

Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises: inzet Medische psychologie binnen het BOT in Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE) (werkdocument).

Hierbij een samenvatting van de multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises, voor zover wij het toepasbaar en relevant vinden voor het Catharina Ziekenhuis (CZE) ten tijde van de Corona-crisis. Onder aan leest u op welke manier Medische psychologie een rol kan spelen in de psychosociale hulp.

Ramp – psychologische impact

We spreken over een ramp. Hoewel de huidige corona crisis geen ramp is in de klassieke zin van het woord, het is geen eenmalige heftige gebeurtenis zoals een vliegtuigcrash, is het wel een zich geleidelijk voltrekkende dramatische gebeurtenis met dezelfde psychologische impact. De ervaringen in Italië hopen we hier natuurlijk niet mee te maken.

Ondersteuning op het werk

De rol van psychosociale hulp in de acute fase van een ramp of crisis is van belang vanuit de wetenschap dat het meemaken van bedreigende en heftig ingrijpende gebeurtenissen leidt tot angst, ontzetting en chaos, zowel bij individuen als in groepen. Blootstelling gaat samen met allerlei stressreacties, zowel psychisch als lichamelijk. Het is waardevol gebleken om te werken vanuit het uitgangspunt dat dit normale reacties zijn op een abnormale gebeurtenis. Onderzoek laat zien dat mensen verschillend reageren en dat reacties het “normale” kunnen overstijgen. Psychosociale zorgverleners zijn bij uitstek professionals die in staat is om te normaliseren, en psychologen kunnen, daar waar wel echt sprake is van acute psychische klachten, professioneel stabiliseren en zo nodig behandelen.

De richtlijn is helder over ondersteuning op het werk:

“Mensen kunnen beroepsmatig op het werk worden geconfronteerd met schokkende gebeurtenissen. Zeker onder arbeidsomstandigheden waar de kans op confrontatie groter is – hulpdiensten, zorgverleners, openbaar vervoer, legeronderdelen – biedt de organisatie mogelijkheden om mensen, middelen en methoden in te zetten voor opvang en ondersteuning van werknemers. Werkgevers dragen een verantwoordelijkheid naar eigen werknemers toe. De werkgroep beveelt aan dat de werkgever begeleiding biedt (uit te voeren door een hulpverlener of getrainde vrijwilliger) wanneer een schokkende gebeurtenis op het werk plaatsvindt.”

In het begin: iets doen of afwachten?

Ook hier is de richtlijn helder: “De startvraag bij een ramp of crisis blijft: wat is hier aan de hand en is dat op het terrein van de PsychoSociale Hulpverlening (PSH) nu of later een probleem? Het antwoord op die vraag is bevestigend in geval van doden, ernstig gewonden en bedreiging van de fysieke integriteit. Hulpverleners kunnen in dat geval twee houdingen aannemen.

(1) Afwachten ligt voor de hand bij klachten die redelijk ‘normaal’ zijn gelet op de situatie, of klachten die dat niet zijn, maar waarvan aannemelijk is dat ze verdwijnen.

(2) Intervenieren is aan de orde als de toestand onacceptabel is, vermoedelijk niet vanzelf verbetert, of zelfs kan verergeren.

Eerder is een lans gebroken voor een terughoudende houding jegens getroffen en, met name inzake opvangmethoden waarbij de schokkende gebeurtenis gedetailleerd wordt nabesproken en emoties

worden geventileerd. De werkgroep onderschrijft dat onnodig of verkeerd ingrijpen niet kwalitatief is, maar benadrukt dat niets of te weinig doen, terwijl dat in het belang is van de getroffene, evenzeer een brug te ver is.”

Aard van de hulpverlening:

De richtlijn zegt: PSH heeft tot doel het natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen (veerkracht) te bevorderen.

PSH aan getroffenen moet:

- bijdragen aan een gevoel van controle, veiligheid, geruststelling, de zelfredzaamheid van individu en gemeenschap, sociale verbondenheid en hoop;
- signaleren en inspelen op actuele behoeften en (psychische) problemen;
- anticiperen op risicofactoren, waaronder bronnen van stress”

Bied na de gebeurtenis voorlichting aan, afgestemd op het begrip, de taal en de beleving van de ontvanger. Deze voorlichting moet bestaan uit:

- geruststellende uitleg over mogelijke stressreacties;
- aanraden, voor zover mogelijk, de dagelijkse routine op te pakken;
- aangeven wat men zelf kan doen en wanneer hulp te zoeken.

Maak onderscheid tussen de volgende groepen (signaleren):

- getroffenen zonder psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen (deze groep dient te worden gerustgesteld en korte voorlichting te krijgen);
- getroffenen bij wie twijfel bestaat over de aanwezigheid van psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen (ook bij deze groep moet kort voorlichting worden gegeven, en de zorgverlener moet een vervolgspraak maken met de getroffene in verband met voortgaande observatie);
- getroffenen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen (bij deze groep is sprake van evidente klinische problematiek en dient direct diagnostiek en/of behandeling te worden aangeboden).

Praktisch zou dit kunnen betekenen dat leidinggevenden en medewerkers BOT een goede omgeving creëren, voorlichting geven en een rol hebben in signaleren en zo nodig doorgeleiden van mensen met psychische stoornissen en/of ernstige klinische symptomen die diagnostiek en/of behandeling behoeven naar Medische psychologie.

Hoe we de zorg voor zorgmedewerkers op wat langere termijn gaan inrichten moet nog verder worden uitgewerkt. Het lijkt ons voor de hand liggend dat dat door de geëigende kanalen van huisarts en bedrijfsarts wordt opgepakt en niet meer door de vakgroepen wordt gedaan die normaliter zich richten op patiënten.

Wat doen we beslist niet?

Ook hierover is de richtlijn helder:

“Dwing mensen niet om te praten over de gebeurtenis en bied geen vormen van ondersteuning waarvan negatieve gezondheidseffecten zijn aangetoond zoals psychologische debriefing.”

Een methode die in het verleden in het kader van preventie op grote schaal is toegepast om de verwerking van de gebeurtenis te bevorderen en daarmee posttraumatische stress symptomen te voorkomen is psychologische debriefing. Psychologische debriefing is een opvangmethode die doorgaans snel na een ingrijpende gebeurtenis wordt aangeboden (binnen de eerste twee dagen), uit één of meerdere gesprekken met een hulpverlener bestaat, individueel of in groepsverband. Deze gesprekken zijn gericht op het gedetailleerd bespreken van de gebeurtenis, het uiten van emoties over de gebeurtenis en het voorlichting geven over stressreacties. Uit verschillende studies blijkt dat

psychologische debriefing - en in het bijzonder de nadruk op het uiten van emoties - de kans op posttraumatische stress symptomen juist vergroot. Traumatische stress is een belangrijk thema binnen de PSH. Buiten de huidige richtlijn zijn er geen Nederlandse evidence based richtlijnen voor de zorgverlening in de eerste vier weken na de gebeurtenis.

Aanbevelingen voor PSH:

Do's:

- luisteren, want praten helpt de betrokkene!
- aanwezig zijn in steunende en structurerende wijze, gesprek dient als vrijplaats voor emoties gezien te worden waarbij wij ons validerend en normaliserend opstellen
- informereren mbt 'normale' stress reacties: in eerste instantie neemt de automatische piloot het over, je gaat over in handelen, daarna komt het voelen pas waarbij alle emotionele reacties als normaal te beschouwen zijn
- organiseren van steun, wanneer mogelijk betrokkene activeren sociaal systeem in te lichten over omstandigheden. Uiteraard in deze omstandigheden gebruik makend van digitale communicatie.
- benadrukken van de zelfregie die nog steeds aanwezig is ondanks gevoel van overspoeling
- wanneer aanwezig bij een overdracht op de cohort-afdeling: heb oog en oor voor de kleine stressoren en wijs afdeling-managers hierop zodat deze geparkeerd kunnen worden voor later - neem informatieve rol aan voor afdeling-managers.
- bij ernstige ontregeling en acute traumatische stress symptomen: verwijzen naar Medische psychologie. Zij kunnen eventueel overleggen met collega's van psychiatrie of ze mee willen beoordelen wat nodig is voor de betrokkene
- voor mensen met acute traumatische stresssymptomen is EMDR of traumagerichte cognitieve gedragstherapie vooralsnog de geprefereerde behandelwijze.

Don'ts

- Actief speuren tijdens gesprekken; gesprek dient een vrijplaats te zijn voor emoties te zijn en voor dat wat er toe doet op dat moment. Ga niet speuren naar traumata of mensen dwingen zich te uiten.
- Bij aansluiten overdrachten, wees erop alert dat er geen 'groepsessie' sfeer ontstaat, wees enkel aanwezig, monitor en benoem je aanwezigheid en mogelijkheid voor individueel gesprek
- psychologische debriefing in eenmalige of meermalige sessies wordt afgeraden;
- De richtlijn zegt weliswaar dat voor mensen met acute traumatische stresssymptomen het gebruik van benzodiazepinen en antidepressiva in de eerste maand wordt afgeraden; (noot hierbij: dit is echter de aanbeveling bij een eenmalige traumatisering, in de hier te verwachten situatie gaat het om een zich ontwikkelende ramp waarin zorgmedewerkers langerdurend in de situatie verblijven.)

Medische Psychologie binnen het BOT in het Catharina Ziekenhuis

Om medewerkers binnen het ziekenhuis zo goed mogelijk te ondersteunen zullen diensten van de Medische Psychologie onderdeel vormen van het Bedrijf Opvang Team.

Vanuit het Bedrijf Opvang Team wordt voorlichtingsmateriaal over stress verspreid onder de medewerkers (zie document "Informatieblad stress bij Corona voor medewerkers") waarin ook over het bestaan van het BOT gecommuniceerd wordt.

Leidinggevende kunnen ondersteuning van het BOT aanvragen via een e-mailadres (...) en/of telefoonnummer (...) Er zal vraag gestuurd en stepped care gewerkt worden. Medische Psychologie is binnen het BOT beschikbaar voor overleg, consultatief medebeoordelen en indien nodig behandelen (eventueel in samenwerking met collega's van psychiatrie voor bijvoorbeeld psychofarmaca overweging) van met name de medewerkers met evidente klinische problematiek óf wanneer het aantal aanvragen niet meer voldoende kan worden opgevangen door de eerste schil medewerkers binnen het BOT.

