

In hoeverre hebben interventies invloed op de veerkracht van NS-personeel na een schokkende gebeurtenis?

Onderzoek binnen het Masterprogramma Klinische & Gezondheidspsychologie

A.L. Janssen

4051009

Maart 2015

Begeleiders Impact: Dr. H. te Brake, J. Gouweloos, MSc

Begeleider Universiteit Utrecht: Prof. dr. R.J. Kleber

Voorwoord

Vanuit de Universiteit Utrecht werd de kans geboden om onderzoek te doen bij Impact, landelijk kennis- & adviescentrum voor psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen. Impact is onderdeel van ARQ, Psychotrauma Expert Groep. Dit onderzoek zou zich richten op de veerkracht van NS-personeel na een schokkende gebeurtenis op het werk. Het onderwerp sprak mij direct aan, omdat ik regelmatig had gehoord over de toename van (met name) agressie-incidenten en suïcides op het spoor. Het leek mij zeer interessant om meer kennis op te doen over dit onderwerp en door middel van mijn onderzoek iets bij te kunnen dragen aan de praktijk. De telefonische gesprekken die ik heb gevoerd met NS-personeel werden voor mij een bron van inspiratie en motivatie.

Mijn dank gaat uit naar Hans te Brake en Juul Gouweloos voor hun intensieve begeleiding, enthousiaste onderzoeksideeën en uitgebreide kennis en ervaring. Hierdoor heb ik veel mogen leren over het doen van onderzoek, het afnemen van telefonische interviews en hoe psychosociale ondersteuning in de praktijk in zijn werk gaat. De feedback die ik kreeg van Hans en Juul gaf mij regelmatig nieuwe inzichten en ideeën. Tijdens dit onderzoek heb ik hun hulp zeer gewaardeerd.

Ook wil ik Rolf Kleber, hoogleraar bij de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht, bedanken. Door zijn feedback heb ik geleerd kritisch te zijn en met een overstijgende blik naar mijn eigen werk te kijken.

Daarnaast wil ik Yara Casteleijn bedanken, die gelijktijdig met mij haar masteronderzoek uitvoerde bij Impact. Regelmatig hebben we met elkaar kunnen discussiëren over onze onderzoeken en konden we elkaar steunen bij de afname van de (soms heftige) interviews.

Ik hoop dat u mijn scriptie met veel interesse zult lezen.

Anna Janssen

Samenvatting

Nadat een medewerker van NS een schokkende gebeurtenis meemaakt op het werk, kan hij/zij de verwerkingsscan invullen. Deze vragenlijst meet de mate van PTSS-klachten en het algemeen functioneren. Als blijkt dat het algemeen functioneren lijdt onder de schokkende gebeurtenis, kunnen er volgens het stepped-care model verschillende interventies plaatsvinden die oplopen in intensiteit. Dit onderzoek richt zich op de vraag hoeveel invloed deze interventies hebben op de afname van PTSS-klachten en verbetering van het algemeen functioneren. Ook werd er gekeken of de mate waarin aspecten van een goede interventie (veiligheid, verbondenheid, hoop, self-efficacy en geruststelling) volgens Hobfoll, Watson et al. (2007) terugkomen verband houdt met deze invloed. Verwacht werd dat een interventie waarin deze aspecten in hoge mate terugkomen de grootste afname van klachten zouden bewerkstelligen. Hoewel de interventies effectief bleken te zijn, bleken de aspecten met name te zijn ervaren door mensen die geen interventie nodig hadden (bij hen werd uit de verwerkingsscan duidelijk dat zij weinig klachten hadden en goed functioneerden).

Abstract

After an employee of NS (Dutch railway company) experiences a traumatic event at work, they fill out the “verwerkingsscan” (an adapted and enlarged version of the Impact of Events Scale). This questionnaire measures PTSD-symptoms and overall performance. If someone’s overall performance is impaired, different interventions that increase in intensity can take place in accordance with the stepped care model. This study focuses on the influence of these interventions on the reduction of PTSD-symptoms and improvement in general functioning. The measure in which aspects of a good intervention (safety, calming, self-efficacy, connectedness and hope as researched by Hobfoll, Watson et al., 2007) were experienced in the interventions was also taken into account. It was expected that an intervention in which these aspects were present would be the most effective. It was found that the interventions were effective, but the aspects proved to be particularly experienced by people who did not require intervention (when it followed from the verwerkingsscan that they functioned properly and had few PTSD-symptoms).

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding.....	4
Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader	5
2.1. Veerkracht	5
2.2. Interventies	6
2.3. Vraagstelling en hypothesen.....	9
Hoofdstuk 3: Methode.....	12
3.1. Respondenten	12
3.2. Procedure.....	13
3.3. Meetinstrumenten.....	14
Hoofdstuk 4: Resultaten	18
4.1. Beschrijvende statistieken en inventarisatie interventies	18
4.2. Analyses ter beantwoording van de hoofdvraag.....	22
Hoofdstuk 5: Discussie.....	25
5.1. Bespreking van de resultaten.....	25
5.2. Sterke kanten en beperkingen.....	27
5.3. Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek.....	29
Literatuurlijst.....	31
Bijlage	34
Handleiding telefonisch interview.....	34

Hoofdstuk 1: Inleiding

Vele mensen ervaren gedurende hun leven één of meerdere schokkende gebeurtenissen. De effecten van zo'n schokkende gebeurtenis zijn voor elk persoon verschillend. Volgens het artikel van Kleber en Brom (1986) moet zo'n ervaring in het dagelijks doen en denken worden geïntegreerd. Zij noemen dit psychologische proces schokverwerking. De meerderheid van de personen die iets schokkends hebben meegemaakt kunnen deze ervaring op eigen kracht en met hulp van de omgeving verwerken (Berendsen, De Leeuw & Drogendijk, 2005). Volgens Bonanno (2005) zijn er verschillende reactiepatronen na het meemaken van een schokkende gebeurtenis. Als meest voorkomend reactiepatroon noemt hij veerkracht (35% tot 55% van de gevallen), gevolgd door herstel (15 tot 35%), chronische posttraumatische stress (10 tot 30%) en uitgestelde posttraumatische stress (5 tot 10%).

Bepaalde individuen lopen meer kans op het meemaken van een schokkende gebeurtenis, bijvoorbeeld door het werk dat zij doen. Denk hierbij aan politie, brandweer, ambulancepersoneel en medewerkers van NS. Dit is de zogenaamde geüniformeerde beroepsgroep. Het personeel van NS maakt regelmatig schokkende gebeurtenissen mee in de vorm van agressie in de trein of suicide op het spoor. In 2012 pleegden 215 mensen suicide door voor de trein te springen. Daarnaast werden er in 2013 5.159 meldingen gemaakt van agressie op het spoor ("meer agressie en geweld op spoor", NOS.nl, verkregen op 12-12-2014). Het lijkt erop dat deze cijfers dit jaar verder zullen stijgen.

Na een schokkende gebeurtenis op het spoor krijgt de betrokken NS-medewerker de mogelijkheid een zogenaamde verwerkingsscan in te vullen. Deze verwerkingsscan is gemaakt en wordt onderzocht door het Instituut voor Psychotrauma (IvP). Aan het einde van de verwerkingsscan wordt een stoplichtscore toegekend: groen (geen verstoring in de veerkracht), oranje of rood (ernstige verstoring van de veerkracht, veel PTSS symptomen aanwezig). In 2011 vulden 398 NS-medewerkers de verwerkingsscan in, 57,5% scoorde groen, 22,6% scoorde oranje en 19,8% scoorde rood. Van deze 398 medewerkers werd 13,8% verwezen naar een therapeut, maar dit is niet de enige interventie die ondernomen kan worden naar aanleiding van de scores. In eerste instantie is het de bedoeling dat de leidinggevende en collega's van de betrokken medewerker deze medewerker ondersteunen en begeleiden. Mocht dit niet voldoende blijken kan er een gesprek met een medewerker van het IvP worden aangeboden waarin psycho-educatie en verdere begeleiding geboden kan worden. Indien nodig kan de medewerker worden verwezen naar een therapeut (Berendsen et al., 2005).

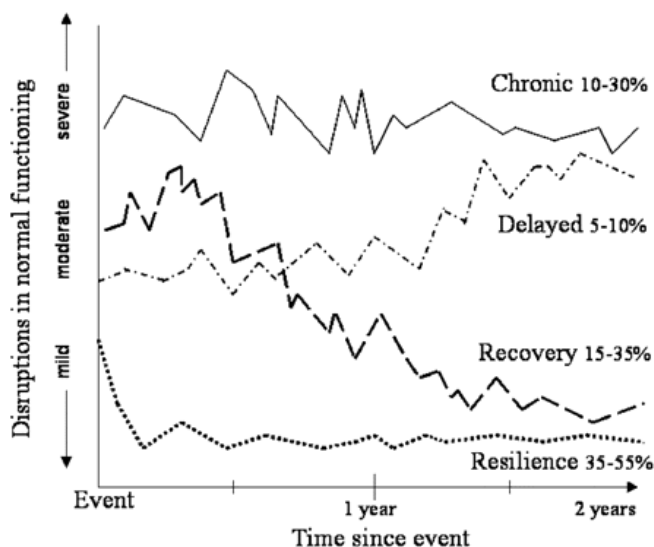
De invloed van deze interventies door het IvP bij NS-personeel is tot nu toe nog niet onderzocht. De onderzoeksvraag in deze studie luidt dan ook als volgt: In hoeverre hebben interventies invloed op de veerkracht van NS-personeel na een schokkende gebeurtenis? De begrippen en interventies die in deze inleiding zijn genoemd, evenals de deelvragen bij de hoofdvraag zullen in het theoretisch kader van dit verslag worden beschreven.

Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader

2.1. Veerkracht

Zoals in de inleiding is genoemd heeft de hoofdvraag in dit onderzoek betrekking op de veerkracht van NS-personeel. Allereerst is het van belang om het begrip veerkracht te definiëren. Het woord veerkracht heeft door de eeuwen heen vele verschillende betekenissen gekregen. “Resilience” (veerkracht) wordt door het Oxford Dictionary letterlijk vertaald als: “the ability of a substance or object to spring back into shape”. Oftewel het vermogen van een substantie om terug te keren naar de oorspronkelijke vorm. Veerkracht impliceert kracht, flexibiliteit en het vermogen om te herstellen na grote druk van buitenaf (Agaibi & Wilson, 2005). Hier wordt veerkracht als iets abstracts gezien. Veerkracht kan echter ook geoperationaliseerd worden als gedrag. Veerkracht staat voor een complex repertoire aan gedragstendensen en wordt gekarakteriseerd door herkenbare patronen van denken, ontvangen en beslissingen maken in verschillende soorten situaties. Het kan gezien worden als een proces van, capaciteit voor of uitkomst van het succesvol aanpassen na het meemaken van een schokkende gebeurtenis (Norris, Tracy & Galea, 2009).

Bonanno (2005) onderscheidt 4 mogelijke reactiepatronen na een schokkende gebeurtenis. In Figuur 1 is te zien in hoeverre in de verschillende trajecten een verstoring in het normale functioneren plaatsvindt. Eén van deze trajecten is veerkracht (*resilience*). Veerkracht houdt in dat men na een schokkende gebeurtenis gedurende korte tijd (enkele weken of maanden) milde verstoring van het dagelijks leven ervaart, maar vervolgens snel weer normaal functioneert. Mensen met een veerkrachtig verwerkingspatroon zijn niet immuun voor schade, maar veren hiervan makkelijker terug dan mensen die minder veerkrachtig zijn. Zoals in Figuur 1 zichtbaar is ervaren personen met een veerkrachtig reactiepatroon aanmerkelijk minder klachten dan mensen in de herstel, uitgestelde of chronische trajecten. Ook is in deze figuur zichtbaar hoeveel procent van de mensen te maken krijgt met elk van deze trajecten. Hieruit blijkt dat een veerkrachtig reactiepatroon het meest voorkomt.



Figuur 1. Verwerkingspatronen zoals omschreven door Bonanno (2005)

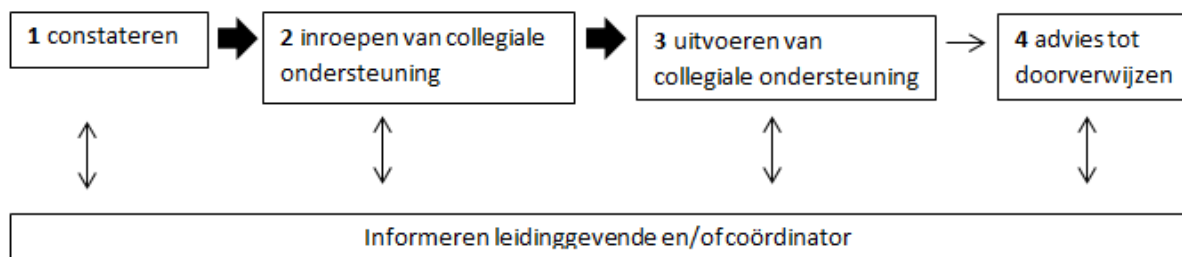
Binnen dit onderzoek wordt veerkracht gezien als een uitkomstmaat om het succes van het verwerkingsproces te meten. Het ontwikkelen van PTSS of het ervaren van symptomen van PTSS wordt in dit onderzoek gezien als een verstoord verwerkingsproces en wordt daarmee als een niet-veerkrachtig patroon beschouwd. Uit een review van Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz en Kaniasty (2002) blijkt dat geüniformeerden zeer veerkrachtig zijn en dat er veel factoren van invloed zijn op het algemeen functioneren na een ramp of schokkende gebeurtenis. Eén van deze factoren is opvang en interventie na een schokkende gebeurtenis. In dit onderzoek zal er gekeken worden naar de invloed van interventies op de mate van veerkracht na een schokkende gebeurtenis op het werk bij NS-personeel. Ook zal gekeken worden of er verschillen bestaan in de invloed van de interventie als deze interventie aan de slachtoffers aangeboden wordt, of wanneer de slachtoffers deze interventies zelf op moeten zoeken.

2.2. Interventies

Nu veerkracht gedefinieerd is en genoemd is dat er in dit onderzoek gekeken zal worden naar interventies na een schokkende gebeurtenis, komt de vraag op wat er gedaan wordt op het moment dat de veerkracht afneemt. Ook kan men zich afvragen welke factoren een interventie tot een goede (effectieve) interventie maken. In deze paragraaf zal beschreven worden wat er in de praktijk gedaan wordt qua interventies. Daarna zal uiteengezet worden welke factoren een interventie tot een goede interventie maken.

2.2.1. Interventies in de praktijk

In 2012 heeft Impact, landelijk kennis- & adviescentrum voor psychosociale zorg na rampen, in samenwerking met het Trimbos Instituut een richtlijn voor psychosociale ondersteuning van geüniformeerden uitgebracht. In deze richtlijn staat beschreven dat de veerkracht van het individu essentieel is, de meeste mensen zijn in staat potentieel schokkende gebeurtenissen op eigen kracht te boven te komen. Ook wordt er gesteld dat iedere werknemer met enige regelmaat gewezen moet worden op de mogelijkheden van de beschikbare hulp, zodat hij/zij de eigen inzetbaarheid voor het werk in stand kan houden. De training van het personeel is hierin ook van belang: er moet aandacht zijn voor gezondheidsbeleid en een goed georganiseerde afhandeling van de incidenten. Vooraf moet goed duidelijk zijn wat de rollen en verantwoordelijkheden van de zorgverleners zijn. Collegiale ondersteuning volgt uit de bovenstaande punten. Ondersteuning door collega's is toegankelijk en biedt indien mogelijk een laagdrempelige toegang tot professionele GGZ-zorg. In deze richtlijn wordt een stepped-care model met daarin vier stappen van collegiale ondersteuning beschreven. Hier onder zijn deze stappen in een figuur weergegeven.



Figuur 2. Schematische weergave van de vier stappen van collegiale ondersteuning

Stap 1 en 2 houden in dat het constateren van de vraag naar georganiseerde collegiale ondersteuning tijdig gebeurt en dat deze ondersteuning snel moet kunnen worden ingezet. In de richtlijn staat beschreven dat collegiale ondersteuning in ieder geval moet worden overwogen bij incidenten waarbij sprake is van ernstig letsel of dreiging, met name als dit kinderen betreft. Ook wanneer familie of collega's van de geüniformeerden betrokken zijn bij het incident, of wanneer er direct geweld tegen de geüniformeerde zelf is gebruikt, of wanneer de geüniformeerde onmacht voelt, of wanneer hij/zij zelf aangeeft behoefte aan ondersteuning te hebben moet collegiale ondersteuning aangeboden worden.

Stap 3: uitvoeren van georganiseerde collegiale ondersteuning. Hierbij is belangrijk dat deze ondersteuning een signalerende en ondersteunende functie heeft. De geüniformeerde moet de kans krijgen zijn eigen verhaal te vertellen, zonder dat daarbij teveel gefocust wordt op pathologie omdat veel reacties na schokkende gebeurtenissen “normaal” zijn. Ook psycho-educatie is van belang. Deze collegiale ondersteuning moet niet te lang worden ingezet, tijdige verwijzing is aan te raden.

Stap 4: tijdige advisering tot doorverwijzing naar professionele hulpverlening binnen of buiten de organisatie. In de richtlijn worden verschillende signalen genoemd die wijzen op een verstoorde verwerking en die mondeling besproken moeten worden met de geüniformeerde. Wanneer deze signalen worden waargenomen tijdens de collegiale ondersteuning is het belangrijk de geüniformeerde te adviseren contact op te nemen met professionele hulpverlening.

Tijdens al deze stappen is het van belang dat de leidinggevende of coördinator op de hoogte gehouden wordt. Deze leidinggevende heeft namelijk een belangrijke taak in het monitoren van de geüniformeerde, waardoor de effecten van accumulatie of uitgestelde (langetermijn)reacties kunnen worden waargenomen.

2.2.2. Kenmerken van een goede interventie

Volgens Hobfoll, Watson, Bell, Bryant, Brymet, Friedman et al. (2007) zijn aspecten van een goede interventie na een ramp de volgende: veiligheid, geruststellen, self-efficacy, verbondenheid en hoop. Zij stellen dat een interventie na een ramp betere resultaten zal behalen wanneer deze aspecten in hogere mate terugkomen in de interventie. Zij trokken deze conclusies door het opzetten van een wereldwijd panel van experts op het gebied van behandeling na schokkende gebeurtenissen. Op deze

manier hebben zij consensus bereikt omtrent empirisch onderbouwde aspecten die in een goede interventie terug zouden moeten komen. Deze aspecten kunnen worden gebruikt om interventies te vormen die direct of korte tijd na een schokkende gebeurtenis, bijvoorbeeld een ramp of (terroristische) aanval, ingezet kunnen worden. Hier onder zullen deze aspecten en hun betekenis uiteengezet worden, er worden artikelen aangehaald die in Hobfoll et al. (2007) beschreven worden.

Veiligheid (promotion of sense of safety). Indien na een schokkende gebeurtenis veiligheid wordt geïntroduceerd, worden negatieve post-trauma reacties geleidelijk verminderd (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Negatieve post-trauma reacties blijven bestaan als bedreiging/gevaar voortduurt, is gebleken uit meerdere onderzoeken in verscheidene culturen (De Jong, Mulhern, Ford, Van der Kam & Kleber, 2000). Mensen die in de maanden na blootstelling aan een ramp een relatief gevoel van veiligheid vasthouden of creëren lopen minder kans op het ontwikkelen van PTSS, dan de mensen die dit gevoel niet hebben (Bleich, Gelkopf & Solomon, 2003). Het gevoel van veiligheid bevorderen is essentieel bij het verminderen van biologische responsen die bij aanhoudende angst horen (Bryant, 2006).

Geruststellen (promote calming). Blootstelling aan een grootschalig trauma leidt in de periode hierna vaak tot toename van emoties. Een beetje angst is een normale en gezonde reactie die nodig is voor waakzaamheid. Bij normale reacties die psychische bescherming bieden na een trauma, is er geen reden voor zorg (Bryant, Harvey, Guthrie & Moulds, 2003). Het kan echter gebeuren dat gevoelens van arousal of gevoelens van verdooving zo sterk toenemen en op een dermate hoog niveau blijven dat ze het dagelijks leven belemmeren. Deze gevoelens kunnen door hun grote beperkende invloed op de langere termijn tot angststoornissen leiden. Extreem hoge niveaus van emotie (zelfs direct na het trauma) kunnen paniekaanvallen en dissociaties veroorzaken, die later kunnen leiden tot PTSS (Bryant et al., 2003). Direct na een trauma kunnen arousal of verdooving functioneel zijn, maar als deze heftige emoties lange tijd aanhouden, kunnen ze leiden tot een “kort lontje”, depressie en lichamelijke problemen (Harvey & Bryant, 1998). Hiernaast wordt een verhoogde hartslag in de periode direct na het trauma in verband gebracht met het later ontstaan van PTSS-symptomen (Bryant et al., 2003). Naar aanleiding van het bovenstaande wordt geconcludeerd dat het belangrijk is dat interventies een kalmerend aspect hebben.

Self-efficacy (promote sense of self- and collective efficacy). Het is belangrijk dat mensen het gevoel hebben dat ze controle hebben op het behalen van succes (Skinner, 1996). Self-efficacy is het gevoel dat elk individu gelooft dat zijn acties bijdragen aan het behalen van succes (Bandura, 1997). Dit gebeurt voornamelijk door middel van het zelf reguleren van gedachten, emoties en gedrag (Carver & Scheier, 1998). Dit kan worden uitgebreid tot collectieve efficacy, dat inhoudt dat een individu het gevoel heeft dat hij/zij tot een grotere groep behoort die waarschijnlijk een positieve uitkomst behaalt (Benight, 2004).

In meerdere trauma-modellen wordt benadrukt dat mensen na blootstelling aan een trauma het risico lopen dat ze niet meer geloven dat ze de situatie aan kunnen (Foa & Meadows, 1997; Resick & Schnicke, 1992). Dit gevoel dat ze de situatie niet aan kunnen is in eerste instantie gerelateerd aan het trauma, maar dit kan snel generaliseren naar een algemeen gevoel van “iets niet kunnen”. Het terugdraaien van deze negatieve gevoelens omtrent self-efficacy is een belangrijk punt in alle succesvolle trauma-interventies en –behandelingen. Het onderzoek van Benight en Harper (2002) suggereert dat in dit geval het niet zozeer gaat om algemene self-efficacy, maar meer om het gevoel dat een individu de gebeurtenissen omtrent het trauma aan kan.

Verbondenheid (promote connectedness). Er is veel onderzoek gedaan naar het belang van sociale steun en gehechtheid aan geliefden en sociale groepen bij het bestrijden van stress en trauma (Norris, Friedman & Watson, 2002; Vaux, 1988). Volgens Benight (2004) vergroot verbondenheid de kans dat je kennis krijgt die essentieel is na een ramp (bijvoorbeeld: waar is de dichtsbijzijnde arts). Daarnaast krijgt een individu hiermee meer kans om deel te nemen aan activiteiten die sociale steun bevorderen. Dit kan weer leiden tot meer “community efficacy” (zie hierboven). Hoe dit vertaald moet worden naar een interventie is nog weinig onderzocht, dit vraagt enige creativiteit bij de bedenkers van interventies (Hobfoll et al., 2007).

Hoop (promote hope). Na een trauma gaat het vaak beter met de mensen die optimistisch blijven, omdat zij een bepaalde mate van hoop voor de toekomst blijven ervaren. (Carver & Scheier, 1998) Het vergroten van hoop is essentieel omdat een trauma vaak samengaat met een “shattered worldview” (Janoff-Bulman, 1992). “Shattered worldview” houdt in dat een individu voelt dat hij/zij weinig toekomst heeft (American Psychiatric Association, 1994), wat leidt tot gevoelens van hopeloosheid, wanhoop, een gevoel dat alles verloren is. Omdat een trauma vaak een gebeurtenis betreft waarin mensen niet getraind zijn, worden aangeleerde copingstrategieën “vergeten”. Hoop is dan één van de eerste gevoelens die slachtoffers kwijtraken (Hobfoll et al., 2007).

2.3. Vraagstelling en hypothesen

2.3.1. Hoofdvraag en deelvragen

De hoofdvraag in dit onderzoek luidt: In hoeverre hebben interventies invloed op de veerkracht van NS-personeel na een schokkende gebeurtenis? Dit onderzoek wordt in samenwerking met Impact (landelijk kennis- en adviescentrum voor psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen) uitgevoerd. De ontwikkellijn die zich bezighoudt met veerkracht richt zich voor een groot deel op geüniformeerde beroepen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd bij medewerkers van de Nederlandse Spoorwegen. De schrijvers van de richtlijn (Impact, 2012) hanteren de volgende definitie van geüniformeerd personeel: “geünifomeerden van wie het de taak is hulp te verlenen bij incidenten en calamiteiten, vanuit een georganiseerd professioneel verband”. Hoewel NS-personeel niet expliciet genoemd wordt, zijn ook zij erin getraind om bij incidenten en calamiteiten op het spoor in te grijpen

of hulp te verlenen. Het verschil met geüniformeerd personeel van bijvoorbeeld de politie is dat hulp verlenen bij incidenten en calamiteiten niet één van de kerntaken van het personeel van NS is. De vraag is dus of de huidige richtlijn past bij de problemen die personeelsleden van NS ervaren, of dat er mogelijk een specifieke richtlijn voor deze doelgroep gemaakt zou moeten worden. Er zijn op dit moment meerdere onderzoeken gaande bij Impact en de onderzoeksvraag die hier onder besproken wordt sluit hierbij aan.

Er wordt door verschillende auteurs (Norris & Stevens, 2007; Fairbank & Gerrity, 2007) gesteld dat het onderzoek van Hobfoll et al. (2007) niet of te weinig in gaat op de mate waarin de aspecten die beschreven worden terugkomen in huidige interventies. Dit onderzoek hoopt hieraan een bijdrage te kunnen leveren door bij personeel van NS te inventariseren in hoeverre zij deze aspecten hebben ervaren tijdens mogelijke interventies. Daarna kan gekeken worden of de interventies waarbij deze aspecten ervaren zijn een grotere afname van PTSS-klachten hebben bewerkstelligd.

Wat de invloed is van (en verschillen zijn tussen) zelf ondernomen actie en professionele interventies op afname van klachten (ten behoeve van een veerkrachtig verwerkingsproces) is nog niet onderzocht. Door in dit onderzoek NS-ers zelf te vragen wat er gedaan is door instanties en wat voor hulp zij zelf hebben gezocht, wordt er een duidelijker beeld gecreëerd omtrent de verschillende interventies. Wellicht kunnen de uitkomsten van dit onderzoek bijdragen aan de opstelling van een protocol specifiek voor instanties als NS.

Bij de hoofdvraag: In hoeverre hebben interventies invloed op de veerkracht van NS-personeel na een schokkende gebeurtenis? zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Welke hulp wordt er op dit moment geboden?
- Hangt de afname van klachten samen met de mate waarin aspecten van een goede interventie (Hobfoll et al., 2007) terugkomen in de ingezette interventie?

2.3.2. Hypotheses

Verwacht wordt dat actie die vanuit het IvP wordt ingezet leidt tot een significant grotere daling in klachten dan interventies die vanuit eigen initiatief moeten worden opgezet. Dit wordt verwacht omdat er in dit geval vanuit gegaan kan worden dat hulp vanuit het IvP wordt ingezet na screening die direct na het incident begint. De respondent hoeft de klachten niet onnodig lang te ervaren en wordt direct opgenomen in de professionele hulpverlening. Hierdoor ervaart de respondent grotere sociale steun waardoor hij/zij sneller zal herstellen.

Daarnaast wordt verwacht dat interventies waarin aspecten van Hobfoll et al. (2007) terugkomen een significant grotere afname van klachten bewerkstelligen, dan interventies waarin niet alle aspecten terugkomen. Deze aspecten zijn opgesteld in het kader van interventies na een (grootschalige) ramp. Schokkende gebeurtenissen op het werk bij NS-personeel zijn niet grootschalig,

maar kunnen wel als rampzalig ervaren worden. In dit onderzoek zal worden gekeken of een interventie na schokkende gebeurtenissen beter werkt wanneer deze aspecten in grote mate terugkomen, dan wanneer deze aspecten in minder grote mate terugkomen.

Volgens deze verwachtingen zou dus gezegd kunnen worden dat interventies die gedaan worden door het IvP, en waarin alle aspecten van een goede interventie volgens Hobfoll et al. (2007) terugkomen, de grootste afname in klachten zullen bewerkstelligen. Tabel 1 geeft de verwachtingen schematisch weer. Een goede interventie is hierbij een interventie waarbij de respondent de aspecten van Hobfoll et al. (2007) ervaren heeft en een slechte interventie is een interventie waarbij de respondent deze aspecten niet gevoeld heeft. ++ betekent grote afname van klachten, - betekent hierbij geen afname of zelfs verergering van klachten.

Tabel 1. Schematische weergave van de verwachte afname van klachten bij verschillende interventies

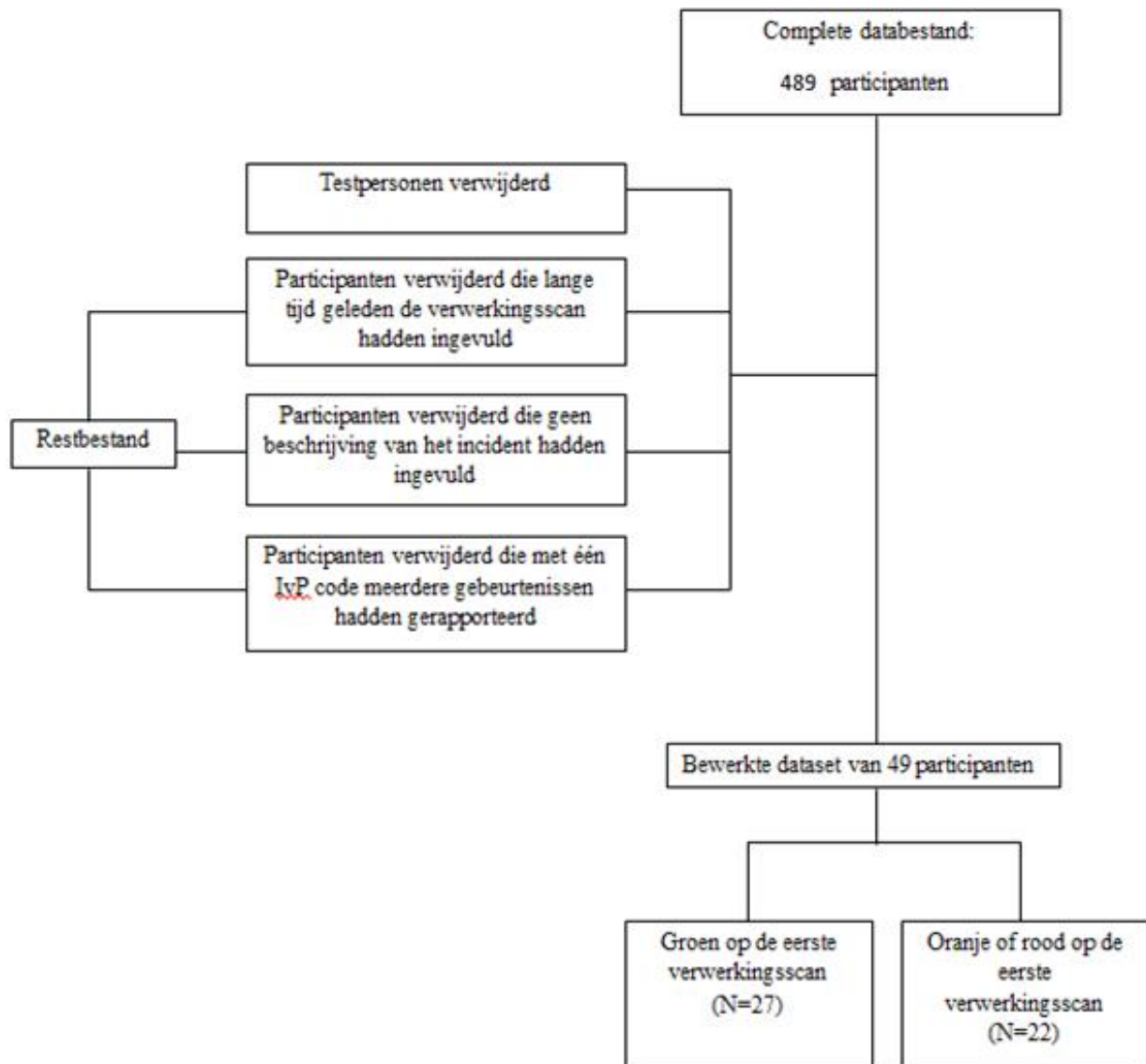
	Interventie door IvP	Zelf hulp gezocht
Goede interventie	++	+
Slechte interventie	+	-

Hoofdstuk 3: Methode

3.1. Respondenten

De respondenten in dit onderzoek waren NS-personeelsleden die in 2012 en de eerste helft van 2013 een schokkende gebeurtenis op het werk hadden meegemaakt. Aangezien het NS-personeel eerder voor onderzoek was benaderd, was het databestand bij Impact al beschikbaar. De dataset bevatte de demografische gegevens en de resultaten van één verwerkingsscan per respondent. Echter bevatte het bestand voor dit onderzoek irrelevante gegevens waardoor begonnen is met het bewerken van de dataset. In figuur 3 op de volgende pagina is er aan de hand van een stroomdiagram een overzicht van alle stappen gemaakt. Allereerst zijn uit de ruwe data de resultaten van de zogenaamde ‘testpersonen’ verwijderd. Hieronder vielen onderzoekers of leidinggevendenden af die de verwerkingsscan als test hadden ingevuld. Ook respondenten die niets bij de beschrijving van het incident hadden ingevuld zijn uit voorzorg verwijderd omdat daarbij niet met zekerheid gezegd kon worden dat het NS personeel betrof. Tevens waren er respondenten die de verwerkingsscan hadden ingevuld over een incident dat een lange tijd geleden was gebeurd, in sommige gevallen 15 jaar. Het was onwaarschijnlijk dat deze resultaten goed vergeleken konden worden met de resultaten van enkele weken geleden, vandaar dat ook deze resultaten verwijderd zijn. Vervolgens werden de respondenten verwijderd die met één IvP-code (de code die elke respondent krijgt na elke schokkende gebeurtenis en die per incident uniek zou moeten zijn) verschillende gebeurtenissen hadden geëvalueerd. Alle resultaten die waren verwijderd, met uitzondering van de testpersonen, werden in een restbestand gezet zodat de gegevens niet verloren zouden gaan. Deze data werd niet meegenomen voor verdere analyse.

Uiteindelijk hebben aan dit onderzoek 49 respondenten meegedaan die werkzaam zijn bij de NS en allen een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt op het werk. Van de 42 mannelijke respondenten is de gemiddelde leeftijd 44.79 jaar ($SD = 11.52$) en van de 7 vrouwelijke respondenten is gemiddelde leeftijd 49.86 jaar ($SD = 8.40$). De score op de verwerkingsscan bepaalde welke respondenten mee zouden doen aan het onderzoek. Er werd een veerkrachtige groep gemaakt (waarbij de score op de eerste verwerkingsscan groen was) en een niet veerkrachtige groep (waarbij de score op de eerste verwerkingsscan oranje of rood was).



Figuur 3. Schematische weergave van de bewerking van het databestand

3.2. Procedure

Het onderzoek vond plaats op het kantoor van Impact. Nadat de irrelevante gegevens uit het databestand verwijderd waren, is gestart met het verzamelen van de aanvullende data. Bij elk van de respondenten is het telefoonnummer in het computersysteem van Impact opgezocht. Deze respondenten hadden eerder aangegeven dat ze open stonden voor eventueel vervolg onderzoek. De respondenten zijn aan de hand van hun eerste score op de verwerkingsscan in twee groepen verdeeld: groen en oranje-rood. Er is voor gekozen om per groep 5 reserve respondenten op de lijst plaatsen in het geval een aantal respondenten telefonisch niet bereikbaar waren, dit leidde in totaal tot 25 respondenten per groep. In totaal zijn de telefoonnummers van 50 respondenten opgezocht. Hierna is begonnen met het bellen van de respondenten van de groene groep. Later zijn de respondenten in de oranje-rode groep gebeld. Telkens wanneer de respondent niet opnam, werd dit genoteerd en werd er

later teruggebeld. Uiteindelijk waren er enkele respondenten die na meerdere keren gebeld te hebben niet bereikbaar waren waardoor zij uit het databestand werden verwijderd.

3.3. Meetinstrumenten

Voor het afnemen van de interviews is een handleiding ontwikkeld, zie bijlage 1. Door middel van de handleiding werden de vragen door beide onderzoekers op dezelfde manier gesteld en konden de antwoorden op het antwoordformulier worden gescoord. Voordat de interviews werden afgenomen, is de handleiding door medewerkers van het IvP en Impact goedgekeurd.

3.3.1. Verwerkingsscan

Het eerste deel van de handleiding bestond uit de verwerkingsscan. De verwerkingsscan is een instrument dat is ontwikkeld door het Instituut voor Psychotrauma (IvP) en waarbij naar PTSS-klachten, sociale steun en algemeen functioneren gekeken wordt. De verwerkingsscan bestaat uit de schokverwerkingslijst (SVL) en vragen over het algemeen functioneren en sociale steun. De SVL is een Nederlandstalige bewerking van de “Impact of Event Scale” (IES) van Horowitz, Wilner en Alvarez (1979). Deze Nederlandstalige bewerking is gemaakt door Brom en Kleber, 1985. De 15 vragen hebben betrekking op de gevoelens en gedachten van de afgelopen 7 dagen en worden aan de hand van een vier-puntenschaal beantwoord. De vier antwoord categorieën worden op de volgende manier gescoord: helemaal niet = 0, zelden = 1, soms = 3, vaak = 5. De vragen 1, 4, 5, 6, 10, 11 vormen de dimensie herbeleving en de vragen 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 15 vormen de dimensie vermijding. Van der Ploeg, Mooren, Kleber, Van der Velden en Brom (2004) onderzochten de psychometrische waarden van de Nederlandstalige bewerking van de IES. De betrouwbaarheidscoëfficiënt varieerde voor herbeleving tussen de .85 en .95, voor vermijding tussen de .77 en .91 en voor de totale score tussen de .87 en .96. De interne consistentie kreeg bij elke beoordeling voor zowel de schalen als de totale score een goed. De SVL werd aangevuld met vragen met betrekking tot een inschatting van het huidige niveau van functioneren en een aantal vragen omtrent de ontvangen sociale steun (deze score wordt de GAF-score genoemd, Global Assessment of Functioning, een 10-puntsschaal). De combinatie van de score op de SVL en de GAF-score bepaalde of de respondent groen, oranje of rood scoorde op de verwerkingsscan.

De verwerkingsscan wordt door het IvP ingezet als een screeningsinstrument. Eén à twee weken na het meemaken van een schokkende gebeurtenis wordt aan NS-personeel gevraagd om de verwerkingsscan in te vullen. De respondenten krijgen vervolgens een score: groen, oranje of rood, ook wel stoplichtscore genoemd. Groen betekent dat er geen problemen zijn, bij oranje is er sprake van lichte problematiek en bij rood zijn er ernstige klachten aanwezig. Bij een groene score op de eerste verwerkingsscan wordt er geen tweede verwerkingsscan afgenomen. Bij een oranje of rode score of waarbij “vreemde uitkomsten” (geen klachten volgens de SVL en toch een hele lage GAF-score) worden geconstateerd, krijgt de respondent in eerste instantie een telefonisch gesprek vanuit het IvP. Als hier behoefte aan is of wanneer dit noodzakelijk geacht wordt, bestaat de mogelijkheid tot

face-to-face begeleiding vanuit het IvP of een doorverwijzing naar een psychotherapeut. Ook kan er door een therapeut die aangesloten is bij het IvP kortdurende gedragscognitieve therapie gegeven worden, en therapieën als EMDR. Nadat er na de eerste verwerkingsscan bij een score van oranje of rood contact is opgenomen door het IvP wordt er na 4 tot 6 weken na het meemaken van de schokkende gebeurtenis een tweede verwerkingsscan afgenomen. De verwachting is dat de respondent een groene score behaalt. Het IvP stepped care model sluit aan bij het principe van ‘watchful waiting’. Na één a twee weken is er sprake van monitoring middels het afnemen van de verwerkingsscan. Vervolgens is er na 4 tot 6 weken, voor de respondenten die hiervoor in aanmerking komen, de mogelijkheid tot een intakegesprek en therapie.

Uit het data bestand bleek dat een deel van de respondenten de verwerkingsscan niet voor een tweede keer had ingevuld. Ook bij de respondenten die in eerste instantie een rode of oranje score hadden, was geen tweede meting gedaan. Tevens bleek uit de data dat veel eerste metingen al een lange tijd geleden waren. Een tweede meting na vier tot 6 weken was dus niet meer mogelijk, wat met name het geval was bij de groene scores. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is er een tweede uitkomst nodig zodat er een verandering over de tijd bekeken kan worden. Om deze verschillen in tijd tussen een eerste en tweede meting zoveel mogelijk gelijk te maken, besloten we om bij elke respondent een tweede verwerkingsscan af te nemen. Er waren een aantal respondenten die al wel eerder een tweede verwerkingsscan hadden ingevuld via de computer, bij deze respondenten is besloten om deze tweede meting te laten vervallen en de resultaten van het telefonische interview te gebruiken als tweede meting. Op deze manier is geprobeerd de vergelijking tussen de voor- en nameting zo consequent mogelijk te maken.

3.3.2. Inpreze-lijst

Als tweede onderdeel van de handleiding werd de Inpreze-lijst afgenomen (Bakker, Van der Meer & Te Brake, 2013). De vragenlijst bevat 10 items waarmee getracht wordt de psychologische veerkracht te meten. Psychologische veerkracht betekent in deze vragenlijst: persoonlijkheidskenmerken die bevorderend zijn voor de mate van herstel. Er wordt onder andere gekeken naar de persoonlijke beoordeling van individuen over de mate waarin zij zichzelf als ‘veerkrachtig’ beoordelen. De vragen 1, 3, 5, 7, 9 hebben betrekking op de zelfwaardering en de vragen 2, 4, 6, 8, 10 vormen de dimensie omgaan met moeilijke situaties. Deze vragenlijst is nog niet eerder afgenomen. De resultaten van deze vragenlijst zijn in dit onderzoek niet meegenomen omdat er hier niet gekeken wordt naar veerkracht als persoonlijkheidstrekk. Ook zou er niet gemeten kunnen worden of interventies hier invloed op hebben omdat er geen voormeting beschikbaar was. De lijst is toch afgenomen ten behoeve van het tweede onderzoek door een medestudent dat tegelijkertijd met dit onderzoek gedaan werd. In dit tweede onderzoek werden zowel de resultaten van de verwerkingsscan als de Inpreze-lijst gebruikt om het effect van opeenstapeling op veerkracht te onderzoeken. De vragenlijsten die nodig waren voor

beide onderzoeken zijn in de interviews bij elkaar gevoegd omdat het voor de respondenten minder belastend was wanneer zij één keer benaderd werden in plaats van twee keer.

3.3.3. Informatie over interventies

Het derde onderdeel van de handleiding bevatte vragen met betrekking tot interventies. Tijdens het telefonische gesprek werden aan de respondenten vragen gesteld over de interventies vanuit het IvP en zelf ondernomen acties. Voor het opstellen van deze vragen waren gesprekken gevoerd met medewerkers van het IvP om na te gaan wat het IvP aanbiedt na oranje of rode score op de verwerkingsscan of wanneer er sprake was van een opvallende score. Dit bleken uiteenlopende acties te zijn: vaak blijft het bij een eenmalig telefonisch gesprek, soms wordt de respondent uitgenodigd voor een face-to-face gesprek of wordt de respondent doorverwezen naar een psychotherapeut voor therapeutische behandelingen (cognitieve gedragstherapie, EMDR). Voor de eenmalige telefonische gesprekken en de face-to-face gesprekken waren verschillende opties mogelijk: informatie over het normale verwerkingsproces na een schokkende gebeurtenis en begeleiding bij het nemen van stappen terug naar het werk, waarbij het met name gaat om de confrontatie met de plaats waar het incident plaatsvond. Ook kan het zijn dat de respondent zelf hulp had gezocht naar aanleiding van het incident waarbij verschillende antwoord mogelijkheden waren: respondent ging op eigen initiatief naar een huisarts, psycholoog of andere hulpverlener. Vervolgens konden zeer uiteenlopende interventies hebben plaatsgevonden waaronder psycho-educatie, begeleiding bij het nemen van stappen terug naar het werk, EMDR en cognitieve gedragstherapie. Het kon echter ook zijn dat de respondent hulp had gezocht bij een fysiotherapeut. Hierbij was er sprake van een interventie van een andere orde. Aan elke respondent is gevraagd welke interventie er plaats gevonden had en vervolgens is gevraagd of de respondent zelf hulp gezocht heeft buiten het IvP om.

Ook zijn er in dit onderdeel van het interview vragen gesteld die door de onderzoeker zijn opgesteld. Deze vragen gingen over de mate waarin de respondent de aspecten van een goede interventie van Hobfoll et al. (2007) had ervaren. Deze vragen hadden betrekking op de interventie die de respondenten hadden meegemaakt, of deze nu door het IvP waren geïnitieerd of door de respondent zelf.

3.3.4. Life-events

Ten behoeve van het tweede onderzoek dat werd uitgevoerd door een medestudent en tegelijk met dit onderzoek werd afgenomen is er een vierde onderdeel toegevoegd aan het interview. Dit betrof vragen omtrent schokkende gebeurtenissen op het werk en eventuele gebeurtenissen in het privé leven. Deze vragen hadden betrekking op schokkende gebeurtenissen die hadden plaatsgevonden voor de eerste afname van de verwerkingsscan. Er werd aan de respondenten gevraagd in hoeverre ze eerder een agressie- of suicide-incident hadden meegemaakt. Ondanks dat in het IvP databestand het aantal gebeurtenissen per respondent vermeld staat, werd ter controle aan elke respondent gevraagd of het aantal klopte. Vervolgens werd gevraagd of ze een cijfer konden geven aan de ernst van de vijf meest

recente incidenten die voor de verwerkingsscan hadden plaatsgevonden. Om de vragen omtrent de eventuele gebeurtenissen in het privé leven te scoren, is de List of Threatening Events (LTE) van Brugha, Bebbington, Tennant en Hurry (1985) afgenomen. Hierbij werd gevraagd of er voor het incident sprake is geweest van eventuele gebeurtenissen in het privé leven. Wanneer dit het geval bleek te zijn werd er naar enige beschrijving van de gebeurtenis gevraagd.

Hoofdstuk 4: Resultaten

Dit onderzoek werd uitgevoerd onder 49 respondenten, die allen werkzaam zijn bij NS en een schokkende gebeurtenis op het werk hebben meegemaakt. 42 respondenten waren mannen met een gemiddelde leeftijd van 44.79 (SD = 11.52). De 7 vrouwelijke respondenten hebben een gemiddelde leeftijd van 49.86 (SD = 8.40).

4.1. Beschrijvende statistieken en inventarisatie interventies

Na het afnemen van de tweede verwerkingsscan werden verschillende patronen in veerkracht gevonden. Patroon houdt hier in: de chronologische volgorde van de stoplichtscores op de eerste en tweede meting. Om een duidelijker beeld te verkrijgen van de verschillende patronen die behaald zijn is gekeken welke patronen er gevonden zijn en hoe vaak deze patronen voorkwamen. Het meest voorkomende patroon (n=26) was groen-groen (veerkracht – veerkracht). Als er teruggegrepen wordt op de patronen van Bonanno (2005) kan gesteld worden dat dit overeenkomt met het veerkracht-patroon. Het patroon niet veerkracht - veerkracht komt 18 keer voor in deze steekproef, dit patroon komt overeen met Bonanno's omschrijving van herstel. Veerkracht – niet veerkracht komt in de steekproef 1 keer voor, dit patroon lijkt op Bonanno's patroon van uitgestelde PTSS. Daarnaast kwam het patroon niet veerkracht – niet veerkracht 4 keer voor, wat overeenkomt met de beschrijving van Chronische PTSS. In onderstaande Tabel 2 is schematisch weergegeven hoe vaak deze reactiepatronen van Bonanno terugkwamen in de steekproef. Ook is erbij genoemd welke stoplichtscores in eerste en tweede meting zijn gevonden die dit patroon vormen.

Tabel 2: schematisch overzicht van de aantallen per patroon

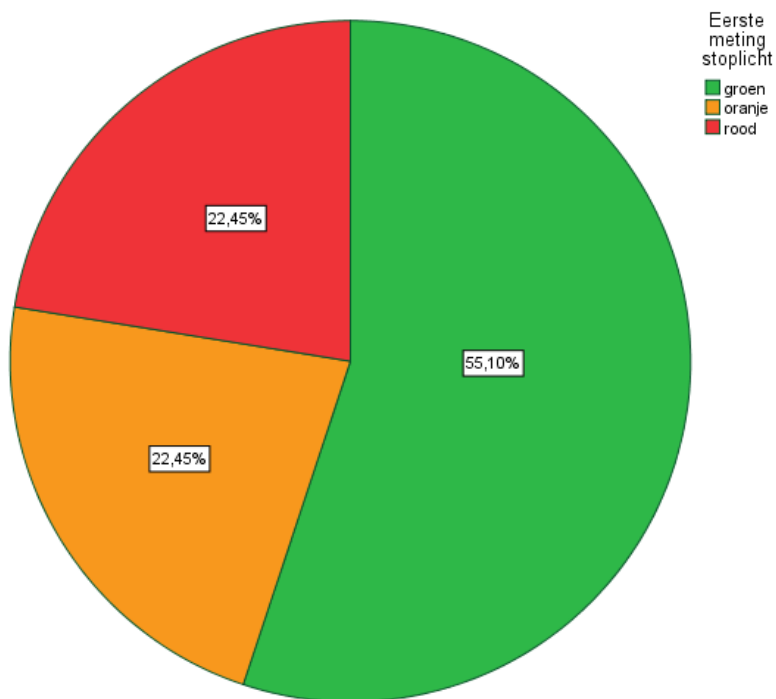
Reactiepatroon	Aantal	Eerste meting	Tweede meting	Aantal
volgens Bonanno				
Veerkracht	26	Groen	Groen	26
Uitgestelde PTSS	1	Groen	Oranje	1
Chronische PTSS	4	Rood	Oranje	1
		Oranje	Rood	2
		Rood	Rood	1
Herstel	18	Oranje	Groen	9
		Rood	Groen	9
Totaal	49		Totaal	49

In figuur 4 en 5 is in een taartdiagram zichtbaar welke scores de respondenten haalden op respectievelijk de eerste en de tweede afname van de verwerkingsscan. Er is te zien dat er op de tweede afname veel meer respondenten een veerkrachtige score hebben behaald dan op de eerste afname. Door middel van Repeated Measures ANOVA is gekeken of de klachten in de gehele

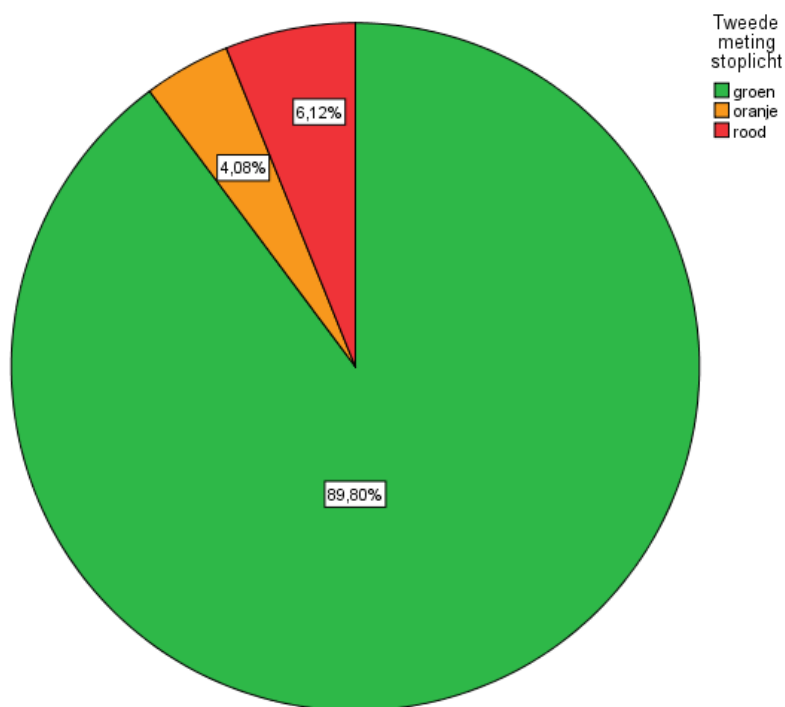
steekproef op de tweede meting significant zijn afgenomen ten opzichte van de eerste meting. Om dit te bereiken is gekeken naar de totaalscores op de SVL en de GAF (zoals gezegd vormen deze twee onderdelen samen de verwerkingsscan). Uit Wilks Lambda bleek dat respondenten significant lager scoorden op de SVL op de tweede meting ($F(1, 48)=44,49$; $p<0.0001$). Vervolgens bleek dat de respondenten significant hoger scoorden op de GAF-score op de tweede meting ($F(1, 48)=26,83$; $p<0.0001$). Dit betekent dat de respondenten op de tweede meting significant minder PTSS-klachten tonen en een hoger niveau van algemeen functioneren rapporteren. In tabel 3 hieronder zijn de gemiddelden en standaarddeviaties op de SVL en GAF schematisch weergegeven.

Tabel 3: Gemiddelde scores PTSS-klachten en algemeen functioneren bij eerste en tweede meting.

	Eerste meting ($n=49$)		Tweede meting ($n=49$)		<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
SVL	20.80	18.14	4.29	8.42	<0.001
GAF	7.20	1.87	8.57	1.47	<0.001



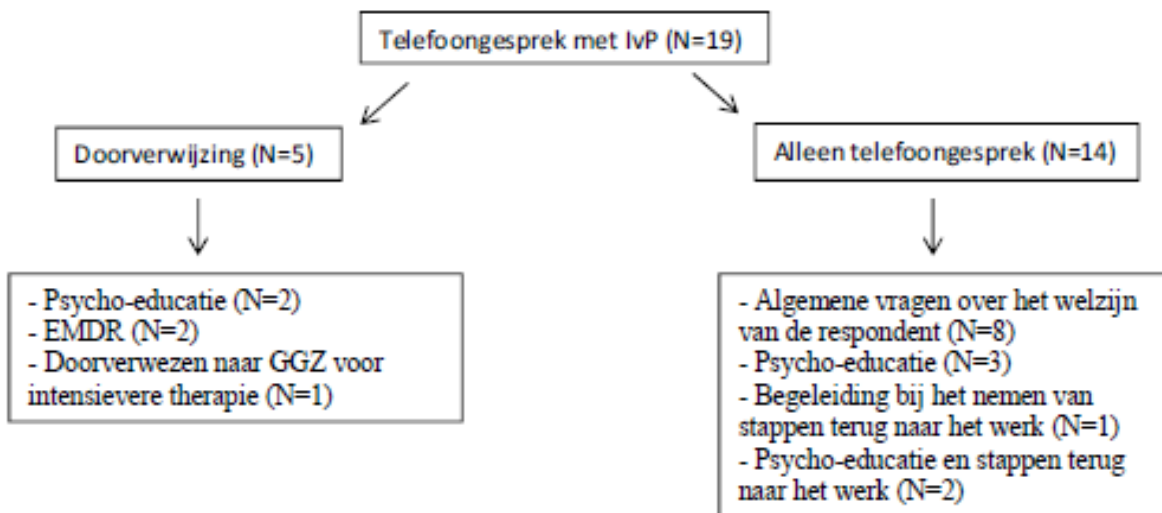
Figuur 4. Taartdiagram met de percentuele verdeling van de stoplichtscores op de eerste meting



Figuur 5. Taartdiagram met de percentuele verdeling van de stoplichtscores op de eerste meting

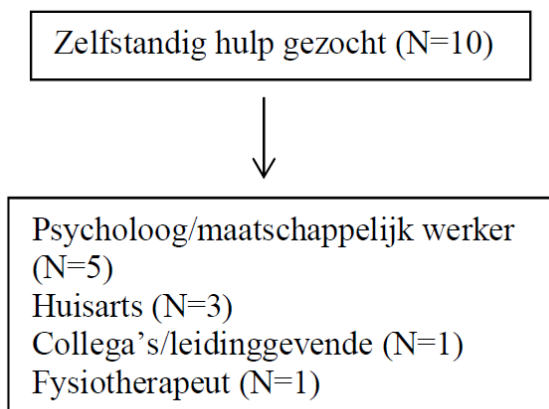
Er is een indicatie van PTSS als respondenten hoger scoren dan 25 op de SVL. Op de eerste afname van de SVL (ongeveer een week na de schokkende gebeurtenis) scoren 17 respondenten hoger dan 25 op de SVL en deze respondenten zouden op de langere termijn mogelijk een PTSS-indicatie kunnen krijgen. Op de tweede afname van de SVL scoren nog slechts 3 respondenten hoger dan 25 op de SVL. Uit een Wilcoxon rangtekentoets voor gekoppelde paren is gebleken dat deze afname significant is ($Z=-3.50$; $p<0.001$).

Het tweede element uit de hoofdvraag (naast de veerkracht die hierboven is beschreven) is de interventie. In de inleiding en methode is interventie gesplitst in twee soorten: hulp die aangeboden wordt door het IvP en hulp die respondenten zelf hebben gezocht. Na afname van de vragenlijst is gebleken dat erg weinig mensen zelf hulp hebben gezocht. Ook bleek dat naar aanleiding van een telefoongesprek met het IvP voor weinig mensen aanleiding was voor een doorverwijzing naar hulpverlening. In Figuur 6 is te zien wat er gebeurd is met de 19 personen die gebeld zijn door het IvP. Hierbij moet wel vermeld worden dat een aantal respondenten aangaf zich niet meer te kunnen herinneren of het IvP contact met hen had opgenomen. Vaak was het incident al langer geleden en dachten ze er zelf nooit meer aan. In Figuur 7 is schematisch weergegeven hoeveel mensen zelf hulp gezocht hebben en wat deze hulp inhield.



Figuur 6. Schematische weergave van de acties die vanuit het IvP ondernomen zijn.

Van de mensen die door het IvP gebeld zijn scoorden er 3 groen, 7 oranje en 9 rood op de eerste verwerkingsscan. 24 respondenten die groen scoorden zijn niet gebeld, evenals 4 respondenten die oranje scoorden en 2 respondenten die rood scoorden. Of zij daadwerkelijk niet gebeld zijn is helaas niet na te gaan omdat uit de interviews bleek dat veel respondenten niet meer zeker wisten of ze wel of niet gebeld waren.



Figuur 7. Schematische weergave van het aantal respondenten dat zelf hulp gezocht heeft

Bij het bestuderen van de data bleek dat er overlap te bestaan: een aantal mensen was gebeld door het IvP en heeft daarnaast ook zelf hulp gezocht. Het gaat hier om 8 mensen waarbij een aantal kanttekeningen te plaatsen zijn. 3 van deze respondenten hadden lichamelijke klachten waarvoor ze naar de fysiotherapeut of huisarts zijn gegaan. 2 respondenten moesten naar reguliere GGZ voor de behandeling van problemen in hun jeugd toen de klachten naar aanleiding van het incident voldoende waren afgenomen. 1 respondent had al een maatschappelijk werker voordat hij met het IvP in aanraking kwam en heeft kort met deze hulpverlener over de problemen gesproken (maar hij heeft niet specifiek contact met die hulpverlener gezocht vanwege het incident). 2 respondenten hebben

zelfstandig hulp gezocht bij een psycholoog en hebben daar een korte therapie ondergaan (respectievelijk 2 en 5 sessies).

Er zijn twee mensen niet door het IvP gebeld die wel zelf hulp gezocht hebben. 1 van deze personen heeft met een leidinggevende gepraat en is door hem begeleid in het nemen van stappen terug naar het werk. De andere respondent die niet gebeld is en zelf hulp gezocht heeft, heeft 20 sessies bij een psycholoog gehad.

Een aantal respondenten wist niet meer zeker wat er was gedaan door het IvP en wat ze zelf hadden gedaan. Om deze reden en om het feit dat de aantallen zo laag zijn is besloten de groepen samen te voegen. Er is onderscheid gemaakt tussen mensen die een aantal keer gebeld zijn en mensen die een uitgebreider zorgtraject in gegaan zijn (verwijzing naar een psycholoog of andere professional). Na de samenvoeging leverde dat de aantallen op zoals die in tabel 4 zijn weergegeven. Bij verdere analyses ter beantwoording van de hoofdvraag en de andere deelvraag zijn de categorieën zoals in tabel 4 genoemd (“alleen telefonisch” en “hulptraject”) meegenomen als condities, ook is een conditie “niets gedaan” toegevoegd.

Tabel 4. Een schematische weergave van de aantallen respondenten die hulp gehad hebben en wat deze hulp inhield.

	Hulp gekregen	Alleen telefonisch	Hulptraject
Ja	21	10	11
Nee	28	39	38

Op basis van deze informatie is de eerste deelvraag (welke hulp wordt op dit moment geboden?) beantwoordt. Op dit moment worden respondenten die de verwerkingsscan invullen gebeld als zij niet-veerkrachtig scoren. Als er aanleiding voor is tijdens dit telefoongesprek, worden zij doorverwezen naar een aan het IvP gerelateerde psycholoog of andere professional. Als er sprake is van fysieke problemen nemen respondenten over het algemeen zelf het initiatief om hiermee naar een huisarts of fysiotherapeut te gaan. Dit verklaart waarom in tabel 4 staat dat 10 respondenten alleen gebeld zijn, terwijl in figuur 6 gezegd wordt dat 14 respondenten gebeld zijn. 4 respondenten hebben zelfstandig hulp gezocht en zijn zo in een hulptraject belandt, zij zijn dus niet alleen telefonisch geholpen.

4.2. Analyses ter beantwoording van de hoofdvraag

Zoals in de voorgaande paragraaf besproken zijn er 3 condities wat betreft psychosociale hulp:

- 1) Er is niets gedaan (N=28)
- 2) De respondent is alleen gebeld (N=10)
- 3) De respondent is een hulptraject ingegaan (N=11)

Bij het algemeen functioneren was er sprake van meerdere patronen:

- 1) Bij de eerste meting veerkrachtig en bij de tweede meting ook (veerkracht, N=26)
- 2) Bij de eerste meting veerkrachtig en bij de tweede meting niet meer veerkrachtig (uitgesteld, N=1)
- 3) Bij de eerste meting veerkrachtig en bij de tweede meting ook niet veerkrachtig (chronisch, N=4)
- 4) Bij de eerste meting niet-veerkrachtig en bij de tweede meting wel veerkrachtig (herstel, N=18)

In tabel 5 is te zien hoe de aantallen in deze groepen zich tot elkaar verhouden.

Tabel 5. De verschillende veerkrachtpatronen en condities tegen elkaar uitgezet

	Veerkracht	Uitgesteld	Chronisch	Herstel	Totaal
Niets gedaan	23	0	0	5	28
Alleen gebeld	2	1	1	6	10
Hulptraject	1	0	3	7	11
Totaal	26	1	4	18	49

Om te kijken of de verschillen in bovenstaande tabel significant zijn is een Chi-square toets uitgevoerd die de invloed van conditie meet op de verdeling van de aantallen in de tabel ($\chi^2=12,53$; $p=0,002$). Deze is bij lage aantallen minder nauwkeurig dan een Fisher's exact toets, maar Fisher's exact toets kan alleen uitgevoerd worden bij een 2x2 tabel en dus niet bij een tabel met meer groepen. Er is een versie van Fisher's exact toets die dit wel kan (Fisher-Freeman-Halton exact toets) maar deze is nog niet beschikbaar in SPSS 20. Bij lage aantallen beoordeelt Chi-square iets sneller als significant, maar omdat de p-waarde in dit geval zo laag is, wordt verwacht dat deze toets bij grotere aantallen ook significant zou zijn.

Dat deze waarde significant is, is geen verrassing. Het hangt namelijk van de eerste score van de respondent af in welke conditie hij of zij geplaatst wordt. In het patroon waarbij de eerste score minder veerkrachtig was, worden per definitie andere dingen gedaan dan bij de patronen waarbij de respondenten bij de eerste meting wel erg veerkrachtig waren.

Hierom is er besloten om een Friedman-toets te doen met de verschillen van de SVL tussen de eerste en de tweede meting. Er is gekozen voor een Friedman-toets omdat deze niet-parametrische toets twee of meer onderling afhankelijke metingen met elkaar kan vergelijken. De toetsgrootheden en p-waarden zijn in tabel 6 weergegeven. Opvallend is dat de invloed van de conditie alleen bellen op de verschillen niet significant is. Als er alleen gebeld is, is de score na verloop van tijd nagenoeg gelijk aan de score op de eerste meting. Hiermee kan de hoofdvraag ("in hoeverre hebben interventies invloed op de veerkracht van NS-personeel na een schokkende gebeurtenis?") beantwoord worden: in

de condities “niets gedaan” en “hulptraject” bleken de klachten significant te zijn verminderd. Voor de conditie “alleen gebeld” bleken de klachten niet significant toe- of afgenomen te zijn. In het discussiedeel van dit verslag zal hierover meer gezegd worden.

Tabel 6. Schematische weergave van de relatie tussen condities en de verschillen tussen de voor- en nameting

	χ^2	df	P
Niets gedaan	21,16	1	<0.001
Alleen gebeld	0,40	1	0,527
Hulptraject	11,00	1	0,001

Uit een Kruskal-Wallis toets is gebleken dat de mate waarin Hobfoll’s kenmerken van een goede interventie terugkomen in elke conditie significant verschillen ($\chi^2=16.72$, $p>0.001$). Per conditie is in tabel 7 de M, SD, minimale en maximale score op Hobfoll’s kenmerken van een goede interventie weergegeven. Opvallend is dat de respondenten in een hulptraject het laagst scoren. De correlatie tussen de verschillen in de SVL en de totaalscore op Hobfoll’s kenmerken was significant ($p=0.024$). Hiermee kan de tweede deelvraag (“hangt de afname van de klachten samen met de mate waarin aspecten van een goede interventie terugkomen in de ingezette interventie?”) beantwoord worden: het lijkt erop dat de mate waarin aspecten van een goede interventie ervaren worden niet samenhangt met de afname van klachten. Dit blijkt uit de significante daling van klachten in de “hulptraject” conditie, terwijl de respondenten in deze conditie de kenmerken het minst ervaren hebben.

Tabel 7. Weergave van gemiddelde, minimale, maximale score en SD van de mate waarin Hobfoll’s kenmerken van een goede interventie ervaren zijn.

	M	SD	Minimum	Maximum
Niets gedaan	41.22	5.69	31	50
Alleen gebeld	41.89	8.68	27	50
Hulptraject	28.91	7.16	18	39

Hoofdstuk 5: Discussie

Het doel van dit onderzoek was te bekijken wat de invloed van interventies is op de veerkracht van NS-personeel na een schokkende gebeurtenis. In dit hoofdstuk worden de hoofd- en deelvragen en de hypothesen besproken die in het theoretisch kader uiteengezet zijn. Ook zullen de sterke punten en beperkingen van dit onderzoek worden besproken. Vervolgens worden aanbevelingen voor de praktijk en suggesties voor vervolgonderzoek gegeven.

5.1. Bespreking van de resultaten

De eerste deelvraag uit dit onderzoek luidde: welke hulp wordt er op dit moment geboden? Uit de interviews is gebleken dat er verschillende interventies hebben plaatsgevonden bij respondenten waarbij dat nodig leek (een oranje of rode score op de eerste verwerkingsscan). Een aantal mensen (N=14) heeft één of meerdere telefonische gesprekken met een medewerker van het IvP gevoerd, waarin gepraat werd over verschillende onderwerpen. 5 andere mensen zijn naar aanleiding van een telefoongesprek verwezen naar een GGZ-professional die aangesloten is bij het IvP. Deze mensen kregen psycho-educatie en EMDR, één respondent gaf aan dat hij langdurige therapie gehad heeft. Uit de interviews is gebleken dat mensen met fysieke klachten vaker zelf hulp zochten via de huisarts of fysiotherapeut. Al met al kan gezegd worden dat dit overeenkomt met hetgeen beschreven staat in de richtlijn voor psychosociale ondersteuning geüniformeerden (Impact & Trimbos Instituut, 2012): mensen worden verwezen naar een intensievere vorm van hulp wanneer uit de screening (verwerkingsscan) blijkt dat dit nodig is.

In de praktijk kan de vraag gesteld worden of dit systeem van doorverwijzen wel voor iedereen de juiste hulp biedt. Bonanno (2005) beschreef dat 5 tot 10% van de mensen die een schokkende gebeurtenis meemaakt Delayed PTSD (uitgestelde PTSS) ontwikkelt. Dit zijn mensen die initieel wel klachten hebben, maar net onder de cut-off score van een PTSS-diagnose vallen. Het kan voorkomen dat de klachten van deze mensen na een aantal maanden (of soms zelfs jaren) zodanig toenemen dat er toch gesproken kan worden van PTSS. Op dit moment krijgen alleen de mensen die oranje of rood scoren op de verwerkingsscan later een uitnodiging om een tweede keer een verwerkingsscan in te vullen. Hiermee vallen de mensen die uitgestelde PTSS zouden kunnen krijgen buiten de boot. Tijdens de afname van dit onderzoek bleek er één persoon te zijn die in eerste instantie een groene score op de verwerkingsscan had, maar bij de tweede afname bleek de score rood te zijn geworden. Dit kan worden ondervangen door iedereen die een verwerkingsscan invult ook een tweede bericht te sturen met mogelijkheid tot het invullen van een tweede verwerkingsscan.

De tweede deelvraag luidde: Hangt de afname van klachten samen met de mate waarin aspecten van een goede interventie (Hobfoll et al., 2007) terugkomen in de ingezette interventie? Deze aspecten zijn veiligheid, geruststellen, self-efficacy, verbondenheid en hoop. Tijdens de analyse van de

resultaten viel op dat de respondenten in een hulptraject de laagste mate van aspecten van een goede interventie rapporteerden. De aspecten van een goede interventie werden in significant hogere mate ervaren in de condities waarin respondenten alleen gebeld waren, of wanneer er niets gedaan was. Daarmee kon worden geconcludeerd dat de mate waarin Hobfoll's aspecten ervaren zijn in deze steekproef niet samenhangen met de afname van klachten. Een mogelijke verklaring voor deze uitkomst kan zijn dat deze respondenten een interventie door een professional nodig hadden omdat zij de genoemde aspecten minder hebben ervaren in hun eigen omgeving. Dit zou suggereren dat de vragen omtrent deze aspecten verkeerd gesteld zijn aan de respondenten waarbij een interventie heeft plaatsgevonden. Mogelijk lag de nadruk in de vragen teveel op de periode voor de interventie in plaats van op de interventie zelf. In de volgende paragraaf zal meer gezegd worden over de kwaliteit van de vragen omtrent dit onderwerp.

Hjemdal (2007) deed een onderzoek waaruit bleek dat vrijwel geen getroffene het erg vond wanneer er direct contact met hem/haar gezocht werd en dat van de mensen waarmee contact opgenomen werd vrijwel niemand ontevreden was over de hulp die zij ontvingen. Mensen die zelf hulp moesten zoeken of die helemaal geen hulp hadden gekregen waren in 20% van de gevallen ontevreden. Helaas kon er in ons onderzoek niet gekeken worden naar de invloed van hulp die zelf gezocht moest worden versus aangeboden hulp, vanwege de kleine steekproef.

Verschillende analyses zijn gebruikt ter beantwoording van de hoofdvraag: In hoeverre hebben interventies invloed op de veerkracht van NS-personeel na een schokkende gebeurtenis? Dat de verschillen tussen de drie condities ("niets gedaan", "alleen bellen" en "hulptraject") significant waren is niet opvallend te noemen. Het is immers de score op de eerste verwerkingsscan die bepaalt in welke conditie de respondent terecht komt. Later is per conditie gekeken naar de significantie van de verschillen op de verschillen. Hieruit kwam naar voren dat de invloed van de condities "niets gedaan" en "hulptraject" significant was. Daarnaast bleek de invloed van de conditie "alleen bellen" op de verschillen niet significant te zijn. Eerst werd gedacht dat dit mogelijk verklaard kon worden door de mate waarin aspecten van een goede interventie ervaren werden. Uit verdere analyse bleek echter dat de respondenten in deze conditie een erg hoge mate van deze aspecten hebben ervaren en dat de verklaring dus ergens anders gezocht moest worden. In de conditie "alleen bellen" zaten 10 respondenten, 6 daarvan zaten in het reactiepatroon recovery. De vraag is of de klachten die deze mensen in eerste instantie hadden niet ook waren afgenomen wanneer er niets zou zijn gedaan. Hoewel de resultaten anders zouden kunnen worden als het onderzoek wordt herhaald met een grotere steekproef, blijft het belangrijk om de vraag te stellen of alleen bellen wel toegevoegde waarde heeft. Mogelijk is dit een te sterke interventie voor de mensen waarvan de klachten na verloop van tijd "gewoon" verdwijnen (veerkracht en herstel als reactiepatroon) maar is de interventie te licht voor andere mensen.

Het feit dat de invloed van de conditie “niets gedaan” op de ervaren klachten significant is wil niet zeggen dat er nooit een interventie plaats moet vinden. De significante afname van klachten in de conditie hulptraject kan hiervoor als bewijs gezien worden. De score op de verwerkingsscan bepaalt in welke conditie de respondenten terecht komen en deze resultaten betekenen dus alleen dat het goed is dat er niets gedaan wordt bij respondenten die op dit moment in de conditie niets doen terecht komen (groene score op de verwerkingsscan). Hoewel hierbij wel een tweede afname van de verwerkingsscan kan worden aanbevolen. Er kan gesteld worden dat geen interventie niet altijd goed is.

5.2. Sterke kanten en beperkingen

5.2.1. Sterke punten

Tijdens de afname van de interviews maakten meerdere respondenten duidelijk dat ze aandacht voor de gebeurtenissen op hun werk erg belangrijk vinden. Veruit de meeste respondenten vonden het daarom geen probleem om deel te nemen en gaven aan dat ze in het kader van onderzoek wel vaker gebeld wilden worden. Een aantal respondenten gaf aan dat ze zich soms niet zo goed begrepen voelden door hun omgeving en dat er op ongepaste momenten gevraagd werd naar “spannende verhalen” over hun werk. Gedurende de afname van de interviews kwam naar voren dat de respondenten zich door de onderzoekers begrepen voelden en het ook wel fijn vonden om te praten over hun ervaringen. Mogelijk zagen de respondenten dit als een vorm van sociale steun. Zoals in het theoretisch kader van dit verslag genoemd wordt is sociale steun erg belangrijk bij het voorkomen van PTSS (Impact, 2012). Dit wil niet zeggen dat er door dit onderzoek gevallen van PTSS zijn voorkomen, maar er is duidelijk geworden dat de meeste respondenten dit soort onderzoek als steunend ervaren.

Zoals in de methode beschreven staat is de Schokverwerkingslijst een valide en betrouwbaar meetinstrument om de mate van PTSS-klachten in individuen te bepalen. Het feit dat deze vragenlijst gebruikt is om deze klachten te meten draagt bij aan de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Door middel van het opstellen van een handleiding voor de afname van de interviews is getracht de kwaliteit van de interviews te bewaken. Omdat de interviews door twee verschillende onderzoekers afgenomen werden was het erg belangrijk dat de vragen op dezelfde manier gesteld werden. De onderzoekers hebben geoefend met het afnemen van de interviews voordat de respondenten daadwerkelijk gebeld werden. Door de vragen letterlijk vast te leggen in een handleiding waaruit de vragen konden worden voorgelezen en waarin de antwoorden direct konden worden opgeschreven is geprobeerd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten. Hoewel deze interbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet bepaald kon worden (vanwege de kleine steekproef in dit

onderzoek) kan er in ieder geval vanuit gegaan worden dat de interviews zoveel mogelijk op dezelfde manier zijn afgenomen.

Tijdens de interviews kwam naar voren dat een klein aantal respondenten ($N = 3$) nog steeds een oranje of rode score behaalden op de verwerkingsscan. In het interview werd dan vaak meteen duidelijk waarom deze respondenten nog problemen hadden. Ze hadden dan last van een meer recent incident op hun werk of privéproblemen. Vanwege de invloed van de GAF-score op de stoplichtscore van de verwerkingsscan kon het zijn dat respondenten een oranje of rode score behaalden terwijl zij geen PTSS-klachten meer ondervonden van het initiële incident. Zij hadden mogelijk om andere redenen een erg lage tweede GAF-score en daardoor een oranje of rode stoplichtscore tijdens de interviews. Omdat de onderzoekers niet getraind zijn in het behandelen of begeleiden van dit soort klachten en problematiek hebben de onderzoekers alle respondenten gevraagd of zij behoefte hadden aan een gesprek met een medewerker van het IvP of Impact die hierin wel getraind was. Op deze manier is geprobeerd ethische tekortkomingen van dit onderzoek te ondervangen.

5.2.2. Beperkingen

De grootste beperking van dit onderzoek was de kleine steekproef. Hierdoor is de power in dit onderzoek klein. Onderzoeksresultaten dienen hierdoor met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Zoals in de voorgaande paragraaf is genoemd heeft de kleine steekproef er daarnaast voor gezorgd dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet bepaald kon worden. Daarnaast kon er niet gekeken worden naar verschillen tussen hulp die de respondenten zelf moesten zoeken en hulp die hen door het IvP geboden werd. Ook konden de validiteit en betrouwbaarheid van de vragen over de interventies niet bepaald worden door de beperkte steekproef. Deze vragen zijn door de onderzoekers opgesteld in overleg met experts van Impact en het Instituut voor Psychotrauma. Toch moeten de resultaten omtrent deze vragen met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Een andere beperking was het ontbreken van een controlegroep. In de praktijk bleek dat de richtlijn voor psychosociale zorg voor geüniformeerden zoals die beschreven is door Impact en het Trimbos Instituut (2012) in de praktijk goed gehanteerd wordt. De meeste respondenten hadden de verwerkingsscan al wat langere tijd geleden voor het eerst ingevuld en eventuele interventies hadden volgens de richtlijn ten tijde van het onderzoek al plaatsgevonden. Het opstellen van een controlegroep was op dat moment onmogelijk. Daarnaast is het ethisch niet te verantwoorden om een groep mensen niet te benaderen voor behandeling als uit de vragenlijst blijkt dat zij klachten ervaren.

Er is voor de afname van dit onderzoek een vragenlijst gebruikt om de aspecten van een goede interventie volgens Hobfoll et al. (2007) uit te vragen. Deze vragenlijst is door de onderzoekers zelf opgesteld. Gezien de beperkte tijd die de onderzoekers hadden voor dit onderzoek was er geen tijd

voor een pilot-test met deze vragenlijst om de betrouwbaarheid en validiteit te bepalen. Hierover zal in de volgende paragraaf meer gezegd worden.

Omdat de steekproef klein was is de generaliseerbaarheid van dit onderzoek beperkt. Of de huidige steekproef representatief is geweest voor de gehele populatie van NS-personeel is niet duidelijk. Ook is onbekend of deze reactiepatronen en interventies representatief zijn voor de gehele populatie NS-medewerkers. Hierom moet met voorzichtigheid gegeneraliseerd worden. Daarnaast is het niet met zekerheid te zeggen dat iedere geüniformeerde baat heeft bij interventies zoals ze gedaan worden bij het NS-personeel. Het kan gesteld worden dat personeelsleden van NS in mindere mate getraind zijn in de confrontatie met agressie of het zien van lijken dan andere geüniformeerden zoals politie, ambulancepersoneel of militairen. Hierdoor is het mogelijk dat deze andere groepen geüniformeerden belang hebben bij andere interventies en mogelijk ook andere screening dan NS-personeel.

5.3. Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen aanbevelingen worden gedaan die mogelijk van belang zijn in de praktijk. De belangrijkste conclusie is dat het goed is dat er in sommige gevallen een interventie plaatsvindt. Dit betreft met name respondenten die oranje of rood scoren op de eerste verwerkingsscan. De eerste aanbeveling die hieruit voortkomt is de volgende. Zoals in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk is beschreven, worden mensen met een groene score op de eerste verwerkingsscan op dit moment niet uitgenodigd voor een tweede afname van de verwerkingsscan. Wij pleiten ervoor om alle personen die een verwerkingsscan invullen, ook een tweede verwerkingsscan in te laten vullen. Hiermee kunnen personen die uitgestelde PTSS ontwikkelen gesignaleerd worden. Hierdoor kunnen deze mensen toch passende hulp ontvangen. Mogelijk zou dit in het protocol aangepast kunnen worden.

In de praktijk zou erg mooi zijn als er met elke respondent persoonlijk contact zou kunnen worden gelegd. Uit onderzoek van Hjemdal (2007) is gebleken dat mensen het niet erg vinden als er contact met hen opgenomen wordt en dat zij dit soort contact en daaruit voortkomende hulp als erg positief ervaren. Tijdens de afnames van de interviews hebben de onderzoekers gemerkt dat respondenten het prettig vinden om over hun ervaringen te praten. Daarnaast lijkt het ons goed als alle respondenten die één keer gebeld worden, na een aantal weken nog een keer gebeld worden om te vragen hoe het dan gaat. In de resultaten viel hier op dat de conditie “alleen bellen” niet significant was en dat het grootste deel van deze respondenten waarschijnlijk op eigen kracht zou zijn hersteld. Er zijn echter een aantal respondenten die eenmalig zijn gebeld waarbij de klachten later zijn toegenomen of niet zijn afgenomen. Door alle respondenten die één keer gebeld zijn later nog een keer te bellen, kan worden gekeken of (een aantal van) deze respondenten uitgestelde of chronische PTSS-klachten

ontwikkelen. Op deze manier wordt de drempel naar het zoeken van hulp verlaagd en kunnen hulpverleners vinger aan de pols houden. Wij realiseren ons hierbij dat het persoonlijk contact leggen met elke respondent in de praktijk waarschijnlijk moeilijk te realiseren is. Veel NS-medewerkers vullen jaarlijks de verwerkingsscan in en het zou veel werkdruk met zich meebrengen om met deze mensen allemaal persoonlijk contact op te nemen.

Tijdens de analyse van de resultaten kwam de vraag naar voren of mensen met een niet-groene score op de verwerkingsscan (ongeveer 40% van de respondenten) die een grote mate van de aspecten van Hobfoll et al. (2007) ervaren in hun persoonlijke omgeving na verloop van tijd vanzelf een groene score krijgen. Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn om te kijken of dit klopt: nemen de PTSS-klachten van mensen die veel veiligheid, geruststelling, self-efficacy, hoop en verbondenheid ervaren in hun eigen omgeving vanzelf af of is hier een interventie voor nodig? Hierbij zou natuurlijk wel rekening gehouden moeten worden met ethische vraagstukken die een dergelijk onderzoek met zich mee zou brengen. Ook moet er dan een betrouwbare en valide vragenlijst opgesteld worden die deze aspecten uit kan vragen. Het ontbreken van een dergelijke vragenlijst was één van de tekortkomingen van dit onderzoek.

Aangezien de grootte van de steekproef in dit onderzoek de grootste beperking blijkt te zijn, wordt ervoor gepleit dit onderzoek te herhalen met een grotere steekproef. Gedacht moet dan worden aan een langer lopende studie waarbij gekeken wordt naar het effect van interventies, en ook naar andere factoren die van belang zijn voor de veerkracht van individuen. Voorbeelden van deze factoren zouden kunnen zijn: opeenstapeling, persoonlijkheidsfactoren, demografische gegevens, etc. (Norris et al., 2002). Ook zou het met een grotere steekproef mogelijk zijn om de invloed van de conditie “alleen bellen” nader te bekijken. Zoals in paragraaf 5.1 genoemd wordt was het opvallend dat de invloed van deze conditie op de afname van klachten niet significant was, maar dat er met een grotere steekproef mogelijk meer duidelijkheid kan worden verkregen.

Omdat uit dit onderzoek is gebleken dat interventies na een schokkende gebeurtenis bij deze steekproef in sommige gevallen nodig zijn, zou het relevant zijn om te kijken naar de invloed van interventies bij andere groepen geüniformeerden. Ook voor hen geldt de richtlijn voor geüniformeerden, maar een inventarisatie van de interventies in de praktijk kan bij deze groepen van belang zijn. Tevens zou het bij andere groepen geüniformeerden interessant zijn om een longitudinale studie te doen waarin ook andere factoren dan interventies meegenomen worden.

Literatuurlijst

- Agaibi, C.E. & Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bakker, A., Meer, C., van der, Brake, H., te, (2013). *Veerkracht in Inpreze* (memo). Amsterdam: Amsterdam Medisch Centrum/ARQ
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman. (HOBFOLL)
- Benight, C.C. (2004). Collective efficacy following a series of natural disasters. *Anxiety, Stress, and Coping*, 17(4), 401-420.
- Benight, C.C. & Harper, M.L. (2002). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 177-186.
- Berendsen, S., De Leeuw, R. & Drogendijk, A. (2005). *Opvang na schokkende gebeurtenissen: een literatuuroverzicht*. Diemen: Instituut voor Psychotrauma.
- Bleich, A., Gelkopf, M. & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*, 290(5), 612-620.
- Bonanno (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135-138
- Brom, D. & Kleber, R.J. (1985). De Schokverwerkingslijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.
- Brugha, T.S., Bebbington, P.E., Tennant, C. & Hurry, J. (1985). The list of threatening experiences: A subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15, 189-194.
- Bryant, R.A. (2006). Cognitive behavior in therapy: Implications from advances in neuroscience. In Kato, N., Kawata, M. & Pitman, R.K. (Eds.), *PTSD: Brain mechanisms and clinical implications* (pp. 255-270). Tokyo: Springer-Verlag.
- Bryant, R.A., Harvey, A.G., Guthrie, R.M. & Moulds, M.L. (2003). Acute psychophysiological arousal and posttraumatic stress disorder: A two-year prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 439-443.
- Carver, C.S. & Scheier, M.R. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Fairbank, J.A. & Gerrity, E.T. (2007). Commentary on “five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence” by Hobfoll, Watson et al.: Making trauma intervention principles public policy. *Psychiatry*, 70(4), 316-319.
- Foa, E.B. & Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatment for posttraumatic stress disorder: A

- critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Harvey, A.G. & Bryant, R.A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Hjemdal, O.K. (2007). *Follow-up of disaster victims. The role of the general practitioners*. English summary. Oslo: Norwegian centre for violence and traumatic stress studies. Available from http://www.nkvts.no/Bibliotek/Publikasjoner/BokerRapporterNotater/Tsunamien_Fastlegerapport.pdf
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315.
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of events scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3).
- Impact, Landelijk kennis & adviescentrum psychosociale zorg na rampen (2012). Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden. Amsterdam: Impact.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jong, de, K., Mulhern, M., Ford, N., Van der Kam, S. & Kleber, R. (2000). The trauma of war in Sierra Leone. *Lancet*, 355, 2067-2068.
- Kleber, R.J. & Brom, D. (1986). Opvang en nazorg van geweldsslachtoffers in de organisatie. *Gedrag & Gezondheid*, 14, 97-104.
- Norris, F.H., Friedman, M.J. & Watson, P.J. (2002). 60,000 disaster victims speak. Part II: Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry – Interpersonal and Biological processes*, 65(3), 240-260.
- 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), 207-241.
- Norris, F.H. & Stevens, S.P. (2007). Commentary on “five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence” by Hobfoll, Watson et al.: Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70(4), 320-328.
- Norris, F.H., Tracy, M. & Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science and Medicine*, 68, 2190-2198.
- NOS.nl (23-12-2013). *Meer agressie en geweld op spoor*. Verkregen op 12-12-2014 via <http://nos.nl/artikel/589961-meer-agressie-en-geweld-op-spoor.html>
- 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.
- Ploeg, van der, E., Mooren, T.T., Kleber, R.J., Van der Velden, P.G. & Brom, D. (2004). Construct

- validation of the Dutch version of the impact of events scale. *Psychological Assessment*, *16*(1), 16-26.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(5), 748-756.
- Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*(3), 549-570.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.

Bijlage

Handleiding telefonisch interview

Y.N. Casteleijn en A.L. Janssen, 2013

1. IvP-code respondent (SPSS: IVP_code)
2. Unieke code (SPSS: UniekeCode)
3. Datum incident: (SPSS: IncidentDatum)
4. Datum interview (SPSS: InterviewDatum)
5. Interviewer (SPSS: Interviewer)

Yara (SPSS=1)

Anna (SPSS=2)

Hallo, spreek ik met _____? Ik ben _____ en ik bel u omdat u de verwerkingsscan heeft ingevuld over een incident dat heeft plaatsgevonden op __-__-__. Ik doe op dit moment onderzoek naar deze verwerkingsscan, zodat het NS-personeel in de toekomst beter ondersteund kan worden na een schokkende gebeurtenis. Toen u in het verleden u de verwerkingsscan heeft ingevuld, heeft u daarbij toestemming gegeven voor deelname aan onderzoek. Komt het nu uit als ik u een aantal vragen stel? (indien nee: kan ik u dan later terugbellen? Zo ja, wanneer?) De vragenlijst duurt ongeveer 20minuten en de antwoorden die u geeft zullen geheel anoniem verwerkt worden. Als u tijdens de vragenlijst nog vragen heeft kunt u die op elk moment stellen.

Ik zie hier in mijn gegevens dat u op __-__-__ een incident heeft meegemaakt op uw werk. Kunt u zich nog herinneren over welke gebeurtenis dit gaat?

(Als ze het zich niet meer kunnen herinneren dan lezen we een klein stukje van incident description voor zodat ze het incident weer herkennen waarvoor ze toen de verwerkingsscan hebben ingevuld).

(Tijdens het interview: als iemand heel overstuur is --> afbreken, vertellen dat hij/zij vandaag of morgen gebeld gaat worden door iemand van het Instituut voor Psychotrauma (en dan even naar secretariaat lopen en doorgeven))

6. Voordat we beginnen met de vragen zou ik graag uw geboortedatum willen weten:
_____ (SPSS: GebDatum)

Deel 1. Verwerkingsscan

Het eerste deel van de vragenlijst zal de verwerkingsscan/schokverwerkingslijst zijn. Die heeft u al eerder ingevuld en het is belangrijk dat u antwoord geeft op de vragen met het incident van (datum) in uw hoofd, en hoe u zich op dit moment voelt over dat incident. De antwoordmogelijkheden zijn: helemaal niet (SPSS=1), zelden (SPSS=2), soms (SPSS=3), vaak (SPSS=4).

7. __ Ik dacht er in de afgelopen zeven dagen aan zonder dat ik dat wilde (SVL1)
8. __ Ik zorgde er in de afgelopen zeven dagen voor niet van streek te raken als ik eraan dacht (SVL2)
9. __ Ik probeerde in de afgelopen zeven dagen de gebeurtenis uit mijn geheugen te bannen (SVL3)
10. __ Ik kon in de afgelopen zeven dagen moeilijk in slaap vallen of in slaap blijven omdat beelden en gedachten erover door mijn hoofd gingen (SVL4)
11. __ Bij vragen had ik er in de afgelopen zeven dagen sterke gevoelens over (SVL5)
12. __ Ik droomde er in de afgelopen zeven dagen over (SVL6)
13. __ Ik bleef in de afgelopen zeven dagen dingen mij eraan herinneren uit de weg gaan (SVL7)
14. __ Ik had in de afgelopen zeven dagen het gevoel alsof het niet echt gebeurd was, alsof het niet echt was (SVL8)
15. __ Ik heb in de afgelopen zeven dagen geprobeerd er niet over te praten (SVL9)
16. __ Beelden ervan schoten in de afgelopen zeven dagen in mijn gedachten (SVL10)
17. __ Andere dingen deden mij er in de afgelopen zeven dagen steeds weer aan denken (SVL11)
18. __ Ik wist dat ik er nog heel wat gevoelens over had, maar ik hield er geen rekening mee (SVL12)
19. __ Ik heb in de afgelopen zeven dagen geprobeerd er niet aan te denken (SVL13)
20. __ Iedere herinnering bracht in de afgelopen zeven dagen de gevoelens weer terug (SVL14)
21. __ Mijn gevoel erover was in de afgelopen zeven dagen als het ware verdoofd (SVL15)

Algemeen functioneren:

22. Deze vraag gaat over uw 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 u uw huidige niveau van functioneren geven? (GAF) _____

Sociale steun

23. Deze vraag gaat over de mate waarin u na de schokkende gebeurtenis steun heeft gekregen vanuit de organisatie, zowel van de wachtdienst en leidinggevende als collega's. Bent u tevreden over deze ondersteuning vanuit de organisatie? (Steun1)

JA (1) NEUTRAAL (2) NEE (3)

24. Deze vraag gaat over de mate waarin u na de schokkende gebeurtenis begrip/erkenning en aandacht heeft gekregen, zowel vanuit de organisatie (wachtdienst, leidinggevende, collega's) als de privé-omgeving. Bent u tevreden over het begrip/erkenning en de aandacht vanuit de omgeving? (Steun2)

JA (1) NEUTRAAL (2) NEE (3)

Deel 2. Inpreze lijst

Er volgt nu een aantal uitspraken over hoe u over uzelf denkt en hoe u doorgaans reageert op moeilijke situaties. U wordt verzocht aan te geven in hoeverre elke uitspraak op u van toepassing is. U kunt elke vraag beantwoorden met: helemaal niet mee eens, niet mee eens, neutraal, mee eens, helemaal mee eens. Dan beginnen we nu met de vragen. (SPSS: helemaal niet mee eens=1, niet mee eens=2, neutraal=3, mee eens=4, helemaal mee eens=5).

25. __ Ik heb vertrouwen in mijzelf. (RES1)
26. __ Ik kan me in een moeilijke situatie makkelijk aanpassen (RES2)
27. __ Ik heb doorzettingsvermogen (RES3)
28. __ Ik kan na tegenslagen de draad weer makkelijk oppakken (RES4)
29. __ Ik ben veerkrachtig (RES5)
30. __ Ik kan goed omgaan met onverwachte problemen (RES6)
31. __ Ik waardeer mijzelf (RES7)
32. __ Ik kan veel tegelijkertijd aan (RES8)
33. __ Ik geloof in mijzelf (RES9)
34. __ Ik zit niet snel bij de pakken neer (RES10)

35. Vragen waarbij de respondent om verduidelijking vraagt (SPSS: noteer nummers van die vragen) (RES11)

36. Als laatste vraag van dit onderdeel zou ik graag willen weten of u de vragen goed te begrijpen vond? (nummers opschrijven van vragen die niet duidelijk waren) (RES12)

Deel 3.

Eerst zullen nu een aantal vragen gesteld worden over de dingen die er na het incident zijn gebeurd. Na het invullen van de verwerkingsscan kan het zijn dat het Instituut voor Psychotrauma contact met u heeft opgenomen. Dit kan ook telefonisch zijn geweest.

37. Heeft u na het invullen van de verwerkingsscan een telefonisch gesprek gehad met het instituut voor psychotrauma? (SPSS: 1=ja, 0=nee) (indien nee: door naar vraag 40) (IVP1)
- JA (1) NEE (0)
38. Zo ja, hoeveel gesprekken heeft u gehad? (SPSS=aantal) (IVP2) _____
39. Heeft u face to face gesprekken gehad met een medewerker van het Instituut voor Psychotrauma? (SPSS: 1=ja, 0=nee) (indien nee: door naar vraag 46) (IVP3)
- JA (1) NEE (0)
40. Zo ja, hoeveel gesprekken heeft u gehad? (SPSS=aantal) (IVP4) _____

Wat is er in die gesprekken besproken?

41. Is er uitleg gegeven over de verwerking van en het omgaan met schokkende gebeurtenissen? (SPSS: 1=ja, 0=nee) (IVP5)
- JA (1) NEE (0)
42. Bent u begeleid met het nemen van stappen terug naar uw werk? En met name naar de confrontatie met de plek waar het gebeurd is. (SPSS: 1=ja, 0=nee) (IVP6)
- JA (1) NEE (0)
43. Is er in de gesprekken iets anders aan de orde gekomen? (SPSS: 1=ja, 0=nee) (IVP7)
- JA (1) NEE (0)
44. (indien 44 ja was) Wat is er aan de orde gekomen? (open vraag, meeschrijven/typen) (IVP8)
(EMDR, cognitieve gedragstherapie)

Het kan natuurlijk ook zo zijn dat u naar aanleiding van het incident zelf hulp heeft gezocht. De volgende vragen gaan daarover.

45. Heeft u naar aanleiding van het incident zelf contact gezocht met een hulpverlener? U kunt hierbij ook denken aan bijvoorbeeld de huisarts. (SPSS: JA=1, NEE=0) (Indien NEE: door naar vraag 54). (Zelf1)
- JA (1) NEE (0)
46. Met wie heeft u contact gehad? (SPSS: 1=huisarts, 2=psycholoog, 3=collega's, 4=overig) (Zelf2)
- _____
47. Hoeveel contacten heeft u met die persoon gehad? (SPSS=aantal) (Zelf3)
- _____

Wat is er in die gesprekken besproken?

48. Is er uitleg gegeven over de verwerking van en het omgaan met schokkende gebeurtenissen? (SPSS: JA=1, NEE=0) (Zelf4) JA (1) NEE (0)
49. Bent u begeleid met het nemen van stappen terug naar uw werk? (Als ze het moeilijk vinden om dit te beantwoorden noemen: bijvoorbeeld begeleid in confrontatie met plek waar het is gebeurd) (SPSS: JA=1, NEE=0) (Zelf5) JA (1) NEE (0)
50. Heeft u therapie gehad? Bijvoorbeeld EMDR, cognitieve gedragstherapie of exposure? (SPSS: JA=1, NEE=0) (Zelf6) JA (1) NEE (0)
51. Is er in die gesprekken iets anders aan de orde gekomen? (SPSS: JA=1, NEE=0) (Zelf7) JA (1) NEE (0)
52. (indien 52 ja was) wat is er aan de orde gekomen? (open vraag, meeschrijven/typen) (Zelf8)

(Kort samenvatten wat de persoon verteld heeft over hulp: welke gesprekken en hoeveel gesprekken er zijn gevoerd en of hij/zij zelf hulp heeft gezocht)

Nu volgen enkele vragen over uw ervaring met het contact dat u gehad heeft, dat we zojuist hebben besproken. U kunt op elk van deze vragen antwoorden met een schaal van 1 tot 10, waarbij 1 staat voor helemaal niet en 10 staat voor helemaal wel.

53. __ Voelde u zich in de eerste maand na het incident veilig op uw werk? (veiligheid, het gevoel weer in een veilige omgeving te verkeren) (Hobfoll1)
54. __ Voelde u zich in de eerste maand na het incident rustig genoeg om weer naar uw werk te gaan? (geruststellen, zo snel mogelijk terug naar een normaal, handelbaar niveau van arousal) (Hobfoll2)
55. __ Heeft u in de eerste maand na het incident het gevoel gekregen dat u na het incident weer op eigen kracht verder kon? (self-efficacy, herstellen van het vermogen om adequaat en efficiënt te handelen) (Hobfoll3)
56. __ Werd u in de eerste maand na het incident voldoende gesteund door uw sociale omgeving? (zoals collega's, familie etc., noemen als ze niet snappen wat je bedoelt, het gaat hier om verbondenheid met de samenleving/gemeenschap)
57. __ Had u er in de eerste maand na het incident vertrouwen in dat het op het werk weer goed zou komen? (Hoop en optimisme) (Hobfoll5)

Deel 4.

Er volgen nu nog een paar vragen over het voorgenoemde incident zelf en over eventuele gebeurtenissen in uw privé leven. Dit zijn de laatste vragen.

58. U heeft aangegeven dat u voor het invullen van de verwerkingsscan waar het nu telkens over gaat al ... keer een agressie incident heeft meegemaakt. Klopt dit? (SPSS: JA=1, NEE=0)
(Agressie1) JA (1) NEE (0)
59. Indien nee bij vraag 58: Hoeveel agressie-incidenten heeft u meegemaakt voor het invullen van de verwerkingsscan? (SPSS=aantal dat wel klopt) (Agressie2) _____
60. U heeft aangegeven dat u eerder al ... keer een suïcide incident heeft meegemaakt. Klopt dit? (SPSS: ja=1, nee=0) (Suicide1) JA (1) NEE (0)
61. Indien nee bij vraag 60: hoeveel suïcide incidenten heeft u meegemaakt voor het invullen van de verwerkingsscan? (SPSS=aantal dat wel klopt) (Suicide2) _____
62. Kunt u 5 incidenten beschrijven die hebben plaatsgevonden voordat u de verwerkingsscan heeft ingevuld over het incident waar we het nu over hebben? En per incident aangeven hoe ernstig u dit vond. (BeschrIncident) Ervaren ernst: 1-10 waarbij 1 helemaal niet ernstig is en 10 heel erg ernstig.

Nummer	Incident type (SPSS: 1=agressie, 2=suicide)	Ervaren ernst (1-10)
1	63 (SPSS: Type1)	64 (SPSS: Ernst1)
2	65 (SPSS: Type2)	66 (SPSS: Ernst2)
3	67 (SPSS: Type3)	68 (SPSS: Ernst3)
4	69 (SPSS: Type4)	70 (SPSS: Ernst4)
5	71 (SPSS: Type5)	72 (SPSS: Ernst5)

De laatste vraag zal gaan over dingen die u in uw leven meegemaakt kunt hebben. Heeft u voor het incident waar we het telkens over hebben, gebeurtenissen meegemaakt die u als ingrijpend heeft ervaren? U kunt hierbij denken aan een overval of beroving, ongeluk, overlijden van een dierbare of bijvoorbeeld ontslag op het werk. (SPSS: JA=1, NEE=0)

Ja Nee

Zo ja:

Kunt u deze gebeurtenis beschrijven?

Voor de interviewer (Niet Oplezen). Scoor aan de hand van onderstaande levensgebeurtenissen:

- | | |
|---|----------|
| 73. Overlijden van eigen kind (SPSS: JA=1, NEE=0) (LifeEvents1) | JA / |
| NEE | |
| 74. Overlijden partner (SPSS: JA=1, NEE=0) (LifeEvents2) | JA / NEE |
| 75. Echtscheiding (SPSS: JA=1, NEE=0) (LifeEvents3) | JA / NEE |
| 76. Ontslag (SPSS: JA=1, NEE=0) (LifeEvents4) | JA / |
| NEE | |
| 77. Ernstig verkeersongeval (SPSS: JA=1, NEE=0) (LifeEvents5) | JA / |
| NEE | |
| 78. Gewelddadige beroving/overval (SPSS: JA=1, NEE=0) (LifeEvents6) | JA / |
| NEE | |
| 79. Lichamelijke mishandeling (SPSS: JA=1, NEE=0) (LifeEvents7) | JA / NEE |
| 80. Seksueel misbruik (SPSS: JA=1, NEE=0) (LifeEvents8) | JA / |
| NEE | |
| 81. Een (natuur)ramp (SPSS: JA=1, NEE=0) (LifeEvents9) | JA / |
| NEE | |
| 82. Oorlogssituatie (SPSS: JA=1, NEE=0) (LifeEvents10) | JA / |
| NEE | |
| 83. Anders (specificeren)(LifeEvents11) | |

Dit waren de vragen. Heel erg bedankt voor uw medewerking.

84. Zou u in de toekomst nog eens benaderd willen worden voor onderzoek? (SPSS: JA=1, NEE=0).
(Toestemming) JA NEE

85. Als u behoefte heeft aan een gesprek zal er door het IvP vandaag of morgen contact met u worden opgenomen. (SPSS: JA=1, NEE=0). JA NEE
(Behoefte)

INDIEN JA: DOORGEVEN AAN SECRETARIAAT

Bedankt voor uw medewerking. Heeft u verder nog vragen of opmerkingen?