlener zijn of haar eigen stijl heeft. Deze stijl is terug te zien in tabel 7 en 8 waaruit blijkt dat het per hulpverlener verschilt hoeveel aandacht er aan elk subthema besteed wordt. De ene hulpverlener stelt zich vooral afwachtend op door in te gaan op de situatie en het uitvragen van sociale steun en hierna vooral over gaat op het adviseren over hoe om te gaan met bepaalde reacties en wat men zelf kan doen aan de situatie. Deze afwachtende houding is ook terug te zien in de vervolgstap die de hulpverlener neemt, waarbij er gekozen werd voor het afwachten van de uitslag van de 2^e scan. Een voorbeeld van deze afwachtende houding is:

“Dan zou ik op die psycho-educatieve tour gaan, dus de slaap hygiëne bespreken. Niet teveel koffie drinken, bijvoorbeeld thee drinken, ontspannen, of een warme douche/ een warm bad nemen, niet teveel inspanning voor het slapen. Verder zou ik kijken of ik het arsenaal aan ontspanningsdingen nog wat kan uitbreiden.”

Een andere hulpverlener heeft een uitgebreidere aanpak die bestaat uit het uitvragen van alle aspecten binnen de anamnese en het uitgebreid aandacht besteden aan de fase van psychosociale ondersteuning, waarbij elk subthema binnen deze fase aan bod komt. Dit in tegenstelling tot weer een andere hulpverlener die zich vooral richt op het uitvragen van het huidig functioneren en het aanwezig zijn van de sociale steun. Aansluitend hierop geeft hij of zij psycho-informatie over de situatie en aanwezige klachten, om vervolgens de getroffene door te verwijzen voor verdere *face-to-face* gesprekken.

Wanneer er wordt gekeken naar de anamnese, blijkt dat er door de hulpverleners over het algemeen aandacht werd besteed aan dezelfde onderwerpen. Er werd door de hulpverleners vooral aandacht besteed aan het huidig functioneren en dan met name aan de klachten van de getroffene. Een voorbeeld hiervan is:

“Ik denk dat het goed is om even te kijken hoe het allemaal gegaan is en om te kijken wat er nu nog voor klachten zijn waar we nu nog over kunnen praten.”

Tijdens de anamnese werd er verder door bijna alle hulpverleners aandacht besteed aan het uitvragen van het sociale netwerk, om bronnen van sociale steun te identificeren. Door twee hulpverleners wordt hier geen aandacht aan besteed. Een voorbeeld van het uitvragen van sociale steun is:

“Ik begrijp dat je niet gewend ben met je vrouw te praten over je werk en dat wil je ook liever niet. Is er dan iemand anders in je omgeving aan wie je het verteld hebt?”

Voor een overzicht van de inhoud van de anamnese per hulpverlener, zie tabel 5a.

Tabel 7. Subcoderingen van het thema ‘anamnese’ en de opbouw van de coderingen binnen het thema weergegeven in percentages per hulpverlener

| <i>Subcode</i> | <i>HV1</i> | <i>HV2</i> | <i>HV3</i> | <i>HV4</i> | <i>HV5</i> | <i>HV6</i> | <i>HV7</i> |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Huidig functioneren | 28,2% | 33,3% | 52,6% | 24,4% | 45% | 40% | 41,7% |
| Werk | 10,3% | 8,9% | 15,8% | 9,8% | 10,0% | 17,1% | 8,3% |
| Sociale steun | 15,4% | 20,0% | 0% | 31,7% | 20,0% | 5,7% | 0% |
| Terugkeer naar werk | 5,1% | 4,4% | 5,3% | 4,1% | 5,0% | 2,9% | 0% |
| Leidinggevende | 15,4% | 6,7% | 0% | 4,1% | 0% | 17,1% | 4,2% |
| Coping | 12,8% | 6,7% | 15,8% | 22,0% | 5,0% | 8,6% | 29,2% |
| Privésituatie | 7,7% | 8,9% | 5,3% | 4,9% | 10,0% | 2,9% | 12,5% |
| Eerder incident | 5,1% | 8,9% | 5,3% | 4,1% | 0% | 2,9% | 4,1% |
| Incident | 0% | 4,5% | 0% | 0% | 5,0% | 2,9% | 0% |

De invulling van de psychosociale ondersteuning wisselt per hulpverlener. Er wordt met name aandacht besteed aan het geven van psycho-informatie, het geven van advies en het uiten van empathie, wat er in deze fase van het gesprek centraal staat wisselt echter per hulpverlener. Hierin is ook weer de eigen stijl van een hulpverlener terug te vinden. Er wordt aandacht gericht op dat wat zij van belang achten op basis van de informatie die is opgedaan tijdens de anamnese.

Tabel 8. Subcoderingen van het thema ‘psychosociale ondersteuning’ en de opbouw van de coderingen binnen het thema weergegeven in percentages per hulpverlener

| <i>Subcode</i> | <i>HV1</i> | <i>HV2</i> | <i>HV3</i> | <i>HV4</i> | <i>HV5</i> | <i>HV6</i> | <i>HV7</i> |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Psycho-informatie | 33,3% | 33,3% | 22,7% | 10,0% | 48,4% | 48,6% | 30,8% |
| Empathie | 18,8% | 36,4% | 40,9% | 20,0% | 41,9% | 8,1% | 30,8% |
| Advies | 41,7% | 12,1% | 31,8% | 70,0% | 3,2% | 31,4% | 26,9% |
| Behoeften | 6,9% | 15,2% | 2,2% | 0% | 6,5% | 13,5% | 3,8% |

In de fase waarin er een vervolgstap genomen wordt, kiezen zes van de zeven hulpverleners er in de meeste gevallen voor om de getroffene door te verwijzen voor *face-to-face* gesprekken. Slechts door één hulpverlener wordt er geen enkele keer gekozen om de getroffene door te verwijzen. In dit geval neemt de hulpverlener een afwachtende houding aan en laat de verdere beslissing van de hulpverlening afhangen van de uitslag van de tweede scan.

“Laten we afspreken dat hij over 4 weken nogmaals die scan invult en dat we dan kijken is die groen/oranje/rood en dan naar bevind verder gaan.”

Verder is er in deze fase van het gesprek geen duidelijke overeenstemming te vinden in de overige beslissingsmogelijkheden. In sommige gevallen werd er voor gekozen om de getroffene direct door te verwijzen voor verdere ondersteuning. In andere gevallen werd er voor gekozen om allereerst te vertrouwen op het zelf herstellend vermogen, maar dit proces werd wel door de hulpverlener gevolgd door middel van telefonische begeleiding. Wanneer er tijdens deze telefonische begeleiding of na het invullen van

de tweede scan zou blijken dat het klachtenbeeld niet dusdanig is afgenomen, werd er alsnog gekozen om de getroffene door te verwijzen. Hieruit komt wederom de eigen stijl van de hulpverlener naar voren. Waar de ene hulpverlener van mening is dat de getroffene vooral tijd nodig heeft om te herstellen, is de andere meer geneigd om actief te ondersteunen in het herstel van de getroffene.

Resultaten uit de vragenlijst

Hoofdvraag: Waaruit bestaat de PSH in de acute fase na een schokkende gebeurtenis op het werk?

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag: 'Waaruit bestaat de PSH die door professionele hulpverleners in de acute fase na een schokkende gebeurtenis geboden wordt aan getroffenen?' is een frequentieanalyse uitgevoerd die hieronder zal worden besproken.

Allereerst zullen de interventies die worden aanbevolen voor het versterken van de 5 principes van Hobfoll et al. achtereenvolgens worden besproken. Vervolgens zal een omschrijving volgen van de resultaten die zijn verkregen met de doelgroep specifieke vragen.

Veiligheidsgevoel vergroten

Tabel 9 geeft weer hoe vaak de hulpverleners na een schokkende gebeurtenis in de vroege fase gebruik maken van interventies die Hobfoll et al. (2007) adviseren toe te passen om het veiligheidsgevoel van de getroffene te vergroten. De resultaten laten zien dat niet alle interventies even vaak worden toegepast. Het merendeel van de hulpverleners geven aan vaak tot altijd de getroffene te helpen om meer adaptieve cognities te ontwikkelen (78,9 voor assisteren in ontwikkelen van adaptieve cognities). Een interventie die minder vaak wordt toegepast is exposure, 42,1 % geeft aan dit soms toe te passen (vraag 1 in tabel 9). Daarnaast geeft het merendeel van de ondervraagden aan nooit tot soms de getroffene te adviseren het praten over de schokkende gebeurtenis te beperken of negatieve informatie te vermijden (vraag 4 en 5 in tabel 9).

Tabel 9. Toegepaste interventies gericht op het veiligheidsgevoel in frequentie en percentage (N=38).

| Itemnr. | Interventie | Nooit | | Soms | | Regelmatig | | Vaak | | Altijd | | N |
|---------|--|-------|------|------|------|------------|------|------|------|--------|------|----|
| | | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | |
| 1 | Exposure | 9 | 23,7 | 16 | 42,1 | 4 | 10,5 | 4 | 10,5 | 5 | 13,2 | 38 |
| 2 | Assisteren in ontwikkelen adaptievecognities | 0 | 0 | 1 | 2,6 | 7 | 18,4 | 14 | 36,8 | 16 | 42,1 | 38 |
| 4 | Advies: negatieve emotie-oproepende informatie vermijden | 11 | 28,9 | 15 | 39,5 | 8 | 21,1 | 4 | 10,5 | 0 | 0 | 38 |
| 5 | Advies: praten over schokkende gebeurtenis vermijden | 8 | 21,1 | 13 | 34,2 | 9 | 23,7 | 7 | 18,4 | 1 | 2,6 | 38 |

Gevoel van kalmte vergroten

Uit tabel 10 blijkt dat hulpverleners bij de meeste interventies die Hobfoll et al. (2007) aanraadt om in de vroege fase toe te passen om de getroffene te kalmeren aangeven deze vaak tot altijd toe te passen (>50% geeft bij deze interventies aan deze vaak tot altijd toe te passen). Deze interventies zijn: het

normaliseren van reacties (item 6 en 15), informatie en advies over coping met stressreacties (item 7 en 3) en adviseren om activiteiten die leiden tot ontspanning en positieve emoties te ondernemen (item 10 en 13). Bijna alle hulpverleners raden in de vroege fase aan om angst remmende medicatie in te nemen (94,7% vaak-altijd).

Vraag 14 en 16 (zie tabel 10) hebben gemeten in welke mate de hulpverleners debriefing toepassen (respectievelijk op individueel en op groepsniveau). Uit de resultaten blijkt dat meer dan de helft van de respondenten regelmatig tot vaak (57,9%) debriefing toepast op individueel niveau, en 5 respondenten geven aan dit altijd toe te passen (13,2 %). Debriefing op groepsniveau wordt vaker toegepast. 76,3% van de respondenten geeft aan vaak tot altijd getroffen en te stimuleren om in een groep ervaringen en gevoelens over de schokkende gebeurtenis te delen.

Tabel 10. Toegepaste interventies gericht op vergroten gevoel van kalmte weergegeven in frequentie en percentage (N=38).

| Itemnr | Interventie | Nooit | | Soms | | Regelmatig | | Vaak | | Altijd | | N |
|--------|--|-------|------|------|------|------------|------|------|------|--------|------|----|
| | | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | |
| 3 | Advies over omgaan met stressreacties | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 10,5 | 14 | 36,8 | 19 | 50 | 37 |
| 6 | Geruuststellende informatie geven over normale reacties | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 18,4 | 31 | 81,6 | 38 |
| 7 | Informatie over stressreacties | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 10,5 | 7 | 18,4 | 27 | 71,1 | 38 |
| 8 | Traumagerichte therapie aanraden bij ernstige/aanhoudende klachten | 3 | 7,9 | 8 | 21,1 | 4 | 10,5 | 12 | 31,6 | 10 | 26,3 | 37 |
| 9 | Positief denken aanmoedigen | 9 | 23,7 | 14 | 36,8 | 8 | 21,1 | 5 | 13,2 | 2 | 5,3 | 38 |
| 10 | Ontspannende activiteiten adviseren | 0 | 0 | 1 | 2,6 | 4 | 10,5 | 15 | 39,5 | 17 | 44,7 | 37 |
| 11 | Ontspanningsoefeningen | 4 | 10,5 | 12 | 31,6 | 4 | 10,5 | 12 | 31,6 | 6 | 15,8 | 38 |
| 12 | Angst remmende medicatie aanraden | 1 | 2,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 | 44,7 | 19 | 50 | 37 |
| 13 | Advies: activiteiten vergroten die positieve emoties oproepen | 2 | 5,3 | 4 | 10,5 | 10 | 26,3 | 17 | 44,7 | 5 | 13,2 | 38 |
| 14 | Debriefing individueel | 6 | 15,8 | 5 | 13,2 | 10 | 26,3 | 12 | 31,6 | 5 | 13,2 | 38 |
| 15 | Normaliseren reacties | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7,9 | 12 | 31,6 | 23 | 60,5 | 38 |
| 16 | Debriefing in groep | 0 | 0 | 3 | 7,9 | 6 | 15,8 | 15 | 39,5 | 14 | 36,8 | 38 |

Gevoel van zelfredzaamheid vergroten

Tabel 11 geeft de resultaten weer van de interventies die volgens Hobfoll et al. (2007) kunnen worden toegepast om het gevoel van zelfredzaamheid van getroffen en te vergroten. De interventies waarvan het merendeel van de hulpverleners (respectievelijk 63,5% en 73,7% voor item 18 en 19) aangeven deze vaak tot altijd toe te passen bestaan uit het identificeren, versterken en ontwikkelen van capaciteiten die de getroffen helpen om met de emoties ten gevolge van de schokkende gebeurtenis om te kunnen gaan. De vraag hoe vaak de hulpverlener de getroffen bewust maakt van het feit dat hij/zij controle heeft over zijn/haar negatieve emoties en problemen wordt minder consistent beantwoord (vraag 17). 44,7% zegt dit vaak tot altijd te doen en 34,2% past dit nooit tot soms toe.

Tabel 11. Toegepaste interventies gericht op zelfredzaamheid in frequentie en percentage

| Itemnr. | Interventie | Nooit | | Soms | | Regelmatig | | Vaak | | Altijd | | N |
|---------|--|-------|------|------|------|------------|------|------|------|--------|------|----|
| | | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | |
| 17 | Bewustmaking van controle over negatieve emoties en problemen | 7 | 18,4 | 6 | 15,8 | 8 | 21,1 | 11 | 28,9 | 6 | 15,8 | 38 |
| 18 | Helpen met identificeren persoonlijke capaciteiten m.b.t. omgaan met emoties | 1 | 2,6 | 3 | 7,9 | 10 | 26,3 | 18 | 47,7 | 6 | 15,8 | 38 |
| 19 | Gevoel versterken om te kunnen gaan met negatieve emoties en problemen | 1 | 2,6 | 0 | 0 | 9 | 23,7 | 16 | 42,1 | 19 | 31,6 | 38 |

Gevoel van verbondenheid vergroten (sociale steun)

Tabel 12 laat zien in welke mate de interventies worden toegepast die door Hobfoll et al. (2007) worden aangeraden om het principe ‘verbondenheid vergroten’ te ondersteunen. Uit deze tabel blijkt dat 5 van de 6 interventies door het merendeel van de hulpverleners vaak tot altijd worden toegepast (>50% geeft bij deze interventies aan deze vaak tot altijd toe te passen). Deze interventies omvatten het aanraden steun te zoeken bij naasten (vraag 20), het identificeren van bronnen van sociale steun (vraag 22), het alert zijn op bronnen van negatieve sociale steun (vraag 23), het bieden van een luisterend oor (vraag 24) en het aangeven bereikbaar te zijn voor vragen (vraag 25). Het blijkt dat er over de interventie gericht op het informeren over verschillende vormen van steun (vraag 21) een minder duidelijke overeenstemming bestaat in het wel of niet toepassen van deze interventie.

Tabel 12. Toegepaste interventies gericht op vergroten van gevoel van verbondenheid (sociale steun) weergegeven in frequentie en percentage

| Itemnr. | Interventie | Nooit | | Soms | | Regelmatig | | Vaak | | Altijd | | N |
|---------|---|-------|------|------|------|------------|------|------|------|--------|------|----|
| | | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | |
| 20 | Aanraden steun bij naasten te zoeken | 0 | 0 | 7 | 18,4 | 4 | 10,5 | 13 | 34,2 | 14 | 36,8 | 38 |
| 21 | Informatie geven over welke soorten sociale steun er zijn | 4 | 10,5 | 4 | 10,5 | 10 | 26,3 | 9 | 23,7 | 10 | 26,3 | 37 |
| 22 | Helpen bronnen van steun te identificeren en te krijgen | 0 | 0 | 6 | 15,8 | 4 | 10,5 | 18 | 47,7 | 9 | 23,7 | 37 |
| 23 | Alert zijn op bronnen van negatieve sociale steun | 0 | 0 | 3 | 7,9 | 7 | 18,4 | 13 | 34,2 | 14 | 36,8 | 37 |
| 24 | Een luisterend oor bieden | 0 | 0 | 1 | 2,6 | 2 | 5,3 | 6 | 15,8 | 29 | 76,3 | 38 |
| 25 | Bereikbaar zijn voor vragen | 0 | 0 | 1 | 2,6 | 1 | 2,6 | 11 | 28,9 | 25 | 65,8 | 38 |

Gevoel van hoop vergroten

Tabel 13 laat zien in welke mate de interventies worden toegepast die door Hobfoll et al. (2007) worden aangeraden om het principe ‘hoop vergroten’ te ondersteunen. Binnen dit principe worden 4 van de 5 interventies in de meeste gevallen vaak tot altijd toegepast (>50% geeft bij deze interventies aan deze vaak tot altijd toe te passen). Deze interventies zijn gericht op het verminderen van het verantwoordelijkheidsgevoel van de getroffen(e) (item 26), het advies geven over hoe om te gaan met angsten, emoties (item 27) en catastrofale gedachten (item 29). Wat opvalt is dat de interventie gericht op advies geven om vermindering tegen te gaan (item 28) als enige regelmatig tot soms wordt toegepast (in

respectievelijk 31,6% en 23,7% van de gekozen antwoorden), terwijl de interventie die gericht is op het signaleren van vermijding (item 30) in 68,4% van de gevallen wel altijd wordt toegepast.

Tabel 13. Toegepaste interventies om hoop te vergroten weergegeven in frequentie en percentage

| Itemnr. | Interventie | Nooit | | Soms | | Regelmatig | | Vaak | | Altijd | | N |
|---------|--|-------|------|------|------|------------|------|------|------|--------|------|----|
| | | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | |
| 26 | Advies over omgaan met gevoel van verantwoordelijkheid | 4 | 10,5 | 6 | 15,8 | 8 | 21,1 | 11 | 28,9 | 7 | 18,4 | 36 |
| 27 | Advies over omgaan met angsten en emoties | 0 | 0 | 4 | 10,5 | 8 | 21,1 | 9 | 23,7 | 17 | 44,7 | 38 |
| 28 | Advies om vermijding tegen te gaan | 1 | 2,6 | 9 | 23,7 | 12 | 31,6 | 7 | 18,4 | 8 | 21,1 | 37 |
| 29 | Advies over omgaan met catastrofale gedachten | 1 | 2,6 | 7 | 18,4 | 6 | 15,8 | 14 | 36,8 | 10 | 26,3 | 38 |
| 30 | Alert zijn op tekenen van vermijding | 0 | 0 | 1 | 2,6 | 2 | 5,3 | 9 | 23,7 | 26 | 68,4 | 38 |

Doelgroep specifieke vragen – PSH op de werkvloer

De volgende resultaten hebben betrekking op de aangeboden PSH gerelateerd aan een schokkende gebeurtenis op de werkvloer.

Tabel 14 laat zien dat het onderwerp ‘terugkeer naar het werk’ in de meeste gevallen terugkeert in hulpverleningsgesprekken van de landelijke hulpverleners van het IVP. De hulpverleners geven aan hier vaak (52,6%) tot altijd (34,2%) aandacht aan te besteden (item 31).

Tabel 14. Doelgroep specifieke interventies in frequentie en percentage

| Itemnr. | Interventie | Nooit | | Soms | | Regelmatig | | Vaak | | Altijd | | N |
|---------|---|-------|------|------|------|------------|------|------|------|--------|------|----|
| | | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | |
| 31 | Samen met getroffen stappen terug naar werk plannen | 0 | 0 | 2 | 5,3 | 3 | 7,9 | 20 | 52,6 | 13 | 34,2 | 38 |
| 33 | Overleggen met management welke PSH de organisatie zelf al geboden heeft aan werknemers | 7 | 18,4 | 14 | 36,8 | 5 | 13,2 | 7 | 18,4 | 2 | 5,3 | 35 |
| 34 | Adviseren van het management hoe zij PSH kunnen bieden aan werknemers | 9 | 23,7 | 13 | 34,2 | 5 | 13,2 | 6 | 15,8 | 2 | 5,3 | 35 |
| 35 | Aanbieden van PSH op locatie | 17 | 44,7 | 8 | 21,1 | 4 | 10,5 | 4 | 10,5 | 4 | 10,5 | 35 |

Verder blijkt dat er tijdens het hulpverleningsproces niet standaard aandacht wordt besteed aan het informeren en ondersteunen van het management. Met vraag 33 werd er getoetst of er met het management werd overlegd over welke psychosociale hulp de organisatie zelf al geboden heeft aan de werknemers. Hierop antwoorden het merendeel van de hulpverleners (55,2%) dit nooit tot soms toe te passen. Enkele hulpverleners (31,6%) gaven echter aan dit regelmatig tot vaak toe te passen. Met vraag 34 werd er getoetst of de hulpverlener het management adviseert over hoe zij zelf psychosociale hulp kunnen aanbieden aan getroffen werknemers. Hierop gaf het merendeel van de hulpverleners (57,9%) aan dit nooit tot soms te doen, terwijl 29% van de hulpverleners aangeeft dit regelmatig tot vaak toe te passen. Wanneer een hulpverlener aangeeft PSH aan te bieden op locatie, komt deze meer in contact met het management dan wanneer PSH in een praktijk wordt aangeboden. Tabel 15 laat zien dat voor zowel vraag 33 als 34 geldt dat

dit het meest wordt toegepast wanneer de PSH wordt aangeboden op locatie (respectievelijk $m=3,2$ en $m=3,4$), waarbij de verschillen tussen de groepen 'op locatie' en 'in mijn praktijk' voor de interventie 'Adviseren van het management hoe zij PSH kunnen bieden aan werknemers' significant is (zie tabel 16 en 17).

Tabel 15. Gemiddelden en standaarddeviaties per managementvraag en opvangomgeving ($N=38$)

| Principe Hobfoll | Opvangomgeving | Gemiddelde | Standaarddeviatie | N |
|---|-------------------|------------|-------------------|----|
| Informeren aangeboden PSH door management | Op locatie | 3,20 | 0,49 | 5 |
| | In eigen praktijk | 2,23 | 0,24 | 22 |
| | Beide | 2,88 | 0,48 | 8 |
| Advies Management | Op locatie | 3,40 | 0,40 | 5 |
| | In eigen praktijk | 1,95 | 0,23 | 22 |
| | Beide | 3,00 | 0,42 | 8 |

Tabel 16. Effect van opvangomgeving op mate van toepassing Hobfoll principes (One-way ANOVA) ($N=38$)

| Principe | | Mean square | F-waarde | df | p-waarde |
|------------------------|----------------|-------------|----------|----|----------|
| Informeren geboden PSH | Opvangomgeving | 2,602 | 1,912 | 2 | 0,164 |
| | Error | 1,361 | | 32 | |
| Advies Management | Opvangomgeving | 6,123 | 5,135 | 2 | 0,012** |
| | Error | 1,192 | | 32 | |

**= significant effect ($p<0.05$)

Tabel 17. Post hoc toets voor advies management (Tukey)

| | | Mean difference | Std. error | Sign. |
|------------------|------------------|-----------------|------------|--------|
| Op locatie | In mijn praktijk | 1,45 | 0,54 | 0,03** |
| | Beide | 0,04 | 0,62 | 0,80 |
| In mijn praktijk | Op locatie | -1,45 | 0,54 | 0,03** |
| | Beide | -1,05 | 0,45 | 0,07 |
| Beide | Op locatie | -0,40 | 0,62 | 0,80 |
| | In mijn praktijk | 1,05 | 0,45 | 0,07 |

**= significant effect ($p<0.05$)

Met vraag 35 (tabel 14) werd gemeten of de hulpverlener zelf op de locatie van de schokkende gebeurtenis (aanvullende) psychosociale ondersteuning biedt aan werknemers die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt. Dit blijkt in de praktijk weinig te gebeuren, het merendeel van de hulpverleners (65,8%) gaf aan hier nooit tot soms gebruik van te maken.

Tabel 18 laat zien dat hulpverleners verdeeld zijn in het gebruik van screeningsinstrumenten. Enkele hulpverleners (47,4%) zeggen hier vaak tot altijd gebruik van te maken, terwijl 39,5% van de hulpverleners zegt hier soms tot nooit gebruik van te maken.

Tabel 18. Mate van toepassing van screeningsinstrumenten in frequentie en percentage

| Itemnr. | Interventie | Nooit | | Soms | | Regelmatig | | Vaak | | Altijd | | N |
|---------|--|-------|------|------|------|------------|------|------|------|--------|------|----|
| | | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | freq | % | |
| 32 | Gebruik maken van screeningsinstrumenten | 6 | 15,8 | 9 | 23,7 | 4 | 10,5 | 8 | 21,1 | 10 | 26,3 | 37 |

Subvraag 1b. Worden de interventies gericht op het versterken van de principes van Hobfoll et al. (2007) in gelijke mate toegepast?

Door middel van vragenlijstonderzoek is inzicht verkregen in welke mate hulpverleners van het IVP interventies toepassen die gericht zijn op het versterken van de principes van Hobfoll et al. (veiligheidsgevoel, hoop, zelfredzaamheid, kalmeren, verbondenheid). Deze gegevens zijn weergegeven in tabel 19. Omdat hier de principes als schalen geformuleerd worden is besloten het principe veiligheidsgevoel buiten beschouwing gelaten. Uit de betrouwbaarheidsanalyse is namelijk gebleken dat de gebruikte schaal voor veiligheidsgevoel niet voldoende betrouwbaar is om hier uitspraken over te kunnen doen (zie bijlage 6).

Tabel 19: Weergave van de mate waarin hulpverleners van het IVP interventies toepassen om het gevoel van Kalmeren, Zelfredzaamheid, Verbondenheid (Sociale steun) en Hoop te vergroten, op basis van rangorde. Waarbij 1=nooit 2=soms 3=regelmatig 4=vaak 5=altijd. (N=38)

| <i>Principe Hobfoll</i> | <i>Gemiddelde</i> | <i>Standaarddeviatie (sd)</i> | <i>N</i> |
|-------------------------|-------------------|-------------------------------|----------|
| Verbondenheid | 4,11 | 0,62 | 36 |
| Hoop | 3,81 | 0,84 | 35 |
| Zelfredzaamheid | 3,58 | 0,89 | 38 |
| Kalmeren | 3,45 | 0,52 | 34 |

Inspectie van tabel 19 laat zien dat de hulpverleners gemiddeld regelmatig tot vaak de interventies toepassen die de principes verbondenheid, hoop, zelfredzaamheid en kalmeren vergroten.

Daarnaast blijkt dat de hulpverleners van het IVP met name interventies toepassen die zich richten op het vergroten van het gevoel van verbondenheid/sociale steun ($m=4,11$, $sd=0,62$).

In vergelijking tot de andere principes worden interventies gericht op het vergroten van het gevoel van kalmte bij de getroffenene het minst toegepast ($m =3,45$, $sd=0,52$).

Concluderend kan worden gesteld dat de hulpverleners van het IVP alle interventies regelmatig toepassen. De interventies die het meest toegepast worden zijn die interventies die gericht zijn op het vergroten van het gevoel van verbondenheid en hoop. Deze gemiddeldes lijken niet veel van elkaar te verschillen. De interventies die in mindere mate worden toegepast zijn de interventies gericht op het vergroten van een gevoel van zelfredzaamheid en kalmeren.

Omdat er binnen deze data alleen sprake is van een afhankelijke variabele (namelijk de mate waarin de interventies worden toegepast) en geen onafhankelijke variabele, is er in SPSS geen toets beschikbaar die deze gemiddelden met elkaar kan vergelijken.

Subvraag 1c. Geven hulpverleners op eenzelfde manier invulling aan de PSH die zij bieden aan getroffenenen?

De hieronder weergegeven resultaten geven een antwoord op de subvraag of individuele verschillen tussen hulpverleners leiden tot een andere mate van toepassing van de ondersteuning van de principes van Hobfoll et al. Daarbij is gekeken of geslacht, de hoeveelheid aangeboden PSH per jaar, en de opvangomgeving van invloed is op de mate van toepassing van de verschillende principes. Omdat uit de itemanalyse gebleken is dat er sprake was van een onbetrouwbare schaal voor veiligheidsgevoel, is deze niet meegenomen in de analyses.

Invloed van geslacht van de hulpverlener op de mate van toepassing van interventies gericht op het versterken van de Hobfoll-principes

Tabel 20 laat zien dat de gemiddelden per principe tussen mannen en vrouwen niet veel van elkaar verschillen. Tabel 21 laat de verschillende F-waarden per principe zien. Geen van de ANOVA's leidt tot een significant resultaat. Daarmee kan worden geconcludeerd dat er geen significante invloed is van geslacht op de mate van toepassing van interventies gericht op het versterken van de Hobfoll-principes kalmeren, zelfredzaamheid, verbondenheid en hoop.

Tabel 20. Gemiddelden en standaarddeviaties per principe van hobfoll en geslacht (N=38)

| <i>Principe Hobfoll</i> | <i>Geslacht</i> | <i>Gemiddelde</i> | <i>Standaarddeviatie</i> | <i>N</i> |
|-------------------------|-----------------|-------------------|--------------------------|----------|
| Kalmeren | Man | 3,47 | 0,54 | 14 |
| | Vrouw | 3,46 | 0,53 | 20 |
| Zelfredzaamheid | Man | 3,67 | 0,93 | 15 |
| | Vrouw | 3,52 | 0,88 | 23 |
| Verbondenheid | Man | 4,17 | 0,58 | 22 |
| | Vrouw | 4,08 | 0,65 | 14 |
| Hoop | Man | 3,83 | 0,69 | 14 |
| | vrouw | 3,79 | 0,94 | 21 |

Tabel 21. Effect van geslacht op mate van toepassing Hobfoll principes (One-way ANOVA) (N=38).

| <i>Principe</i> | | <i>Mean square</i> | <i>F-waarde</i> | <i>df</i> | <i>p-waarde</i> |
|-----------------|----------|--------------------|-----------------|-----------|-----------------|
| Kalmeren | Geslacht | 0,07 | 0,024 | 1 | 0,879 |
| | Error | 0,281 | | 33 | |
| Zelfredzaamheid | Geslacht | 0,191 | 0,236 | 1 | 0,630 |
| | Error | 0,808 | | 36 | |
| Verbondenheid | Geslacht | 0,059 | 0,151 | 1 | 0,700 |
| | Error | 0,393 | | 34 | |
| Hoop | Geslacht | 0,012 | 0,017 | 1 | 0,898 |
| | Error | 0,726 | | 33 | |

Invloed van hoeveelheid aangeboden opvang per jaar op toepassen interventies gericht op versterken Hobfoll-principes

Er wordt niet door alle hulpverleners even vaak PSH aangeboden per jaar. Mogelijk verschillen de hulpverleners die minder vaak PSH per jaar aanbieden van de hulpverleners die dat vaker doen in de mate waarin zij bepaalde interventies toepassen. Tabel 22 en 23 laten zien dat dit niet het geval is. Zowel de gemiddelden (tabel 22) als de ANOVA's (tabel 23) wijzen uit dat er geen sprake is van een significant verschil tussen de hulpverleners in de mate waarin zij de Hobfoll-principes toepassen. Daarmee kan worden geconcludeerd dat er geen invloed is van de hoeveelheid aangeboden PSH per jaar op de mate van toepassing van de Hobfoll principes kalmeren, zelfredzaamheid, verbondenheid en hoop.

Tabel 22. Gemiddelden en standaarddeviaties per principe van hobfoll en hoeveelheid aangeboden PSH per jaar (N=38)

| <i>Principe Hobfoll</i> | <i>Aantal keer PSH</i> | <i>Gemiddelde</i> | <i>Standaarddeviatie</i> | <i>N</i> |
|-------------------------|------------------------|-------------------|--------------------------|----------|
| Kalmeren | 0-5 | 3,54 | 0,57 | 19 |
| | 5-10 | 3,39 | 0,50 | 7 |
| | >10 | 3,31 | 0,47 | 8 |
| Zelfredzaamheid | 0-5 | 3,62 | 0,92 | 22 |
| | 5-10 | 3,29 | 0,78 | 7 |
| | >10 | 3,58 | 0,92 | 8 |
| Verbondenheid | 0-5 | 4,11 | 0,68 | 21 |
| | 5-10 | 4,02 | 0,52 | 7 |
| | >10 | 4,14 | 0,60 | 7 |
| Hoop | 0-5 | 3,77 | 0,97 | 20 |
| | 5-10 | 3,63 | 0,54 | 6 |
| | >10 | 3,95 | 0,74 | 8 |

Tabel 23. Effect van aantal keer PSH per jaar op mate van toepassing Hobfoll principes (One-way ANOVA)

| <i>Principe</i> | | <i>Mean square</i> | <i>F-waarde</i> | <i>df</i> | <i>p-waarde</i> |
|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------|-----------------|
| Kalmeren | Aantal keer PSH | 0,165 | 0,574 | 2 | 0,569 |
| | Error | 0,287 | | 31 | |
| Zelfredzaamheid | Aantal keer PSH | 0,305 | 0,378 | 2 | 0,688 |
| | Error | 0,807 | | 34 | |
| Verbondenheid | Aantal keer PSH | 0,028 | 0,069 | 2 | 0,934 |
| | Error | 0,408 | | 32 | |
| Hoop | Aantal keer PSH | 0,180 | 0,240 | 2 | 0,788 |
| | Error | 0,750 | | 31 | |

Invloed van opvangomgeving op toepassen interventies gericht op versterken Hobfoll-principes

Inspectie van de gemiddelden in tabel 24 laat zien dat voor de principes zelfredzaamheid, verbondenheid en hoop de gemiddelden over de verschillende opvangomgevingen (op locatie, in eigen praktijk of beide) niet veel van elkaar verschillen. Uit de ANOVA-toetsen in tabel 25 is voor deze principes af te lezen dat er inderdaad geen sprake is van een significant verschil in mate van toepassing van de principes tussen de groepen, behalve voor het principe kalmeren. Volgens de ANOVA-toets (tabel 25) is hier sprake van een hoofdeffect voor opvangomgeving ($F(2,32) = 3,297, p = .050$). Figuur 1 en de gemiddeldes in tabel 24 laten zien dat de interventies om het principe kalmeren toe te passen het meeste worden toegepast wanneer de hulpverleners aangeven PSH aan te bieden op zowel de locatie van de schokkende gebeurtenis als in de eigen praktijk ($m = 3,72, sd = 0,55$) (aangeduid als 'beide'). De interventies worden het minste toegepast wanneer de hulpverlener aangeeft PSH aan te bieden op locatie ($m = 3,00, sd = 0,72$). De post-hoc toets (Tukey) laat zien dat er een significant verschil bestaat in het toepassen van het principe kalmeren tussen de groep hulpverleners die PSH aanbiedt op locatie en de groep hulpverleners die PSH aanbiedt op zowel locatie als in de praktijk (beide) (zie tabel 26).

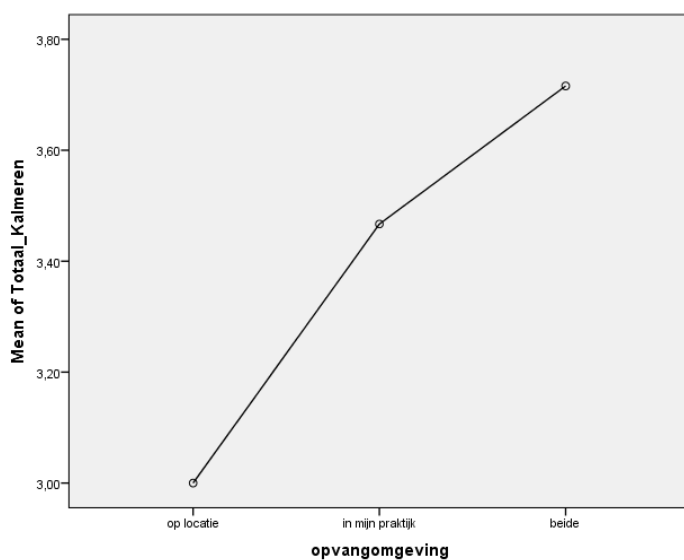
Tabel 24. Gemiddelden en standaarddeviaties per principe van Hobfoll en opvangomgeving (N=38)

| Principe Hobfoll | Opvangomgeving | Gemiddelde | Standaarddeviatie | N |
|------------------|-------------------|------------|-------------------|----|
| Kalmeren | Op locatie | 3,00 | 0,72 | 5 |
| | In eigen praktijk | 3,47 | 0,41 | 22 |
| | Beide | 3,72 | 0,55 | 8 |
| Zelfredzaamheid | Op locatie | 3,17 | 1,17 | 6 |
| | In eigen praktijk | 3,54 | 0,86 | 24 |
| | Beide | 4,00 | 0,67 | 8 |
| Verbondenheid | Op locatie | 3,94 | 0,56 | 6 |
| | In eigen praktijk | 4,13 | 0,60 | 22 |
| | Beide | 4,21 | 0,75 | 8 |
| Hoop | Op locatie | 3,32 | 1,06 | 5 |
| | In eigen praktijk | 3,93 | 0,79 | 22 |
| | Beide | 3,78 | 0,84 | 8 |

Tabel 25. Effect van opvangomgeving op mate van toepassing Hobfoll principes (One-way ANOVA) N=38

| Principe | | Mean square | F-waarde | df | p-waarde |
|-----------------|----------------|-------------|----------|----|----------|
| Kalmeren | Opvangomgeving | 0,791 | 3,297 | 2 | 0,050** |
| | Error | 0,240 | | 32 | |
| Zelfredzaamheid | Opvangomgeving | 1,236 | 1,614 | 2 | 0,213 |
| | Error | 0,765 | | 35 | |
| Verbondenheid | Opvangomgeving | 0,124 | 0,311 | 2 | 0,735 |
| | Error | 0,400 | | 33 | |
| Hoop | Opvangomgeving | 0,756 | 1,078 | 2 | 0,352 |
| | Error | 0,701 | | 32 | |

** = significant effect ($p < 0.05$)



Figuur 1. Gemiddelden per niveau van de factor opvangomgeving voor het principe Kalmeren

Tabel 26. Post hoc toets voor het principe Kalmeren (Tukey)

| Opvangomgeving | | Meandifference | Std. error | Sig. |
|------------------|------------------|----------------|------------|--------|
| Op locatie | Beide | -0,79 | 0,28 | 0,02** |
| | In mijn praktijk | -0,53 | 0,24 | 0,08 |
| In mijn praktijk | Op locatie | 0,53 | 0,24 | 0,08 |
| | Beide | -0,26 | 0,21 | 0,44 |
| Beide | Op locatie | 0,79 | 0,28 | 0,02** |
| | In mijn praktijk | 0,26 | 0,21 | 0,44 |

Discussie

Dit onderzoek is uitgevoerd met als doel de PSH in kaart te brengen die op dit moment door hulpverleners in de praktijk wordt aangeboden aan getroffen en in de vroege fase na het meemaken van een schokkende gebeurtenis op het werk. Daarmee kan worden beoordeeld in hoeverre de meest recente aanbevelingen en inzichten vanuit de wetenschap over vroegtijdige PSH na een schokkende gebeurtenis worden toegepast in de praktijk. Hieronder volgt per onderzoeksvraag een beschouwing van de resultaten, gevolgd door aanbevelingen voor zowel het onderzoeksveld als de praktijk.

Waaruit bestaat de PSH die door professionele hulpverleners in de acute fase na een schokkende gebeurtenis geboden wordt aan getroffen en?

Uit zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat de psychosociale hulpverlening na een schokkende gebeurtenis op de werkvloer zich in de acute fase met name richt op het in kaart brengen van de klachten en het huidige functioneren van de getroffene, het geven van psycho-informatie en advies met betrekking tot normale reacties en herstel na het meemaken van een schokkende gebeurtenis en het identificeren van vervolgstappen voor eventuele verdere hulpverlening. Deze stappen sluiten aan bij wat in de *Multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises* (Impact, 2014) wordt omschreven als optimale vroegtijdige psychosociale hulpverlening ter ondersteuning van het natuurlijk herstel (veerkracht), waarbij aandacht is voor het signaleren van getroffen en die behoefte hebben aan acute psychologische hulp.

Uit de kwantitatieve resultaten blijkt dat specifieke traumagerichte interventies (zoals exposure) in mindere mate worden toegepast. Bij getroffen en die forse post traumatische klachten vertonen is de toepassing van vroegtijdige CBT en exposure een effectieve manier om post traumatische klachten te verminderen (Basoglu, 2009; Bryant et al., 1998; Impact, 2014; Salcioglu, 2007). Een mogelijke verklaring voor de mindere mate van toepassing is dat specifieke traumagerichte interventies gericht dienen te zijn op de kleine groep getroffen en die forse klachten ontwikkeld. Voor het merendeel van de getroffen en volstaat het meer algemeen ondersteunen van veerkracht als PSH. Het zou ook kunnen dat deze specifieke interventies pas later worden ingezet wanneer klachten niet vanzelf blijken af te nemen. Aangezien CBT sessies die worden gestart in de eerste maand na de schokkende gebeurtenis leiden tot een significante verbetering in functioneren en beter werken dan ondersteunende gesprekken bij deze subgroep (Ehlers & Clark, 2003) dient er tijdens de PSH voldoende aandacht te zijn voor een snelle doorverwijzing dan wel toepassing van acute psychologische hulp bij getroffen en die forse post traumatische klachten vertonen.

In de afgelopen jaren hebben verschillende studies aangetoond dat debriefing niet effectief is in het verminderen van klachten en het voorkomen van PTSS (Rose, 2003; Sijbrandij, 2006). Toch blijkt uit dit

onderzoek dat het in de praktijk nog regelmatig wordt toegepast (zowel individueel als in groepen). Er lijkt geen gebrek aan kennis te zijn over het gebrek aan bewijs voor de werkzaamheid van debriefing als vroegtijdige interventie. Experts gaven in eerder onderzoek (Te Brake, 2013) aan debriefing niet een wenselijke interventie te vinden voor de vroegtijdige PSH. Toch blijkt uit de resultaten van onze vragenlijst dat meer dan de helft van de respondenten regelmatig tot vaak debriefing toepassen op individueel niveau. Debriefing op groepsniveau wordt nog vaker toegepast. Op dit onderdeel lijkt er een kloof te bestaan tussen de wetenschap en de praktijk. Deze resultaten bevestigen de resultaten uit eerder onderzoek dat uitwees dat Nederlandse experts het gebruik van debriefing niet ondersteunen maar dat dit in de praktijk nog wel wordt toegepast. (Te Brake, 2013). Aangezien bij getroffenene waarbij sprake is van hyperarousal in een vroeg stadium na de schokkende gebeurtenis debriefing mogelijk zelfs tot een toename van PTSS symptomen leidt is het van belang dat deze kloof tussen wetenschap en praktijk snel wordt gedicht (Sijbrandij, 2006). Opvallend is dat het gebruik van debriefing niet naar voren komt uit de interviews met de hulpverleners van het IVP die NS-medewerkers PSH aanbieden. Mogelijk vormen deze hulpverleners een subgroep die geen debriefing aanbiedt. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de situatie en het moment van opvang voor deze groep verschillend is. Uit de vragenlijst komt naar voren dat hulpverleners vaker debriefing toepassen in een groep. De PSH die aan NS-medewerkers wordt aangeboden is individueel en vindt op een later tijdstip plaats. Het zou kunnen dat debriefing al eerder heeft plaatsgevonden tijdens de eerste opvang in de eerste uren na het incident. Verder onderzoek zal uit moeten wijzen of dit het geval is en moeten uitsluiten of debriefing daadwerkelijk niet wordt toegepast binnen deze subgroep.

Ook het gebruik van benzodiazepinen en antidepressiva voor mensen met acute traumatische stresssymptomen wordt in de eerste maand na een schokkende gebeurtenis afgeraden, omdat de werking hiervan niet is bewezen (Hobfoll, 2007; WHO, 2013). Het overgrote deel van de hulpverleners uit het huidige onderzoek geeft echter aan angstormende medicatie in de vroege fase na een schokkende gebeurtenis aan te raden. Ook hier lijkt er een kloof te bestaan tussen wat er door de wetenschap wordt aangeraden en wat er in de praktijk aan vroegtijdige PSH wordt toegepast. Het is niet duidelijk met welk doel hulpverleners het gebruik van deze medicatie aanraden. Angstormende medicatie zoals benzodiazepinen zijn in de vroege fase niet werkzaam gebleken voor het later voorkomen van het optreden van PTSS maar mogelijk is het gebruik ervan wel nuttig bij getroffenene die veel last hebben van slaapproblemen.

a) Wordt de inhoud van de PSH aangepast aan de mate van herstel en het klachtenniveau van de getroffene?

Zoals Bonnano en collega's (2011) hebben beschreven bestaat er tussen getroffenene onderscheid in reacties op een schokkende gebeurtenis. Interventies zouden zich moeten richten op diegenen die klachten ontwikkelen en niet in staat zijn daar zelf van te herstellen. Bij het overgrote deel van de getroffenene kan uitgegaan worden van het eigen herstellervermogen, het aanbieden van specifieke traumagerichte interventies aan deze veerkrachtgroep zou mogelijk de natuurlijke vaardigheid om te gaan met aversieve/schokkende gebeurtenissen ondermijnen (Bonnano, 2011). Uit de interviews met hulpverleners van het IVP is gebleken dat de opvang van NS-personeel na een schokkende gebeurtenis op het werk rekening houdt met deze individuele verschillen. Voorafgaand aan de PSH wordt er screening toegepast aan de hand van de verwerkingsscan. Bij getroffenene die geen klachten hebben wordt uitgegaan

van veerkracht en herstelvermogen. Met diegenen die wel klachten vertonen wordt contact opgenomen voor PSH. De PSH is vervolgens gericht op het ondersteunen van het natuurlijk herstel van de getroffene en het identificeren en doorverwijzen van diegenen die acute specialistische psychologische hulp nodig hebben. Deze resultaten sluiten aan bij wat er in de literatuur wordt aanbevolen met betrekking tot het combineren van PSH met het gebruik van gevalideerde screeningsinstrumenten, zodat de PSH specifiek gericht kan worden op die getroffenen die daar baat bij hebben (Bonanno, 2010; Bonanno, 2011; Brewin, 2005; Hobfoll, 2007; Impact, 2014).

De resultaten uit de vragenlijst geven aan dat het gebruik van screeningsinstrumenten niet door alle hulpverleners standaard wordt ingezet. Ongeveer de helft van de hulpverleners geeft aan vaak tot altijd gebruik te maken van screeningsinstrumenten (zoals de SVL) in de acute fase. Er blijft echter nog een groot deel van de hulpverleners over die geen gebruik maken van screeningsinstrumenten. Waarom zij dit niet doen is niet duidelijk. Mogelijk heeft dit te maken met het moment waarop de PSH wordt ingezet. Het zou kunnen dat de screening al voor de start van de PSH heeft plaatsgevonden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de PSH die wordt aangeboden aan NS medewerkers, waarbij eerst de Verwerkingsscan wordt afgenomen om een inschatting te maken of PSH moet worden gestart of dat er uit kan worden gegaan van het zelfherstellend vermogen van de getroffene. Mogelijk heeft dit de cijfers negatief beïnvloed.

De opbouw en inhoud van de aangeboden psychosociale ondersteuning lijkt meer algemeen te zijn en minder gericht op het klachtenniveau. Hulpverleners richten zich ongeacht het klachtenniveau op het in kaart brengen van de klachten, besteden aandacht aan normaliseren, geven advies en informatie over het (te verwachten) herstel en de terugkeer naar werk. Daarbinnen wordt er wel rekening gehouden met de situatie van de specifieke getroffene en richten hulpverleners zich op onderwerpen die op dat moment van belang zijn (als er zich bijvoorbeeld problemen voordoen in de privésituatie wordt daar meer over uitgevraagd).

Tijdens het bepalen van vervolgstappen ('is psychologische behandeling gericht op post traumatische stressklachten geïndiceerd?') wordt er duidelijk rekening gehouden met de mate van herstel en het klachtenniveau van de getroffene. Hier zijn bij de verschillende vignetten dan ook duidelijke verschillen gevonden. In vignet 1, waarbij er bij de fictieve getroffene sprake is van enige klachten werd er door de hulpverleners met name gekozen om de uitslag van de tweede scan af te wachten en ondertussen te monitoren of klachten aan het afnemen zijn. Daarmee werd uitgegaan van het zelfherstellend vermogen van de getroffene. Wanneer de klachten heviger waren en nog niet afgenomen (oranje/rode uitslag op de scan, vignet 2 en 3) werd er vooral gekozen om door te verwijzen voor verdere face-to-face hulpverleningsgesprekken.

b) Worden de interventies gericht op het versterken van de vijf principes van Hobfoll in gelijke mate toegepast?

Uit resultaten is gebleken dat de hulpverleners van het IVP regelmatig tot vaak de interventies toepassen die de principes verbondenheid, hoop, zelfredzaamheid en kalmeren versterken. Daarmee kan worden geconcludeerd dat vroegtijdige PSH, overeenkomstig met het advies vanuit de richtlijn en de literatuur, in de praktijk gericht is op het ondersteunen en bevorderen van een veerkrachtige uitkomst (Impact, 2014; Hobfoll, 2007). Niet alle principes worden in gelijke mate versterkt. De interventies die het meest toegepast worden zijn die interventies die gericht zijn op het vergroten van het gevoel van

verbondenheid (sociale steun) en hoop. In vergelijking tot de andere principes worden interventies gericht op het vergroten van het gevoel van kalmte en zelfredzaamheid bij de getroffenene in mindere mate toegepast, echter nog steeds regelmatig.

Uit de kwalitatieve resultaten blijkt dat er tijdens de anamnese wel een inschatting wordt gemaakt van de mate van sociale steun die de getroffenene ervaart, maar dat er in mindere mate advies gegeven wordt over het verbeteren van sociale steun. Zij richten zich met name op het geven van informatie en advies over normale reacties en herstel. Dit is tegenstrijdig aan de resultaten uit de vragenlijst en opmerkelijk. Mogelijk richten hulpverleners zich in het eerste gesprek met name op signaleren en normaliseren, en komt het versterken van sociale steun pas in latere gesprekken aan de orde. Zoals eerder genoemd blijkt sociale steun een belangrijke beschermende factor voor het later ontwikkelen van PTSS. Het tijdig identificeren en verkrijgen van sociale steun dient dan ook vanaf het begin onderdeel te zijn van de PSH in de vroege fase (Bonanno, 2011; Hobfoll, 2007; Kaniasty, 2012).

c) Geven hulpverleners op eenzelfde manier invulling aan de PSH aan getroffenenen?

De kwalitatieve resultaten laten zien dat hulpverleners in grote lijnen op dezelfde manier invulling geven aan de vroegtijdige PSH. Er lijkt dan ook consensus te bestaan onder hulpverleners over waarop de PSH zich zou moeten richten, namelijk het ondersteunen van veerkracht. Uit de kwantitatieve gegevens kwam naar voren dat demografische verschillen in geslacht en de hoeveelheid aangeboden opvang geen invloed lijken te hebben op de mate van toepassing van interventies gericht op het versterken van de 4 eerdergenoemde principes van Hobfoll. De stijl waarop de PSH wordt toegepast en de details waar aandacht aan wordt besteed lijkt echter wel per hulpverlener te verschillen. Zo blijkt uit de interviews dat de ene hulpverlener meer afwachtend is en uitgaat van het zelfherstellend vermogen van de getroffenene, terwijl een andere hulpverlener uitgebreider het gehele functioneren in kaart brengt en een actievere houding aanneemt in het geven van adviezen. Alle hulpverleners zijn het erover eens dat het van belang is het herstel en klachtenverloop van de getroffenene goed te monitoren. Snel doorverwijzen en starten met specifieke traumagerichte interventies is van belang bij die groep waarbij sprake is van een hoge mate van post traumatische klachten (Ehlers & Clark, 2013). Over het moment van doorverwijzen lijkt er minder consensus te zijn onder hulpverleners. Het moment van doorverwijzen voor face-to-face gesprekken lijkt per hulpverlener te verschillen, waarbij de ene hulpverlener zelf actiever is in het geven van adviezen en langer wacht met doorverwijzen en andere hulpverleners gelijk doorverwijzen als er sprake is van klachten en verstoord functioneren.

Beperkingen

Alhoewel er geprobeerd is om een zo groot mogelijke onderzoeksgroep te bereiken is het totale aantal participanten in dit onderzoek niet heel hoog ($N=38$). Dit is van invloed op de power van de statistische analyses en de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de populatie. Daarnaast bestaat er bij het doen van vragenlijstonderzoek het risico dat mensen de neiging hebben om sociaal wenselijk te antwoorden. Hulpverleners gaven van bijna alle interventies aan deze regelmatig toe te passen. Mogelijk is door het effect van sociale wenselijkheid dit getal in de werkelijkheid iets lager. Dit zou een reden kunnen zijn waarom in de vragenlijst het toepassen van interventies gericht op sociale steun hoog scoren terwijl uit de interviews blijkt dat dit minder vaak wordt toegepast.

Door het gebruik van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methodes is er een uitgebreid beeld ontstaan van waaruit de aangeboden PSH in de vroege fase na een schokkende gebeurtenis op dit moment bestaat. Voordeel van dit onderzoek is dat de resultaten rechtstreeks van hulpverleners uit de praktijk zijn verkregen die zelf regelmatig PSH toepassen. Dit geeft een accuraat beeld van de situatie in de praktijk op dit moment. Deze exploratieve resultaten kunnen dan ook als goede basis dienen voor vervolgonderzoek op dit gebied.

Aanbevelingen

Met dit onderzoek is een eerste stap gezet richting het in kaart brengen van de vroegtijdige PSH in Nederland. Veel van de interventies die door Hobfoll en collega's (2007) worden aangeraden in de vroegtijdige PSH na een schokkende gebeurtenis blijken door hulpverleners in Nederland regelmatig tot vaak te worden toegepast. Ook wordt er rekening gehouden met individuele reactiepatronen van getroffenen. Er bestaat echter op bepaalde vlakken nog wel een kloof tussen theorie en praktijk, welke in eerder onderzoek onder Europese experts ook al naar voren is gekomen (Te Brake, 2013).

Deze kloof bestaat op dit moment met name op het gebied van de toepassing van debriefing en het aanraden van benzodiazepinen. Voor de praktijk is het van belang dat hulpverleners worden afgeraden deze interventies toe te passen. Ook wat betreft de toepassing van valide screeningsinstrumenten, het tijdig identificeren en stimuleren van sociale steun en het tijdig doorverwijzen van getroffenen waarbij sprake is van forse post traumatische klachten valt mogelijk nog winst te behalen in de praktijk. Verder blijkt uit de vragenlijst dat er tijdens het hulpverleningsproces niet standaard aandacht wordt besteed aan het informeren en ondersteunen van het management.

Vervolgonderzoek zal zich met name moeten richten op het dichten van deze kloof. Er zal in kaart moeten worden gebracht waarom hulpverleners nog steeds gebruik maken van debriefing. In de vragenlijst is de term *debriefing* niet gebruikt, mogelijk zijn hulpverleners er niet voldoende van op de hoogte wat debriefing inhoudt en zijn zij zich er niet van bewust dat ze dit toepassen. Wat betreft medicatie zal moeten worden onderzocht welke specifieke medicijnen worden aangeraden en met welke reden. Er dient te worden uitgezocht van welke soort screeningsmethoden hulpverleners op dit moment gebruik maken en waarom een deel geen gebruik maakt van screeningsinstrumenten. Vervolgonderzoek met een groter aantal participanten zal verder moeten uitwijzen in welke fase van de vroegtijdige PSH hulpverleners sociale steun bij getroffenen bevorderen, en of dit een punt van aandacht is voor de praktijk. Effectstudies naar de werkzaamheid van vroegtijdige interventies kunnen in de toekomst hulpverleners tenslotte verder informeren en helpen de vroegtijdige PSH na een schokkende gebeurtenis te organiseren.

Conclusie

Op veel gebieden komt de vroegtijdige PSH overeen met de aanbevelingen uit de *Multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises* (Impact, 2014). Veel van de interventies die door Hobfoll en collega's (2007) worden aangeraden in de vroegtijdige PSH na een schokkende gebeurtenis blijken door hulpverleners in Nederland regelmatig tot vaak te worden toegepast. Er bestaat echter op bepaalde vlakken nog wel een kloof tussen theorie en praktijk, welke in eerder onderzoek onder Europese experts ook al naar voren is gekomen (Te Brake, 2013). Aanbevelingen voor de praktijk zijn vooral gericht op het dichten van deze kloof. Ook vervolgonderzoek kan zich hierop richten. Tenslotte kunnen effectstudies naar de werkzaamheid van vroegtijdige interventies in de toekomst hulpverleners verder informeren en helpen de vroegtijdige PSH na een schokkende gebeurtenis te organiseren.

Referenties

- Abraham, M., Flight, S. & Roorda, W. *Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak - onderzoek voor veilige publieke taak 2007 - 2009 - 2011*. Amsterdam: DSP-groep, 2011
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author
- Basoglu, M., Salcioglu, E. & Livanou, M. (2009). Single-case experimental studies of a self-help manual for traumatic stress in earthquake survivors. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 50-58.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G.A., Brewin, C.R., Kaniasty, K. & La Greca, A.M. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1-49.
- Bonanno, G.A., Westphal, M. & Mancini, A.D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535.
- Brewin, C.R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 53-62.

- Brom, D., & Kleber, R. J. (1985). De schok verwerkings lijst. *Nederlands Tijdschrift Voor De Psychologie*, 40, 164-168.
- Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnel, M., Silove, D., & McFarlane, A. C. (2008). A multisite study of initial respiration rate and heart rate as predictors of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1694-1701.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T., & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 862-866.
- Cox, J., Davies, D.R., Burlingame, G.M., Campbell, J.E., Layne, C.M. & Katzenbach, R.J. (2007). Effectiveness of a trauma/grief-focused group intervention: A qualitative study with war-exposed bosnian adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 319-345.
- Davidson, J. R. T. & McFarlane, A. (2006). The extent and impact of mental health problems after disaster. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (Suppl 2), 9-14.
- Ehlers, A. & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53(9), 817-826.
- Eurofound. *Foundation findings: Physical and psychological violence at the workplace*, Luxembourg: Publication office of the European Union (2010).
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D. & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 948-955.
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., Friedman, M., Gersons, B.P., de Jong, J.T., Layne, C.M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A.E., Pynoos, R.S., Reissman, D., Ruzek, J.I., Shalev, A.Y., Solomon, Z., Steinberg, A.M. & Ursano, R.J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315.

- Impact. *Multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises*. Diemen: Impact, partner in Arq Psychotrauma Expert groep (2014).
- Kaniasty, K. (2012). Predicting social psychological well-being following trauma: The role of postdisaster social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy*, 4(1), 22-33.
- Kaniasty, K., Norris, F. H., & Murrell, S. A. (1990). Received and perceived social support following a natural disaster. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 85-114.
- Kleber, R. J. & Hart, O. van der (1998). Peritraumatische dissociatie: Acute reacties op schokkende gebeurtenissen en hun gevolgen. *Directieve therapie*, 18(4), 340-355.
- Kleber, R. J. & Mittendorff, C. (2000). Opvang na schokkende gebeurtenissen: Stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 889 - 904.
- La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (2009). Treatment and prevention of posttraumatic stress reactions in children and adolescents exposed to disasters and terrorism: What is the evidence? *Child Development Perspectives*, 3, 4-10.
- Limosin, F., Loze, J. Y., Cothureau, C., De Beaurepaire, C., Payan, C., Conso, F., Hautecouverture, S. & Rouillon, F. (2006). A prospective study of the psychological effects of "person under train" incidents on drivers. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 755-761.
- Mehnert, A., Nanninga, I., Fauth, M. & Schäfer, I. (2012). Course and predictors of posttraumatic stress among male train drivers after the experience of 'person under the train' incidents. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(3), 191-196.
- Murrell, S. A., & Norris, F. H. Resources, life events, and changes in psychological states: A prospective framework. *Am. J. Community Psychol.*, 11, 473-91.
- Neria, Y., Nandi, A. & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467-480.

- Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J. Byrne, C.M. Diaz, E. & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. an empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.
- Norris, F.H., Tracy, M. & Galeo, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine*, 68(12), 2190-2198.
- Noyes, R. Jr., Hoenk, P.R., Kuperman, S. & Slymen, D.J. (1977). Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 164(6), 401-407.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Rose, S., Bisson, J. & Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 176-184.
- Salcioglu, E., Basoglu, M. & Livanou, M. (2007). Effects of live exposure on symptoms of posttraumatic stress disorder: The role of reduced behavioral avoidance in improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2268-2279.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V. & Gersons, B.P. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189(2), 150-155.
- Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H. S., Heir, T. & Weisaeth, L. (2013). Work-related post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 63(3), 175-182.
- Stephens, C.V. (1997). Debriefing, social support and PTSD in the new zealand police: Testing a multidimensional model of organisational traumatic stress. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1(1), No.

- Te Brake, H., Dückers, M., De Vries, M., Van Duin, D., Rooze, M. & Spreeuwenberg, C. (2009). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism, and other shocking events: Guideline development. *Nursing and Health Sciences*, 11(4), 336-343.
- Te Brake, H. & Dückers, M. (2013). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events: Is there a gap between norms and practice in Europe? *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 10. Doi: 3402/ejpt.v4i0.19093.
- te Brake, H. (2014). Alledaagse magie, bouwen op bestaande veerkracht voor optimale hulpverlening. *Cogiscope*, 01, 2-5.
- van den Bossche, S., van der Klauw, M., Ybema, J. F., de Vroome, E. & Venema, A. *Agressie op het werk, ontwikkelingen, risico's, impact en behoefte aan maatregelen*. Hoofddorp: TNO, 2012
- Van Rijswijk, G. (2013). De impact van een bedrijfsongeval: Het belang van sociale steun en erkenning. *Arbomagazine*, 23-25
- van der Velden, P., van Loon, P., Ijzermans, J. & Kleber, R.J. (2006). Psychosociale zorg direct na een ramp. *De Psycholoog*, 658-663.
- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B. & Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 603-613.
- WHO. *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Genève: WHO (2013).
- Yum, B. S., Roh, J. H., Ryu, J. C., Won, J. U., Kim, C. N., Lee, J. E. & Kim, K.Y. (2006). Symptoms of PTSD according to individual and work environment characteristics of korean railroad drivers with experience of person-under-train accidents. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 691-697.

Bijlagen

- 1. Vignetten**
- 2. Interviewvragen**
- 3. Subcodes MAXQDA**
- 4. Vragenlijst**
- 5. Factoranalyse**
- 6. Betrouwbaarheidsanalyse schalen Hobfoll**
- 7. Syntax SPSS analyses**

Bijlage 1 . Vignetten

Inhoud van de drie vignetten, deze werden zonder de titels aangeboden en uitgebreide casusomschrijvingen per vignet

Vignet 1 Informatie die de hulpverlener krijgt:

Een vrouwelijke NS-conducteur van 43 jaar is betrokken geweest bij een aanrijding met een persoon. De uitslag op de Verwerkingsscan is oranje. De GAF-score is 6.. Het incident heeft een week voor het invullen van de scan plaatsgevonden. In de situatieomschrijving heeft de betrokkene het volgende beschreven: "10 dagen geleden heeft er een zelfdoding plaatsgevonden op het station van Breda bij een binnenkomende trein. De exacte aanrijding zelf niet gezien, daarna ben ik de HC'er van de desbetreffende trein te hulp geschoten en we hebben samen het slachtoffer aangetroffen welke naast de trein lag".

De vrouw geeft aan zo nu en dan nog wel aan het incident terug te denken, er komen dan plotseling beelden van het lichaam naar boven in haar gedachten. Ook is het daardoor soms lastig om in slaap te vallen. Ze heeft het gevoel bij haar man terecht te kunnen als ze ergens mee zit. Ze gaat op dit moment gewoon naar haar werk maar vind dit wel erg vermoeiend.

Hieronder ziet u een tabel waarin de scores op de Verwerkingsscan zijn weergegeven:

| Vraag | Antwoord |
|---|---------------|
| 0. Ik dacht er in de afgelopen zeven dagen aan zonder dat ik dat wilde. | Zelden |
| 1. Ik zorgde er in de afgelopen zeven dagen voor niet van streek te raken als ik er aan dacht | Soms |
| 2. Ik probeerde in de afgelopen zeven dagen de gebeurtenis uit mijn geheugen te bannen | Zelden |
| 3. Ik kon in de afgelopen zeven dagen moeilijk in slaap vallen of in slaap blijven omdat beelden en gedachten erover door mijn hoofd gingen | Soms |
| 4. Bij vlagen had ik er in de afgelopen zeven dagen sterke gevoelens over | Soms |
| 5. Ik droomde er in de afgelopen zeven dagen over | Helemaal niet |
| 6. Ik bleef in de afgelopen zeven dagen dingen die mij eraan herinneren uit de weg gaan | Helemaal niet |
| 7. Ik had in de afgelopen zeven dagen het gevoel alsof het niet echt gebeurd was, alsof het niet echt was | Zelden |
| 8. Ik heb in de afgelopen zeven dagen geprobeerd er niet over te praten | Zelden |
| 9. Beelden er van schoten in de afgelopen zeven dagen in mijn gedachten | Soms |
| 10. Andere dingen deden mij er in de afgelopen zeven dagen steeds weer aan denken | Soms |
| 11. Ik wist dat ik er nog heel wat gevoelens over had, maar hield er geen rekening mee | Zelden |

| | |
|--|---------------|
| 12. Ik heb in de afgelopen zeven dagen geprobeerd er niet aan te denken | Soms |
| 13. Iedere herinnering bracht in de afgelopen zeven dagen de gevoelens weer terug | Zelden |
| 14. Mijn gevoel erover was in de afgelopen zeven dagen als het ware verdoofd | Helemaal niet |
| 15. Deze vraag gaat over jouw functioneren op een aantal gebieden, zowel werk als privé. Op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 uitermate slecht is en 10 uitstekend is, wat voor cijfer zou je jouw huidige niveau van functioneren geven? | 6. |
| 16. Deze vraag gaat over de mate waarin je na de schokkende gebeurtenis steun hebt gekregen vanuit de organisatie, zowel van de wachtdienst, je leidinggevende als je collega's. Ben je tevreden over deze ondersteuning vanuit de organisatie? | Neutraal |
| 17. Deze vraag gaat over de mate waarin je na de schokkende gebeurtenis begrip/erkenning en aandacht uit de omgeving hebt gekregen, zowel vanuit de organisatie (wachtdienst, je leidinggevende en je collega's) als vanuit je privé omgeving. Ben je tevreden over het begrip/erkenning en de aandacht uit de omgeving? | Ja |

Complete uitwerking casus (informatie voor de onderzoeker): uitslag: licht oranje

Een vrouwelijke NS-conducteur van 43 jaar is betrokken geweest bij een aanrijding met een persoon. De uitslag op de Verwerkingsscan is oranje. De GAF-score is 6 en de SVL score is 24. Het incident heeft een week voor het invullen van de scan plaatsgevonden. In de situatieomschrijving heeft de betrokkene het volgende beschreven:

“Op 21 april jl. heeft er een zelfdoding plaatsgevonden op het station van Breda bij een binnenkomende trein. De exacte aanrijding zelf niet gezien, daarna ben ik de HC'er van de desbetreffende trein te hulp geschoten en we hebben samen het slachtoffer aangetroffen welke naast de trein lag”.

De vrouw geeft in het telefoongesprek aan dat het nu een week geleden is dat het incident heeft plaatsgevonden. Ze is toen door Vangrail opgevangen en heeft besloten daarna naar huis te gaan naar haar man. Ze is de dag na het incident één dagje thuis gebleven. Daarna is ze in overleg met haar leidinggevende eerst in burger op het station geweest, en op het perron waar het incident zich heeft plaatsgevonden. Dit riep in eerste instantie behoorlijk wat spanning op. Haar hart ging sneller kloppen en ze ging flink zweten, ze zag weer voor zich hoe het vrouwelijke slachtoffer verminkt naast de trein lag. Daarna heeft ze even koffiedronken met collega's in de kantine en zakte de spanning gelukkig wel weer wat weg, de rest van de dag was ze toen wel erg moe. Ze is 2 dagen thuisgebleven van werk en heeft de afgelopen 2 dagen een halve dienst gewerkt. Ze was ook hierna moe maar verder ging de dienst goed. Thuis denkt ze nog wel een paar keer per dag terug aan het incident, er komen dan plotseling beelden van het lichaam naar boven in haar gedachten. Dit is wel al een stuk minder dan de eerste dagen. Nu denkt ze er eigenlijk vooral aan als mensen haar vragen hoe het met haar gaat. Het blijft soms nog lastig om in slaap te vallen, al zakt dat ook wel wat. Ze

probeert overdag niet teveel aan het incident te denken en zoekt afleiding. Ze gaat dan bijvoorbeeld met de hond wandelen, het huis schoonmaken of een stuk fietsen met haar man. Deze activiteiten zorgen ervoor dat zij kan ontspannen en dat de gedachten af nemen. Ze heeft het gevoel bij haar man terecht te kunnen als ze ergens mee zit en heeft op dit moment niet echt behoefte om nog met iemand anders over het incident te praten. Ook bij haar leidinggevende kan ze goed terecht. Ze vindt het prettig dat ze samen kijken naar wat voor werkzaamheden ze kan oppakken. Door met halve diensten te beginnen, gaat dat voor haar zelf ook niet te snel.

Op de vraag wat ze vind van de oranje uitslag geeft ze aan dit niet te hebben verwacht, ze geeft aan dat de klachten aan het afnemen zijn en gaat vanaf komende week weer aan het werk.

- Klachtenniveau net na incident en nu: neemt het af?
 - o Ze gaat het incident niet uit de weg
 - o Denkt af en toe aan het incident terug, maar dit wordt al steeds minder
 - o Af en toe moeite met in slaap vallen, maar wordt ook al beter
 - o Bij de eerste confrontatie met het station kwamen er heftige gevoelens los, maar dit zakte al snel
- Functioneren thuis en op werk
 - o Na de halve dagen werken was ze wel heel moe, maar de diensten verlopen goed
 - o Ze kan in haar privéleven goed functioneren, denkt af en toe terug aan het incident maar dit verstoort haar leven niet
- Stappen terug aan het maken? Hoe gaat dat?
 - o Ze is een aantal dagen thuis geweest en is nu begonnen met halve dagen werken
 - o In overleg met haar leidinggevende heeft ze een plan opgesteld om weer volledig aan het werk te gaan
- Coping: ontspanning/afleiding/steun (organisatie en privé)
 - o Om te ontspannen gaat ze een stuk wandelen met de hond, het huis schoonmaken of fietsen met haar man
 - o Ze kan goed met haar man praten en kan bij hem terecht als ze ergens mee zit
 - o Ook bij haar leidinggevende kan ze goed terecht. Hij helpt haar de werkzaamheden weer op te pakken
- Hulpvraag?
 - o Ze heeft het gevoel bij haar man terecht te kunnen als ze ergens mee zit en heeft op dit moment niet echt behoefte om nog met iemand anders over het incident te praten.
- Uitkomst scan verwacht ja/nee
 - o Ze had de uitslag niet verwacht omdat ze juist het idee had dat het alweer een stuk beter met haar ging en de klachten aan het afnemen waren
- Eventueel: Zijn er andere problemen op werk of privé?
 - o NVT
- Eerdere incidenten? Zo ja: hulp daarvoor gehad?
 - o NVT

Vignet 2 Informatie die de hulpverlener krijgt:

Een mannelijke conducteur bij de NS van 42 jaar is betrokken geweest bij een agressie-incident rond het station van Den Haag. De score op de Verwerkingsscan is oranje. De GAF-score is 6.. Het incident heeft 10 dagen voor het invullen van de verwerkingsscan plaatsgevonden. In de situatieomschrijving heeft de persoon het volgende beschreven:

Dienst gehad tot 23.15 uur. Tijdens het binnenrijden van het station vonden de "feestgangers" het ontzettend leuk om op de trein te slaan, te spugen, te schoppen, de cabinedeur open te gooien. Ik voelde mij erg bedreigd en was bang dat de groep jongeren mij aan zou vliegen. Dit alles omdat wij volgens hun niet snel genoeg reden (harder als 5 km/uur was niet mogelijk).

Deze persoon heeft de afgelopen week enkele keren per dag aan de gebeurtenis teruggedacht, waarbij hij zich gespannen en opgejaagd voelt. Hij ziet dan de schoppende en schreeuwende jongens voor zich, en dit zorgt er onder andere voor dat de persoon moeite heeft om in of door te slapen. Hij is weer aan het werk, maar hier voelt hij wel een continue spanning. Wanneer hij geconfronteerd wordt met groepen jongeren, in burger of in uniform, neemt deze spanning toe. Zodra hij een groep jongeren ziet, gaat hij deze uit de weg of slaat hij de coupé over waarin zij zich bevinden.

| Vraag: | Antwoord: |
|--|----------------|
| 0. Ik dacht er in de afgelopen zeven dagen aan zonder dat ik dat wilde. | Vaak |
| 1. Ik zorgde er in de afgelopen zeven dagen voor niet van streek te raken als ik er aan dacht. | Soms |
| 2. Ik probeerde in de afgelopen zeven dagen de gebeurtenis uit mijn geheugen te bannen. | Helemaal Nooit |
| 3. Ik kon in de afgelopen zeven dagen moeilijk in slaap vallen of in slaap blijven omdat beelden en gedachten erover door mijn hoofd gingen. | Vaak |
| 4. Bij vlagen had ik er in de afgelopen zeven dagen sterke gevoelens over. | Vaak |
| 5. Ik droomde er in de afgelopen zeven dagen over. | Soms |
| 6. Ik bleef in de afgelopen zeven dagen dingen die mij eraan herinneren uit de weg gaan. | Soms |
| 7. Ik had in de afgelopen zeven dagen het gevoel alsof het niet echt gebeurd was, alsof het niet echt was. | Helemaal Nooit |
| 8. Ik heb in de afgelopen zeven dagen geprobeerd er niet over te praten. | Helemaal Nooit |

| | |
|--|----------------|
| 9. Beelden er van schoten in de afgelopen zeven dagen in mijn gedachten. | Vaak |
| 10. Andere dingen deden mij er in de afgelopen zeven dagen steeds weer aan denken. | Soms |
| 11. Ik wist dat ik er nog heel wat gevoelens over had, maar hield er geen rekening mee. | Helemaal Nooit |
| 12. Ik heb in de afgelopen zeven dagen geprobeerd er niet aan te denken. | Helemaal Nooit |
| 13. Iedere herinnering bracht in de afgelopen zeven dagen de gevoelens weer terug. | Vaak |
| 14. Mijn gevoel erover was in de afgelopen zeven dagen als het ware verdoofd. | Helemaal Nooit |
| 15. Deze vraag gaat over jouw functioneren op een aantal gebieden, zowel werk als privé. Op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 uitermate slecht is en 10 uitstekend is, wat voor cijfer zou je jouw huidige niveau van functioneren geven? | 6 |
| 16. Deze vraag gaat over de mate waarin je na de schokkende gebeurtenis steun hebt gekregen vanuit de organisatie, zowel van de wachtdienst, je leidinggevende als je collega's. Ben je tevreden over deze ondersteuning vanuit de organisatie? | Ja |
| 17. Deze vraag gaat over de mate waarin je na de schokkende gebeurtenis begrip/erkenning en aandacht uit de omgeving hebt gekregen, zowel vanuit de organisatie (wachtdienst, je leidinggevende en je collega's) als vanuit je privé omgeving. Ben je tevreden over het begrip/erkenning en de aandacht uit de omgeving? | Ja |

Complete uitwerking casus (informatie voor de onderzoeker): uitslag: oranje

Een mannelijke conducteur van 42 jaar is betrokken geweest bij een agressie-incident op het station van Den Haag. De score op de Verwerkingsscan is oranje. De GAF-score is 6 en de SVL score is 37. Hij geeft aan dat hij deze uitslag wel verwacht had, omdat hij tijdens zijn werk nog steeds veel spanning ervaart. Hij vindt het dan ook fijn om ondersteund te worden door het IVP, omdat hij buiten het werk om niet iemand heeft waarmee hij zijn gevoelens en gedachten kan delen. Het incident heeft 10 dagen voor het invullen van de verwerkingsscan plaatsgevonden. In de situatieomschrijving heeft de persoon het volgende beschreven:

Dienst gehad tot 23.15 uur. Tijdens het binnenrijden van het station vonden de "feestgangers" het ontzettend leuk om op de trein te slaan, te spugen, te schoppen, de cabinedeur open te gooien. Ik voelde mij

erg bedreigd en was bang dat de groep jongeren ons aan zouden vliegen. Dit alles omdat wij volgens hun niet snel genoeg reden (harder als 5 km/uur was niet mogelijk). De jongeren schreeuwden naar mijn collega en scholden hem uit. Deze bedreigingen waren niet naar mij gericht, omdat ik iets verder weg stond.

Deze persoon heeft de afgelopen week enkele keren per dag aan de gebeurtenis teruggedacht, waarbij hij zich gespannen en opgejaagd voelt. Hij ziet dan de schoppende en schreeuwende jongens voor zich, en dit zorgt er onder andere voor dat de persoon moeite heeft om in of door te slapen. Dit was met name de eerste paar dagen. Wel blijft hij thuis kortaf en geïrriteerd. Hij is weer aan het werk maar hier voelt hij wel een continue spanning. Hij let goed op of hij groepen jongeren ziet. Wanneer hij geconfronteerd wordt met groepen jongeren, in burger of in uniform, neemt deze spanning toe. Zodra hij een groep jongeren op het station ziet, kiest hij een andere route om hen uit de weg te gaan. Wanneer hij hen treft tijdens zijn dienst op de trein, slaat hij de coupé over waarin zij zich bevinden. Ook is hij bang zelf agressief te worden als reizigers moeilijk zouden doen.

Hij heeft de afgelopen tijd veel met het incident in zijn hoofd gezeten. Met zijn vrouw praat hij liever niet over zijn werk, en wilt het incident en de daarmee gaande spanning liever niet met haar bespreken. Verder is zijn sociale netwerk niet zo groot. Doordat hij er niet met iemand over kan praten, heeft hij moeite om het te verwerken. Hoewel hij normaal houdt van wandelen en sporten kan hij zich daar nu niet toe zetten.

De spanningen nemen op dit moment nog niet af. Hij denkt er wel minder aan, maar voelt zich nog gespannen, met name op het werk. Hij wil weer als vanouds zijn werk kunnen doen. Hij staat dan ook open voor ondersteuning in zijn traject terug naar het werk. Na het incident is hij goed opgevangen door collega's, maar heeft hier niet voor een tweede keer contact mee gehad. Hij vindt het moeilijk toe te geven dat hij niet boven de jongeren staat. Hierdoor houdt hij op het werk een beetje de schijn op dat het allemaal wel goed gaat.

- Klachteniveau net na incident en nu: neemt het af?
 - o Hij denkt nog enkele keren per dag aan het incident. Hij voelt zich hierbij gespannen en opgejaagd.
 - o Hij ziet tijdens de herbelevingen de schoppende en schreeuwende jongens
 - o Hij is extra alert op groepen jongeren. Deze bezorgen bij hem een gevoel van spanning.
 - o De spanningen nemen op dit moment nog niet af. Hij denkt er wel minder aan, maar voelt zich nog gespannen, met name op het werk.
- Functioneren thuis en op werk
 - o Hij heeft moeite met het in slaap vallen en het doorslapen. (wordt wel al minder)
 - o Hij is thuis kortaf en geïrriteerd.
 - o Normaal houdt hij van wandelen en sporten kan hij zich daar nu niet toe zetten.
 - o Hij ervaart een continue spanning tijdens het werken.
- Stappen terug aan het maken? Hoe gaat dat?
 - o Hij is wel weer aan het werk gegaan maar wellicht is dit een te grote stap geweest.
 - o Hij heeft geen kleinere stappen richting het werkveld gemaakt, waardoor hij nu tijdens het

- o werken nog steeds een grote mate van spanning ervaart
 - o Hij staat wel open voor ondersteuning om dit te bereiken.
- Coping: ontspanning/afleiding/steun (organisatie en prive)
 - o Hij kan zich niet zetten tot wandelen en sporten.
 - o Zit erg veel met het incident in zijn hoofd, heeft moeite om er met iemand over te praten.
 - o Met zijn vrouw praat hij liever niet over zijn werk
 - o Geen groot sociaal netwerk
 - o Aan het begin goed opgevangen door de organisatie, maar heeft hier geen tweede keer contact mee opgenomen. Hij schaamt zich tegenover zijn collega's
- Hulpvraag?
 - o Hij vind het dan ook fijn om ondersteund te worden door het IVP, omdat hij buiten het werk om niet iemand heeft waarmee hij zijn gevoelens en gedachten kan delen.
- Uitkomst scan verwacht ja/nee
 - o Hij geeft aan dat hij deze uitslag wel verwacht had, omdat hij tijdens zijn werk nog steeds veel spanning ervaart.
- Eventueel: Zijn er andere problemen op werk of prive?
 - o Hij kan met zijn problemen niet bij iemand terecht om er over te praten.
 - o Hij schaamt zich ten opzichte van zijn collega's over het feit dat hij naar aanleiding van een incident met een groep jongeren niet meer goed kan functioneren.
- Eerdere incidenten? Zo ja: hulp daarvoor gehad?
 - o NVT

Vignet 3 Informatie die de hulpverlener krijgt:

Een mannelijke machinist bij de NS van 40 jaar die betrokken is geweest bij een aanrijding met een persoon. De score op de Verwerkingsscan is rood. De GAF-score is 3. Het incident heeft 1.5 week voor het invullen van de verwerkingsscan plaatsgevonden. In de situatieomschrijving heeft de persoon het volgende beschreven:

Er stond een persoon in mijn spoor ik heb toen een noodremming gemaakt. Ik heb getoeterd en een snelremming ingezet maar toen deed hij zijn handen voor zijn oren. Op het allerlaatste moment is de persoon uit mijn spoor overgestapt naar het andere spoor waar de tegentrein eerder zou arriveren. Ik heb toen gezien hoe de persoon onder de trein overreden werd en waarvan er ook delen onder mijn trein zijn terecht zijn gekomen. Toen de treinen stil stonden ben ik als hc van de ene trein, gekleed in mijn veiligheidsvest naar buiten te gaan. De eerst meters gingen best makkelijk en trof ik niets aan. Ik verwachtte het meeste erge en dacht daarbij aan vitrine van de keurslager. Ik had geen idee wat ik daar zou gaan aantreffen, maar de moed zakte mij in de schoenen. Toen ik verder naar achter liep, had ik lood in mijn schoenen omdat ik nog niets had aan getroffen. Het kostte mij heel veel moeite om door te lopen, het was als of mijn benen vast geplakt waren aan de grond onder mij. Ik had echt moeite om door te lopen, mijn benen wilden niet verder, terwijl ik dat wel van plan was. Op wilskracht ben ik uiteindelijk toch door gelopen. Ik had last van buik krampen, voelde me misselijk en had het ijskoud terwijl het zweet van mij afgutste.

Deze persoon geeft aan herinneringen aan de gebeurtenis en plaatsen die hem aan het ongeluk doen denken te vermijden. De man heeft zich sinds het ongeluk ziek gemeld op het werk. Sinds het incident is hij niet meer terug geweest op de trein of rond het spoor.

Hij heeft, ondanks het vermijden, toch vaak last van herinneringen aan het trauma die veel emoties bij hem losmaken. De herbelevingen zijn minder intens dan in de eerste week, maar zijn nog steeds dagelijks aanwezig. Hij probeert deze emoties te onderdrukken door afleiding te zoeken. Hij doet dit door naar de kroeg te gaan met vrienden, of te gaan sporten. Dit helpt hem om de gedachten aan het incident te onderdrukken, maar zodra hij stopt met de activiteit komen deze in volle hevigheid weer terug.

Het is voor deze persoon niet het eerste incident op het spoor wat hij heeft meegemaakt. Hij heeft nooit eerder klachten in deze hevigheid ervaren. Ook is er in het privéleven van deze man veel gebeurd het afgelopen jaar. Zijn vader is 4 weken voor het incident zeer plotseling overleden. Het incident vond plaats in de eerste week dat hij weer aan het werk was na de dood van zijn vader.

| Vraag: | Antwoord: |
|---|-----------|
| 18. Ik dacht er in de afgelopen zeven dagen aan zonder dat ik dat wilde. | Vaak |
| 19. Ik zorgde er in de afgelopen zeven dagen voor niet van streek te raken als ik er aan dacht. | Soms |
| 20. Ik probeerde in de afgelopen zeven dagen de gebeurtenis uit mijn geheugen te bannen. | Vaak |
| 21. Ik kon in de afgelopen zeven dagen moeilijk in slaap vallen of in slaap blijven omdat beelden en gedachten erover door mijn hoofd gingen. | Vaak |
| 22. Bij vlagen had ik er in de afgelopen zeven dagen sterke gevoelens over. | Vaak |
| 23. Ik droomde er in de afgelopen zeven dagen over. | Vaak |
| 24. Ik bleef in de afgelopen zeven dagen dingen die mij eraan herinneren uit de weg gaan. | Vaak |
| 25. Ik had in de afgelopen zeven dagen het gevoel alsof het niet echt gebeurd was, alsof het niet echt was. | Soms |
| 26. Ik heb in de afgelopen zeven dagen geprobeerd er niet over te praten. | Soms |
| 27. Beelden er van schoten in de afgelopen zeven dagen in mijn gedachten. | Vaak |
| 28. Andere dingen deden mij er in de afgelopen zeven dagen steeds weer aan denken. | Vaak |
| 29. Ik wist dat ik er nog heel wat gevoelens over had, maar hield er geen rekening mee. | Soms |
| 30. Ik heb in de afgelopen zeven dagen geprobeerd er niet aan | Vaak |

| | |
|--|------|
| te denken. | |
| 31. Iedere herinnering bracht in de afgelopen zeven dagen de gevoelens weer terug. | Vaak |
| 32. Mijn gevoel erover was in de afgelopen zeven dagen als het ware verdoofd. | Soms |
| 33. Deze vraag gaat over jouw functioneren op een aantal gebieden, zowel werk als privé. Op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 uitermate slecht is en 10 uitstekend is, wat voor cijfer zou je jouw huidige niveau van functioneren geven? | 3 |
| 34. Deze vraag gaat over de mate waarin je na de schokkende gebeurtenis steun hebt gekregen vanuit de organisatie, zowel van de wachtdienst, je leidinggevende als je collega's. Ben je tevreden over deze ondersteuning vanuit de organisatie? | Ja |
| 35. Deze vraag gaat over de mate waarin je na de schokkende gebeurtenis begrip/erkenning en aandacht uit de omgeving hebt gekregen, zowel vanuit de organisatie (wachtdienst, je leidinggevende en je collega's) als vanuit je privé omgeving. Ben je tevreden over het begrip/erkenning en de aandacht uit de omgeving? | Ja |

Complete uitwerking casus (informatie voor de onderzoeker): uitslag: rood

Een mannelijke machinist van 40 jaar die betrokken is geweest bij een aanrijding met een persoon. De score op de Verwerkingsscan is rood. De GAF-score is 3 en de SVL score is 65. Hij geeft aan dat hij deze uitslag wel verwacht had, omdat hij nog steeds veel spanning ervaart, omdat hij nog steeds veel spanning ervaart, dat hij nog rust nodig heeft en niet terug kan naar het werk. Hij heeft ook herbelevingen aan het incident en geeft aan slecht te functioneren in het dagelijkse leven. Hij wilt graag geholpen worden omdat hij het werken heel erg mist, maar hij kan het nu niet opbrengen om terug aan het werk te gaan. Het incident heeft 1.5 week voor het invullen van de verwerkingsscan plaatsgevonden. In de situatieomschrijving heeft de persoon het volgende beschreven;

Er stond een persoon in mijn spoor ik heb toen een noodremming gemaakt. Ik heb getoeterd en een snelremming ingezet maar toen deed hij zijn handen voor zijn oren. Op het allerlaatste moment is de persoon uit mijn spoor overgestapt naar het andere spoor waar de tegentrein eerder zou arriveren. Ik heb toen gezien hoe de persoon onder de trein overreden werd en waarvan er ook delen onder mijn trein zijn terecht zijn gekomen. Toen de treinen stil stonden ben ik samen met de hc van de andere trein, gekleed in mijn veiligheidsvest naar buiten te gaan. De eerst meters gingen best makkelijk en trof ik niets aan. Ik verwachtte het meest erge en dacht daarbij aan vitrine van de keurslager. Ik had geen idee wat ik daar zou

gaan aantreffen, maar de moed zakte mij in de schoenen. Toen ik verder naar achter liep, had ik lood in mijn schoenen omdat ik nog niets had aan getroffen. Het kostte mij heel veel moeite om door te lopen, het was als of mijn benen vast geplakt waren aan de grond onder mij. Ik had echt moeite om door te lopen, mijn benen wilden niet verder, terwijl ik dat wel van plan was. Op wilskracht ben ik uiteindelijk toch door gelopen. Ik had last van buik krampen, voelde me misselijk en had het ijskoud terwijl het zweet van mij afgutste.

Deze persoon geeft aan herinneringen aan de gebeurtenis en plaatsen die hem aan het ongeluk doen denken te vermijden. De man heeft zich sinds het ongeluk ziek gemeld op het werk. Sinds het incident is hij niet meer terug geweest op de trein of rond het spoor. Hij ziet er tegen op om terug te gaan naar het werk en naar de plek waar het incident plaats vond. Ook de gedachte aan confrontatie met zijn collega's en de gesprekken die er dan gevoerd worden, bezorgen hem veel spanning.

Hij heeft vaak last van herinneringen aan het trauma die veel emoties bij hem losmaken. Hij merkt dat hij nog vaak aan de gebeurtenis terugdenkt en zich dan weer gespannen en misselijk te voelen. De herbelevingen zijn minder intens dan in de eerste week, maar zijn nog steeds dagelijks aanwezig. Het slapen gaat ook niet goed, hij heeft moeite met het inslapen en heeft last van dromen die te maken hebben met het incident. Hij probeert deze emoties te onderdrukken door afleiding te zoeken. Hij doet dit door naar de kroeg te gaan met vrienden, of te gaan sporten. Dit helpt hem om de gedachten aan het incident te onderdrukken, maar zodra hij stopt met de activiteit komen deze in volle hevigheid weer terug.

Hij praat niet graag over wat er gebeurd is, en probeert dan ook alle gesprekken hierover te vermijden of de aandacht af te leiden van het onderwerp. Wanneer hij toch over het onderwerp praat, ervaart hij een grote mate van spanning.

Het is voor deze persoon niet het eerste incident wat hij heeft meegemaakt. Hij heeft nooit eerder klachten in deze hevigheid ervaren. Ook is er in het privéleven van deze man veel gebeurd het afgelopen jaar. Zijn vader is 4 weken voor het incident zeer plotseling overleden. Het incident vond plaats in de eerste week dat hij weer aan het werk was na de dood van zijn vader.

- Klachtenniveau net na incident en nu: neemt het af?
 - o Veel last van herbelevingen
 - o De herinneringen bezorgen hem spanning en maken hem misselijk
 - o Last van intrusieve dromen
 - o Herbelevingen zijn minder intens dan vlak na het incident, maar nog steeds dagelijks aanwezig
- Functioneren thuis en op werk
 - o Hij slaapt slecht
 - o Is niet geconcentreerd
- Stappen terug aan het maken? Hoe gaat dat?
 - o Hij is sinds het incident niet terug geweest op de trein of rond het spoor
 - o Hij is ook bang voor de confrontatie met zijn collega's
 - o Hij geeft aan dat hij het werken heel erg mist, maar kan het niet opbrengen om iets te ondernemen
- Coping: ontspanning/afleiding/steun (organisatie en prive)

- Hij gaat sporten en met vrienden naar de kroeg om afleiding te zoeken. Dit helpt op het moment, maar zodra hij thuis is komen de klachten terug
- Hij praat er niet graag over. Wanneer het incident ter sprake komt, probeert hij de aandacht van het onderwerp af te leiden
- Doet er alles aan om de gedachten of plekken die hem doen herinneren aan het incident te vermijden
- Hulpvraag?
 - Hij wilt graag geholpen worden omdat hij het werken heel erg mist, maar hij kan het nu niet opbrengen om terug aan het werk te gaan.
- Uitkomst scan verwacht ja/nee
 - Hij geeft aan dat hij deze uitslag wel verwacht had, omdat hij nog steeds veel spanning ervaart, omdat hij nog steeds veel spanning ervaart, dat hij nog rust nodig heeft en niet terug kan naar het werk.
- Eventueel: Zijn er andere problemen op werk of prive?
 - Zijn vader is 4 weken voor het incident zeer plotseling overleden. Het incident vond plaats in de eerste week dat hij weer aan het werk was na de dood van zijn vader.
- Eerdere incidenten? Zo ja: hulp daarvoor gehad?
 - Ja. Hij heeft niet eerder klachten in deze mate ervaren, en heeft dan ook geen eerdere hulp gehad.

Bijlage 2. Het semigestructureerde interview

Uitleg procedure: Zo meteen krijgt u 3 casussen te lezen, u wordt gevraagd deze te lezen en u zo goed mogelijk in de situatie in te leven. Daarna zullen wij een aantal vragen stellen over deze casussen.

Voor u ligt een casus over een fictieve NS-medewerker die de verwerkingsscan heeft ingevuld. Zou u deze casus willen lezen en u hier zo goed mogelijk in willen leven?

- 1. Stelt u zich voor dat u gevraagd wordt deze persoon te bellen naar aanleiding van de uitslag op de verwerkingsscan. Zou u in uw eigen woorden kunnen omschrijven hoe u dit gesprek zou beginnen?**
 - a. Wat is de reden dat u op deze manier opent?

- 2. Met de informatie die is gegeven vanuit de casus, wat vindt u bij deze persoon belangrijke informatie om te weten/wat zou u uit willen vragen?**
 - a. Wat is de reden dat u dit wilt weten?
 - b. Zou u verder nog iets uit willen vragen?

- 3. Op basis van de informatie die u nu heeft, hoe zou u het gesprek vervolgen (advies geven/interventies?)**
 - a. Op welke manier zou u dit doen?
 - b. Op basis waarvan kiest u hiervoor?
 - c. Zou u hiernaast nog meer willen doen?

- 4. Wat zou u deze persoon aanraden (doorverwijzen/monitoren/dit gesprek voldoende ondersteuning voor nu)?**
 - a. Op basis waarvan kiest u hiervoor?

- 5. Op welke manier zou u dit gesprek afsluiten?**
 - a. Op basis waarvan kiest u ervoor op deze wijze af te sluiten?

Bijlage 3. Gebruikte thema's en subcodes in MAXQDA

Thema 1: Opening

Subcodes:

- Score verwacht?
- Voorstellen
- Komt het gelegen?

Thema 2: Anamnese

Subcodes:

- Incident
- Privésituatie
- Terugkeer naar plek incident
- Eerdere incidenten meegemaakt?
- Coping
 - o Herkenbare reacties?
 - o Afleiding/ontspanning
- Leidinggevende
- Huidig functioneren
 - o Functioneren op het werk
 - o Vermijding
 - o Slapen
 - o Klachten
- Werk
 - o Terugkeer naar werk
- Sociale steun
 - o Familie/vrienden
 - o Werk
 - o Opvang na werk

Thema 3: Psychosociale ondersteuning

Subcodes:

- Psycho-informatie
 - o Normaliseren van reacties
 - o Coping
 - o Vermijding
 - o Hulpverlening
 - o Verwerkingsproces
 - o Toelichten verwerkingsscan
- Aansluiten bij de behoeftes
- Uiting van empathie
- Advies geven
 - o Coping
 - o Terugkeer naar werk
 - o Sociale steun
 - o Slapen
 - o Afleiding/ontspanning

Thema 4: Vervolgstep

Subcodes:

- Uitslag tweede scan afwachten
- Telefonische begeleiding
- Nabellen
- Doorverwijzen

Thema 5: Afsluiting

Subcodes:

- Vragen of er nog vragen zijn
- Terugkoppeling leidinggevende
- Toestemming vragen voor terugkoppeling leidinggevende
- Bieden contactmogelijkheid

Bijlage 4. Vragenlijst 'Psychosociale hulpverlening na een schokkende gebeurtenis op het werk'

Instructie vooraf

Geachte deelnemer

Deze vragenlijst gaat over de psychosociale hulp die hulpverleners aanbieden aan getroffen en van schokkende gebeurtenissen. Psychosociale hulp wordt door de Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociale zorg bij Rampen en Crisis (Impact, 2014) gedefinieerd als alle ondersteuning en zorg gericht op het psychisch welbevinden van de getroffen en, in de eerste dagen en weken na de gebeurtenis. Het kan zich richten op het geven van basishulp (veiligheid), informatie (over de gebeurtenis of mogelijke stressreacties), emotionele en sociale steun (betrokkenheid), praktische hulp (administratie, juridisch advies) en zorg bij gezondheidsklachten (signaleren en monitoren van klachten, eventueel doorverwijzen). Het doel is om in een vroeg stadium de veerkracht van de gehele groep getroffen en te versterken, risicogroepen voor het ontwikkelen van psychische klachten te monitoren en tijdig te kunnen signaleren wanneer specialistische hulp nodig is. Psychosociale ondersteuning is dus geen klinische interventie die enkel door professionals als psychologen gegeven kan worden. Het draait juist om praktische- en sociale steun.

Diverse richtlijnen geven aanbevelingen over hoe de psychosociale hulp vorm te geven. Wij zijn benieuwd of deze aanbevelingen ook overeenkomen met de praktijk. Het doel van de vragenlijst is om een beeld te krijgen van de psychosociale hulp die door hulpverleners in de praktijk wordt geboden. Het gaat dus om de eerste contacten met getroffen en die nog niet in behandeling zijn voor een psychiatrische stoornis zoals een angststoornis of depressieve stoornis

Deelname is anoniem en de gegevens worden ook anoniem verwerkt: uw antwoorden zijn dus niet naar u herleidbaar.

In de vragenlijst vindt u een aantal vragen en uitspraken. We vragen u aan te geven in hoeverre u de interventies toepast tijdens het bieden van de psychosociale hulpverlening. Sla daarbij alsjeblieft geen vragen over. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Impact, het landelijke kennis- en adviescentrum psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen.

Als u aanvullende vragen of opmerkingen over deze vragenlijst hebt, kunt u contact opnemen met:

Rens Hooisma (r.hooisma@impact.arq.org) of Fiona Muhlenbaumer (f.s.muhlenbaumer@impact.arq.org)

Indien u akkoord bent met bovenstaande uitleg over de vragenlijst, kunt u op onderstaande link klikken om te beginnen:

Wij danken u bij voorbaat hartelijk voor uw deelname!

Vragenlijst

Deze vragenlijst gaat over de psychosociale hulpverlening in de eerste twee weken na een schokkende gebeurtenis op het werk. De vragenlijst heeft betrekking tot de eerste fase van de psychosociale hulpverlening, tot het moment van eventuele doorverwijzing voor verdere behandeling. De vragenlijst is bedoeld om een indicatie te krijgen van de hulpverlening die geboden wordt tijdens deze eerste fase. Het gaat hierbij dus niet om getroffene die reeds door het IVP zijn doorverwezen voor verdere hulpverlening.

Demografische variabelen van de hulpverlener

1. Bent u een man of een vrouw
 - Man
 - Vrouw
2. Wat is uw leeftijd
 - (open ruimte waarin pp. leeftijd kan invullen)
3. Wat is uw hoogst genoten opleidingsniveau?
 - MBO
 - HBO
 - WO
4. Hoeveel jaar bent u werkzaam voor het IVP?
 - (open ruimte waarin pp. jaren in kan vullen)
5. Hoe vaak per jaar biedt u in opdracht van het IVP psychosociale hulp na een schokkende gebeurtenis op het werk?
 - 0-5 per jaar
 - 5-10 per jaar
 - 10-20 per jaar
 - Vaker dan 20 keer per jaar
6. Wat is uw beroep?
 - Maatschappelijk werker
 - Basispsycholoog
 - Bedrijfshulpverlener
 - Psychotherapeut
 - Gz-psycholoog/klinisch psycholoog
 - Anders, nl.: (open ruimte)
7. Wat is uw veld van expertise? (meerdere opties mogelijk)
 - Angst- en stemmingsstoornissen
 - Psychotrauma en rouwverwerking
 - Eetstoornissen
 - Persoonlijkheidsproblematiek
 - Anders, nl:
8. Heeft u ervaring met het geven van traumagerichte therapie? Zo ja, welke?
 - Nee
 - Ja, Cognitieve Gedragstherapie (CGT)
 - Ja, EMDR
 - Ja, zowel EMDR als CGT
 - Ja, anders namelijk: (open ruimte)
9. In welke omgeving biedt u voornamelijk opvang?
 - Op locatie
 - In uw praktijk
 - Beide

Voor dit gedeelte van de vragenlijst zullen de volgende antwoordcategorieën worden gebruikt:

- 1 – Maak ik nooit gebruik van
- 2 – Maak ik soms gebruik van
- 3 – Af en toe
- 4 – Maak ik vaak gebruik van
- 5 – Maak ik altijd gebruik van
- 6 – N.V.T.

In hoeverre maakt u tijdens de eerste opvang gebruik van de volgende technieken/interventies/adviezen?

Interventies Hobfoll

1. Ik adviseer de getroffene (in gedachten) naar plaatsen te gaan die doen denken aan de schokkende gebeurtenis
2. Ik assisteer in het ontwikkelen van meer adaptieve cognities (bijv.: ‘het is niet mijn schuld’, ‘de reacties die ik nu ervaar zijn heel normaal’) Veiligheidsgevoel_2
3. Ik geef advies over hoe de getroffene het beste om kan gaan met zijn/haar stressreacties en de problemen waar hij/zij tegenaan loopt ten gevolge van de gebeurtenis (bijv. gespannenheid, slaapproblemen) Veiligheidsgevoel_3
4. Ik moedig de getroffene aan het kijken, luisteren en lezen van informatie die negatieve emoties oproepen/als stressvol worden ervaren te vermijden (bijv. nieuws/media/films/foto’s)
5. Ik adviseer praten over de schokkende gebeurtenis te beperken als dit iemand meer angstig of depressief maakt
6. Ik geef geruststellende informatie over wat normale reacties zijn na een schokkende gebeurtenis
7. Ik geef informatie over hoe om te gaan met veel voorkomende stressreacties die na een schokkende gebeurtenis kunnen ontstaan.
8. Bij ernstige of aanhoudende stressreacties, adviseer ik de getroffene traumagerichte therapie aan, zoals CGT. Ook binnen 1 maand na de gebeurtenis.
9. Ik moedig de getroffene aan om positief te denken
10. Ik adviseer de getroffene om ontspannende activiteiten te ondernemen (bijv. wandelen, sporten, afspreken met vrienden)
11. Ik geef ontspanningsoefeningen mee (bijv. ademhalingsoefeningen)
12. Ik raad aan om angst remmende medicatie te nemen (bijv. benzodiazepines)
13. Ik raad aan om activiteiten te vergroten die positieve emoties oproepen
14. Ik stimuleer de getroffene om uitgebreid te vertellen over de schokkende gebeurtenis
15. Ik geef aan dat reacties zoals herbelevingen, slecht slapen en een verhoogde spanning, normale reacties zijn na een schokkende gebeurtenis en in de loop van de tijd zullen afnemen
16. Ik stimuleer de getroffene om in een groep ervaringen en gevoelens over de schokkende gebeurtenis te delen
17. Ik maak iemand bewust van het feit dat hij/zij controle heeft over zijn/haar negatieve emoties en problemen
18. Ik help de getroffene persoonlijke capaciteiten met betrekking tot het omgaan met emoties te identificeren.
19. Ik versterk bij de getroffene het gevoel om te kunnen gaan met negatieve emoties en problemen die het gevolg zijn van de schokkende gebeurtenis
20. Ik raad de getroffene aan om steun bij naasten te zoeken
21. Ik geef informatie over welke soorten sociale steun er zijn (bijv. steun in de vorm van advies, zich nodig voelen, emotionele steun, sociale verbondenheid)
22. Ik help de getroffene bronnen van steun te identificeren en te verkrijgen
23. Ik ben alert op bronnen van negatieve sociale steun (bijv. onrealistische verwachtingen van familie/vrienden m.b.t. herstel of collega’s die problemen/behoefte minimaliseren)
24. Ik bied een luisterend oor
25. Ik geef aan dat ik bereikbaar ben voor vragen

26. Ik geef advies over omgaan met gevoel verantwoordelijk te zijn voor de schokkende gebeurtenis
27. Ik geef advies over omgaan met angsten en emoties
28. Ik geef advies om vermindering van situaties en gevoelens die te maken hebben met de schokkende gebeurtenis tegen te gaan
29. Ik geef concreet advies over het omgaan met catastrofale gedachten (zoals 'ik wordt gek', 'ik kan niks', 'het komt nooit meer goed')
30. Ik let op tekenen van vermindering van situaties en gevoelens die te maken hebben met de schokkende gebeurtenis

Doelgroepspecifieke vragen

31. Ik plan samen met de getroffen om stappen terug naar het werk te ondernemen
32. Ik maak gebruik van screeningsinstrumenten (zoals bijvoorbeeld de Schokverwerkingslijst).
33. Ik overleg met het management welke psychosociale hulp de organisatie zelf al geboden heeft of biedt aan werknemers
34. Ik adviseer het management over hoe zij zelf psychosociale hulp kunnen aanbieden aan getroffen werknemers
35. Ik geef op locatie zelf (aanvullende) psychosociale ondersteuning aan werknemers die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt.

Open ruimte:

- Met betrekking tot de psychosociale hulpverlening in de eerste fase, zijn er nog zaken die u van belang vindt om te vermelden
- Zijn er bepaalde dilemma's waar u tegen aan loopt bij deze vorm van hulpverlening?
- Mocht u nog opmerkingen hebben over de vragenlijst, kunt u deze hieronder aangeven, of contact met ons opnemen op een van de onderstaande adressen:

r.hooisma@impact.arq.org

f.s.muhlenbaumer@impact.arq.org

[Dit is het einde van de vragenlijst. Bedankt voor uw medewerking. Mocht u interesse hebben in de uitkomst van dit onderzoek, kunt u hier uw e-mailadres achterlaten.](#)

Bijlage 5. Factoranalyse

Factoranalyse

Omdat de door ons geconstrueerde vragenlijst bestaat uit veel verschillende variabelen, is het nuttig om te kijken of er variabelen zijn die samengevoegd kunnen worden, zodat er datareductie kan worden bereikt en daarmee meer overzichtelijkheid in de resultaten.

Om te onderzoeken of er in de variabelen in de vragenlijst sprake is van achterliggende constructen en items samengevoegd kunnen worden tot schalen hebben wij SPSS een factoranalyse laten uitvoeren. De factoranalyse kan gebruikt worden om achterliggende variabelen/factoren te identificeren. Verwacht wordt dat er bij de vragen over de interventies van Hobfoll achterliggende constructen kunnen worden geïdentificeerd, vandaar dat er voor gekozen is om deze vragen op te nemen in de factoranalyse. Hieronder worden de genomen stappen in de factoranalyse besproken.

Stap 1: aantal factoren bepalen

Om te bepalen hoeveel factoren er eventueel uit de data kunnen worden gehaald kunnen er een aantal 'stopregels' worden toegepast (zie Bryant and Yarnold, 1995, pp. 102-104; Gorsuch, 1983, pp. 164-174). Over het algemeen wordt gebruik gemaakt van de volgende regels:

1. Kaiser's stopregel
2. Scree plot
3. Aantal non-triviale factoren
4. Percentage cumulatieve variantie

1. Kaiser's stopregel

Om te kunnen besluiten of een factor een zinvolle nieuwe variabele oplevert wordt aangeraden alleen het aantal factoren met Eigenwaarden boven de 1.00 op te nemen in de analyse. Een eerste analyse van de data wijst op 9 factoren met een Eigenwaarde van 1 of hoger (zie tabel 1).

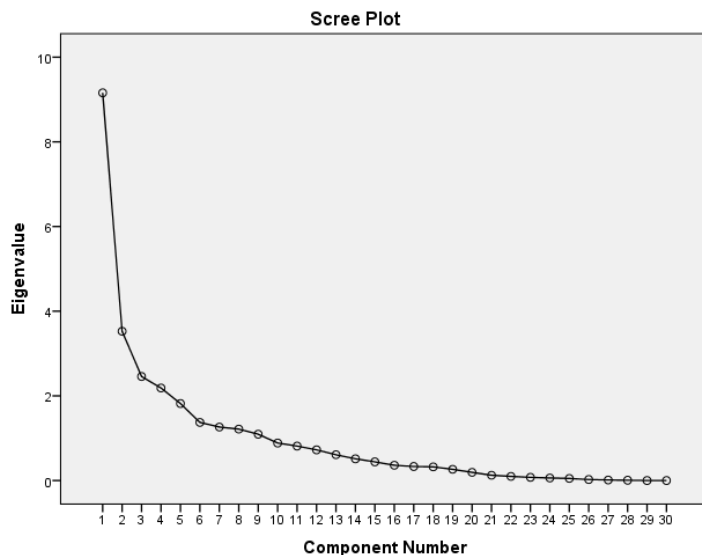
Tabel 1. Eerste Principal Component Analyse (PCA) voor de 30 PSH-interventies zoals toegepast door hulpverleners van het IVP

| <i>Factor</i> | <i>Eigenwaardes</i> | | |
|---------------|---------------------|---------------------------|-------------------------|
| | <i>totaal</i> | <i>% v. variantie</i> | <i>cumulatief %</i> |
| 1 | 9.157 | 30.525 | 30.525 |
| 2 | 3.526 | 11.752 | 42.277 |
| 3 | 2.457 | 8.192 | 50.468 |
| 4 | 2.186 | 7.285 | 57.754 |
| 5 | 1.819 | 6.063 | 63.817 |
| 6 | 1.373 | 4.576 | 68.393 |
| 7 | 1.263 | 4.211 | 72.604 |
| 8 | 1.214 | 4.048 | 76.652 |
| 9 | 1.094 | 3.647 | 80.299 |
| 10 | .885 | 2.951 | 83.250 |
| 11 | .813 | 2.712 | 85.962 |
| 12 | .724 | 2.415 | 88.377 |
| 13 | .609 | 2.030 | 90.407 |
| 14 | .513 | 1.710 | 92.116 |
| 15 | .441 | 1.469 | 93.585 |
| 16 | .361 | 1.203 | 94.788 |
| 17 | .332 | 1.106 | 95.894 |
| 18 | .323 | 1.076 | 96.971 |

| | | | |
|----|------|------|--------|
| 19 | .266 | .885 | 97.856 |
| 20 | .193 | .643 | 98.499 |
| 21 | .124 | .414 | 98.913 |
| 22 | .098 | .326 | 99.239 |
| 23 | .075 | .251 | 99.490 |
| 24 | .060 | .201 | 99.691 |
| 25 | .049 | .163 | 99.854 |
| 26 | .024 | .079 | 99.933 |
| 27 | .013 | .043 | 99.976 |
| 28 | .007 | .023 | 99.999 |
| 29 | .000 | .001 | 100.00 |
| 30 | .000 | .000 | 100.00 |

2. Scree plot

Een andere strategie om de eigenwaardes te onderzoeken is om naar de scree plot te kijken. De scree plot is een grafische weergave van de relatie tussen de eigenwaardes en het aantal factoren. De scree plot is weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1. Scree Plot voor de PCA voor de 30 PSH-interventies zoals toegepast door hulpverleners van het IVP

Om te bepalen hoeveel factoren er het beste in de analyse kunnen worden opgenomen moet er in de scree plot gekeken worden naar waar de sterk neerwaartse lijn stopt en overgaat in een meer geleidelijk afnemende lijn. De punten die voor dit overgangspunt liggen kunnen geteld worden en dit worden het aantal mee te nemen factoren.

In figuur 1 is na de zesde factor een knik te zien en loopt de lijn meer geleidelijk af. Gebaseerd op de scree plot is het het meest voor de hand liggend om vijf factoren mee te nemen in de analyse.

3. Aantal non-triviale factoren

Triviale factoren zijn die factoren, die niet 2 of 3 variabelen bevatten met ladingen van boven de .30. Tabel 2 laat de ladingen van de PCA (met Varimax rotatie) zien voor 9 factoren, waarbij ladingen van boven de .30 dikgedrukt zijn. Alleen de eerste 5 factoren hebben meer dan 3 ladingen boven de .30. Factoren 6 t/m 9 zijn gecorreleerd aan 1 of 2 variabelen, waardoor opname van deze factoren in de analyse waarschijnlijk niet zal leiden tot datareductie of extra interessante informatie.

Hierdoor kiezen we op basis van deze data, net als op basis van de scree plot, voor 5 factoren.

Tabel 2. PCA (met Varimax rotatie) ladingen voor 9 factoren gebruik makend van de gemeten interventies toegepast door hulpverleners van het IVP

| Item in vragenlijst | Variabele in SPSS | Factor | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 22 | Verbondenheid_3 | .838 | -.110 | .151 | .074 | .245 | .120 | .159 | -.044 | .088 |
| 7 | Kalmeren_2 | .777 | .217 | .075 | -.196 | .011 | .201 | -.109 | .406 | .070 |
| 18 | Zelfredzaamheid_2 | .768 | -.012 | .407 | .227 | .029 | -.107 | .047 | -.183 | - |
| | | | | | | | | | | .145 |
| 27 | Hoop_2 | .719 | .520 | .090 | .010 | .120 | .020 | -.002 | .124 | .069 |
| 6 | Kalmeren_1 | .642 | .183 | .264 | -.397 | .035 | .119 | -.184 | .341 | - |
| | | | | | | | | | | .020 |
| 21 | Verbondenheid_2 | .609 | .389 | .183 | .027 | .123 | .119 | .351 | -.190 | .269 |
| 20 | Verbondenheid_1 | .587 | .255 | .092 | .387 | .185 | .152 | .069 | .115 | .278 |
| 19 | Zelfredzaamheid_3 | .509 | .210 | .370 | .459 | -.175 | .169 | .253 | .043 | .064 |
| 2 | Veiligheidsgevoel_2 | .432 | .172 | -.224 | .123 | -.365 | -.009 | .388 | .236 | .314 |
| 30 | Hoop_5 | .406 | .395 | .036 | -.053 | .335 | .329 | .282 | -.042 | .142 |
| 28 | Hoop_3 | .251 | .772 | .275 | .017 | .069 | -.027 | .143 | .256 | - |
| | | | | | | | | | | .101 |
| 1 | Veiligheidsgevoel_1 | -.111 | .732 | .176 | .233 | .110 | .091 | -.064 | .133 | .331 |
| 26 | Hoop_1 | .314 | .714 | -.022 | .275 | -.278 | .044 | -.007 | -.254 | - |
| | | | | | | | | | | .144 |
| 29 | Hoop_4 | .489 | .593 | .003 | .342 | -.049 | .258 | .164 | .131 | .036 |
| 9 | Kalmeren_4 | .018 | .139 | .877 | .202 | .008 | .148 | .018 | .204 | - |
| | | | | | | | | | | .096 |
| 14 | Kalmeren_9 | .258 | .030 | .733 | -.110 | -.020 | .098 | -.043 | .080 | .195 |
| 11 | Kalmeren_6 | .338 | .237 | .632 | .128 | .297 | .204 | -.078 | -.153 | - |
| | | | | | | | | | | .088 |
| 5 | Veiligheidsgevoel_5 | -.020 | .143 | .027 | .873 | .183 | -.015 | .082 | -.072 | - |
| | | | | | | | | | | .099 |
| 4 | Veiligheidsgevoel_4 | -.043 | .095 | .036 | .793 | .087 | .123 | -.458 | -.147 | - |
| | | | | | | | | | | .061 |
| 17 | Zelfredzaamheid_1 | .307 | .225 | .487 | .571 | .258 | .088 | .040 | -.001 | .143 |
| 24 | Verbondenheid_5 | .102 | -.066 | -.035 | .093 | .861 | .168 | .039 | .016 | - |
| | | | | | | | | | | .213 |
| 25 | Verbondenheid_6 | .135 | .030 | .049 | .143 | .779 | -.174 | .154 | -.046 | .088 |
| 16 | Kalmeren_11 | .233 | .088 | .438 | .162 | .511 | .024 | -.214 | -.161 | .222 |
| 15 | Kalmeren_10 | -.052 | .429 | .142 | -.004 | .504 | .393 | .160 | -.058 | - |
| | | | | | | | | | | .262 |
| 10 | Kalmeren_5 | .406 | -.034 | .045 | .021 | .039 | .838 | -.020 | .026 | - |
| | | | | | | | | | | .017 |
| 13 | Kalmeren_8 | -.055 | .189 | .338 | .122 | -.006 | .771 | .109 | .058 | .094 |
| 23 | Verbondenheid_4 | .082 | .090 | -.045 | -.047 | .173 | .092 | .897 | -.041 | - |
| | | | | | | | | | | .037 |
| 8 | Kalmeren_3 | .104 | .099 | .110 | -.074 | -.092 | .035 | -.005 | .928 | .100 |
| 3 | Veiligheidsgevoel_3 | .318 | .105 | .223 | -.097 | -.186 | .053 | .035 | .215 | .731 |
| 12 | Kalmeren_7 | .157 | .174 | .320 | .528 | -.063 | .003 | .062 | .148 | - |
| | | | | | | | | | | .541 |

Stap 2: Inhoudelijk kijken naar de variabelen die de factoren bepalen

Op basis van de hierboven beschreven analyse zou gekozen kunnen worden om de variabelen samen te voegen tot 5 factoren. De betekenis van de vijf factoren moet afgelezen worden uit de (geroteerde) factorlading matrix (zie tabel 2). Hieronder zal per factor worden gekeken of er een achterliggend construct geïdentificeerd kan worden uit de variabelen die de factor bepalen (of er sprake is van een bepaalde soort interventie per factor).

Factor 1

De eerste factor wordt bepaald door de volgende variabelen:

1. *Verbondenheid_3* = Ik help de getroffen bronnen van steun te identificeren en te verkrijgen
2. *Kalmeren_2* = Ik geef informatie over hoe om te gaan met veel voorkomende stressreacties die na een schokkende gebeurtenis kunnen ontstaan
3. *Zelfredzaamheid_2* = Ik help de getroffen persoonlijke capaciteiten met betrekking tot het omgaan met emoties te identificeren
4. *Hoop_2* = Ik geef advies over omgaan met angsten en emoties
5. *Kalmeren_1* = Ik geef geruststellende informatie over wat normale reacties zijn na een schokkende gebeurtenis
6. *Verbondenheid_2* = Ik geef informatie over welke soorten sociale steun er zijn
7. *Zelfredzaamheid_3* = Ik versterk bij de getroffen het gevoel om te kunnen gaan met negatieve emoties en problemen die het gevolg zijn van de schokkende gebeurtenis
8. *Veiligheidsgevoel_2* = Ik assisteer in het ontwikkelen van meer adaptieve cognities
9. *Hoop_5* = Ik let op tekenen van vermindering van situaties en gevoelens die te maken hebben met de schokkende gebeurtenis

Er is tussen deze variabelen geen overeenkomst te ontdekken in waar deze interventies op gericht zijn. Deze factor representeert niet 1 soort interventie, maar is meer een samenstelling van meerdere interventies die binnen de PSH kunnen worden gebruikt (sociale steun, stressreacties/emoties, coping en cognities, signaleren van vermindering). Aangezien er geen sprake is van een duidelijk achterliggend theoretisch construct lijkt het niet van extra meerwaarde om deze variabelen samen te voegen.

Factor 2

Factor 2 wordt bepaald door 4 variabelen:

1. *Hoop_3* = Ik geef advies om vermindering van situaties en gevoelens die te maken hebben met de schokkende gebeurtenis tegen te gaan = vermindering tegengaan
2. *Veiligheidsgevoel_1* = Ik adviseer de getroffen (in gedachten) naar plaatsen te gaan die doen denken aan de schokkende gebeurtenis = exposure/ blootstelling
3. *Hoop_1* = Ik geef advies over omgaan met het gevoel verantwoordelijk te zijn voor de schokkende gebeurtenis = omgaan met verhoogd verantwoordelijkheidsgevoel
4. *Hoop_4* = Ik geef concreet advies over het omgaan met catastrofale gedachten = omgaan met catastrofale gedachten

Deze factor is een samenstelling van 2 variabelen met betrekking tot exposure interventies gericht op het tegengaan van vermindering en daarnaast adviezen over het omgaan met verantwoordelijkheidsgevoel en catastrofale gedachten

Ook hier is er geen sprake van 1 soort interventie, wel zijn drie van de vier variabelen (*Hoop 1,3 en 4*) interventies gericht op het vergroten van een gevoel van hoop (volgens hobfoll).

Factor 3

Factor 3 is samengesteld uit:

1. Kalmeren_4 = Ik moedig de getroffene aan om positief te denken – stimuleren positief denken
2. Kalmeren_9 = Ik stimuleer de getroffene om uitgebreid te vertellen over de schokkende gebeurtenis - debriefing
3. Kalmeren_6 = Ik geef ontspanningsoefeningen mee

Deze interventies zijn volgens hobfoll gerelateerd aan het begrip kalmeren

Factor 4

Deze factor bestaat uit:

1. Veiligheidsgevoel_5 = Ik adviseer praten over de schokkende gebeurtenis te beperken als dit iemand meer angstig of depressief maakt
2. Veiligheidsgevoel_4 = Ik moedig de getroffene aan het kijken, luisteren en lezen van informatie die negatieve emoties oproepen/als stressvol worden ervaren te vermijden
3. Zelfredzaamheid_1 = Ik maak iemand bewust van het feit dat hij/zij controle heeft over zijn/haar negatieve emoties en problemen

De eerste 2 variabelen komen overeen met interventies om het gevoel van veiligheid bij de getroffene te vergroten, de derde representeert een interventie om zelfredzaamheid te vergroten.

Deze factor lijkt wederom meerdere soorten interventies te representeren in plaats van 1.

Factor 5

Tenslotte bestaat factor 5 uit:

1. Verbondenheid_5 = Ik bied een luisterend oor
2. Verbondenheid_6 = Ik geef aan dat ik bereikbaar ben voor vragen
3. Kalmeren_11 = Ik stimuleer de getroffene om in een groep ervaringen en gevoelens over de schokkende gebeurtenis te delen
4. Kalmeren_10 = Ik geef aan dat reacties zoals herbelevingen, slecht slapen en een verhoogde spanning, normale reacties zijn na een schokkende gebeurtenis en in de loop van de tijd zullen afnemen

Ook deze factor wordt bepaald door een samenstelling van interventies: Zelf aanbieden sociale steun, debriefing en normaliseren van reacties

Conclusie:

De scree plot geeft aan dat er voor een 5-factoren oplossing kan worden gekozen, waarbij het cumulatieve percentage verklaarde variantie uit zou komen op 63,8 % (zie tabel 1). Echter lijkt dit theoretisch een erg onlogische stap. Alle variabelen representeren interventies die tijdens de PSH aan getroffenen kunnen worden toegepast. Factor 1, 4 en 5 zijn opgebouwd uit verschillende soorten interventies en kunnen niet omschreven worden d.m.v. 1 theoretisch construct. Het lijkt dan ook niet zinvol om deze variabelen samen te voegen.

Factor 3 wordt bepaald door 3 variabelen (lees: interventies) die volgens Hobfoll die te maken hebben met het beïnvloeden van het gevoel van kalmte van de getroffene (kalmeren 4 en 9 representeren interventies die dit gevoel vergroten, kalmeren 9 staat voor debriefing en hiervan is het bekend dat dit juist geen positieve invloed heeft op kalmte). Daarnaast bestaan 3 van de 4 variabelen in factor 2 uit interventies om het gevoel van hoop te vergroten. Factor 2 zou dus kunnen worden beschreven als interventies om hoop te vergroten, en factor 3 als interventies gericht op het beïnvloeden van het gevoel van kalmte van de getroffene.

Aangezien factor 1, 4 en 5 niet bruikbaar lijken te zijn. Blijven alleen factor 2 en 3 over. Deze factoren leiden echter maar tot een samenvoeging van 7 variabelen, welke ongeveer 20 % van de variantie zouden verklaren (zie tabel 1), en dan zouden er nog 23 losse variabelen overblijven.

Het is echter gewenst om meer variabelen samen te voegen tot schalen, omdat de data anders erg onoverzichtelijk blijft.

Voorafgaand aan de dataverzameling is al een theoretische indeling gemaakt van schalen. Deze schalen zijn representatief voor interventies die volgens Hobfoll kunnen worden toegepast om de principes veiligheidsgevoel, kalmte, zelfredzaamheid, sociale steun en hoop te vergroten.

Op basis van de hierboven beschreven overwegingen is ervoor gekozen om in de volgende analyses vast te houden aan de vooraf vastgestelde theoretische schalen gebaseerd op de indeling van interventies door Hobfoll, en deze verder te onderzoeken op betrouwbaarheid.

Referenties:

Bryant, F. B., & Yarnold, P. R. (1995). Principal-components analysis and confirmatory factor analysis. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics*. Washington, DC: American Psychological Association.

Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Syntax

```
SAVE OUTFILE='P:\IMP\Studenten\Fiona en Rens\Resultaten\data resultaten zonder dubbele items '+
```

```
'17-7.sav'
```

```
/COMPRESSED.
```

```
FACTOR
```

```
/VARIABLES Veiligheidsgevoel_1 Veiligheidsgevoel_2 Veiligheidsgevoel_3
```

```
Veiligheidsgevoel_4 Veiligheidsgevoel_5 Kalmeren_1 Kalmeren_2 Kalmeren_3 Kalmeren_4
```

```
Kalmeren_5 Kalmeren_6 Kalmeren_7 Kalmeren_8 Kalmeren_9 Kalmeren_10 Kalmeren_11
```

```
Zelfredzaamheid_1
```

```
Zelfredzaamheid_2 Zelfredzaamheid_3 Verbondenheid_1 Verbondenheid_2 Verbondenheid_3
```

```
Verbondenheid_4 Verbondenheid_5 Verbondenheid_6 Hoop_1 Hoop_2 Hoop_3 Hoop_4 Hoop_5
```

```
/MISSING LISTWISE
```

```
/ANALYSIS Veiligheidsgevoel_1 Veiligheidsgevoel_2 Veiligheidsgevoel_3
```

```
Veiligheidsgevoel_4 Veiligheidsgevoel_5 Kalmeren_1 Kalmeren_2 Kalmeren_3 Kalmeren_4
```

```
Kalmeren_5 Kalmeren_6 Kalmeren_7 Kalmeren_8 Kalmeren_9 Kalmeren_10 Kalmeren_11
```

```
Zelfredzaamheid_1
```

```
Zelfredzaamheid_2 Zelfredzaamheid_3 Verbondenheid_1 Verbondenheid_2 Verbondenheid_3
```

```
Verbondenheid_4 Verbondenheid_5 Verbondenheid_6 Hoop_1 Hoop_2 Hoop_3 Hoop_4 Hoop_5
```

```
/PRINT INITIAL ROTATION
```

```
/FORMAT SORT
```

```
/PLOT EIGEN ROTATION
```

```
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
```

```
/EXTRACTION PC
```

```
/CRITERIA ITERATE(25)
```

```
/ROTATION VARIMAX
```

```
/METHOD=CORRELATION.
```

Bijlage 6: Betrouwbaarheidsanalyse

Betrouwbaarheidsanalyse vragenlijst 'PSH'

Om te kijken of de items van onze zelfgemaakte vragenlijst (zie bijlage 1) daadwerkelijk mogen worden samengevoegd tot de beoogde schalen kijken we naar de interne consistentie. De Cronbach's alpha geeft aan of de items die samengevoegd zijn hetzelfde concept meten. De Cronbach's alpha moet hiervoor minimaal een waarde van 0.60 aannemen en een waarde van 0.80 geeft aan dat er sprake is van een goede vragenlijst. Daarnaast hebben we gekeken naar de item-rest-correlatie. Deze zou voor elk individueel item minimaal 0.35 moeten zijn. Hieronder zal per vooraf geconstrueerde schaal worden gekeken naar de betrouwbaarheid en of aanpassingen in de vragen eventueel leiden tot een betere vragenlijst. Twee interventies (item 3: advies geven over stressreacties en item 6: informatie verstrekken m.b.t normale reacties) kunnen volgens Hobfoll en collega's (2007) ingezet worden om meerdere principes tegelijkertijd te versterken. Om te bepalen bij welke schaal deze items het beste passen zijn deze items in verschillende schalen in de oorspronkelijke betrouwbaarheidsanalyse opgenomen en wordt uiteindelijk een keuze gemaakt bij welke schaal het item het beste past, zodat er geen sprake zal zijn van dubbele items. Uit de betrouwbaarheidsanalyse is gebleken dat de items 3 en 6 het beste passen bij de schaal Kalmeren.

Bij de andere schalen moesten deze vragen worden verwijderd (zie voor de resultaten hieronder).

Veiligheidsgevoel

Uit tabel 1 blijkt dat de Cronbach's alpha over de beoogde schaal 'veiligheidsgevoel' erg laag is (Cronbach's $\alpha = 0.33$). Alleen verwijdering van vraag 3 zou eventueel leiden tot een hogere Cronbach's alpha, maar deze blijft dan nog steeds te laag (Cronbach's $\alpha = 0.36$). Daarnaast bevinden de item-rest correlaties zich voor alle vragen onder de aanbevolen waarde van 0.35. Op basis van deze betrouwbaarheidsanalyse kan geconcludeerd worden dat het niet raadzaam is om de items samen te voegen tot deze schaal, en dat de resultaten op deze vragen het beste afzonderlijk kunnen worden bekeken.

Tabel 1: Betrouwbaarheidsanalyse voor de schaal 'Veiligheidsgevoel'

| Itemnr. | Corrected Item-total correlation (item-rest-correlatie) | Cronbach's Alpha if item deleted |
|---------|--|----------------------------------|
| 1 | 0.209 | 0,237 |
| 2 | 0,127 | 0,308 |
| 3 | 0,035 | 0,360 |
| 4 | 0,219 | 0,235 |
| 5 | 0,204 | 0,240 |

Cronbach's alpha $\alpha = 0,330$

Kalmeren

Kijkend naar tabel 2 lijkt het raadzaam om vraag 8 te verwijderen uit de schaal 'Kalmeren'. De item-rest correlatie voor dit item is namelijk 0,241, wat onder de norm van 0,35 ligt. Daarnaast zal de Cronbach's alpha verhogen naar 0,792 als het item wordt verwijderd.

De item-rest correlaties van de items 12, 15 en 3 liggen ook onder de grens van 0,35. Verwijdering van deze items leidt echter niet tot een verhoging van de Cronbach's alpha. Daarnaast is de Cronbach's alpha op dit moment al hoog genoeg om te kunnen spreken van een betrouwbare schaal.

Daarom is besloten om alleen vraag 3 te verwijderen uit de schaal 'kalmeren'.

Tabel 2. Betrouwbaarheidsanalyse voor de schaal 'Kalmeren'

| <i>Itemnr.</i> | <i>Corrected Item-total correlation (item-rest-correlatie)</i> | <i>Cronbach's Alpha if item deleted</i> |
|----------------|--|---|
| 6 | 0,484 | 0,769 |
| 7 | 0,551 | 0,754 |
| 8 | 0,241 | 0,792 |
| 9 | 0,625 | 0,737 |
| 10 | 0,454 | 0,760 |
| 11 | 0,617 | 0,737 |
| 12 | 0,329 | 0,771 |
| 13 | 0,408 | 0,764 |
| 14 | 0,565 | 0,744 |
| 15 | 0,250 | 0,777 |
| 16 | 0,361 | 0,768 |
| 3 | 0,342 | 0,770 |

Cronbach's alpha $\alpha = 0,778$

Tabel 3. Betrouwbaarheidsanalyse voor de schaal 'Kalmeren' na verwijdering van vraag 8

| <i>Itemnr.</i> | <i>Corrected Item-total correlation (item-rest-correlatie)</i> | <i>Cronbach's Alpha if item deleted</i> |
|----------------|--|---|
| 6 | 0,398 | 0,774 |
| 7 | 0,660 | 0,763 |
| 9 | 0,540 | 0,742 |
| 10 | 0,533 | 0,742 |
| 11 | 0,552 | 0,762 |
| 12 | 0,293 | 0,728 |
| 13 | 0,435 | 0,774 |
| 14 | 0,310 | 0,765 |
| 15 | 0,316 | 0,760 |
| 16 | 0,239 | 0,766 |
| 3 | 0,365 | 0,777 |

Cronbach's alpha $\alpha = 0,781$

Verwijdering van vraag 8 leidt tot een iets hogere cronbach's alpha ($\alpha = 0,781$) vergeleken met de analyse van de schaal met vraag 8. Vraag 12, vraag 14, vraag 15 en vraag 16 nemen nu echter een lagere item-rest correlatie aan dan 0,35. Verwijdering van vraag 8 lijkt niet te leiden tot een veel grotere betrouwbaarheid. Aangezien de cronbach's alpha van de oorspronkelijke schaal hoog genoeg is om te spreken van een betrouwbare schaal is er besloten vast te houden aan de oorspronkelijke 12 vragen.

Voor de schaal 'Kalmeren' zal het gemiddelde worden genomen van de volgende 11 vragen:

| <i>Itemnr.</i> | <i>Vraag</i> |
|----------------|---|
| 3 | Ik geef advies over hoe de getroffene het beste om kan gaan met zijn/haar stressreacties en de problemen waar hij/zij tegenaan loopt ten gevolge van de gebeurtenis (bijv. gespannenheid, slaapproblemen) |
| 6 | Ik geef geruststellende informatie over wat normale reacties zijn na een schokkende gebeurtenis |
| 7 | Ik geef informatie over hoe om te gaan met veel voorkomende stressreacties die na een schokkende gebeurtenis kunnen ontstaan |
| 9 | Ik moedig de getroffene aan om positief te denken |
| 10 | Ik adviseer de getroffene om ontspannende activiteiten te ondernemen (bijv. wandelen, sporten, afspreken met vrienden) |
| 11 | Ik geef ontspanningsoefeningen mee (bijv. ademhalingsoefeningen) |
| 12 | Ik raad aan om angst remmende medicatie te nemen (bijv. benzodiazepines) |
| 13 | Ik raad aan om activiteiten te vergroten die positieve emoties oproepen |
| 14 | Ik stimuleer de getroffene om uitgebreid te vertellen over de schokkende gebeurtenis |
| 15 | Ik geef aan dat reacties zoals herbelevingen, slecht slapen en een verhoogde spanning, normale reacties zijn na een schokkende gebeurtenis en in de loop van de tijd zullen afnemen |
| 16 | Ik stimuleer de getroffene om in een groep ervaringen en gevoelens over de schokkende gebeurtenis te delen |

Zelfredzaamheid

De cronbach's alpha van de schaal zelfredzaamheid is 0,692. Dit is een voldoende waarde om te kunnen spreken van een betrouwbare schaal. Het lijkt echter raadzaam om item 3 uit de schaal te verwijderen. De item-rest correlatie is erg laag (0,139) en de cronbach's alpha wordt een stuk hoger na verwijdering van item 3.

Herhaling van de betrouwbaarheidsanalyse zonder item 3 bevestigt dit beeld (zie tabel 5). De cronbach's alpha neemt nu een waarde aan van $\alpha = 0,752$, en ook de item-rest correlaties zijn allemaal boven de 0,35. Wanneer item 3 wordt verwijderd is de schaal 'zelfredzaamheid' een betrouwbare schaal.

Tabel 4. Itemanalyse voor de schaal ‘Zelfredzaamheid’

| <i>Itemnr.</i> | <i>Corrected Item-total correlation (item-rest-correlatie)</i> | <i>Cronbach's Alpha if item deleted</i> |
|----------------|--|---|
| 17 | 0,570 | 0,585 |
| 18 | 0,572 | 0,567 |
| 19 | 0,705 | 0,490 |
| 3 | 0,139 | 0,777 |

Cronbach's alpha $\alpha = 0,692$

Tabel 5. Itemanalyse voor de schaal ‘Zelfredzaamheid’ na verwijdering van item 3

| <i>Itemnr.</i> | <i>Corrected Item-total correlation (item-rest-correlatie)</i> | <i>Cronbach's Alpha if item deleted</i> |
|----------------|--|---|
| 17 | 0,531 | 0,803 |
| 18 | 0,646 | 0,616 |
| 19 | 0,647 | 0,625 |

Cronbach's alpha $\alpha = 0,752$

De schaal ‘Zelfredzaamheid’ bestaat nu uit de volgende vragen:

| <i>Itemnr.</i> | <i>Vraag</i> |
|----------------|--|
| 17 | Ik maak iemand bewust van het feit dat hij/zij controle heeft over zijn/haar negatieve emoties en problemen |
| 18 | Ik help de getroffen persoonlijke capaciteiten met betrekking tot het omgaan met emoties te identificeren |
| 19 | Ik versterk bij de getroffen het gevoel om te kunnen gaan met negatieve emoties en problemen die het gevolg zijn van de schokkende gebeurtenis |

Verbondenheid

Op basis van de cronbach's alpha ($\alpha=0,724$) kan gesproken worden van een betrouwbare schaal. Vraag 24 heeft een lage item-rest correlatie, maar aangezien verwijdering van dit item niet leidt tot een veel hogere cronbach's alpha, en daarnaast de cronbach's alpha al een goede waarde aanneemt, kunnen deze items worden samengevoegd tot de schaal ‘verbondenheid’.

Tabel 6. Betrouwbaarheidsanalyse voor de schaal ‘Verbondenheid’

| <i>Itemnr.</i> | | <i>Corrected Item-total correlation (item-rest-correlatie)</i> | <i>Cronbach's Alpha if item deleted</i> |
|----------------|---------|--|---|
| 20 | Vraag 1 | 0,610 | 0,634 |
| 21 | Vraag 2 | 0,650 | 0,622 |
| 22 | Vraag 3 | 0,537 | 0,662 |
| 23 | Vraag 4 | 0,365 | 0,713 |
| 24 | Vraag 5 | 0,323 | 0,725 |
| 25 | Vraag 6 | 0,357 | 0,718 |

Cronbach's alpha $\alpha = 0,724$

De schaal ‘verbondenheid’ bestaat nu uit de volgende vragen:

| | |
|----|---|
| 20 | Ik raad de getroffene aan om steun bij naasten te zoeken |
| 21 | Ik geef informatie over welke soorten sociale steun er zijn (bijv. steun in de vorm van advies, zich nodig voelen, emotionele steun, sociale verbondenheid) |
| 22 | Ik help de getroffene bronnen van steun te identificeren en te verkrijgen |
| 23 | Ik ben alert op bronnen van negatieve sociale steun (bijv. onrealistische verwachtingen van familie/vrienden m.b.t herstel of collega’s die problemen/behoefes minimaliseren) |
| 24 | Ik bied een luisterend oor |
| 25 | Ik geef aan dat ik bereikbaar ben voor vragen |

Hoop

De cronbach’s alpha neemt voor deze schaal van de vragenlijst een waarde aan van $\alpha = 0,815$.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat dit een goede betrouwbare schaal is voor het principe ‘hoop’. Uit de item-rest correlaties blijkt dat item 3 onder de aanbevolen waarde van 0,35 ligt. Verwijdering van deze vraag leidt ook tot een verhoging van de cronbach’s alpha. Daarom zal deze vraag uit de schaal verwijderd worden.

Tabel 7. Betrouwbaarheidsanalyse voor de schaal ‘Hoop’

| <i>Itemnr.</i> | <i>Corrected Item-total correlation (item-rest-correlatie)</i> | <i>Cronbach’s Alpha if item deleted</i> |
|----------------|--|---|
| 26 | 0,595 | 0,790 |
| 27 | 0,783 | 0,746 |
| 28 | 0,678 | 0,766 |
| 29 | 0,769 | 0,747 |
| 30 | 0,446 | 0,808 |
| 3 | 0,283 | 0,827 |
| 6 | 0,383 | 0,819 |

Cronbach’s alpha $\alpha = 0,815$

Na verwijdering van item 3 stijgt de betrouwbaarheid van de schaal hoop (zie tabel 8).

Alle item-rest correlaties nemen nu goede waarden aan ruim boven de 0,35, behalve item 6. Item 6 zal daarom ook uit deze schaal worden verwijderd. Dit leidt tot een goede betrouwbare schaal ($\alpha = 0,847$) (zie tabel 9).

Tabel 8. Betrouwbaarheidsanalyse voor de schaal 'Hoop' na verwijdering item 3

| <i>Itemnr.</i> | <i>Corrected Item-total correlation (item-rest-correlatie)</i> | <i>Cronbach's Alpha if item deleted</i> |
|----------------|--|---|
| 26 | 0,628 | 0,806 |
| 27 | 0,752 | 0,771 |
| 28 | 0,711 | 0,780 |
| 29 | 0,785 | 0,761 |
| 30 | 0,457 | 0,831 |
| 6 | 0,366 | 0,847 |

Cronbach's alpha $\alpha = 0,831$

Tabel 8. Betrouwbaarheidsanalyse voor de schaal 'Hoop' na verwijdering item 3

| <i>Itemnr.</i> | <i>Corrected Item-total correlation (item-rest-correlatie)</i> | <i>Cronbach's Alpha if item deleted</i> |
|----------------|--|---|
| 26 | 0,628 | 0,806 |
| 27 | 0,752 | 0,771 |
| 28 | 0,711 | 0,780 |
| 29 | 0,785 | 0,761 |
| 30 | 0,457 | 0,831 |

Cronbach's alpha $\alpha = 0,847$

De schaal 'Hoop' is betrouwbaar ($\alpha = 0,847$) en bestaat uit de volgende vragen:

| <i>Itemnr.</i> | <i>Vraag</i> |
|----------------|--|
| 26 | Ik geef advies over omgaan met gevoel verantwoordelijk te zijn voor de schokkende gebeurtenis |
| 27 | Ik geef advies over omgaan met angsten en emoties |
| 28 | Ik geef advies om vermijding van situaties en gevoelens die te maken hebben met de schokkende gebeurtenis tegen te gaan |
| 29 | Ik geef concreet advies over het omgaan met catastrofale gedachten (zoals 'ik wordt gek', 'ik kan niks', 'het komt nooit meer goed') |
| 30 | Ik let op tekenen van vermijding van situaties en gevoelens die te maken hebben met de schokkende gebeurtenis |

Bijlage 7: Syntax SPSS analyses

Syntax voor itemanalyse (databestand definitief.sav)

Tabel 1.

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Veiligheidsgevoel_1_item1 Veiligheidsgevoel_2_item2
Veiligheidsgevoel_3_item3 Veiligheidsgevoel_4_item4 Veiligheidsgevoel_5_item5
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Tabel 2.

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Kalmeren_1_item6 Kalmeren_2_item7 Kalmeren_3_item8
Kalmeren_4_item9 Kalmeren_5_item10 Kalmeren_6_item11 Kalmeren_7_item12
Kalmeren_8_item13 Kalmeren_9_item14 Kalmeren_10_item15 Kalmeren_11_item16
Kalmeren_12_item3
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Tabel 3.

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Kalmeren_1_item6 Kalmeren_2_item7 Kalmeren_4_item9
Kalmeren_5_item10 Kalmeren_6_item11 Kalmeren_7_item12 Kalmeren_8_item13
Kalmeren_9_item14 Kalmeren_10_item15 Kalmeren_11_item16 Kalmeren_12_item3
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Tabel 4.

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Zelfredzaamheid_1_item17 Zelfredzaamheid_2_item18
Zelfredzaamheid_3_item19 Zelfredzaamheid_4_item3
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Tabel 5.

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Zelfredzaamheid_1_item17 Zelfredzaamheid_2_item18
Zelfredzaamheid_3_item19
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Tabel 6.

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Verbondenheid_1_item20 Verbondenheid_2_item21
Verbondenheid_3_item22 Verbondenheid_4_item23 Verbondenheid_5_item24
Verbondenheid_6_item25
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Tabel 7.

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Hoop_1_item26 Hoop_2_item27 Hoop_3_item28 Hoop_4_item29
Hoop_5_item30 Hoop_6_item3 Hoop_7_item6
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Tabel 8.

```

RELIABILITY
  /VARIABLES=Hoop_1_item26 Hoop_2_item27 Hoop_3_item28 Hoop_4_item29
Hoop_5_item30 Hoop_7_item6
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.

```

Tabel 9.

```

RELIABILITY
  /VARIABLES=Hoop_1_item26 Hoop_2_item27 Hoop_3_item28 Hoop_4_item29
Hoop_5_item30
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.

```

Syntax kwantitatieve analyse

Syntax gemiddelden/schalen (databestand definitief.sav)

```

COMPUTE Totaal_Kalmeren=(Kalmeren_1_item6 + Kalmeren_2_item7 +
Kalmeren_4_item9 + Kalmeren_5_item10 + Kalmeren_6_item11 + Kalmeren_7_item12
+ Kalmeren_8_item13 + Kalmeren_9_item14 + Kalmeren_10_item15 +
Kalmeren_11_item16 + Kalmeren_12_item3) / 11.
EXECUTE.
COMPUTE Totaal_Zelfredzaamheid=(Zelfredzaamheid_1_item17 +
Zelfredzaamheid_2_item18 + Zelfredzaamheid_3_item19) / 3.
EXECUTE.
COMPUTE Totaal_Verbondenheid=(Verbondenheid_1_item20 + Verbondenheid_2_item21
+ Verbondenheid_3_item22 + Verbondenheid_4_item23 + Verbondenheid_5_item24 +
Verbondenheid_6_item25) / 6.
EXECUTE.
COMPUTE Totaal_Hoop=(Hoop_1_item26 + Hoop_2_item27 + Hoop_3_item28 +
Hoop_4_item29 + Hoop_5_item30) / 5.
EXECUTE.

```

Gemiddelden schalen (databestand definitief.sav)

```

T-TEST
  /TESTVAL=0
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=Totaal_Kalmeren Totaal_Zelfredzaamheid Totaal_Verbondenheid
Totaal_Hoop
  /CRITERIA=CI(.95).

```

ANOVA (databestand definitief.sav)

```

ONEWAY Totaal_Kalmeren Totaal_Zelfredzaamheid Totaal_Verbondenheid
Totaal_Hoop BY geslacht
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /MISSING ANALYSIS.

ONEWAY Totaal_Kalmeren Totaal_Zelfredzaamheid Totaal_Verbondenheid
Totaal_Hoop BY aantalkeerPSHperjaar
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /MISSING ANALYSIS.

```

```
ONEWAY Totaal_Kalmeren Totaal_Zelfredzaamheid Totaal_Verbondenheid  
Totaal_Hoop BY opvangomgeving  
  /STATISTICS DESCRIPTIVES  
  /PLOT MEANS  
  /MISSING ANALYSIS.
```

```
COMPUTE Totaal_Kalmerenzonderdebriefing=(Kalmeren_1_item6 + Kalmeren_2_item7  
+ Kalmeren_4_item9 + Kalmeren_5_item10 + Kalmeren_6_item11 +  
Kalmeren_8_item13 + Kalmeren_7_item12 + Kalmeren_10_item15 +  
Kalmeren_12_item3) / 9.
```

```
EXECUTE.
```

```
ONEWAY Totaal_Kalmerenzonderdebriefing BY opvangomgeving  
  /STATISTICS DESCRIPTIVES  
  /PLOT MEANS  
  /MISSING ANALYSIS.
```