

Help, ik heb geholpen

Ervaringen van een verpleegkundige na de brand in Volendam

Help, ik heb geholpen

Yvonne Zwarthoed

Amsterdam, Impact

ISBN 9780-90-78273-05-9

NUR 740

Sponsor

De tot stand koming van dit boek is mogelijk gemaakt dankzij de financiële steun van de Gratama stichting.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van Impact.

Inhoudsopgave

	Voorwoord	8	—
	De feiten	10	—
	Intro	12	—
	Brandwonden bij jonge slachtoffers	12	—
	Samenwerking verschillende instanties	12	—
	Yvonne's verhaal	14	—
	Ik geef me op om te helpen	19	—
	De verzorging deed altijd pijn	21	—
	Wekenlang spookten de beelden door mijn hoofd	26	—
	Jij hebt het nooit moeilijk, zij hebben het moeilijk	34	—
	Impact op mijn leven	46	—
	Epiloog	48	—

—	58	Stressreacties bij traumahulpverlening: risico van het vak?	
—	62	Traumawerk-gerelateerde stressreacties	
—	78	Risicofactoren en beschermende factoren	
—	84	Preventie en behandeling	
—	95	Verklarende woordenlijst	
—	97	Geraadpleegde literatuur	
—	104	Praktische aanbevelingen en literatuur	
	106	Voor de individuele hulpverlener	
	108	Voor een team of organisatie	
	109	Nuttige informatie	
—	112	Dankwoord	
—	114	Impact	
—	115	Colofon	

Voorwoord

“Help, ik heb geholpen”

Het is algemeen bekend dat mensen die plotseling een schokkende of aangrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt daardoor getraumatiseerd kunnen raken en last krijgen van een posttraumatisch stress-syndroom (PTSS). Het is bekend dat hulpverleners, zoals brandweer-, politie-, ambulancepersoneel en militairen naar aanleiding van een veelal alleenstaand incident al last kunnen krijgen van posttraumatische stress. Sinds het begin van de jaren negentig is daar steeds meer aandacht voor, onder meer door speciale opgeleide bedrijfsopvangteams.

Verplegend personeel lijkt van alle hulpverleners minder vaak slachtoffer van PTSS te worden, omdat de medewerkers in een team werken, waardoor het mogelijk is ervaringen en gebeurtenissen met elkaar te delen en omdat er gerouleerd wordt bij de behandeling van een patiënt, waardoor afstand bewaard kan worden.

Hoe anders verging dat Yvonne Zwarthoed uit Volendam, die gedurende lange tijd – oorspronkelijk opgeleid als doktersassistente – twee rollen vervulde, namelijk die van brandwondenverpleegkundige en ‘psycholoog’. Ze stond er in een gesloten gemeenschap als Volendam alleen voor en werkte niet echt in een team. Een hulpverlener binnen een gesloten gemeenschap die daar ook woont, is voortdurend ‘in’ de situatie; zowel bij het werk als daarbuiten. Je komt elkaar steeds tegen en het onderwerp van gesprek is de ramp en de toestand van de getroffenen. Immers, een rampzalige gebeurtenis binnen een ‘bepaalde gemeenschap’ leidt ook altijd tot collectieve stress. Daar zijn veel voorbeelden van. Voor wie zich de context van de cafébrand in ‘t Hemeltje weer voor de geest haalt: viering van oud en nieuw, veel jonge mensen zijn het slachtoffer en zijn getekend voor het leven door brandwonden, allen min of meer bekenden van elkaar in een gesloten gemeenschap en allemaal met de noodzaak van een langdurige en steeds weerkerende behandeling.

Indrukwekkend is het persoonlijke verhaal en de ervaringen van Yvonne Zwarthoed. Vooral de impact die dit heeft gehad op haar eigen leven en die dit nog steeds heeft, is niet zonder betekenis. Hoe ongrijpbaar en onbewust zij PTSS-slachtoffer is geworden, geen grip meer op zaken had en het gevoel kreeg alles kwijt te zijn.

De Stichting Impact heeft besloten het aangrijpende verhaal van Yvonne Zwarthoed in boekvorm uit te geven, aangevuld met een wetenschappelijke analyse en beschouwing. Het doel is om ook bij werkers in de gezondheidszorg, zoals verpleegkundigen, artsen, ziekenhuizen, bij te dragen aan de bewustwording van de ernstige gevolgen van een ‘sluipende ontwikkeling’ van PTSS, in het bijzonder bij het verzorgen van ernstige brandwonden. Ook in meer generieke zin is dit boek bij een dergelijke bewustwording van waarde.

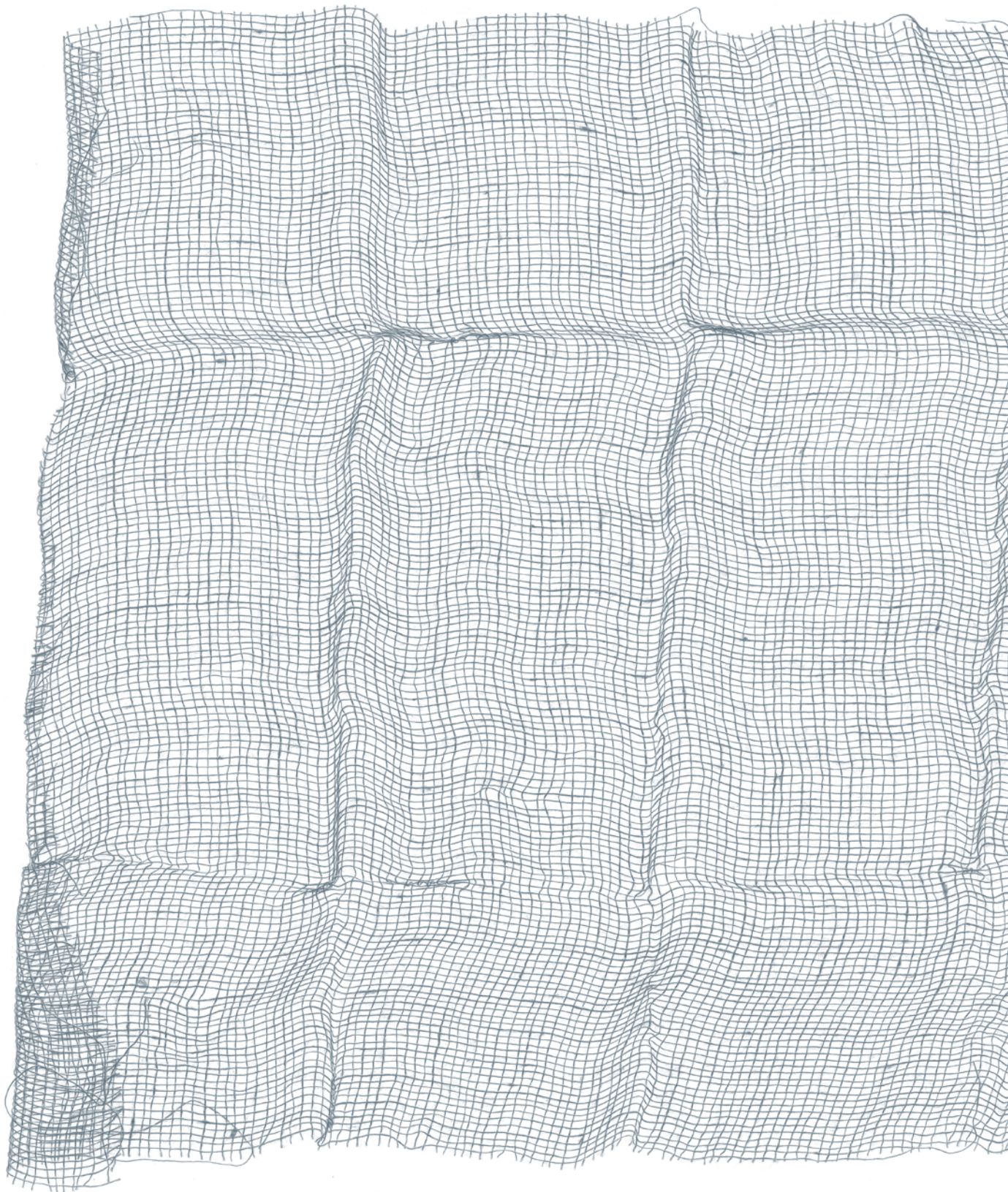
Het boek geeft inzicht in hoe bepaalde behandelende taken, zeker in een specifieke context, sterk kunnen ingrijpen op het persoonlijke leven van werkers in de gezondheidszorg waardoor ze hun werk niet langer meer kunnen doen.

Het boek 'Help, ik heb geholpen' geeft hier inzicht in en geeft praktische tips hoe dit te voorkomen.

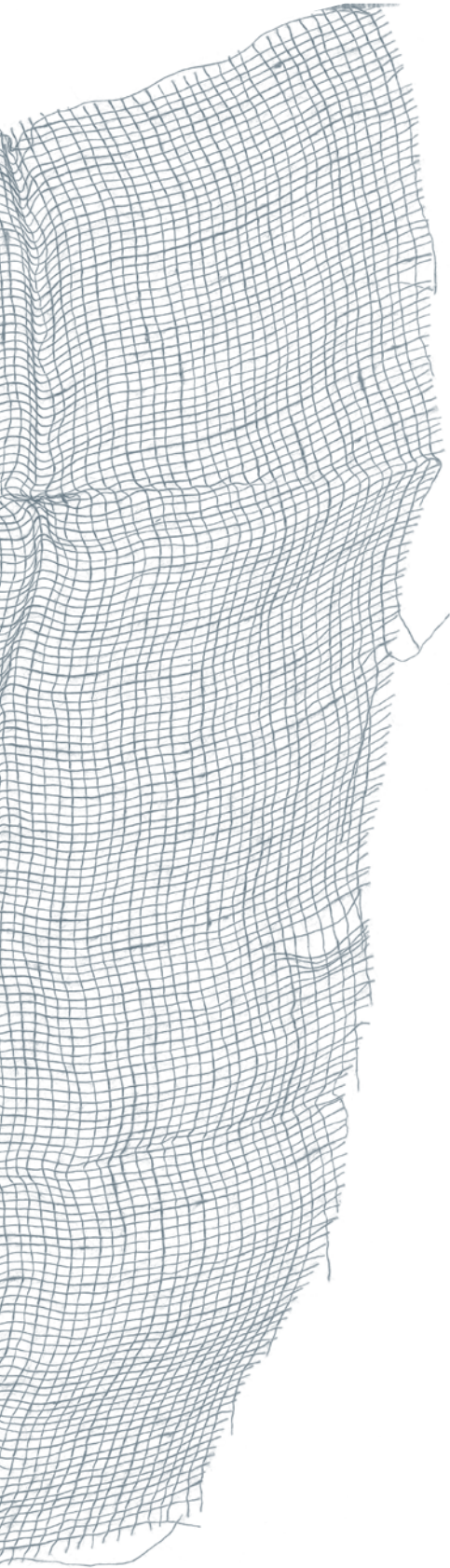
J. Don Berghuijs

Voorzitter stuurgroep

Algemeen directeur Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond



De feiten |



Oudejaarsavond 2001. In het Volendamse café 't Hemeltje breekt rond 0.30 uur een korte hevige brand uit in een ruimte waar wegens oudejaarsavond meer dan 600 mensen aanwezig zijn. 356 jonge mensen worden door rook en vlammen overmand. Door de felle hitte lopen meer dan 300 jongeren brandwonden op aan hun gelaat, handen en onderarmen. De verstikkende rook leidt tot ernstige longproblemen. Mede door de enorme chaos krijgen veel jongeren bot- en beenbreuken en kneuzingen.

241 jongeren worden in diverse ziekenhuizen in de regio opgevangen, van wie 112 op intensive care-afdelingen. Er vallen 14 doden. De getroffenenen zijn in alle gevallen jong, tussen de 13 en 19 jaar. In totaal zijn 16 slachtoffers opgenomen in één van de 3 Nederlandse brandwondencentra. 21 Volendammers zijn naar brandwondencentra in Duitsland en België gebracht. Van hen is de helft 40 tot 70 procent verbrand. De jongeren die in regionale ziekenhuizen liggen en operatieve ingrepen moeten ondergaan, worden later overgeplaatst naar het brandwondencentrum in Beverwijk of de brandwondencentra in Rotterdam en Groningen.

Brandwonden bij jonge slachtoffers

Jonge slachtoffers hebben een grotere kans om brandwonden te overleven. Hiervoor geldt 'de regel van 100': als de leeftijd en het percentage verbrand huidoppervlak samen meer dan 100 bedragen, dan is de kans op overleven klein. Door de jonge leeftijd is de kans op overleven dus groter bij uitgebreidere brandwonden.

Voor jongeren is de verminking extra traumatisch. Omdat er diepe verbrandingen zijn in het gelaat, is goede nazorg erg belangrijk. Het gaat om een grote groep ernstig verminkte jongeren die letterlijk hun gezicht kwijt zijn.

Eerst moeten de wonden worden behandeld. Daarbij ontstaat littekenvorming.

Dikke, harde huid gaat samentrekken. Dwangstanden van het gelaat volgen: de kin wordt naar de borst getrokken, de mond wordt kleiner, oogleden kunnen niet meer sluiten, oren moeten worden geamputeerd. Er is functieverlies en dat moet weer operatief worden verholpen. Pas daarna kunnen cosmetische aanpassingen volgen. Al met al een lange weg voor brandwondenpatiënten.

Samenwerking verschillende instanties

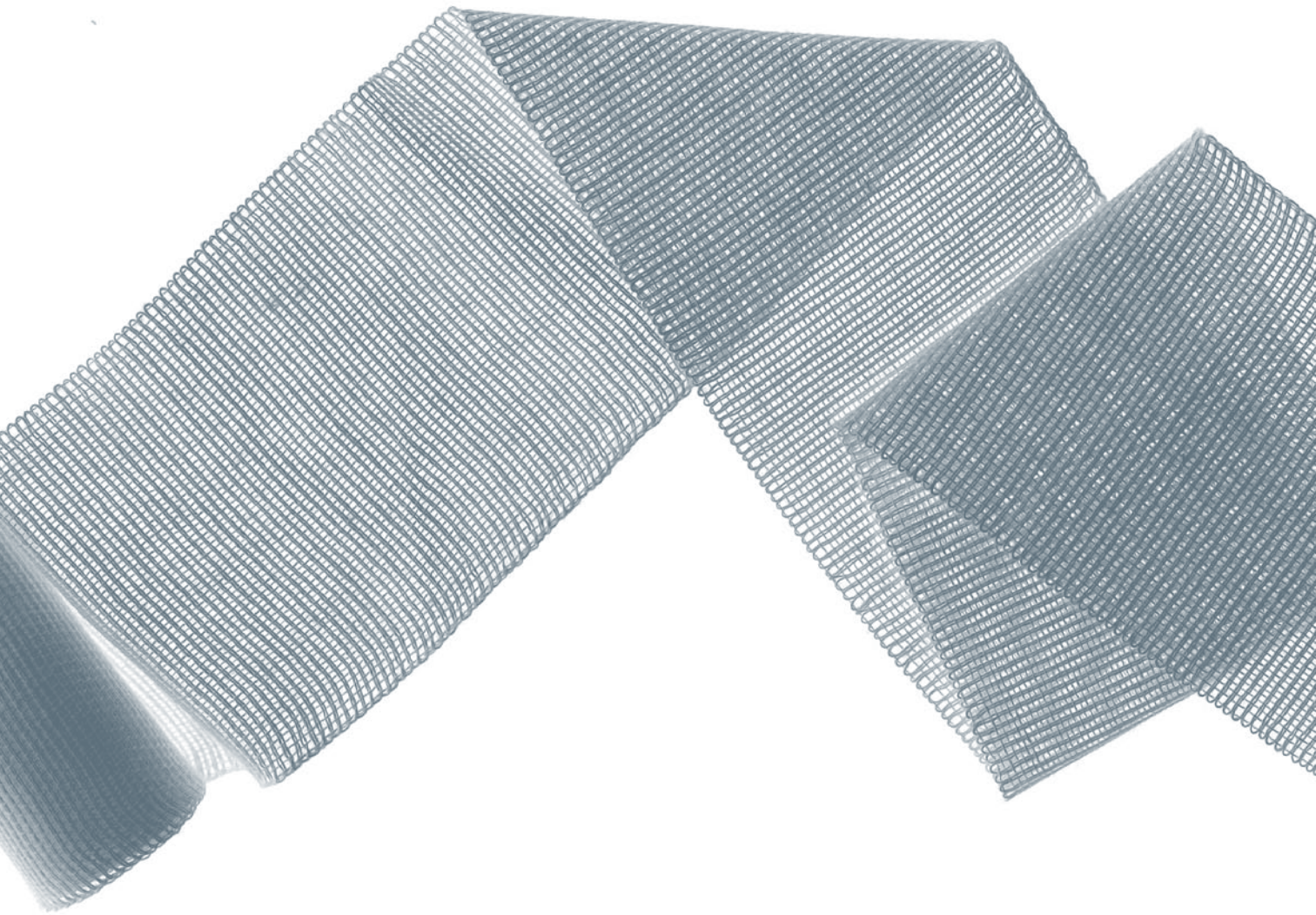
In samenwerking met onder andere het brandwondencentrum te Beverwijk, richt het Waterlandziekenhuis te Purmerend een dependance in Volendam in voor de medische begeleiding van de slachtoffers, die uit de ziekenhuizen naar huis komen. Slachtoffers van de brand die minder zwaar gewond zijn geraakt, kunnen in de dependance terecht voor onder meer controles. Zij hoeven hiervoor dan niet meer helemaal naar Beverwijk te reizen. De dependance is gevestigd in Verpleeghuis Gouwzee. De opvang is een samenwerkingsverband tussen het Waterlandziekenhuis, Thuiszorg Zaanstreek/Waterland, Brandwonden-

centrum Beverwijk en Zorgcirkel Waterland. Verpleeghuis Gouwee heeft een aantal kamers op de begane grond ontruimd en opnieuw ingericht met alle benodigde faciliteiten zoals computers en onderzoekstafels.

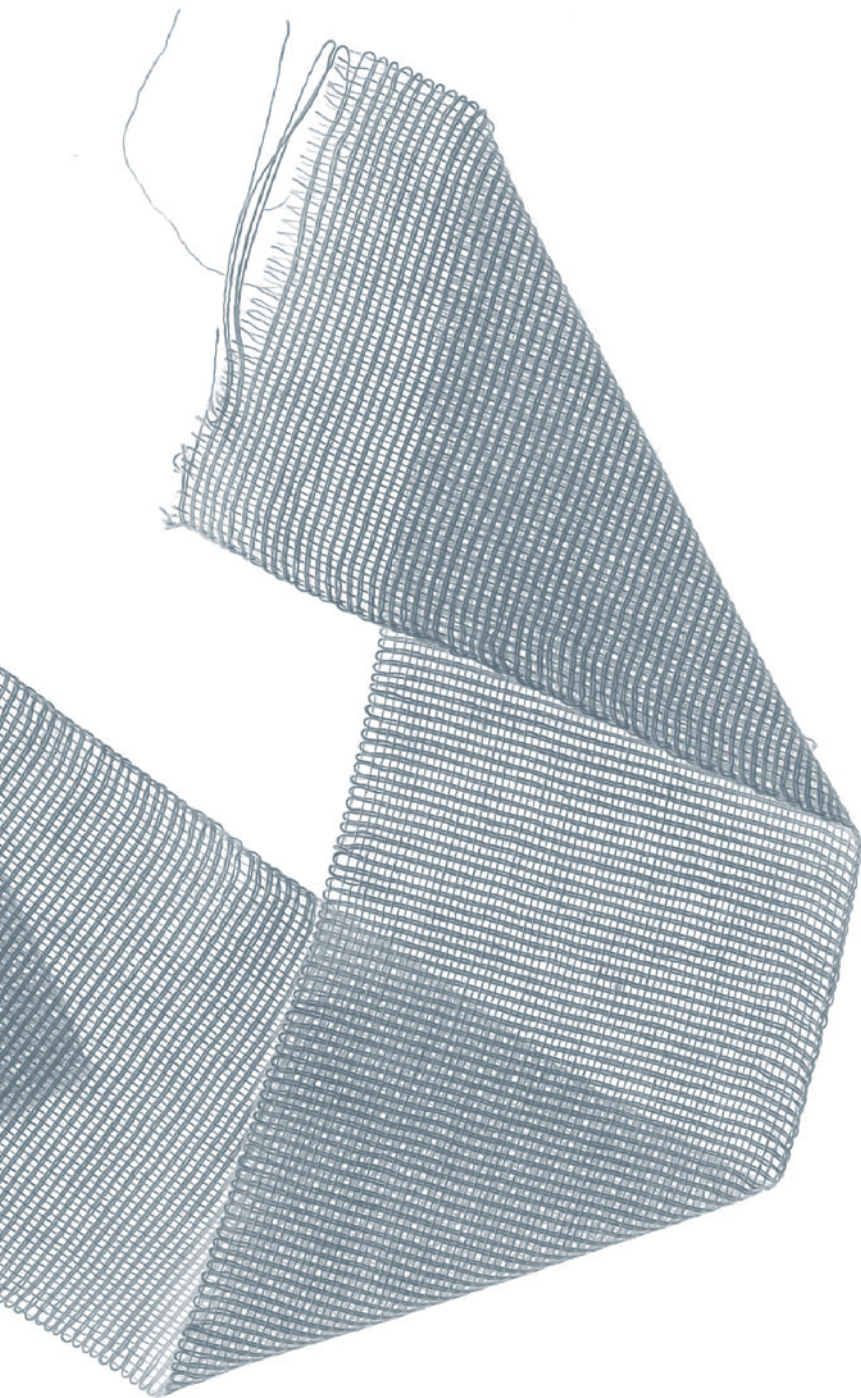
Het Waterlandziekenhuis zorgt voor specialisten en verpleegkundigen, aangevuld met mensen van de Thuiszorg. Het Brandwondencentrum in Beverwijk biedt ondersteunend gespecialiseerd personeel.

Begin maart 2001 richt het Waterlandziekenhuis een tijdelijke polikliniek op in Volendam, voor de behandeling van de brandwondenpatiënten. De dependance in verpleeghuis Gouwee verhuist hiernaartoe. De getroffen en in deze polikliniek terecht voor poliklinische behandelingen zoals dagelijkse verzorging van de brandwonden, fysiotherapeutische en ergotherapeutische behandelingen en longfunctiebeoordelingen. Daarnaast vinden er behandelingen plaats door het brandwondenteam uit Beverwijk onder leiding van een plastisch chirurg, specialisten en ziekenhuispsychologen. Een revalidatiearts houdt ook regelmatig spreekuren.

Het advies- en informatiecentrum Het Anker wordt direct na de brand opgericht als centraal punt voor zorg aan de slachtoffers en getroffen en voor informatie over de ramp. In Het Anker is ook de helpdesk ondergebracht die aanvankelijk was begonnen door het IPC, een kerkelijke instantie voor de beide parochies in Volendam. Begin maart 2001 verhuist Het Anker ook naar de tijdelijke polikliniek en zo is alle zorg en opvang gecentraliseerd in één gebouw.



Yvonne's verhaal |



In dit verhaal leest u de ervaringen van een verpleegkundige in het brandwondencentrum te Volendam. Het is een aangrijpend verhaal, over de schade die een brand kan aanrichten in de levens van jonge mensen en hun omgeving. Maar ook over de impact die dit op het leven van een hulpverlener heeft gehad. Met het publiceren van haar verhaal wil Yvonne andere hulpverleners tot steun zijn in het omgaan met de ingrijpende gebeurtenissen in het werk en wil zij waarschuwen voor de gevolgen die het werken onder extreme omstandigheden kan hebben.

Ook wil ze aan de hand van wetenschappelijke literatuur en advies van diverse deskundigen een aantal kernpunten uit het verhaal onder de loep nemen, zodat deze in de toekomst vroegtijdig kunnen worden gesignaleerd, aangepakt en verbeterd.

Inleiding

Op het moment van de brand viert Yvonne Zwarthoed (32), echtgenote en moeder van 3 kinderen, oudejaarsavond thuis met vrienden en kinderen. Ze is verpleegkundige, maar sinds een paar jaar gestopt met werken en fulltime huisvrouw en moeder. Daarnaast doet ze aan fitness en is ze lid van een muziekvereniging. Als één van de velen meldt ze zich aan om te helpen. 20 maanden werkt ze als doktersassistente in de noodpoli en verzorgt en behandelt ze de wonden van 265 jongeren. Het is een zware, zeer intensieve en leerzame periode die een behoorlijke impact zal hebben op haar leven.

Yvonne: “Ik wist alle voornamen, achternamen, adressen, geboortedata, wie in welk ziekenhuis lag, wanneer er iemand naar huis kwam. Het was een bizarre periode. Je verlegt continu je grenzen: ‘De wonden zijn altijd erg, maar er komt altijd weer iets wat erger is.’”

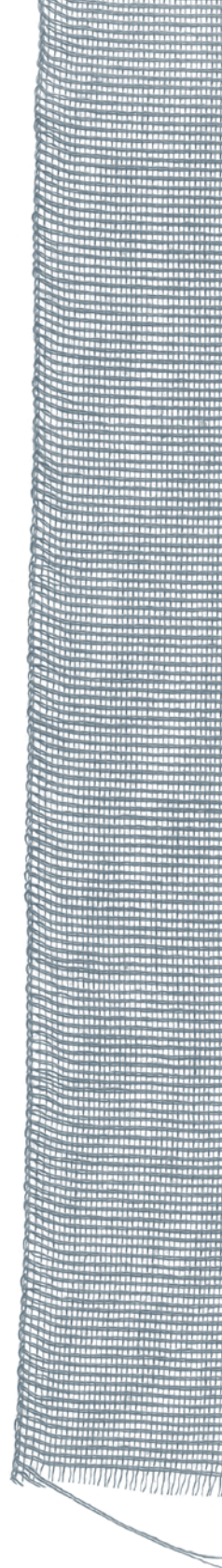
Na de periode in de brandwondenpoli gaat Yvonne weer aan het werk in het nieuw gebouwde behandelcentrum in Volendam. Na het laatste brandwondenspreekuur blijft Yvonne achter met honderden herinneringen die ze met niemand zal kunnen delen. Ze merkt dat ze erg is veranderd. Thuis en op haar werk kan ze haar draai niet meer vinden. Alles is al snel onbelangrijk. In februari 2003 begint ze als verpleegkundige op de dagbehandeling van het Waterlandziekenhuis. In de zomer van 2003 heeft ze daar haar plek gevonden. Wanneer collega's vragen stellen over de brandwondentijd, merkt Yvonne dat ze steeds meer moeite krijgt om erover te praten. Na het vertellen van haar ervaringen is Yvonne iedere keer van slag. Ze probeert daarom het praten erover te vermijden.

Yvonne: “Als er nou niet over gepraat wordt, dan komt het ook niet naar boven. Maar daar was niemand het mee eens.”

Ze heeft er een vreselijke behoefte aan om zich op feestjes te laten gaan en ontvlucht haar thuissituatie steeds vaker. *Yvonne: “Het maakte me niet uit wat, als het maar gezellig was en niet te ingewikkeld.”* Concentreren lukt niet meer. Yvonne voelt zich steeds meer opgejaagd en zoekt koortsig naar nieuwe uitdagingen. *Yvonne: “Ik vond mijn leven echt bijzonder saai geworden. Het was alsof ik alles steeds meer van een afstand zag. De wrijvingen die hierdoor thuis ontstonden, raakten me nauwelijks.”*

In die periode wordt haar vader ernstig ziek en overlijdt haar grootvader. Dit is de druppel die de emmer doet overlopen. *Yvonne: “En toen, 3 juni 2004, was het op. Ik kon niet meer. Na het zoveelste conflict thuis, kwam ik in een enorme depressie terecht en wilde ik alleen nog maar dood.”*

Na een lange weg van vallen en opstaan, blijkt in 2006 dat ze haar werk als verpleegkundige niet meer kan uitvoeren. Ook privé moet ze leren leven met blijvende beperkingen. De diagnose is: posttraumatische stress-stoornis door langdurige secundaire traumatisering.



Ik geef me op om te helpen

Het is middernacht, 1 januari 2001. Yvonne viert het nieuwe jaar thuis met vrienden en hun kinderen. Op straat horen ze mensen rennen. Er blijkt een grote brand te zijn geweest in het dorp, in café 't Hemeltje.

“Ik bel mijn zus die met haar man in de Wir War, een bar onder 't Hemeltje, zou zijn. Ze vertelt dat het binnen vol en rokerig was en dat de naar buiten vluchtende jongeren van de trap af en over elkaar heen vielen. Omdat ze de voordeur niet meer konden bereiken, zijn ze zes meter uit het keukenraam naar beneden gesprongen. Op de dijk zagen ze verbrande mensen de bar uitkomen. Het was een grote chaos op de dijk. Iedereen zocht iemand.”

“In de dagen daarop volg ik al het nieuws en geef ik me op bij het advies- en informatiecentrum (AIC) om te helpen. Ook stuur ik een sollicitatiebrief naar het Waterlandziekenhuis, dat de medische nazorg gaat coördineren. Ik acht de kans zeer klein dat ik aan het werk kan, omdat ik alleen op maandag en dinsdag kan werken. Twee uur na het sollicitatiegesprek word ik opgebeld dat ik kan beginnen, het liefst zo snel mogelijk. Mijn man gaat vier dagen van negen uur werken en mijn moeder komt een dag oppassen. Samen met een collega, een doktersassistente, word ik ingewerkt door de wondverpleegkundige van het Waterlandziekenhuis. We starten op een tijdelijke dependance in het verpleeghuis. Later verhuizen we naar een noodgebouw van het Waterlandziekenhuis. Na ongeveer vijf weken heeft de wondverpleegkundige ons ingewerkt en komt er een teamleidster. Ook komen er een aantal andere nazorginstanties in dit gebouw, zodat alle nazorg zich in één pand bevindt. Deze krijgt de naam Het Anker. Ons team wordt versterkt met een fysiotherapeut (tevens teamleider) en een ergotherapeut. Later worden meerdere eerstelijns fysiotherapeuten bij de behandeling betrokken. De ergotherapeut maakt de spalken voor de handen en vingers van de jongeren. In een later stadium leert ze de jongeren hoe ze zelfstandig dagelijkse dingen kunnen doen, zoals eten, drinken, schrijven, aankleden, veters strikken enzovoorts. Als de hoeveelheid jongeren toeneemt, worden er nog twee ergotherapeuten aangetrokken.”

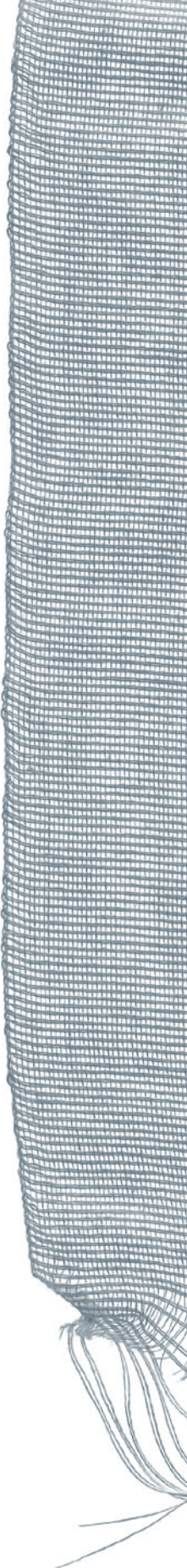
“Toen bleek dat de jongeren helemaal geen zin hadden in de basisoefeningen zoals veters strikken en brood smeren. Dit waren dingen die hun moeder wel voor ze kon doen. We hebben alles uit de kast gehaald om de oefeningen leuk te maken voor de jongeren. Er werden handenarbeidclubjes gevormd met jongens en meiden. Er werd gezaagd, getimmerd, geschilderd, kralenkettingen geregen, taarten gebakken, cocktails gemaakt enzovoorts. De onderlinge sfeer was fantastisch.”

“Ik moet erg wennen aan de verbrandingen en de verhalen. Om de zorg en controle dicht bij huis te geven, komen iedere week twee plastisch chirurgen uit het brandwondencentrum in Beverwijk, een administratief medewerker, een arts die met foto’s de verwondingen in kaart brengt en een verpleegkundige van een afdeling waar verschillende jongeren opgenomen zijn geweest. Deze zorg en controles zijn niet verplicht. De jongeren kunnen er ook voor kiezen onder controle te blijven van hun ‘eigen’ ziekenhuis.”

“Van de verpleegkundige heb ik ontzettend veel geleerd. We verbonden samen de jongeren en zij leerde mij allerlei foefjes hoe dat zo efficiënt mogelijk kon. Dat was vaak een heel gepuzzel, omdat de wonden op de meest onmogelijke plaatsen zaten en het soms best moeilijk was om de verbanden op die plekken te fixeren. Soms had je handen tekort om alles op zijn plek te houden. Iedere dag gingen er grote voorraden verbandmateriaal en zalf doorheen. Ik leerde daarnaast ook van haar hoe ik met de jongeren om moest gaan. Soms moest ik ze hard aanpakken en streng toespreken, wanneer ze nergens zin in hadden.”

“Iedere maandag werk ik alleen. Op dinsdagmiddag werk ik samen met de plastisch chirurgen en assisteer ik bij het spreekuur. Van hen leer ik om te gaan met brandwonden in het dagelijks leven. Daardoor voel ik me steeds meer een brandwondendeskundige. Van de artsen ben ik erg onder de indruk. Van hen leer ik te allen tijde, hoe de wonden er ook uitzien, positief te zijn.”

“Het zag er altijd goed uit en er was altijd, zij het soms minimaal, vooruitgang te zien. En als het achteruit was gegaan, hoorde dat er gewoon bij en zeiden we dat het volgende week weer anders zou zijn. We gaven dan andere zalf of andere oefeningen mee. Iedereen verliet het pand met een positief, opbouwend gevoel. Ik vond het echt wonderbaarlijk, want in de meeste gevallen dacht ik dat het niet meer goed zou komen in de toekomst. Ik verdrong mijn afschuw en deed net of het allemaal normaal was en alsof ik ertegen kon. Ik handelde en dacht alleen maar na over hoe ik iemand het best kon verbinden. Van de artsen kreeg ik steeds complimentjes, ze wilden me meenemen naar Beverwijk. We gingen ook vaak samen nog even wat drinken of een ijsje halen op de dijk, om stoom af te blazen.”



De verzorging deed altijd pijn

Het werk van Yvonne bestaat uit het verzorgen van de wonden. Heel gedetailleerd beschrijft ze hoe dit in zijn werk ging. Ook krijgt ze te maken met de sterke emoties van de jongeren en hun ouders.

“De wachtkamer zat iedere dag vol gewonde jongeren, vaak met hun ouders. De spreekuren op dinsdag liepen steeds langer uit, tot in het begin van de avond. Langzamerhand begon ik te beseffen hoeveel jongeren er gewond waren en dat de minst gewonden toch al forse wonden en littekens hadden. De meisjes maakten zich vooral druk om hun uiterlijk. De jongens vroegen zich vooral af of ze hun werk nog wel konden doen en hoe lang het allemaal ging duren.”

“De verzorging van de wonden deed altijd pijn. De verbanden zaten altijd vast en moesten eerst losgeweekt worden. Daarna maakten we de wonden schoon met zoete olie en lauw water, waarna we de korsten en loszittende stukjes huid met een pincet en een schaar konden verwijderen. Van de wondverpleegkundige leerde ik wat voor zalf erop moest. De recepten voor zalven en verbandmiddelen schreven we uit op naam van de plastisch chirurg. Voor iedereen wordt hetzelfde zalfbeleid afgesproken. Om en om smeerden we de ene dag met Betadinezalf en de andere dag met zinkolie. Over de vette gazen legden we droge gazen of Engels pluksel en daarna brachten we verband of Fixonet aan. Bij infecties of pus uit de wonden werd er een antibioticazalf voorgeschreven. De vette zalf maakte de kleding van de jongeren vies. Dat deden ze dus liever niet. En zichzelf twee keer per dag met zalf of bodylotion insmeren was ook een enorme opgave voor ze.”

Hoofden

“Het duurde steeds langer om iemand te verbinden, soms wel anderhalf uur. De hoofden waren echt verschrikkelijk. Haren waren er vaak afgebrand en alle haarzakjes waren ontstoken. De opkomende, nieuwe haren waren een bron van bacteriën. We maakten de hoofden schoon met Hibiscrub nadat we het verband er afgeweekt hadden. Het verwijderen van het verband was erg pijnlijk, omdat het vaak vastgekoekt zat op het hoofd. De vele korsten moesten er dagelijks weer worden afgetrokken en los worden gepulkt. De hoofdwonden groeiden erg traag dicht en als het even tegenzat, lagen de wonden na een paar weken weer open. We wisselden verschillende bacteriedodende zalven af om de wonden dicht te krijgen. Ook moesten we regelmatig alle haren, die juist een beetje lekker groeiden, er weer afscheren, omdat de wonden te ontstoken bleven en niet dicht wilden groeien. Dit vonden de jongeren zelf heel erg, omdat ze vaak erg blij waren dat er eindelijk weer haar groeide. Met grote, in het verband gepakte hoofden

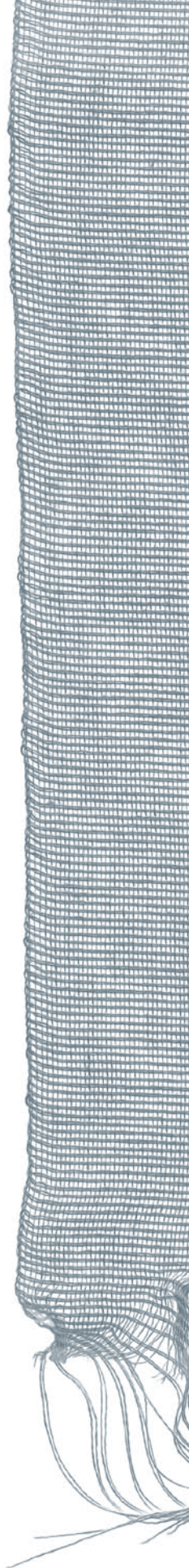
verlieten ze de noodpoli. Het duurde vaak maanden voordat de wonden dicht waren. Veel later, toen geen verband meer nodig was, bedekten de jongeren hun hoofd met een pet of een muts. Wij probeerden ze er wekelijks van te overtuigen met ontbloot hoofd te lopen. Dan zouden de wonden beter genezen en was de kans het kleinst dat ze weer opengingen. Maar ze schaamden zich vaak en vonden het niet leuk met een gehavend, gedeeltelijk kaal hoofd rond te moeten lopen. We probeerden het in ieder geval voor elkaar te krijgen dat ze thuis dan niets op hun hoofd droegen. Dat lukte bij de meeste jongeren dan nog wel.”

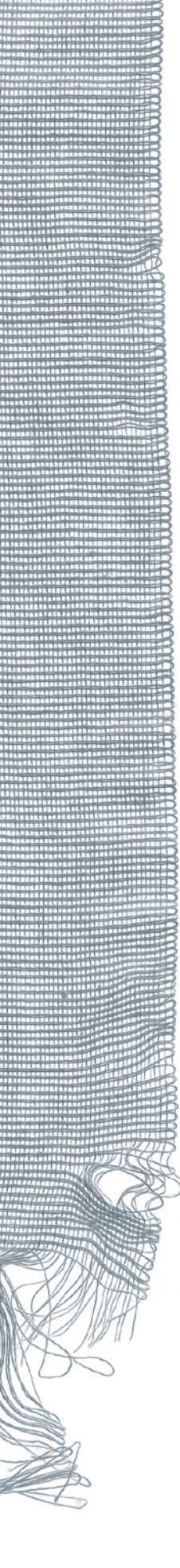
Handen

“De handen waren vaak verschrikkelijk verminkt. Vingers waarvan je het bot kon zien, omdat er geen huid, vlees en spierweefsel meer op zat. Of vingers die alle kanten op gebogen stonden, rare knikken maakten omhoog, naar links of naar rechts. Vingers die het dus niet meer deden, in de weg stonden. En dan natuurlijk nog de vingers die er gedeeltelijk of geheel niet meer waren. En wij moesten dan al die vingertjes verbinden en schoonmaken. Er viel ook wel eens een stukje afgestorven vinger af. De ergotherapeut maakte spalken voor de handen, voor iedere vinger apart. Met elastiekjes eromheen konden ze hun vingers trainen om weer kracht en beweging te krijgen. Sommige jongeren hadden vingers waar nooit meer gevoel in zou komen en die vingers stonden dan ook vaak nog in de verkeerde stand. De plastisch chirurg zette er dan pennen in tijdens een operatie in het ziekenhuis, om de vingers in de functionele stand te houden. De pennen staken een paar centimeter aan de voorkant uit de vingers. Een jongen had een voetbal tegen zijn vinger gekregen. De pen was daardoor in zijn vinger geschoten en hij wist niet wat hij moest doen. Ik belde de plastische chirurg in Beverwijk en vroeg wat er moest gebeuren. Die zei: ‘Haal de pen er maar uit, met een tang en een beetje stevig trekken.’ Doodeng vond ik het en hij zat nog stevig vast ook. Ik moest met mijn voet afzetten om kracht te zetten om de pen eruit te krijgen. Het zweet liep over mijn rug. Na afloop trilde ik, was ik duizelig en moest ik echt even bijkomen. En dan nog dat verdomde onzekere gevoel achteraf, omdat ik natuurlijk niet zeker wist of ik het wel goed gedaan had. Er was ook geen collega aanwezig met wie ik even had kunnen overleggen. Overigens is deze jongen nog een paar keer langs geweest. Hij kon het voetballen niet laten...”

Littekens

“Nagenoeg alle jongeren hadden verbrande handen, een verbrande rug en een verbrand hoofd, de een uitgebreider dan de ander. Sommigen hadden lelijke kabels en woekerende littekens, terwijl anderen er ‘glad’ uitzagen. De huid was uitgedroogd, schilferig, rood en slecht doorbloed. De wonden genazen moeizaam. Er kwamen steeds nieuwe wondjes en blaren bij. Ook kwamen er witte puistjes (talg) waar de jongeren zich voor schaamden. Gek werden ze van de immense jeuk. We hebben samen wat afgekrabd. Ook zetten we ze





van top tot teen in de Kamillosanzalf of bodylotion. Het duurde ruim een jaar voordat de huid eindelijk eens uitgewerkt was en tot rust kwam. Ook kon de huid niet meer zweten. Dit had tot gevolg dat de jongeren het steeds extreem warm hadden. Thuis en op de scholen van de jongeren werden airconditioners geïnstalleerd.

Zodra de zon begon te schijnen, werd het binnen in het noodgebouw, zonder isolatie en ventilatie, zeer warm. Dat was voor de jongeren dus echt heel vervelend, maar wij liepen ook met de zweetstraaltjes langs onze ruggen. Liters vocht raakten we kwijt.

Op een middag heb ik de ijsboer gebeld. Hij reed dagelijks door Volendam met zijn karretje ijs en hij wilde wel een keertje langs de noodpoli rijden. Dat was natuurlijk een erg leuke verrassing. Ik had niet over de betaling van het ijs nagedacht, maar hij schonk het ijs aan ons.

Er werden verschillende methodes bedacht om de littekens sneller uitgewerkt te laten zijn en ze mooier te laten genezen. De ergotherapeuten coördineerden dit. Er werden maskers en drukpakken aangemeten en soms gebruikten we siliconenpleisters. Het vervelende hiervan was, dat de pakken die waren opgemeten en gemaakt, bijna nooit goed pasten. En wanneer ze dan weer opnieuw gemaakt moesten worden, duurde dat vaak weken.”

Vooruitgang

“Je bent blij als je eindelijk voor iedereen een goede vorm van wondverzorging en verpleging hebt gevonden. Daarom denk je er dan niet aan om de zorg over te dragen, voor je eigen rust, of om afstand te houden. Dat wil je de ouders of het kind niet aandoen. Je ziet ook vooruitgang en daar word je dan blij van.”

MRSA bacterie

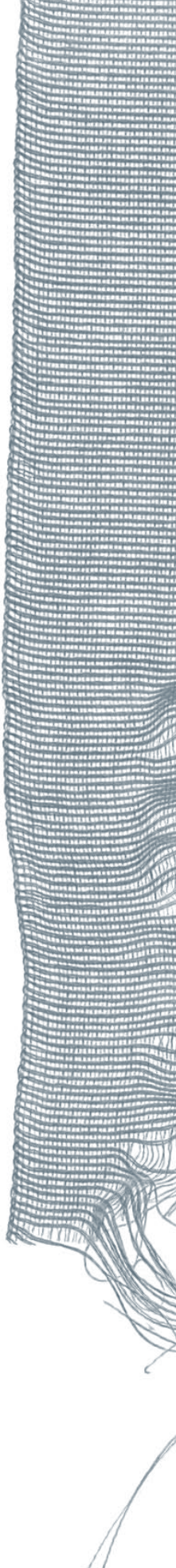
“Bij de jongeren die uit een buitenlands ziekenhuis kwamen, moesten we voorkomen dat ze andere patiënten of personeel zouden besmetten met de MRSA-bacterie. Ze wilden bij elkaar op bezoek, het personeel werkte op verschillende locaties. Kortom, genoeg risico's om de MRSA-bacterie te verspreiden. Er werd dus afgesproken dat iedereen die uit een buitenlands ziekenhuis kwam, eerst in quarantaine moest, totdat duidelijk was of iemand de MRSA-bacterie met zich meedroeg. Toen bleek dat er inderdaad een aantal jongeren besmet was met de MRSA-bacterie, werden wij ook gecheckt. De jongeren bij wie de test nog niet afgerond was, moesten we als ‘besmet’ beschouwen. De besmette jongeren mochten niet op bezoek in andere ziekenhuizen. En wij moesten iedereen die besmet was, verbinden in een isolatiepak. Het heeft best heel lang geduurd voordat echt alle jongeren weer van die bacterie af waren.”

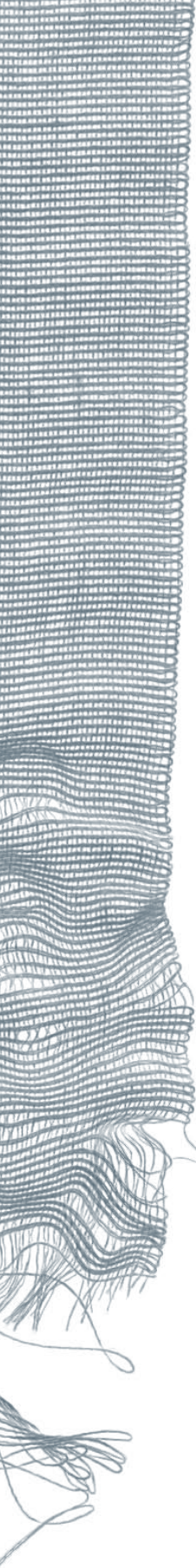
Vragen

“Het hele dorp was natuurlijk in de ban van de brand. Iedereen wist dat ik op de noodpoli werkte. Op straat spraken mensen me aan, zelfs in de supermarkt. Ze stelden vragen als: ‘Hoe ziet die er nu uit? Heeft die nou nog borsten?’ Ik vond dit heel vervelend. Meerdere keren heb ik moeten uitleggen dat ik dat niet kon vertellen. Er is zelfs een keer iemand bij mij thuis aan de deur geweest: ‘Als jij nou vertelt hoe het zit, dan komen er geen gekke verhalen in de wereld die niet kloppen.’ Tijdens verjaardagsfeestjes wist iedereen wel wat te vertellen over een slachtoffer. De verhalen klopten vaak niet met de werkelijkheid. Dat frustreerde me enorm, maar het corrigeren kon ik ook niet. Sommige mensen oordeelden erg hard over de ouders van verbrande jongeren. Ik wist wat die mensen doormaakten en hoe zwaar ze het hadden. Wat kunnen mensen hard zijn, of is dat misschien hun manier van verwerken? Natuurlijk kon je het ze niet kwalijk nemen, niet iedereen is hetzelfde en iedereen gaat er anders mee om. Maar voor mij was het erg moeilijk om hun oordelen aan te horen.”

Agressie

“Alle jongeren waren een periode agressief. Ze schreeuwden en snauwden tegen ons en sloegen af en toe van zich af, om dingen niet te hoeven doen. Of ze verstopten zich op het toilet, omdat ze niet uit hun drukpak wilden. Tijdens het verzorgen van de wonden staan machteloze, in en in verdrietige en uitgeputte ouders naast je. Voor je gevoel schiet je continu tekort, je wilt veel meer voor die mensen doen, maar je weet niet hoe en wat. Ik wist niet hoe ik er het beste mee om kon gaan, had hier geen ervaring mee. Daarom deed ik maar wat ik dacht dat goed was. En dat was ook weer bij iedereen verschillend. Sommigen moest je bij hun nekvel grijpen, terwijl anderen juist op een zachte manier benaderd moesten worden. Nou, ik vond het een hele klus iedere keer en het ging natuurlijk ook wel eens een keer verkeerd. Ook hun ouders moesten het flink ontgelden. De meeste ouders wisten niet goed hoe ze ermee moesten omgaan. Na een aantal erg moeilijke maanden in het ziekenhuis, kregen ze ‘stank voor dank’. Ze waren thuis vaak dag en nacht in de weer voor hun kinderen, die vaak niet konden slapen door angsten en nachtmerries. Aan de andere kant kon ik me ook wel weer voorstellen dat de jongeren dat getuttel aan hun lijf niet wilden. En ze hadden natuurlijk emotioneel ook veel te verwerken. Ze weigerden gewoonweg de oefeningen of opdrachten die wij ze gaven. Ze wilden gewoon niets meer. ‘Kinds wil werd wet’ en ouders deden alles voor hun kind. Na maanden ziekenhuis waren zij op. De verhoudingen raakten zoek, maar ik kon daar niets mee. Ook al kreeg ik een intensieve band met de patiënten en hun ouders, het bleef een polikliniekbezoek. Dat was best heel moeilijk. Op mijn herhaalde vragen of we hierin getraind konden worden, antwoordde mijn manager dat dit niet kon, omdat er geen geld voor was. Bovendien zou ons werk er binnenkort waarschijnlijk op zitten. Bij Het Anker was dit goed geregeld, bij de psychologen en huisartsen ook. Wij vielen er tussenin en hoorden net niet bij die instanties thuis. Ook toen collega’s van de GGD ons een cursus aanboden, kregen we hier de tijd niet voor.





Ik voelde me regelmatig onzeker, ik deed wat ik dacht dat goed was. Nog steeds neem ik het mijn werkgever kwalijk dat er niemand is geweest die zich heeft gerealiseerd hoe moeilijk ons werk was. Na mijn vraag om een cursus hebben we nog een jaar lang doorgewerkt.

Iemand had moeten inzien dat dit te groot was voor een paar personen. Mijn manager werkte vanuit Purmerend en had geen idee wat zich in onze dagelijkse praktijk afspeelde. De noodpoli was onze toko. We regelden alles en zo lang het goed ging, was ze tevreden. En het ging goed, fantastisch eigenlijk.”

Wekenlang spookten de beelden door mijn hoofd

Een aantal patiënten zal Yvonne altijd blijven. Door de verhalen van zich af te schrijven vallen de puzzelstukjes in elkaar. Soms pas vaak jaren later. Met toestemming van de betrokkenen zijn ook deze verhalen in het boek opgenomen.

Haarklemmetjes

“Wat me het meest aangegrepen heeft in de tijd dat ik begon, was een meisje met diepe wonden op haar hoofd, door haarklemmetjes. Tegen haar zin, al slaand en schoppend, werd ze door haar ouders naar binnen gebracht met de woorden: ‘Hier is ze, bind haar maar vast want anders loopt ze weg.’ De tranen stonden in hun ogen. Ik werkte die dag samen met mijn collega. We hadden bedacht dat we haar hoofd zouden schoonspoelen in de kapsalon en ik had gezegd dat ze me mocht knijpen als het pijn deed en dat ik dan even zou stoppen. Dat heb ik geweten, mijn arm was kapot. Ze heeft me ook getrapt. Maar we kregen haar hoofd schoon en hebben haar opnieuw verbonden. Iedere dag kwam ze met tegenzin terug. Op een dag bleef ze weg. Heel lang heb ik daar slapeloze nachten van gehad.

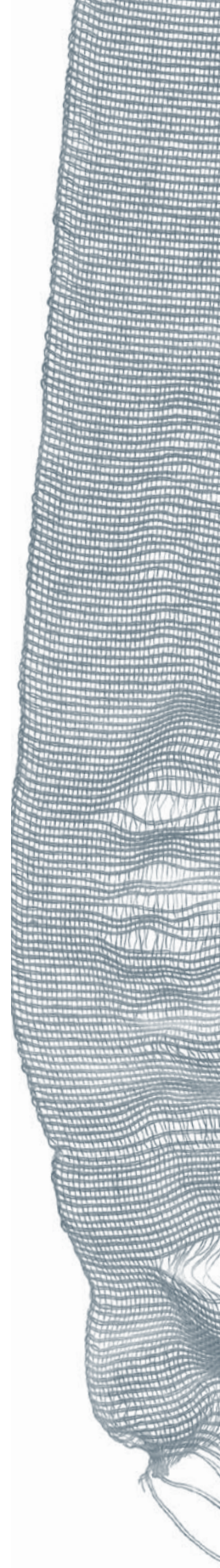
Een jaar later kwam ik haar tegen in een bar, waar ze werkte. Ik wist niet zeker of zij het was. Ze kwam naar me toe en zei: ‘Hé, Yvonne, weet je nog wat we bedakt* hebben vorig jaar om deze tijd?’ Ze was het niet vergeten. Ik was erg blij dat ik er eventjes met haar over kon praten.”

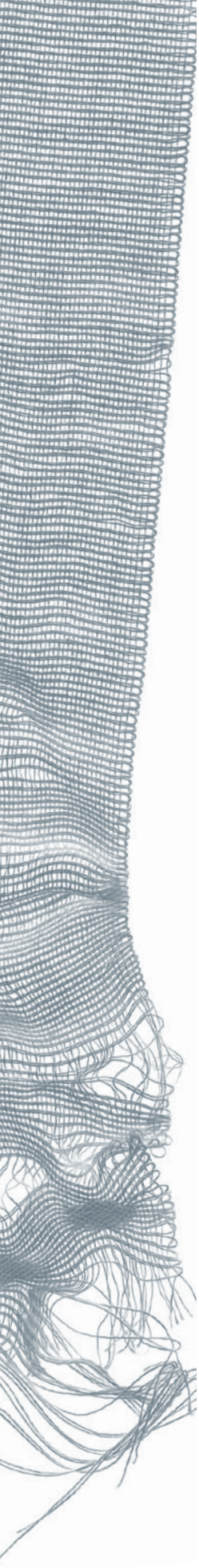
Vader en dochter

“Ontroerend vond ik de vader die met zijn dochter en zoon maandenlang iedere dag naar de noodpoli kwam. Van het meisje mocht alleen haar vader haar aanraken. Ik gaf aanwijzingen hoe hij haar wonden moest verzorgen. Ik kreeg van die vader dan een klein taakje: de zogenaamde wondspecialist. Het ging allemaal een beetje apart, niet helemaal zoals het hoort, verpleegtechnisch gezien dan. Maar samen waren ze er tevreden over. ‘Makkelijk je geld verdienen’, zeiden ze. Ze maakten er grapjes over. Daar moest ik wel om glimlachen.”

Donorhuid

“Een meisje had een transplantatie van een donorhuid op haar voorhoofd gekregen, met als doel om de huid eronder te laten genezen en daarna de donorhuid weer af te stoten. Op haar hoofd moesten we iedere dag heel veel korsten weghalen, plus de pus die eruitkwam. Ze had verschrikkelijk veel pijn bij de verzorging ondanks de pijnmedicatie





vooraf. Iedere dag pulkten en knipten we weer een stuk van het transplantaat weg en verzorgden we de open huid daaronder. Op een maandagmiddag was ik alleen en kwam ze weer langs voor haar wondbehandeling. Ik haalde het verband van haar gezicht. Het zat zo vastgeplakt, dat ik de huid eronder stuk trok. Ik zag dat de donorhuid van haar gezicht weg was. Ook een groot gedeelte van de rechterkant van haar gezicht zat geen vel meer en het bloedde. Alles wat open lag, was ook weer flink ontstoken en de pijn was weer onbeschrijfelijk. We waren hier allemaal ondersteboven van en wisten niet meer waar we het zoeken moesten. Ik huilde, om wat ik zag en om wat ik had aangericht. ‘Had ik het zachter moeten doen? Had ik dit kunnen voorkomen? Wat moest ik nu doen? Waarom ben ik alleen?’

Ik regelde eerst pijnstilling. Daarna heb ik de wondverpleegkundige gebeld in het ziekenhuis. Die kwam meteen. Intussen probeerde ik de ouders en het meisje wat gerust te stellen. Die nacht heb ik nauwelijks geslapen en moest ik af en toe huilen.

De volgende dag was ze de eerste op het littekenspreekuur. Ik moest haar weer van haar verband ontdoen. Haar pijn was weer onbeschrijfelijk. Ik hield me gigantisch in om niet weer te gaan huilen. De arts kwam kijken en besloot dat ze zeer snel een nieuwe transplantatie voor het gezicht nodig had.

De ouders en het meisje schrokken enorm en ik kon niet meer, werd misselijk, duizelig en het zweet brak me uit. Ik troostte het meisje en de verpleegkundige troostte de ouders. Toen ik naar de wachtkamer liep om de volgende patiënt te halen, ging het niet meer. Ik stond te trillen en te stotteren en de tranen schoten in mijn ogen. Ik werd opgevangen door mijn collega en heb een half uur onverstoord gehuild. Ook de dames van Het Anker kwamen. Ze waren erg lief allemaal voor me. Wekenlang spookten de beelden door mijn hoofd. Ik had er slapeloze nachten van en thuis was ik zeer snel geïrriteerd. En moe, ik was zo moe...

Later heb ik hierover een keer gesproken met een klinisch psychologe. Ik kon even mijn verhaal kwijt. We spraken af dat ik haar zou bellen, wanneer ik weer behoefte had aan een gesprek. Dat heb ik niet meer gedaan. Het werk ging weer door en er waren weer zo veel andere patiënten en verhalen.

Ik heb me hierover een paar jaar schuldig gevoeld, totdat ik het meisje tegenkwam op de fiets. Ze riep me en vroeg aan me hoe het met me ging. Ik zei dat ik me nog steeds een beetje schuldig voelde over haar gezicht en de pijn die ik haar gedaan had. Ze zei dat dat onzin was en dat ze de pijn allang weer vergeten was. Ze was juist ontzettend blij met ons, dat wij er altijd waren en dat we overal zo veel verstand van hadden. Ze zei ook dat ze zeker wist dat erg veel jongeren ons nooit meer zouden vergeten. Ik was zo blij dat ze dit tegen me zei, voelde me hierdoor opgelucht. Dat heb ik haar ook verteld.

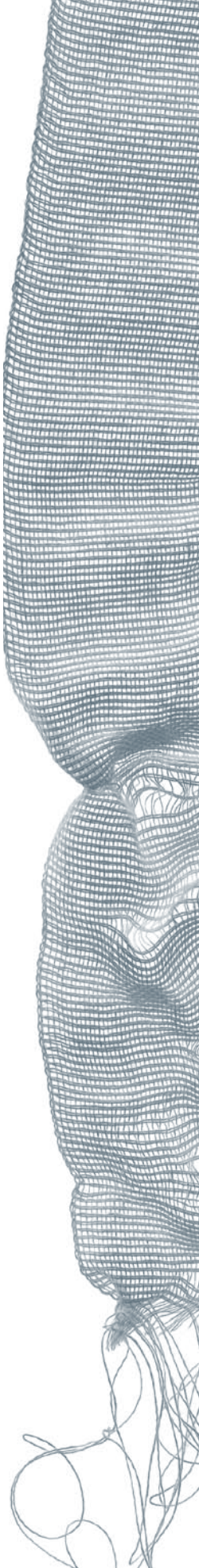
Achteraf bleek dat de vrijdag voorafgaand aan het spreekuur een chirurg al het ontstoken weefsel van haar gezicht had afgeknipt. Toen ik het de maandag erop verschoonde, trok ik dus de open wond stuk. Het was niet zo dat ik al die huid van haar gezicht af had getrokken. Dat had ik al die jaren gedacht. Ik moet zeggen dat dat me ook wel erg heeft opgelucht. Nu weet ik dat ik er niet meer aan had kunnen doen dan wat ik toen heb gedaan.”

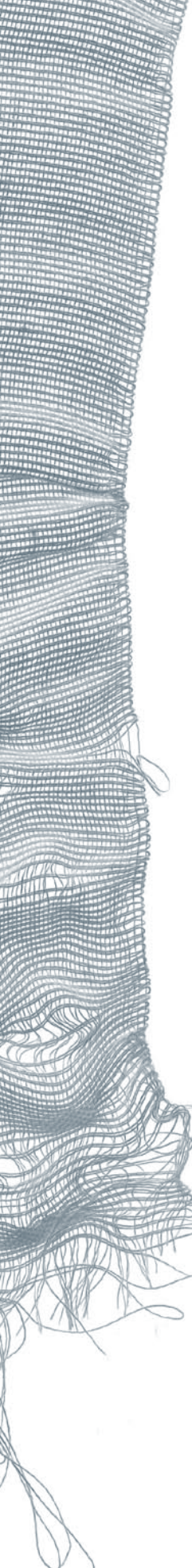
Knappe jongen

“Ik herinner me ook een jongen van twee meter lang, verbrand van zijn nek tot aan zijn hielen. Geen enkel stukje huid, behalve zijn gezicht, was ongeschonden. Een mooie donkere jongen, ontzettend knap om te zien. In zijn lichaam was een grote ketting gebrand en op die plek zaten enorme kabels van littekens. Zijn littekens waren flink aan het aantrekken en daarom kon hij niet meer zitten. Hij zat gewoon te strak in zijn vel. Dag en nacht moest hij staan of liggen. Met fysiotherapie en oefeningen moest hij elke dag weer de strijd aangaan met het aantrekken van de littekens. Daardoor scheurde zijn huid steeds open en had hij overal op zijn lichaam blaren. Het duurde iedere keer anderhalf uur om hem te verzorgen. Hij had het erg koud, maar ik kon echt niet sneller werken. Twee meter is een grote afstand om te verbinden. Alles moest in het verband, omdat er over zijn hele lichaamsoppervlakte kleine wondjes zaten. Hele tubes zalf en doosjes met gaas gingen er iedere keer doorheen. Hij was erg positief ingesteld, maakte complimentjes en vertelde elke keer nieuwe moppen of een gezellig verhaal. Ik zei dan natuurlijk dat hij me niet zo moest afleiden van mijn werk. Als een ingepakte zombie ging hij de deur uit. Hij gaf me altijd een aai over mijn bol en zei dan: ‘Ik kijk nu al uit naar morgen, zo gezellig.’ Als ik hem dan in de kroeg tegenkwam, kreeg ik altijd een biertje en een dikke knuffel. Het deed me echt goed, want zo veel waardering kreeg ik niet bij dit werk, doordat het allemaal zo pijnlijk was.”

Douche

“Op vrijdagavond kregen we te horen dat er iemand vanuit een ziekenhuis in België terug naar huis zou komen. Dit was niet van tevoren bekend bij ons, zijn huisarts en de thuiszorg. Er was dus niets geregeld om hem op te vangen. We kregen te horen dat hij niet mobiel was, bedlegerig was en na het weekend naar het revalidatiecentrum van Heliomare zou gaan om te revalideren. Ze vroegen mij en mijn collega of we hem in het weekeinde konden verzorgen, omdat het te laat was om nog thuiszorg te regelen. We wisten dat de jongen besmet was met MRSA. Vrijdagavond gingen we samen naar de poli en maakten we een krat met spullen klaar die we nodig hadden voor de verzorging. Op zaterdagochtend om 8.00 uur stonden we op de stoep van het huis van zijn ouders. In de gang trokken we onze isolatiepakken aan. Alles bij elkaar zijn we met zijn tweeën drie uur met hem bezig geweest. Ik liet hem even op de rand van zijn bed zitten en later even op een stoel naast zijn bed. We maakten zijn bed op. Omdat het op zich wel goed met hem ging op de stoel, zei ik dat hij een aantal keer uit bed moest komen die dag. De volgende dag vertelde hij dat hij regelmatig uit bed was geweest en dat het goed was gegaan. We lieten hem lopen door de kamer en naar de wc gaan. Dit ging goed en daarom zeiden we dat hij die dag vaker zijn bed uit moest gaan en aan tafel moest eten. Maandagochtend, mijn werkdag, ging ik 's morgens om 8.30 uur naar hem toe. Zondag was het erg goed gegaan en had hij een aantal keer gelopen. Ik vroeg of hij wilde douchen en dat wilde hij dolgraag. Hij had sinds 1 januari 2001 niet meer gedoucht en het





was nu vier maanden later. Zijn moeder schrok toen ik dat zei, want in het ziekenhuis was hij nog flauwgevallen. Ik zei dat we het wel konden proberen, omdat hij al twee dagen aan het mobiliseren was. Als het niet zou lukken, kon ik hem alsnog op zijn bed verzorgen. Ik hielp hem de trap op en als eerste gingen we naar zijn slaapkamer. Hij was emotioneel toen hij daar weer was. Ik bleef bij hem en besepte dat ik iets heel belangrijks voor hem had gedaan.

Toen hij eraan toe was, ging ik met hem douchen. Hij bleef een eeuwigheid onder de douche, op een stoeltje. Ik kon hem lekker met Hibiscrub wassen en de wonden uitspoelen. Daarna heb ik hem in zijn eigen bed verbonden. Ik was erg blij dat ik dit voor hem kon doen en ging met een voldaan gevoel terug naar de poli.

Op dinsdag heb ik hem weer geholpen met douchen. Hij was zelfs maandag even naar buiten geweest in de tuin. De problemen waren hier nog niet mee opgelost, want het bleek ook nog eens dat hij nergens terecht kon voor revalidatie in verband met die bacterie. Met behulp van intensieve fysiotherapie heeft hij thuis uiteindelijk kunnen revalideren.”

Gat

“Een jongen die ik ook nooit meer zal vergeten is een van de voormalige barkeepers uit ‘t Hemeltje. Hij was zo open, eerlijk, attent en lief, echt met geen pen te beschrijven. Hij vroeg altijd naar de verpleegkundige uit Beverwijk, die kende hij. Hij had een operatie ondergaan, omdat zijn arm niet meer omhoog kon. De ruimte onder zijn oksel was te klein. Ik moest het verband eraf halen. Vanaf zijn oksel tot aan de helft van zijn rug zat een diep gat, gewoon een krater in een vulkaan. Ik schrok me echt wild. En enorm veel nietjes zaten erin. Al die nietjes moesten eruit, één voor één, en dat was behoorlijk pijnlijk. Zelf bleef hij positief, de artsen hadden gezegd dat het allemaal weer opnieuw opgevuld zou worden met vlees en dat het weer goed zou komen.”

Isolatie

“Het moet een enorme klus zijn geweest voor de ouders van de jongen die geen vingers meer had. Ze moesten alles voor hem doen: helpen met aankleden, helpen met eten, naar de wc gaan. Als hij op stap ging, deden zijn vrienden dit. ‘s Nachts had hij last van nachtmerries, dus ook ‘s nachts moesten ze met hem in de weer. Daarnaast was hij besmet met de MRSA-bacterie en dus mocht hij niet zomaar overal naar toe. Zijn vader was hierover nogal van streek, want in België deden ze niet zo moeilijk over die bacterie. Nu was hij eindelijk na al die maanden weer in het dorp en deed iedereen alsof hij melaats was geworden. Het was een hele klus om hem en zijn vader aan de regels te laten houden. Regelmatig kwam zijn vader bij ons langs om zijn frustratie te uiten. Vanwege de bacterie moesten we zijn zoon steeds als laatste helpen, omdat daarna de ruimte en alle apparatuur schoongemaakt moesten worden. Het was heel moeilijk voor de familie om de situatie te accepteren zoals het was. Maar wij moesten ons aan de regels houden.

We probeerden ze op hun gemak te stellen, maar ik vond het lastig om een goede manier te vinden om met ze om te gaan. Ik had medelijden met ze. Wat moet zo'n jongen, zonder vingers, nou in de toekomst?"

Nietjes

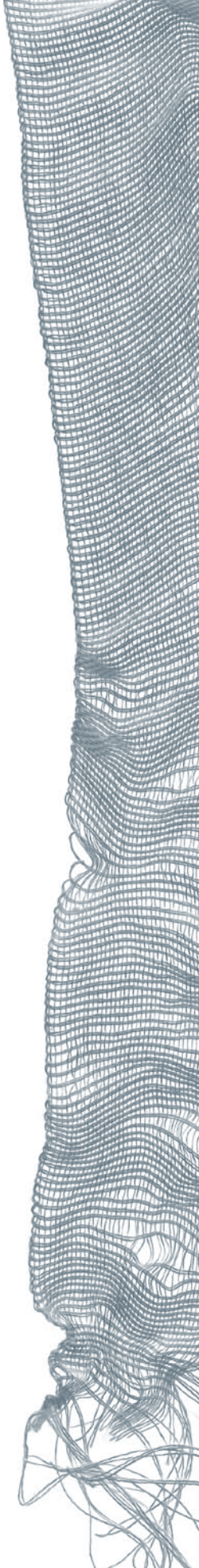
"Een andere jongen was zwaar verbrand over zijn totale lichaam: zijn oren waren verbrand, zijn neus was flink aangetast en hij had geen wenkbrauwen meer. Broodmager kwam hij bij ons binnen. Je zag de botten van zijn benen dwars door zijn vel heen. Zijn gezicht bestond uit een groot stuk getransplanteerde huid en een neus had hij bijna niet meer. Doordat zijn stembanden waren verbrand, kon hij niet praten. Alles moest hij opschrijven, maar dat ging ook bijna niet omdat zijn handen zo verschrikkelijk verbrand waren. De verpleegkundige uit Beverwijk verzorgde hem op dinsdag en de rest van de week deed zijn moeder, die ziekenverzorgster was, dat thuis.

Na een operatie, waarbij een groot stuk vel op een arm was geplaatst, vroeg de plastisch chirurg mij of ik de nietjes er later uit kon halen. 10 dagen later heb ik 35 nietjes verwijderd. De nietjes zaten soms verstopt tussen het vlees van zijn arm en ik moest flink mijn best doen om ze naar boven te werken. Het deed hem zo verschrikkelijk veel pijn, dat ik bijna niet verder kon. Ik vroeg het aan de plastisch chirurg en die zei dat het geen kwaad kon. Gewoon rustig doorgaan. Ik ging dus rustig door, de jongen werd lijkwit. Praten kon hij niet. Toen ik wat water voor hem ging pakken, ging hij onderuit. Met draaiende ogen lag hij op de onderzoekstafel en ik kreeg hem niet meer bij zijn positieven. Iemand van Het Anker heeft me geholpen hem weer bij te krijgen. Daarna hebben we de arts gebeld om de nietjes eruit te komen halen. We vroegen hem later op het spreekuur terug te komen. Ik had het gevoel dat ik gefaald had en ik schaamde me een beetje tegenover zijn moeder.

Later ben ik die jongen weer tegengekomen op de poli. Hij gedroeg zich normaal tegen me, maar ik bleef me een beetje schuldig voelen. Met zijn spraak, zij het wat schor, is het uiteindelijk met behulp van de logopediste weer helemaal goed gekomen. Het verbaasde me dat, toen ik deze jongen een tijd later weer tegenkwam, hij me erg enthousiast begroette. Hij vertelde me waar hij mee bezig was, hij had wenkbrauwen laten tatoeëren."

Aantal meiden

"De meiden die het ergst getroffen waren, zagen er zo ontzettend verminkt uit. Je kon in die tijd niet aan hen zien of het jongens of meisjes waren en er kwam een zeer zwaar mannengeluid uit hun keel door verbranding van de stembanden. Heel veel lichaamsdelen waren zwaar beschadigd. De monden konden niet goed dicht, het speeksel liep uit hun mond. Ogen konden niet goed dicht, neuzen en oren waren verbrand, de hoofden en ruggen waren open, vingers eraf of zwaar verminkt. Ik heb gehuild en gespookt in mijn bed om deze meiden. Dit was niet te behappen, die arme kinderen en die arme ouders.





Ik drukte mijn gevoelens weg en deed alsof het allemaal heel normaal was. Maar zo veel verdriet kan gewoon niet bestaan.

Maandenlang hadden ze elkaar niet gezien. Zolang ze open wonden hadden, mochten ze elkaar niet opzoeken in het ziekenhuis. Dit in verband met infectiegevaar. Het is ook een keer voorgekomen dat een meisje voor het eerst voor controle naar de poli kwam.

Haar vriendin herkende haar niet. Dat is zo vreemd, zo onwerkelijk.

Het was wonderbaarlijk om te zien hoe sterk zij waren. Hun hele dag was gevuld met wondverzorging, therapie, school en werk, terwijl hun conditie nog lang niet op peil was. Tussendoor kwamen er opnieuw operaties om zo veel mogelijk weer te corrigeren.

Bij de ergotherapie kregen ze oefeningen voor hun vingers en handen, om die weer zo goed mogelijk te kunnen gebruiken. Omdat de standaardoefeningen veel te saai waren, werden de meiden in een clubje bij elkaar gebracht om leukere dingen te gaan doen.

Zo werd er gebakken, cocktails gemaakt, gezaagd, getimmerd, geschilderd, kralen geregen en tussendoor hadden ze de grootste lol met elkaar.

Ook begonnen ze zich na een tijdje weer goed te verzorgen: haarklemmetjes in het haar, leuke kleding aan en dat soort dingen. Ze hadden heel veel steun aan elkaar.

Wij hadden foto's gezien van hoe ze eruit hadden gezien voor de brand. Er was inderdaad weinig meer te herkennen van vroeger. Eén van de ouders zei dat ook steeds: 'Ik blijf maar naar haar kijken, elke dag, de hele dag. Er is niets meer van haar over.'

Kan ik er maar meer mee, dacht ik vaak. Maar dat kon niet, hier is niemand tegen bestand. Vroeg of laat komt iedereen die hiermee moet leren omgaan in de problemen."

Mager

"Van een jongen verzorgde ik alleen de vingers. Hij was er erg slecht aan toe, had lang in het ziekenhuis in Duitsland gelegen. Uit één vinger stak zijn bot en er kwam continu pus uit. Hij was ook besmet met de MRSA-bacterie. De jongen had altijd een pet op of een sjaaltje om, zijn hoofd was aan één kant kaal en aan de andere kant behaard.

Van de tracheostoma had hij nog een grote wond in zijn keel. Hij zei nooit veel, lachte alleen maar wat. Zijn moeder of vader kwam altijd mee.

Op zijn hartklep bleek hij een bacterie te hebben en daardoor had hij een slechte hartfunctie. En hij had een fiks aantal longontstekingen achter de rug. Alles bij elkaar was het dus een wonder dat hij nog leefde. Hij zag er grauw en mager uit en ik dacht altijd: 'Deze moet niet nog wat krijgen, dat trekt hij gewoon niet.' Ze wilden zijn niet goed functionerende hartklep onderzoeken. Ik merkte dat hij er erg tegen opzag en vroeg of hij het fijn vond dat ik mee naar het onderzoek zou gaan. Ik moest die dag toevallig in Purmerend werken op de longpoli.

Het onderzoek vond ik erg aangrijpend. Hij was zo mager en lag te rillen van de kou.

Over zijn hele lichaam had hij eczeem. Hij moest een dikke slang doorslikken en kokhalsde voortdurend. Ik schoot vol, wat erg vond ik dit. Zachtjes wreef ik over zijn been en fluisterde dat het zo voorbij zou zijn.

Niet te geloven wat die kinderen moeten doorstaan. Er zal een dag komen dat ze dit niet meer aankunnen, dat ze dit niet meer kunnen verwerken. En dan? Daar wil ik liever niet aan denken, we zien het wel...

Ze konden de klep operatief repareren; hij hoefde geen andere klep. Maar eerst moest die etterende vinger beter zijn. Uiteindelijk is die hartklepoperatie uitgevoerd. Ik zie hem nu nog af en toe op zijn brommer door het dorp rijden.”

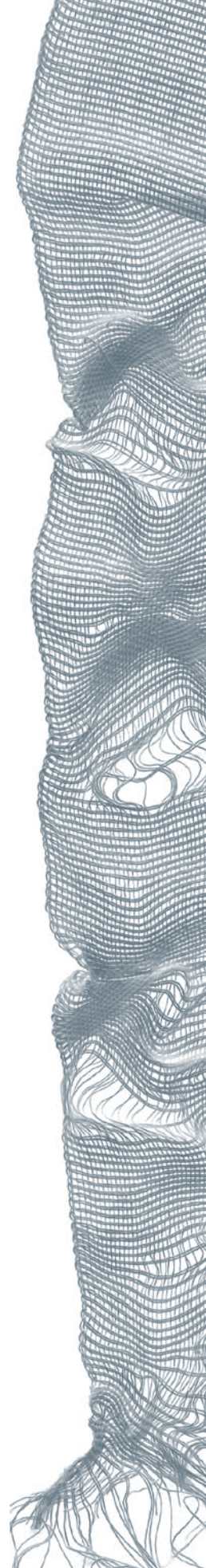
“Jaren later [2007, red.] kwam ik hem heel toevallig tegen en raakte ik met hem aan de praat. Hij was tevreden met zijn situatie, kon er alleen niet aan wennen dat hij, ondanks het vele trainen, geen goede conditie meer op kon bouwen. Hij blijft snel moe en conditioneel achter bij zijn vrienden. En zijn longen waren erg bevattelijk voor infecties. Weer deed het me goed om iemand na een lange tijd te spreken en te horen hoe het met hem was.”

Ballon

“Zondagnacht, tijdens de Volendammer kermis van 2002, kwam ik een jongen tegen die heel lang bij ons behandeld was. Hij had in de grote kermistent muziek gedraaid. Hij vroeg of ik iets voor hem wilde doen. Op zijn schedel, onder zijn hoofdhuid, zou een ballon geplaatst worden. Twee keer per week moest er vocht in die ballon gespoten worden, zodat de ballon heel langzaam opgevuld zou raken en groter zou worden. Hierdoor zou de huid opgerekt worden en steeds meer omhoog komen, zodat de oppervlakte van zijn hoofdhuid toenam en dus ook de oppervlakte van zijn haar. Uiteindelijk zou er dan een grote bult op zijn hoofd zitten en zouden ze die huid gebruiken om ook zijn achterhoofd met haar te kunnen bedekken. Voor het opvullen van de ballon, ongeveer 10 minuten werk, zou hij naar Beverwijk moeten. Hij vroeg me of ik dat voor hem wilde doen, in Volendam. Ik vond dat wel erg leuk, want sinds september had ik niets meer met de jongeren te maken gehad. In oktober was de operatie en nadat de wond was genezen begon ik met het opvullen van de ballon. Ik was een aantal keren mee geweest naar Beverwijk om te leren hoe ik het moest doen. Onder de huid hadden ze een aanprikreservoir aangebracht. Ik moest door de hoofdhuid heen prikken in dat reservoir en iedere keer 20 milliliter fysiologisch zout naar binnen spuiten. Tijdens het klaarmaken van het gereedschap regelde hij altijd koffie. Het opvullen ging prima, we babbelden altijd wat en dan ging hij weer naar huis. Uiteindelijk moest er 1000 milliliter in de ballon terecht komen. Ik had met hem afgesproken dat ik met hem mee zou gaan naar de operatie. Ik had nog nooit een plastische operatie van dichtbij meegemaakt. Het leek me interessant en spannend tegelijk.

Vanaf het begin zat er een blaartje op zijn hoofd, een bloedblaartje leek het wel.

En dat ging niet weg gedurende de weken dat we bezig waren. Totdat er op een keer geen huid meer zat op de plek van het bloedblaartje. Ik vond het vreemd, omdat er geen bloed uitkwam; het leek een rood, glimmend vliesje. Ik bestudeerde het een tijdje en hield er een lampje bij. Had er geen verklaring voor. Totdat ik zag dat ik er dwars doorheen kon kijken: dit was de ballon! We waren alle twee een beetje overdonderd. De arts in Beverwijk zei dat





de ballon er uit moest, anders zou hij de huid op die plek verder open gaan trekken en kwam hij vanzelf naar buiten. We zaten nog maar op 300 milliliter.

De volgende dag, nadat hij in Beverwijk was geweest, belde hij me 's avonds thuis op: 'Heb je maandag iets te doen, we gaan naar Beverwijk. Ik moet geopereerd worden en ze gaan dat kleine stukje alvast gebruiken voor mijn achterhoofd.' Ik voelde me een beetje overrompeld, maar zei dat ik natuurlijk mee zou gaan.

Ik was best wel een beetje nerveus, moet ik eerlijk toegeven. Van de opnamekamer tot in de inslaapkamer ging ik mee. Daar kreeg hij de voorbereidingen voor de operatie en ik mocht alles zien. Ik moest even slikken. Het voelde ineens of hij een beetje bij mij hoorde. We hadden al zo ontzettend veel meegemaakt met elkaar en zo veel ellende gedeeld, maar ook lieve dingen. Hij zette altijd koffie voor iedereen, terwijl zijn handen zwaar verbrand waren. Een vechter, een doorbijter, dat was hij!

De arts had een speciaal plekje voor me geregeld, naast hem. Ik keek dus rechtstreeks op zijn hoofd. De arts vond het erg leuk me weer te zien en om mij te kunnen laten zien wat hij nou allemaal deed zo in dat Rode Kruis Ziekenhuis. Het viel me op dat het een mooie ruimte was, met veel ramen en het was er niet zo koud. Dat was in het ziekenhuis in Purmerend wel even anders.

Ze gingen erg voorzichtig met de jongen om, namen royaal de tijd om hem comfortabel neer te leggen. De arts vertelde mij wat hij ging doen. Eerst moesten ze de ballon en het reservoir verwijderen. Dit vond ik best eng om te zien, want je ziet niet dagelijks dat er in iemands hoofd gesneden wordt. Vervolgens constateerde hij dat een groot stuk hoofd huid erg zwak en dun was. Dat moest verwijderd worden.

Het was heel indrukwekkend, want ze maakten een enorme zigzag-inkeping van zijn voorhoofd tot achterin de nek. De hoofd huid werd door midden gesneden en aan twee kanten van zijn hoofd neergelegd. Ik voelde me onpasselijk worden, en het drong tot me door dat ik hier niet tegen opgewassen was. Die lieve jongen lag daar, hulpeloos, op de operatietafel en zijn hoofd huid lag er eventjes naast. Mijn God, wat vond ik dat ineens erg! Heel vakkundig, alsof het gewoon om een lapje stof ging, knipte de arts de zwakke plekkjes eruit en trok de goede delen huid weer tegen elkaar aan.

Na de operatie ging ik naar zijn moeder, die vol spanning zat te wachten op mijn verhaal. Ik zei dat het me erg was tegengevallen, voor mezelf, dat ik het me te veel had aangetrokken. Ik heb ook verteld dat het goed was gegaan. De details hield ik voor me, zoals een goed verpleegkundige geacht wordt om te doen. Maar wat wilde ik het graag vertellen, het maakte me niet uit aan wie.

Toen de jongen weer thuis was belde hij me op. Ik vroeg hoe het ging. Hij had nergens last van, geen pijn. Hij vroeg hoe het met mij ging. Ik zei dat ik het erg zwaar had gevonden, dat het me tegenviel omdat hij geen vreemde voor me was.

Vier weken lang heeft dit voorval door mijn hoofd gespookt; ik kon me niet meer concentreren. Ik zou dit nooit meer doen, dat wist ik zeker. Na een week ben ik naar zijn werk bij de krant gegaan, omdat ik een foto wilde hebben uit de krant. Ik heb toen meteen even zijn hoofd bekeken en de hechtingen geteld. Deze ervaring heeft nog heel lang door mijn hoofd gespookt.”

Jij hebt het nooit moeilijk, zij hebben het moeilijk

Ruim anderhalf jaar werkt Yvonne in het brandwondencentrum. Dat doet wat met je. Ze beleeft eenzame en verschrikkelijke momenten, maar er zijn ook mooie ervaringen, zoals de band met de jongeren en collega's. Op een gegeven moment breken het werk en de familie zorgen haar op en belandt ze in een diepe put. De diagnose luidt posttraumatische stress-stoornis. Met ups en downs probeert Yvonne er weer bovenop te komen.

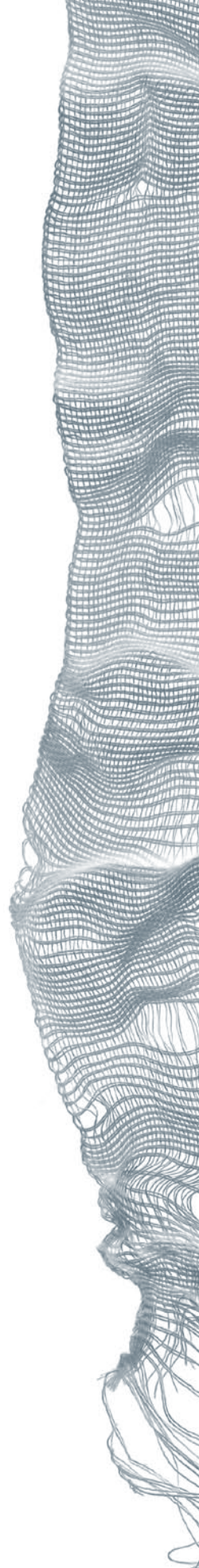
“265 jongeren heb ik verzorgd, vanaf februari 2001 tot aan september 2002. Ik wist alle voornamen, achternamen, adressen, geboortedata, wie in welk ziekenhuis lag, wanneer er iemand naar huis kwam. De jongeren die ik heb leren kennen, waren op een gegeven moment geen patiënten meer voor me. Ze worstelden elk op hun eigen manier met zichzelf. En vertelden mij, achter de deur van het behandelkamertje, van alles. Of ze zwegen juist, waren alleen maar boos of verdrietig. Het was een bizarre periode. Al schrijvenderwijs zie ik een paar dingen glashelder voor me. Ik merk dat wanneer je er middenin zit, het heel moeilijk is om aan te geven dat je begeleiding nodig hebt. Je weet niet hoelang je werk gaat duren, wat er nog komen gaat. Je verlegt continu je grenzen, met alles. Wekelijks kwamen er weer nieuwe jongeren thuis. De verwondingen en verminkingen waren altijd erger en uitgebreider dan die van de week ervoor. Immers, de zwaarst getroffen jongeren lagen het langst in de diverse brandwondencentra, voordat ze bij ons kwamen voor de verdere verzorging.”

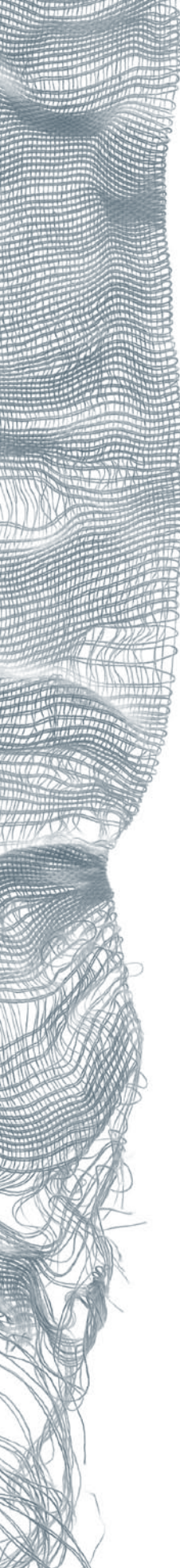
Vertrouwen

“De jongeren vertrouwden ons en vroegen steeds bevestiging dat ze vooruit gingen, dat het goed zou komen. Ze gingen ook vooruit, iedere dag een klein stukje, maar ik wist dat er over een hele tijd een dag zou komen dat ze zouden beseffen dat ze met een aantal beperkingen en een verminkt lichaam verder moesten. Ook dat ze zichzelf elke dag weer opnieuw tegen zouden komen in de spiegel. En erachter zouden komen dat ze geen verkering meer zouden krijgen. De jongeren zelf dachten altijd dat wat zij hadden niet erg was. Ze kenden altijd iemand die er veel erger aan toe was.”

Alleen

“Ik had het gevoel dat ik geleidelijk steeds meer uitgeput raakte. Alleen al door alle indrukken en emoties die op me af kwamen. Het niet kwijt kunnen van mijn verhaal heeft daar een grote rol in gespeeld, denk ik. Ik had wel willen praten, tegen iedereen die ik





maar tegenkwam, maar dat kon natuurlijk niet. Thuis, bij mijn man, kon ik mijn verhaal wel enigszins kwijt, maar daar kon ik het niet hebben over hoe ik professioneel situaties moest aanpakken die ik lastig vond. Op het werk bespraken we alleen de praktische zaken. Mijn collega de doktersassistente werkte op andere dagen, we bespraken alleen de noodzakelijke praktische zaken. We botsten in de manier waarop we persoonlijk met alle indrukken omgingen. Onze teamleidster heeft een poging gedaan om hierin te bemiddelen, maar dit is niet gelukt. Ook was er niemand die tegen je zei dat het goed gegaan was of wat er misschien beter kon.

Je toonde natuurlijk nooit of te nimmer je afschuw: jij hebt het nooit moeilijk, zij hebben het moeilijk! Je vraagt je dus niet af wat je aan kunt of waar je niet tegen kunt.

Er zijn mensen die op jou bouwen, jou vertrouwen, blij zijn dat je er altijd bent als ze je nodig hebben. Dat geeft ook een kick. Het klinkt gek, maar het geeft je een gigantisch gevoel dat je voor zo veel mensen zo belangrijk bent. Ook kijken ze tegen je op, want jij bent die expert die alles weet over brandwonden. Je draait immers al mee vanaf het begin, assisteert bij de plastisch chirurg van Beverwijk. En jij bent degene die zijn mobiele nummer heeft.”

Samenwerking

“Met de mensen van de GGD, vooral de sociaal verpleegkundigen en het secretariaat, kregen we een hele goede band. Het Anker huurde de ruimtes van het ziekenhuis. Ook kregen we een nieuwe collega die eerder teamleider was in Purmerend in een aantal poliklinieken. Deze zou alle administratie op zich gaan nemen en alle verrichtingen in de computer in gaan voeren.

Het voordeel van de samenwerking tussen Het Anker en ons was dat steeds meer mensen naar Het Anker toekwamen voor hulp. Ze waren er toch al voor de wonden en of ze nou de ene deur inliepen of de andere deur, dat maakte niet meer uit. Ze combineerden het gewoon en gingen voor allerlei praktische problemen naar Het Anker. Later natuurlijk ook voor psychische problemen. We werkten nauw samen. Ik heb zo vaak gedacht dat ik dit alles nooit meer moest vergeten. Ook heb ik heel vaak gedacht: ‘Is dit wel echt, werk ik hier echt? Ongelofelijk!’”

Bespreikbaar?

“Onderling spraken we niet naar elkaar uit dat we het soms allemaal zo moeilijk vonden. Bijvoorbeeld dat de tranen je in je ogen springen van wat je ziet en dat je er 's nachts wakker van ligt. De vragen die we hadden gingen alleen over wondverzorging. In het begin verzorgden we alleen lichtgewonden. Daarna werden de wonden steeds erger. In het begin zat de wondspecialist erbovenop om ons te begeleiden. Na een tijdje liet hij de zorg aan ons over en hervatte hij zijn eigen werkzaamheden in het Waterlandziekenhuis. We konden hem wel te allen tijde bellen. Dat de zorg zwaarder en zwaarder werd, realiseerde je je steeds niet. Je ziet het gewoonweg niet meer. Of nee, je ziet het wel, maar je doet er niets

mee, omdat je steeds denkt dat het tijdelijk is. We hadden echt geen idee wat er allemaal nog zou komen. Ik denk nu achteraf dat je dit soort werk eigenlijk maar een paar weken moet doen, in een team van verpleegkundigen. Ik heb dit werk maanden aan een stuk door gedaan. Voor mij – en ik denk voor ieder mens – was dat te lang. Als je er middenin zit, denk je daar niet over na. Want: je bent er voor de jongeren en hun ouders en niet voor jezelf. Hoe het met jou gaat, is het laatste waar je dan aan denkt.”

Nodig

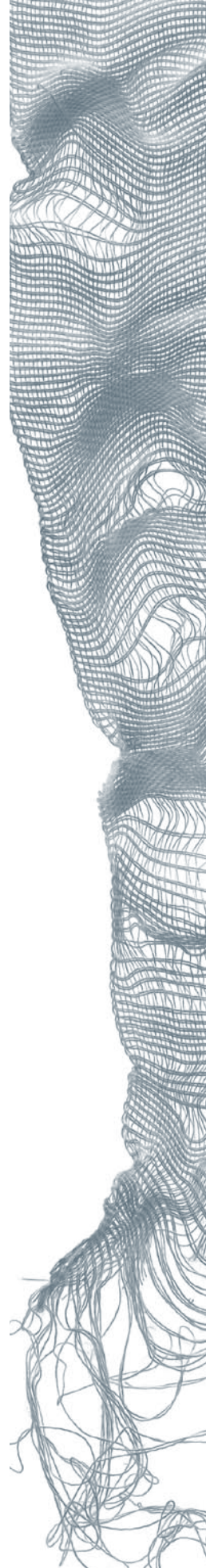
“In een later stadium leerde ik ook andere handelingen van de plastisch chirurg. Na een operatie of ingreep kwamen ze bij ons voor de nacontrole. De arts zei tegen de jongeren: ‘Ga maar naar Von op de poli, die regelt het wel verder.’ Zo stond ik een keer 45 nietjes uit iemands lichaam te halen, op een onmogelijke plaats. Ook heb ik een keer een pen uit iemands vinger moeten trekken met een tang. Ik durfde dit eigenlijk niet zo goed, maar dat zei ik natuurlijk niet. Ik deed het gewoon, verstand op nul. Ze hadden het volste vertrouwen in me. Weer een paar slapeloze nachten...

De jongeren kwamen voor van alles binnen lopen. Wanneer ze bijvoorbeeld een ongelukje hadden gehad. Dan hadden vellen huid losgelaten van hun been of arm. Wij losten het wel weer op. In geval van nood konden we de plastisch chirurg in Beverwijk bellen voor instructies. Zelfs op mijn vrije dag ging ik als het nodig was naar de poli. Wie moest het anders doen? De huisartsen begonnen er niet aan. Ik deed het dan, want anders moesten ze hiervoor naar Beverwijk.

We waren erg nodig en dat is ook zo verslavend. Ja, echt waar. Een gek woord, maar het is verslavend om zo nodig te zijn en dan is het moeilijk om de verantwoordelijkheid los te laten.”

Ondergewaardeerd

“Nog steeds voel ik me ondergewaardeerd door mijn werkgever. Dat zit hem in het feit dat er geen erkenning was voor de moeilijkheidsgraad en de aard van het werk, maar ook in het feit dat we ingeschaald werden als doktersassistente. De verantwoordelijkheid van ons werk nam alleen maar toe, we moesten steeds meer handelingen verrichten en stonden er vaak alleen voor. Regelmatig heb ik me afgevraagd of we dit werk eigenlijk wel mochten doen. Mijn werkgever bevestigde iedere keer dat het goed was. Vanwege financiële overwegingen waren we ingeschaald als doktersassistente. We hebben een ander contract aangevraagd. Dat is niet toegekend. We kregen een eenmalige extra vergoeding, van 500 gulden, ter compensatie. Het voelde niet goed voor het werk wat we deden.”



“Vanaf juli 2002 nam de frequentie van het littekenspreekuur van de plastisch chirurg af. Niet meer elke week, maar om de week en de laatste maand eens in de drie weken. Veel jongeren konden hun wonden zelf thuis verzorgen. Alleen als er iets gebeurde waar even naar gekeken moest worden, wipten ze even bij ons naar binnen. Natuurlijk hadden we nog wel veel aanloop voor een praatje en een kopje koffie. Jongeren kwamen soms in een groep of soms alleen. Ze kwamen met hun verhalen, soms over zichzelf, soms over hun werk of over de zorgen om vrienden die nog in de ziekenhuizen lagen. Het leek vaak of ze bevestiging zochten. Of ze de dingen, waar ze mee bezig waren, wel goed hadden aangepakt. En vaak ook wilden ze even stoer doen, zodat wij weer konden zeggen dat ze er leuk uitzagen en kanjers waren. Met een aantal jongens kreeg ik een goede band. Iedere week kwamen ze langs en dan brachten ze iets lekkers voor bij de koffie mee. Ik heb hier ontzettend van genoten. Later was er ook een clubje meiden dat even hun hart kwam luchten en dan gingen ze weer. Ze wilden altijd weten of ze er goed uitzagen in hun nieuwe kleren. Wij prezen ze natuurlijk de hemel in. Ze wilden zo graag weer mooi zijn. Super vond ik ze. Ook buiten het werk, als we elkaar tegenkwamen, gingen we een pilsje op de dijk drinken. Als ik over de dijk liep kreeg ik van iedereen een biertje of werd ik meegetrokken naar ‘hun’ bar. Een tijdje ben ik daarom bewust niet naar de dijk geweest, omdat het me te persoonlijk werd.

Bij mijn sollicitatie was het een voordeel dat ik al ruim negen jaar in het Waterlandziekenhuis had gewerkt en de organisatie daardoor kende. Daarnaast woonde ik in Volendam. Dat zou vertrouwder zijn voor de mensen. Ik ben niet in Volendam geboren en er ook niet opgegroeid. Het feit dat ik niemand van de getroffen jongeren en hun ouders kende, vonden ze enigszins een nadeel. Zelf vond ik het juist een voordeel, omdat ik zo gemakkelijker afstand zou kunnen houden, minder persoonlijk betrokken zou raken. Toen we moesten verhuizen naar het nieuwe pand (behandelcentrum) in augustus 2002 kwamen de jongeren niet meer. Ze waren nog wel langs geweest, maar beneden zaten vreemde mensen achter de balie, terwijl wij op de eerste verdieping zaten. De drempel was te hoog geworden. Ik heb ze ontzettend gemist. Later hoorde ik dat de jongeren en hun ouders ons ook erg misten, dat deed me wel goed. Ik heb het hierna wel heel lang heel moeilijk gehad, maar nooit wat laten merken. Je hebt het gevoel dat je in dit vak overal tegen moet kunnen, in ieder geval ermee om moet kunnen gaan, maar dat is dus eigenlijk echt niet zo.”

Laatste borrel

“Na afloop van het allerlaatste spreekuur, zijn we met bijna alle collega’s gaan borrelen. We hebben veel gelachen en er is heel wat galgenhumor gespuid. Met een dikke zucht en erg intense omhelzingen hebben we afscheid genomen van elkaar. Onze laatste woorden waren: ‘Tot de volgende brand.’ We wisten allemaal wat hiermee bedoeld werd: we zouden elkaar missen. Met een leeg gevoel ging ik naar huis, alsof ik familieleden had verloren. Dit was de allerlaatste keer dat ik iets te maken heb gehad met de brandwonden.

Over, afgelopen, voorgoed voorbij... ik was niet meer nodig. Ik wilde iets doen met mijn ervaringen, wist niet met wie ik ze kon delen. Ik wilde alles het liefst van de daken schreeuwen, er was zo ontzettend veel gebeurd.”

Nieuwe baan

“Al snel had ik een nieuwe baan. Ik werd ingezet op de diverse poliklinieken en vulde de gaten op. Zo zou ik ook ontdekken wat me lag. Ik leerde snel, het maakte niet uit op welke poli ik werkte. Alles had ik snel onder de knie, maar ik vond het alleen wel saai. Ik zag het nut er niet meer van in om achter een balie afspraken te maken of om dossiers op te zoeken en voor te bereiden. Ook de problemen van de mensen aan de balie vond ik maar onbelangrijk.

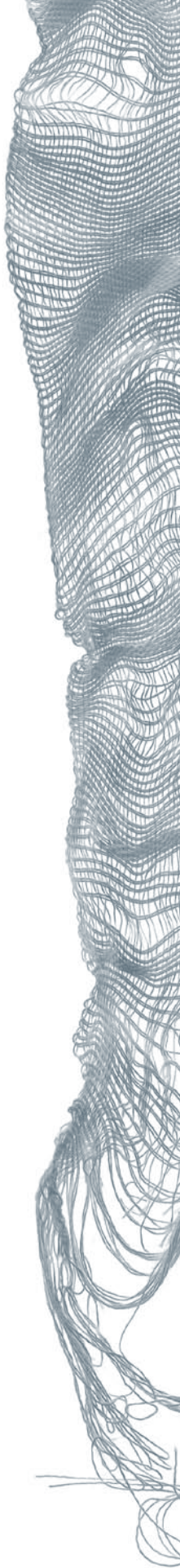
Op onze nieuwe polikliniek in Volendam werd een aantal nieuwe collega's aangenomen. Op de dagen dat er geen brandwondenpatiënten waren, werkte ik in Purmerend. Iedereen die nu aan de balie kwam, omdat er tussendoor wat gebeurde, zag ineens een vreemd gezicht achter de balie. Dit vonden ze verschrikkelijk. Op straat werd ik aangehouden door ouders. Hoe konden we ze in de steek laten en zomaar andere mensen achter de balie zetten? En die andere mensen hadden totaal geen verstand van brandwonden. Zelfs de huisartsen hadden er minder verstand van dan wij. Ik vond het echt heel vervelend voor ze, maar er zat niets anders op dan dat ze vanaf dan weer naar de huisarts gingen met hun problemen of naar het ziekenhuis. Ik miste mijn werk, mijn collega's, mijn vriendjes en vriendinnetjes, de noodpoli.

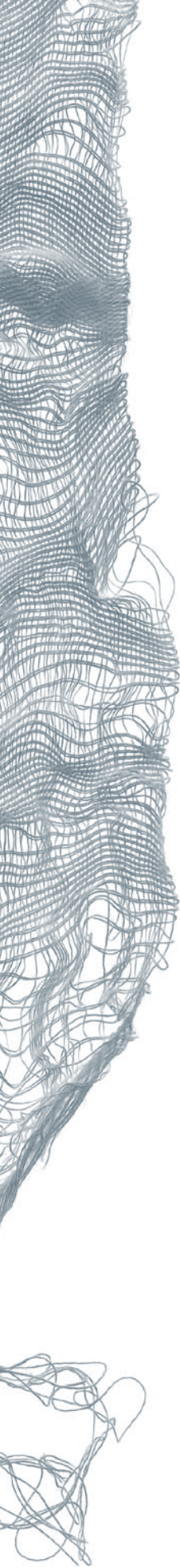
Na de brandwondenperiode kon ik mijn draai niet meer vinden op mijn werk. Nergens leek ik meer voldoening uit te halen. Ik had heimwee. Heel vaak ben ik langs de plek gefietst waar het noodgebouw had gestaan. Iedere keer kreeg ik weer een brok in mijn keel en pijn in mijn maag. Ik moest dan echt diep zuchten, voordat ik weer verder kon. Ik heb het echt heel lang, heel erg gemist. Maar ik moest weer verder, zoeken naar werk dat ik weer leuk kon vinden, dat weer uitdaging bood.

Mijn manager van het Waterlandziekenhuis stelde voor om op de dagbehandeling in Volendam te komen werken. Ik ging hiermee akkoord en ik mocht in eerste instantie een dag in de week meedraaien om te kijken hoe ik het vond. In de zomer van 2003 was ik pas echt thuis op de afdeling.”

Trauma?

“Mijn collega's vroegen af en toe of ik wat wilde vertellen over de periode dat ik in Volendam had gewerkt. Ik deed dat en omdat het ook verpleegkundigen waren, kon ik voor het eerst eens uitgebreid vertellen over wat er zich had afgespeeld. Ik werd er emotioneel van. Dit had ik nog niet eerder meegemaakt, dat iets me nog zo raakte na zo'n lange tijd. Ze vroegen door en merkten dat ik met nog een heleboel onverwerkte ervaringen rondliep. Met het bedrijfsopvangteam heb ik een gesprek gehad. Ze besloten om me direct naar de maatschappelijk werkster te sturen. Hier had ik een goed gesprek mee. Ze zei dat het





het beste was, als ik onder begeleiding zou komen van een psycholoog. Zij ging voor mij uitzoeken wie dat moest zijn. Zelf was ik het er niet helemaal mee eens. Ik had zo iets van: 'Als er nou niet over gepraat wordt, dan komt het ook niet naar boven.' Maar daar was niemand het mee eens.

De klinisch psycholoog heeft mij een telefoonnummer van een psychologe gegeven in Volendam, die veel ervaring had op het gebied van traumaverwerking. Na een tijdje heb ik haar uiteindelijk opgebeld. Vooral omdat er zo veel mensen uit het ziekenhuis zeiden dat ik dat echt moest doen. Zelf vond ik het niet echt nodig. Ik begon met één keer in de drie weken een gesprek. Nadien was ik van slag, meer dan ik had verwacht.”

Saai

“In het dagelijks leven merkte ik aan heel veel dingen dat ik was veranderd. Ik had moeite met het luisteren naar de verhalen van andere mensen. Het boeide me gewoon niet meer en ik vond het allemaal niet meer belangrijk. Ik kon mijn aandacht er niet meer bijhouden. Het leek wel of niets me meer interesseerde. Behalve gezelligheid. Ik kon me erg laten gaan op feestjes, dronk meer wijn dan dat ik hiervoor ooit gedaan had. Familie en vrienden vonden het wel wat vreemd, ze waren dit niet zo gewend van mij. Omdat ik zo gezellig was, werd ik ook steeds meer uitgenodigd voor uitstapjes. Het maakte me niet uit wat, als het maar gezellig was en niet te ingewikkeld. Mijn man protesteerde, hij vond dat ik me aan het onttrekken was aan ons gezin. Ik haalde ook geen voldoening meer uit mijn huishouden en gezin. Ook kon ik me niet meer concentreren op dingen. Een boek lezen lukte niet, een televisieprogramma of film kijken kon ik ook niet meer. Ik voelde me gejaagd en steeds opnieuw op zoek naar nieuwe dingen. Ik vond mijn leven echt bijzonder saai geworden. Ik begon steeds meer dingen voor mezelf te doen. Ik besteedde ineens meer aandacht aan mijn uiterlijk, was echt uit op complimentjes van anderen. Thuis kregen we hierdoor steeds meer wrijvingen en discussies, maar op de een of andere manier trok ik me er helemaal niets van aan. Het deed me nauwelijks iets. Ik vroeg ook of ik niet gewoon met rust gelaten kon worden.”

In deze periode werd Yvonne's vader ernstig ziek.

Opgejaagd

“Net als bij de brandwonden, stopte ik al mijn gevoelens weg. Mijn man vroeg dikwijls aan me, of het me wel wat deed, al die toestanden met mijn vader. Ik praatte er minimaal over en ging weer over op de dingen van alle dag.

Alles bij elkaar opgeteld had ik een hele klus. Ik werkte twee wisselende dagen, ik reed iedere week één of twee keer met mijn moeder naar het ziekenhuis in Leiden, ik had mijn huishouden, mijn gezin, mijn sociale leven, mijn sport, mijn therapie. Ik kon dat natuurlijk allemaal gemakkelijk aan, dacht ik. En als iemand iets van mij vroeg, deed ik dat ook nog wel even. Ik bleef draven de hele dag, maar in werkelijkheid kreeg ik thuis steeds

minder voor elkaar. Er bleven dingen liggen, ik vergat steeds meer dingen en functioneerde steeds slechter.

De gemakkelijke dingen en de leuke dingen deed ik wel, de moeilijke dingen begon ik te vermijden. Van mijn therapie kwam dan ook weinig terecht, tenminste op het brandwondenvlak. Ik had het gewoon veel te druk met andere dingen. Ik zei regelmatig tegen vrienden: 'Ik heb gewoon geen tijd om dingen te verwerken of af te ronden, ik val van het ene in het andere.' Ook voelde ik me gigantisch opgejaagd; rende van het ene naar het andere en ik kreeg het niet meer voor elkaar om alles draaiend te houden. Mijn vergeetachtigheid en concentratiegebrek namen toe, mijn irritatiegrens ging omlaag en mijn vluchtgedrag verergerde. Mijn vrienden waarschuwden me en zeiden dat ik meer aan mezelf moest denken. Mijn man vond echter dat ik al meer dan genoeg aan mezelf dacht, in plaats van aan ons gezin. Ik begon mijn gezin inderdaad steeds meer te verwaarlozen.

Ik wilde alleen nog maar rust, desnoods het huis uit een tijdje. Maar ja, dat kon niet, ik had wel een gezin met drie kinderen. Ik had echt het gevoel dat ik overspannen aan het worden was. Als ik hierover weer een woordenwisseling had gehad met mijn man, kwam ik in een dip terecht. Ik dronk steeds vaker een wijntje en viel vaak wat verdoofd in slaap.”

Het vlak daarop overlijden van haar grootvader en een diagnose over de gedragsproblemen van haar jongste zoon, waren de druppels die de emmer deden overlopen.

In de put

“En toen, 3 juni 2004, was het op. Ik kon niet meer. Na het zoveelste conflict thuis, kwam ik in een enorme depressie terecht en wilde ik alleen nog maar dood. Ik belde mijn psychologe op, mailde haar, stuurde sms’jes naar vrienden. Ik voelde me zo ontzettend depressief en zag er geen gat meer in. Ik wilde dood. Misschien zou ik dan rust hebben. ’s Avonds belde mijn psychologe me op en gaf mijn man de opdracht thuis te blijven; ik mocht niet meer alleen blijven. Ook moest ik naar mijn psychiater om antidepressiva voor te laten schrijven en te overleggen over een klinische opname. De week erna was echt vreselijk. Ik raakte echt in een nog diepere put, een gevolg van de medicijnen. En ik was moe, zo ontzettend moe... Ik lag alleen maar in bed en ieder geluid was me te veel. Mijn man nam verlof op om alles thuis te regelen, van ’s morgens vroeg tot ’s avonds laat. Ik riep hem regelmatig bij me en ik vroeg dan of hij me stevig vast wilde houden. Ik voelde me zo ellendig.

Contact met andere mensen wilde ik niet. Pas na een week was ik weer in staat om naar buiten te gaan en even koffie te drinken bij een vriendin. Als ik iets deed, was ik daarna volledig uitgeput. Het heeft weken geduurd voordat ik weer een beetje kon functioneren. Mijn man is twee maanden thuis gebleven en speelde ook daarna nog een lange tijd voor vader en moeder tegelijk. Ik kon helemaal niets meer aan.”





Hulp

“In oktober 2003 hadden we gespecialiseerde thuiszorg aangevraagd om ons te leren omgaan met de gedragsstoornis van onze zoon en ook ter bevestiging of we dingen wel goed aanpakten. Halverwege juni 2004 kwam ze voor het eerst. Ook al was ik zelf te ziek om er meteen iets mee te kunnen, ik was erg blij dat ze er was en naar mijn verhaal luisterde, me goede tips gaf. Ineens was ik erg blij met alle hulp en aandacht. Ik kon het inderdaad zelf niet meer aan. Het voelde alsof er een aantal dingen even uit mijn handen gehaald werden. Ik gaf me over, verzette me niet meer.

Mijn man had in die periode ook huishoudelijke hulp aangevraagd bij de thuiszorg. Na de vakantie begin augustus zouden we iemand in huis krijgen.

Ik had een gesprek met de supervisor van mijn psychologe, een psychiater die ook ervaring had met hulpverlening na de ramp in Enschede. Hij dacht dat ik het niet zou redden met alleen psychologische begeleiding één keer in de drie weken. Van hem kwam het idee om alles van me af te gaan schrijven, stukje voor stukje. Eerst moest ik goed tot rust komen en moesten de medicijnen de tijd krijgen om aan te slaan. We maakten een vervolgspraak voor na de vakantie.

De vakantie was heel fijn. Ik ben er ook echt van uitgerust en voelde me langzamerhand weer wat opknappen. Voor onze relatie was het goed, we groeiden weer naar elkaar toe, omdat we inzagen wat er allemaal was gebeurd. Na de vakantie draaide alles weer op volle toeren: de huishoudelijke hulp, de begeleiding voor onze zoon, onze families die hem af en toe opvingen. Ik vond het heerlijk, want ik was nog steeds tot weinig in staat.”

Rust

“Eind augustus 2004 begin ik langzaam maar zeker de draad weer op te pakken.

Ik doe weer iets in het huishouden en ben nog steeds in behandeling bij de psychologe. De huishoudelijke hulp helpt me mijn huishouding weer op te pikken en neemt een groot deel over. Ik heb ook ontdekt dat ik het nog erg rustig aan moet doen. Als ik te hard van stapel loop, ben ik daarna uitgeput. Maar, er zit een stijgende lijn in. Ook het begrip van mijn man doet me erg goed. We hebben al onze families en vrienden ingelicht, iedereen is op de hoogte. Iedereen is erg lief voor me en houdt ook rekening met ons. Ik hoop, dat het niet meer zo lang duurt en dat ik deze periode af kan sluiten, een plekje kan geven.

Onze zoon reageert ontzettend goed op zijn medicijnen. Met mijn vader gaat het goed. De dosering van mijn medicijnen is verhoogd, omdat ik nog steeds erg uitgeput ben, wanneer ik iets doe. Ik krijg het voor elkaar het huishouden weer onder controle te krijgen en de huishoudelijke hulp wordt in overleg afgebouwd. Ook de begeleiding voor onze jongste wordt minder. We hebben erg veel goede tips gehad en ze slaan enorm aan.”

Flashbacks

“En nu, met al die rust, krijg ik ineens last van flashbacks. Zomaar, zonder aanwijsbare redenen, op de gekste momenten van de dag. Het zijn flarden, beelden, stukjes film, geluiden

en ook geuren. Ik merk dat het de ervaringen zijn die ik niet goed heb kunnen afronden, waarvan ik me blij afvragen hoe het uiteindelijk afgelopen is en of ik het wel goed gedaan heb. Met mijn psychologe probeer ik die ervaringen een plekje te geven.

Ik heb een boekje gelezen over traumaverwerking. Dit maakt een heleboel dingen duidelijk. Bijna al mijn reacties en gedragingen in de afgelopen jaren, zijn een reactie op een traumatische ervaring. Veel van de symptomen die bij een traumatische ervaring horen, heb ik ook. Of heb ik meegemaakt. Heel veel dingen kan ik nu verklaren.”

“Ik zou zo graag weer willen zijn zoals ik was. Dat ik weer de hele wereld aankan en me vrolijk voel en overal zin in heb. Maar dat is dus niet zo. De mensen om mij heen zeggen tegen mij dat het nog wel een tijd kan duren, voordat ik weer hersteld ben. Ik kan dat moeilijk accepteren. Ik wil iets doen: een brief schrijven aan de directie van ons ziekenhuis, laten zien waar ze tekortgeschoten zijn, hoe ze ons hadden kunnen ondersteunen. Zeker na alle ervaringen met psychosociale zorg uit Zweden en Enschede hadden ze beter moeten weten.

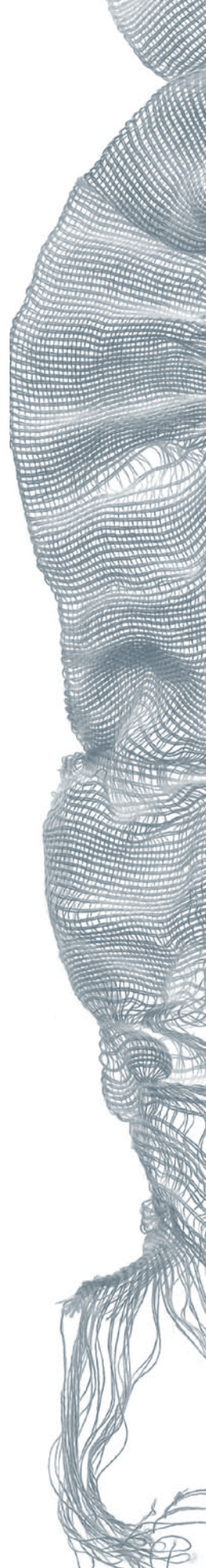
Als er iets is voorgevallen op mijn werk, met een patiënt of een collega, krijgt iemand de ruimte om erover te praten. Soms wordt er een paar keer over gesproken, net hoe de behoefte is. Iedereen luistert naar elkaar en er wordt altijd gezocht naar een oplossing voor iemands probleem. Het werk wordt overgenomen als het even niet meer gaat. De situaties zijn bij lange na niet zo indrukwekkend als mijn ervaringen. Als ik in de brandwondentijd over alles wat ik lastig vond had kunnen praten, was ik nooit meer uitgepraat. Ik realiseer me: dit is het wat ik dus gemist heb.”

Gemist

“Het is nu oktober 2004. Iedere week gaat het beter met me. Ik ben weer twee ochtenden aan het werk en heb zelfs tijd over voor mezelf. De concentratie is er nog niet en ik kan het nog niet opbrengen om naar de verhalen van collega's te luisteren. Ik lijk wel ongeïnteresseerd en gevoelloos. Mijn collega's zetten absoluut geen druk op de ketel. Ik mag zelf mijn tempo bepalen. Aanwezig zijn is genoeg. En dat voelt zo goed. Ze zijn zo ontzettend lief voor me. Alleen daarom krijg ik al zin om aan het werk te gaan.

Het huishouden run ik weer zelf, maar we gaan wel een hulp in de huishouding nemen en ik voel me hierdoor meer ontspannen. Heerlijk, over een tijdje weer twee dagen werken en het huis wordt bijgehouden. Ik ga volop genieten van deze periode. Ik kan ook weer een boek lezen, een trui breien, met muziek bezig zijn en wandelen.

Maar er zijn ook dagen dat er niets lukt. Het lukt me dan niet me over mijn moeheid heen te zetten en zit weer in de put. Daar baal ik dan weer van; kan het moeilijk accepteren. Ik zoek ook naar een aanwijsbare reden, maar die is er meestal niet. Ook steken de herinneringen weer de kop op. De meest indrukwekkende ervaringen blijven naar voren komen. Ik begrijp niet dat ik er toen zo ontzettend goed en ontspannen mee omgegaan ben. En wat is het toch ongelooflijk hoeveel impact het heeft gehad en nog heeft op mijn leven. Nu nog, na zo veel jaar.”





Ups en downs

“Eind 2004 gaat het slechter dan de periode hiervoor. De twee ochtenden werken kosten me ontzettend veel energie. Ook heb ik gewoon te veel afspraken met hulpinstanties. Ik raak mijn net opgebouwde structuur weer kwijt. Ook begin ik weer vermoeder te worden en begin ik overal weer tegenop te zien. Ik heb geen flauw idee hoe dat kan. Ik heb steeds het idee dat het beter gaat en dat ik wel weer erg veel aan kan, maar kom mezelf dan toch weer tegen.

Twee stappen vooruit en weer één achteruit, zeggen de mensen om mij heen. Maar ik word ieder keer weer verrast door een terugslag. Als het een periode goed gaat, overzie ik het geheel. Ik zie dat ik beetje bij beetje vooruit ga. Wanneer ik veel rust heb, geen druk voel, presteer ik veel meer, dan wanneer ik dingen moet doen.

In een gesprek met de bedrijfsarts, mijn manager en iemand van personeelszaken komen we tot de conclusie dat we het rustig gaan aanpakken. Ik ga terug naar één ochtend. Zelf besluit ik niet meer dan één keer per week een afspraak in te plannen met wat voor instantie dan ook.”

Lichamelijk klachten

“Het is vreemd maar ik krijg steeds meer lichamelijke klachten. Regelmatig word ik overvallen door hoofdpijn. Het kost me moeite mijn ogen ingespannen te laten werken en ik ben regelmatig duizelig. Wanneer ik een keer na mijn werk hier ontzettend last van heb, neem ik contact op met mijn huisarts. Ze vermoedt meteen dat ik bijverschijnselen heb van de medicijnen. We bouwen de medicijnen af en na vijf dagen knap ik weer op.

In december doen we nog een poging om de medicijnen af te bouwen. Lichamelijk gaat dat goed, maar geestelijk kan ik ineens weer erg weinig hebben. Eind december besluiten we om voorlopig dezelfde dosering te blijven gebruiken, waar ik me goed bij voel.”

Het gaat goed met me!

“Eind januari 2005. Ik kan nu echt zeggen: het gaat goed met me! Ik begrijp niet hoe het kan, maar ik functioneer weer op niveau. Ik werk anderhalve dag zonder problemen, thuis organiseer ik weer alles en kan weer leuke dingen doen met de kinderen.

Met de huishoudelijke hulp pak ik iedere week iets zeer grondig aan in het huis.

Twee keer per week sport ik volop en ik geef een paar kinderen uit de buurt keyboardles bij mij thuis. We hebben een goede structuur weten aan te brengen in ons gezin.

Ik hoef niet zo nodig meer de deur uit en kan weer genieten van mijn kinderen en mijn man.

Ook mijn man heeft weer wat minder druk op zijn schouders en dat werd ook wel tijd.

Hij begon het ook wel erg zwaar te vinden om het gezin helemaal alleen op te moeten vangen naast zijn drukke baan.”

Langzaam vooruit

“De periodes wisselen elkaar af. Soms gaat het goed, soms weer slechter. Maar al met al gaat het langzaam maar zeker vooruit. Het is nu voorjaar. Ik sta versteld van mezelf wat ik allemaal weer doe. Ik heb geen rustperiodes meer nodig, heb alles weer op de rails. Ja, zelfs als ik een mindere week heb, red ik het. Ik zie het weer zitten. Mijn leven, mijn gezin, mijn baan. Ons huwelijk heeft onder enorme spanning gestaan, maar gelukkig zijn we bij elkaar gebleven. We hebben een moeilijke periode overleefd, ons erdoorheen geworsteld. Mijn grenzen zal ik in het vervolg aangeven. Ik ben er nu van overtuigd dat ons gezin vóór alles gaat.”

Opnieuw in de problemen

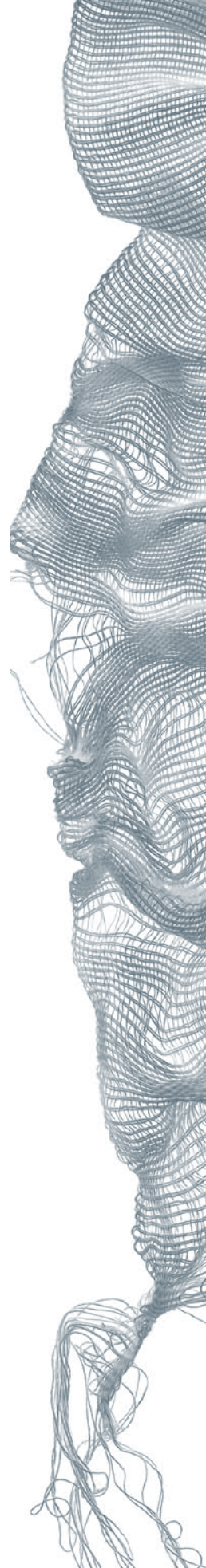
“In januari 2006 kreeg ik echter opnieuw een enorme terugval. Ik kwam weer in de ziektewet terecht en ik besloot in overleg met mijn behandelaren de medicijnen die ik gebruikte te veranderen. Ook omdat ik veel lichamelijke klachten had en ondanks deze medicijnen met vlagen depressief bleef. Dat betekende dat ik mijn huidige medicijnen in zes weken tijd moest afbouwen en daarna de nieuwe medicijnen kon gaan opbouwen. Tijdens het afbouwen kreeg ik vreselijke angst- en paniekaanvallen. De psychiater zei dat ik er niet te veel van moest verwachten. De kans dat mijn klachten minder zouden worden was vrij klein.”

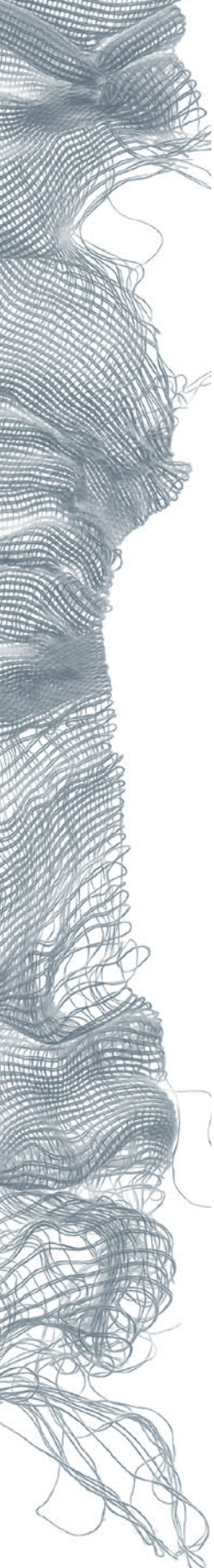
“Mijn behandelaren schreven volledige rust voor. Geen druk van buitenaf, geen verplichtingen, veel ontspanning zoals wandelen en sporten. En verder totaal niets aan mijn hoofd. Ga er maar aanstaan in een gezin met drie kinderen... Maar ik kon niet anders, want alles om mij heen bracht me uit balans. Ik kon niets meer aan!”

“Echter, mijn werkgever legde een behoorlijke druk op de situatie. In plaats van de voorgeschreven volledige rust, wilde mijn werkgever dat ik aan het werk bleef. Desnoods met aangepast werk. Ze wilden me zelfs laten ophalen met een taxi. Dit, om het contact met de werkvloer niet te verliezen.

De wetgeving rond ziekteverzuim was namelijk veranderd en werknemers moesten actief meewerken aan hun re-integratie. Ik moest binnen een aantal weken een plan van aanpak maken en op werkdagen moest ik minstens aanwezig zijn. Terwijl ik thuis tegen de muren aanvloog van de angst en paniek, totaal oncontroleerbaar handelde, vreselijke buien had, niet meer naar buiten durfde en de telefoon niet meer op kon nemen. Door deze druk namen mijn angsten en stress toe en in plaats van op te knappen, ging ik na elk contact met mijn werk weer twee sprongen achteruit.

Mijn werkgever begon er op aan te dringen onbetaald verlof te nemen. Dit was volgens hen de enige manier om de rust te krijgen die ik voor het herstel nodig had. Want volgens hen is het met de nieuwe wetgeving Poortwachter niet meer mogelijk om voor een langere periode met ziekteverlof te zijn, zoals vroeger wel gebeurde in een situatie van overspannenheid of burn-out.





Ik had er zo veel spanningen van en het hele gebeuren had zo'n enorm effect op mijn gestel, dat ik na twee maanden akkoord ben gegaan met een jaar onbetaald verlof. Dit was voor mij de enige manier om volledige rust te creëren en mezelf de kans te geven om te herstellen. Buiten mijn werk om was ik al een lange tijd gestopt met mijn verenigingsleven en hobby's om zo al mijn energie in mijn werk en mijn gezin te kunnen stoppen."

Diagnose: PTSS

"Ondertussen had de psychiater aangegeven, dat ik moest proberen te leren leven met een blijvende schade. Een posttraumatische stress-stoornis (PTSS), waaraan ik blijvende beperkingen over zou houden. Mijn draagkracht zou nooit meer zo groot worden, ik zou dus nooit meer veel aankunnen. Dit hield concreet in: een slechte concentratie, weinig energie, verwerkingsstoornis, snel overprikkeld, snel gestrest... Zijn advies was: stress vermijden en veel ontspanning zoeken.

Negen maanden lang heb ik, zo goed als het kon, veel ontspanning en rust gecreëerd. Heel langzaam namen mijn psychische klachten wat af. Tot op een gegeven moment het herstel stil bleef staan. Dit hield in dat ik nog steeds snel uit balans was en dat het dagen duurde voordat dat weer hersteld was. Voor mij was dit het moment dat ik besepte dat ik het hiermee moest doen. Dat dit de blijvende schade was waar de psychiater over sprak. Dit waren voor mij dus de gevolgen van PTSS: een blijvende beperking in mijn capaciteiten."

"In april 2007 vroeg mijn werkgever me wat ik ging doen in september, wanneer mijn jaar verlof zou eindigen. Ik had geen idee, want ik was nog steeds aan het herstellen en nog lang niet zover om er weer werk bij te kunnen hebben of zelfs maar te kunnen overzien. Na een gesprek met de bedrijfsarts stelde deze een rapport op dat ik niet meer geschikt was om als verpleegkundige te werken.

Ik besloot hulp te vragen bij een adviseur van het ministerie van VWS. Deze adviseur, die ondertussen met pensioen was, maar zich nog wel een paar uur per week met de ramp van Enschede en Volendam bezighield, nam hierover contact op met de directie van het ziekenhuis, mijn werkgever. Hierna kreeg ik een uitnodiging voor een gesprek en zijn we gaan zoeken naar een passende oplossing. Met behulp van de bedrijfsarts, mijn leidinggevende en het hoofd personeelszaken, zijn we uiteindelijk tot de conclusie gekomen dat een traject onder begeleiding van een arbeids- en re-integratiedeskundige de beste optie zou zijn."

"Ik ben inmiddels voor een intake in Heliomare geweest en zij hebben een voorstel gedaan voor een loopbaantraject. Ik krijg begeleiding bij het vinden van passend werk, rekening houdend met mijn beperkingen. Maar tot die tijd blijft mijn onbetaald verlof van kracht en dit is zelfs verlengd toen het jaar om was. Terugkeren in ziekteverlof om in ieder geval weer wat inkomen te krijgen, was voor mijn werkgever onbespreekbaar."

Impact op mijn leven

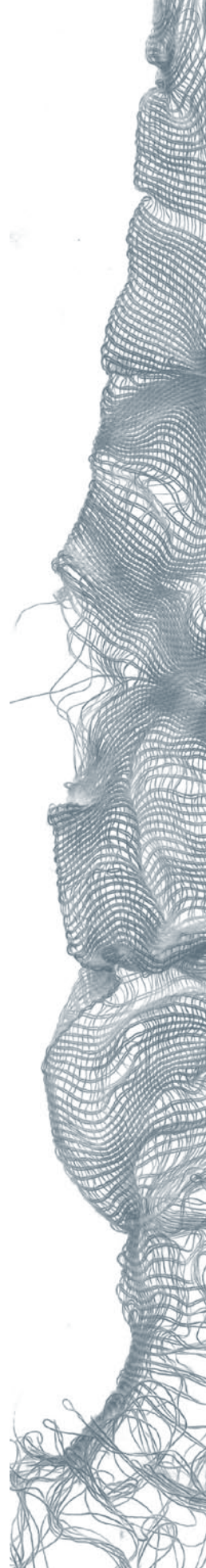
De Volendamramp heeft veel impact op Yvonne's leven gehad. Ze vervreemdt van haar omgeving, raakt daardoor geïsoleerd en vlucht in alcohol. Het gevecht met haar werkgever doet haar noodgedwongen de keuze maken om onbetaald verlof op te nemen met nadelige financiële consequenties.

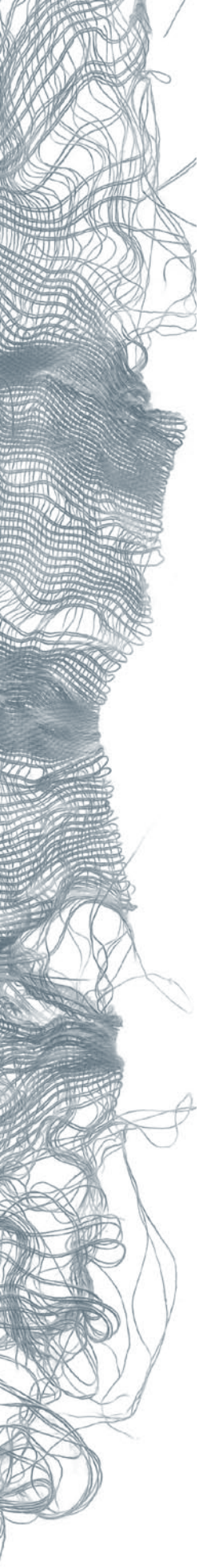
Sociaal isolement

“Op sociaal gebied was ik in een isolement terechtgekomen. Het voelde alsof ik niet meer paste in de wereld om mij heen. Onderwerpen en gesprekken waar andere mensen zich druk over maakten, raakten en interesseerden mij niet meer. De dingen die ik meegemaakt en gezien heb, zijn zo ingrijpend geweest, dat ik de normale gebeurtenissen in het leven totaal niet meer belangrijk kon vinden. Ik kon het niet meer opbrengen om naar de verhalen van andere mensen te luisteren. Dit had tot gevolg dat ik ‘er niet meer tussen paste’. Ook binnen het gezin en mijn werk was ik erg veranderd. De normale probleempjes deden mij niets meer en ik schonk er geen aandacht meer aan. Terwijl het voor mijn kinderen juist heel belangrijk was dat hun moeder ze begreep en voor ze klaarstond bij deze ‘normale’ probleempjes, vond ik dat ze niet zo moesten zeuren. Ik kon het niet meer belangrijk vinden.”

Ontregeling dagelijks leven

“Ook de traumagerelateerde klachten hadden psychische en sociale gevolgen. Gevoelens die optraden zoals irritatie, angstgevoelens, agressie en depressieve gevoelens ontregelden mijn dagelijkse leven en dus ook dat van mijn omgeving en werk. Er was nergens ruimte om over de dingen te praten waar ik mee rondliep. Ten eerste konden mensen daar niet goed tegen en schakelden ze snel weer over op een ander onderwerp. Ten tweede hadden ze er totaal geen verstand van en konden ze er niets mee. Natuurlijk deed ik wel mijn best om zo normaal mogelijk te functioneren, maar het kostte al mijn energie. Ik was heel snel uitgeput. Voor mij had het tot gevolg dat ik uit mijn werk geraakt ben. Ook ben ik na 27 jaar gestopt met mijn muziekvereniging en met andere hobby's. Daardoor raakte ik een heleboel contacten kwijt.”





“Kortom: ik paste niet meer in het leven waar ik in leefde, had mijn leven niet meer onder controle en kon nergens meer tegen. Vervreemding, isolement, financiële consequenties en te veel alcohol drinken zijn bij mij het gevolg geweest. Ik zag nergens het nut meer van in. Mijn leven was doelloos geworden, ik deugde nergens meer voor, had het gevoel dat ik nergens meer bij hoorde en niets meer kon. Mijn zelfvertrouwen was helemaal weg en mijn zelfbeeld was bijzonder negatief.”

Epiloog

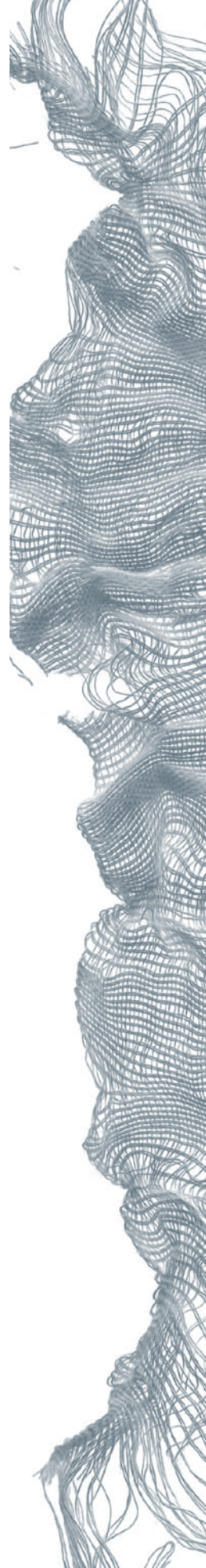
“Het opschrijven van mijn ervaringen deed ik in eerste instantie alleen voor mijzelf, als vorm van therapie. Zo kon ik in mijn eigen tempo de vele indrukken en herinneringen van me afschrijven en verwerken. Want met praten lukte het me niet. Wat ik had meegemaakt was voor mij niet gemakkelijk bespreekbaar en het was ook zo veel... Ieder klein stukje herinnering dat naar boven kwam in het gesprek met mijn psychologe, maakte veel emoties los. Ik was er bovendien nog dagenlang door van slag. Ik merkte dat het opschrijven van mijn ervaringen beter voor mij werkte. Allereerst, kon ik schrijven op momenten dat het mij uitkwam. Ten tweede, kon ik schrijven over datgene dat me op dat moment bezig hield of te binnen schoot. Ook kon ik stoppen of juist doorgaan wanneer ik wilde. Tijdens het schrijven kon ik al mijn gevoelens in woorden uiten zonder ze daadwerkelijk te voelen. Wanneer ik klaar was met schrijven, was ik opgelucht dat ik weer wat van me afgeschreven had.

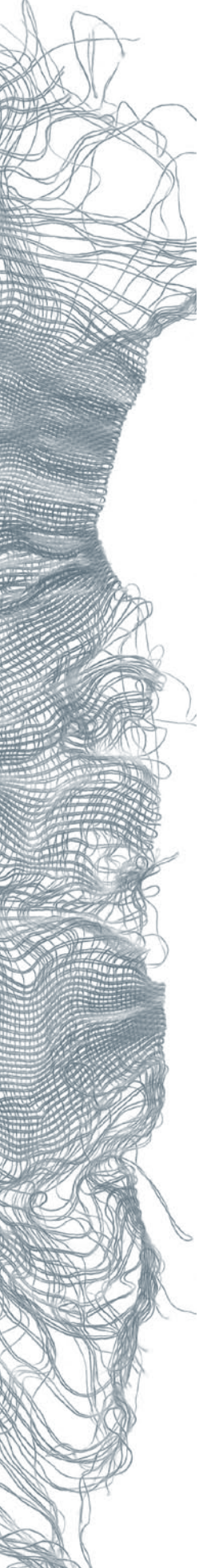
Een groot voordeel was dat alles wat ik opgeschreven had er nog was! Mijn geheugen was namelijk erg slecht en mijn hoofd was een chaos. Als ik dan een stukje teruglas, kon ik dit later weer aanvullen met extra details. Stukje bij beetje werden de flarden in mijn herinnering een compleet verhaal. En in mijn hoofd werd het steeds rustiger; werd ik rustiger.

Later begon het pas voor het eerst tot mij door te dringen dat het niet normaal is wat ik meegemaakt had. Wanneer ik mijn verhaal aan anderen liet lezen, maakte dat grote indruk. Hierdoor ontstond het idee om mijn ervaringen te gebruiken om anderen te waarschuwen of alert te maken op signalen die tot secundaire traumatisering kunnen leiden. Want, het gevaar is dat je het zelf vaak niet doorhebt. Ook wil ik hiermee wijzen op de ernstige gevolgen die secundaire traumatisering kan hebben.

Het maken van dit boek heeft mij veel opgeleverd:

- Het heeft me inzicht gegeven in de moeilijke omstandigheden waarin ik heb gewerkt. Ik zie nu oorzaak en gevolg van de situatie waarin ik terechtgekomen ben. Daardoor is het voor mij bespreekbaar geworden.
- Ik heb veel steun gekregen toen mijn verhaal ook voor anderen duidelijk werd.
- Ik ben in contact gekomen met diverse instanties: Het Anker, Stichting Impact, deskundigen op het gebied van secundaire traumatisering en PTSS.
- Er blijkt veel herkenning te zijn binnen de hulpverleningsinstanties.
- Door opnieuw contact te hebben met de jongeren en hun ouders, is een groot deel van mijn schuldgevoel en onzekerheid weggenomen. Het werd me duidelijk dat iedereen situaties anders ervaart. De onzekerheid die ik had en mijn twijfels of ik het wel goed had gedaan, bleken niet terecht. Door alle contacten is nu alles heel





bespreekbaar geworden. Wellicht is het maken van dit boek hopelijk ook tot steun voor hen geweest.

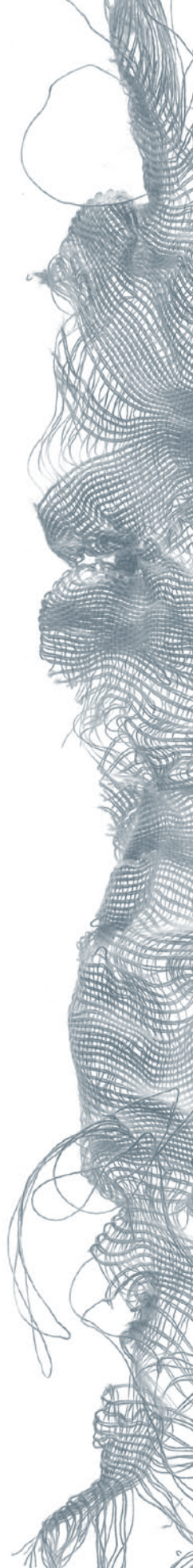
- Voor veel mensen is het heel moeilijk te bevatten hoe ik zo ziek heb kunnen worden, hoe ik zo uit mijn evenwicht was gebracht. Ik kan door middel van dit boek aan anderen eindelijk goed duidelijk maken wat de oorzaak is geweest van mijn ziek-zijn.

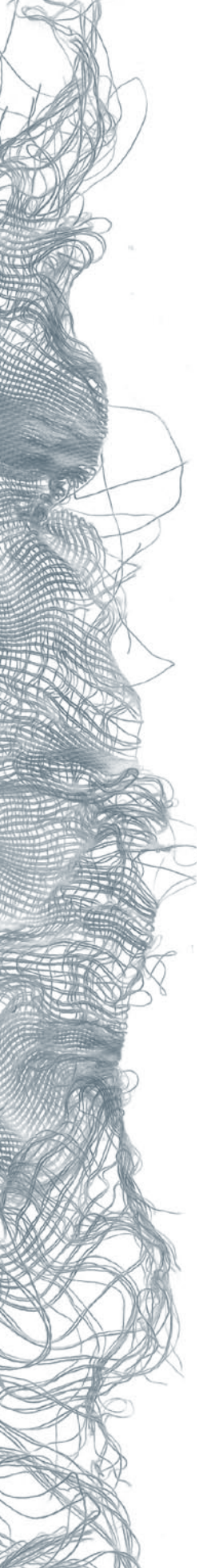
In de loop van mijn verhaal komen mijns inziens een aantal belangrijke punten naar voren die kunnen helpen een posttraumatische stress-stoornis bij hulpverleners, oftewel secundaire traumatisering, te voorkomen. Duidelijk is te lezen hoe secundaire traumatisering ontstaat, wat de valkuilen zijn wanneer je als hulpverlener werkt onder extreme omstandigheden. Ik laat hiermee zien op welke momenten je extra alert moet zijn op jezelf en elkaar. In mijn situatie was er geen beleid voor het voorkomen van en hoe om te gaan met secundaire traumatisering. Ook wordt duidelijk wat voor mij wel en niet heeft gewerkt om weer beter te worden.

Tot slot, de kernpunten uit mijn verhaal zijn onder de aandacht gebracht van een aantal deskundigen. Zij hebben hierover hun visie en advies uitgebracht. Hiermee is mijn verhaal met hun advies een boek geworden voor hulpverleners zoals ik, die in soms zeer extreme situaties hun werk doen. Het is vanzelfsprekend dat zij hiervoor zijn opgeleid, maar het moet ook normaal zijn dat zij hier niet ziek van worden en vervolgens helemaal niet meer kunnen werken.

Ook is het boek bedoeld voor zorginstellingen die willen voorkomen dat medewerkers een secundair trauma oplopen. En iedereen die een opleiding volgt in de zorg kan er van leren. Ik vind het nog steeds een prachtig vak, maar ik zou hulpverleners ervoor willen behoeden in een situatie terecht te komen als de mijne.”

Yvonne Zwarthoed





Soms schieten woorden tekort
Om te omschrijven wat er is
Soms zijn gevoelens zo sterk
Dat er geen controle over is

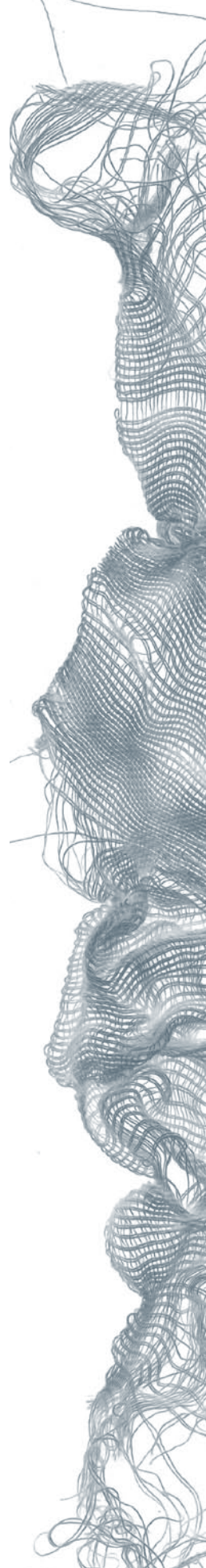
Soms wordt het te veel
Wat je allemaal hebt meegemaakt
En kun je niet meer aan
Wat je keer op keer zo raakt

En hoe sterker je bent
En hoe harder je vecht
En hoe langer je het volhoudt
Hoe dieper kom je uiteindelijk terecht

Hoe graag je dan ook weer verder wilt
En door wilt gaan met je leven
Je lichaam laat het afweten
Je hebt te lang te veel gegeven

En niemand kan herstellen
Wat er is stukgegaan
Je moet een nieuwe weg vinden
Om weer verder te gaan

Soms vraag je je af
Of je ooit jezelf nog zult zijn
Vooral in al die uren
Die gevuld zijn met verwerken, verdriet en pijn

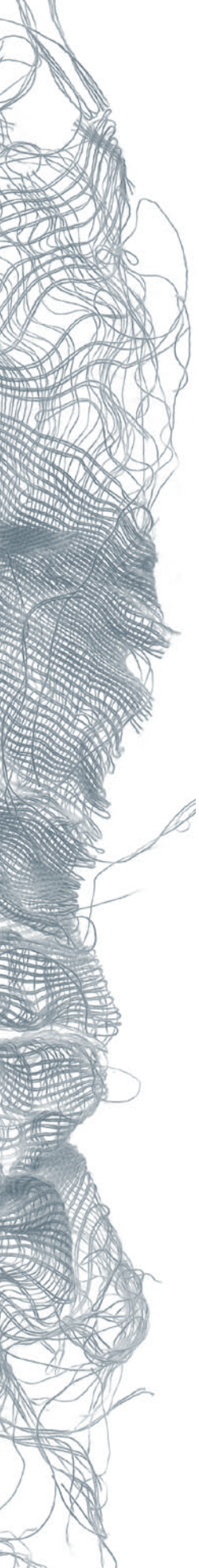


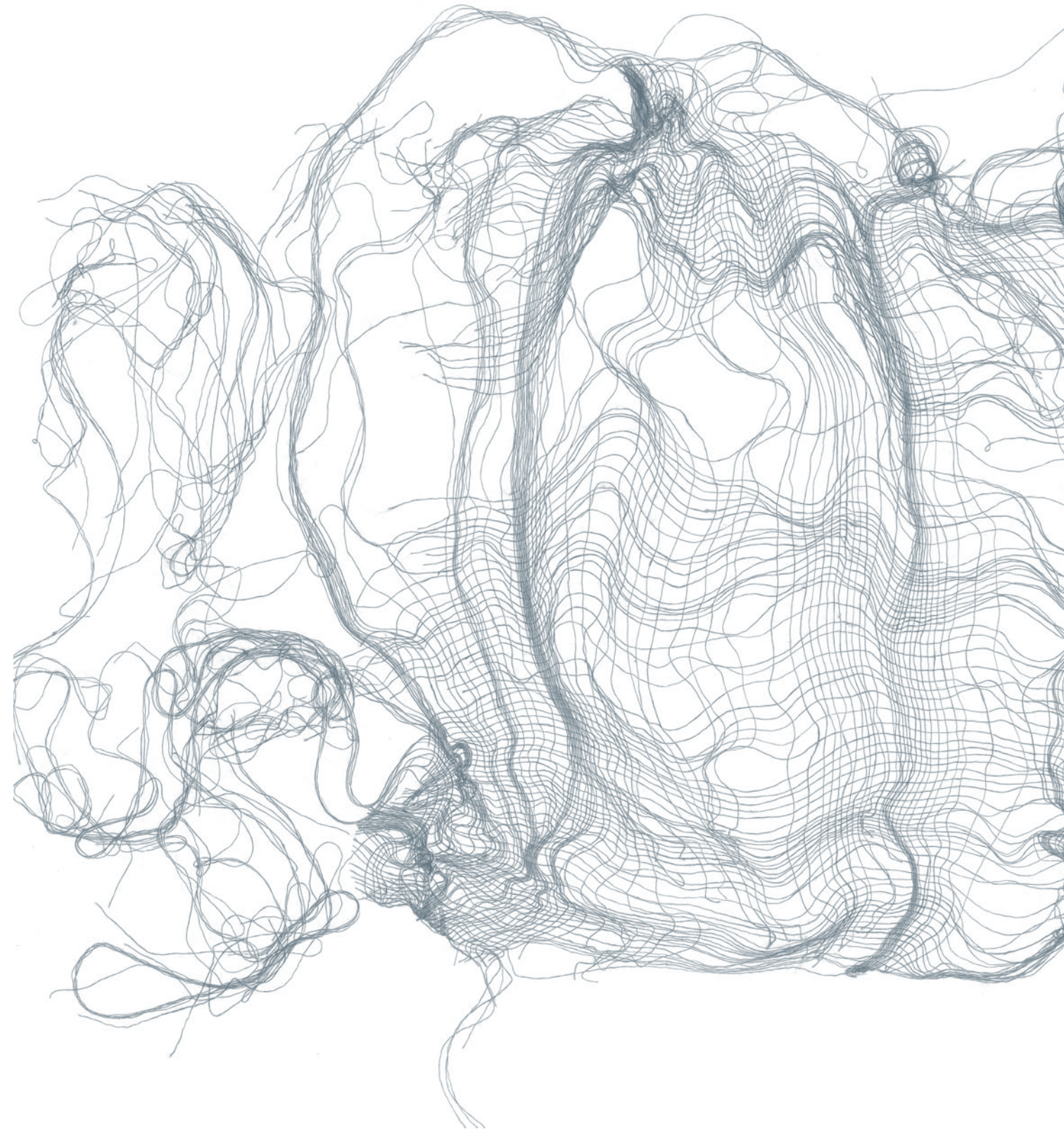




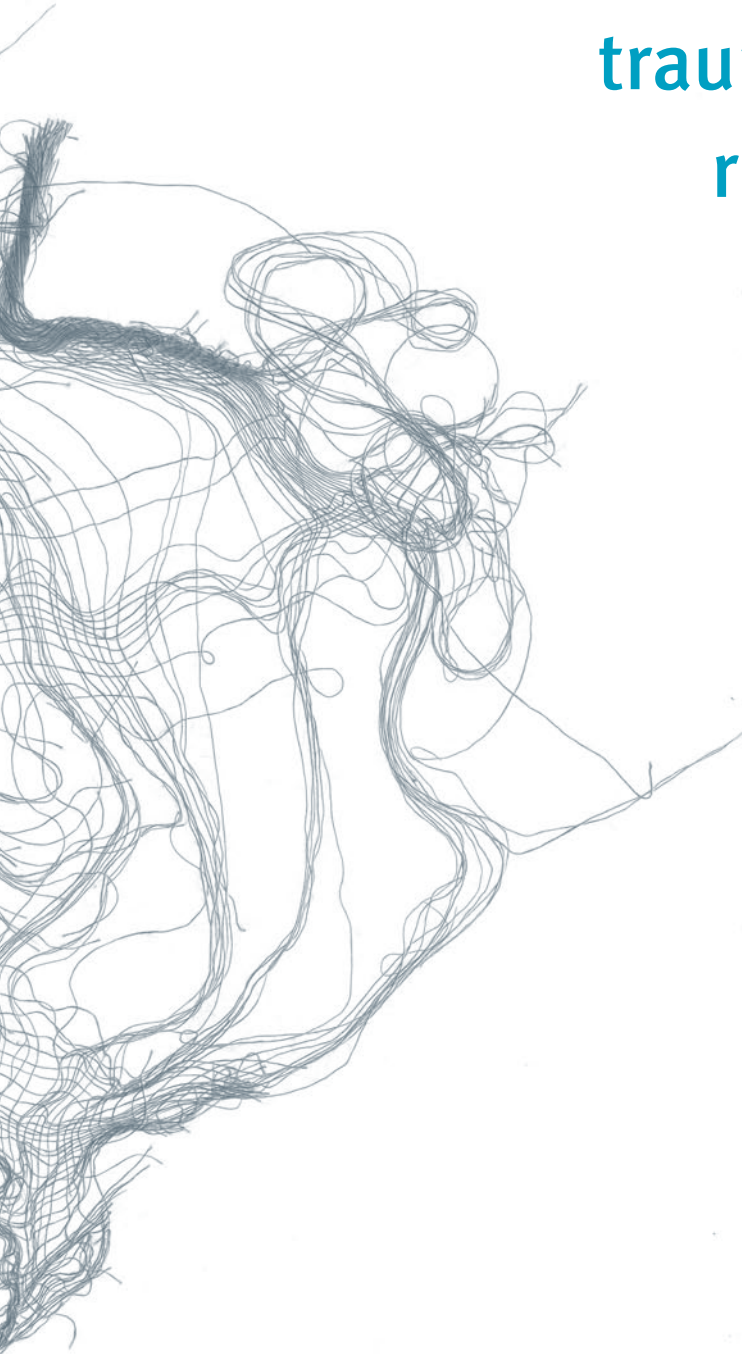


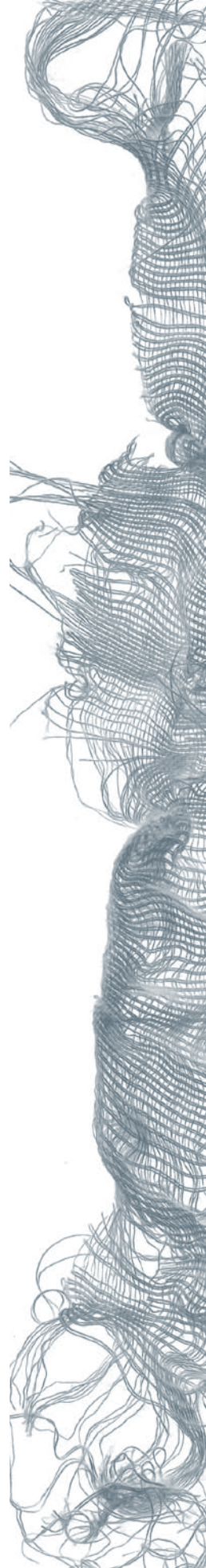


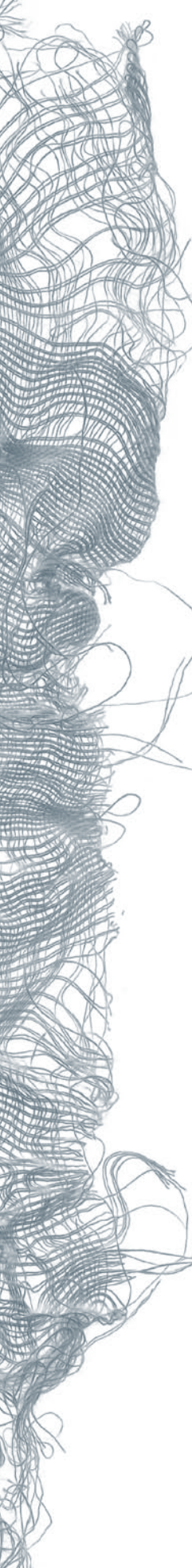




Stressreacties bij traumahulpverlening: risico van het vak?







De ervaringen van Yvonne Zwarthoed, hiervoor indringend beschreven, laten zien dat het werken met getraumatiseerde slachtoffers verstrekkende gevolgen kan hebben voor een hulpverlener. De in het verhaal van Yvonne beschreven gevolgen zijn divers en hebben zowel een psychische als een lichamelijke kant. Yvonne werd in haar werksituatie geconfronteerd met een groot aantal zwaar verbrande slachtoffers die blijk gaven van een hoge mate van pijn en psychisch lijden. Dat heeft haar zeer aangegrepen. Daarbij was het een situatie waarin specialistische zorg geboden moest worden. Ze was hiervoor noch opgeleid, noch had ze hierin training gehad, en was er geen supervisor aanwezig met kennis van zaken die haar hierin kon coachen. Dit heeft geleid tot grote onzekerheid over haar handelen, twijfel die haar maanden tot jaren achtervolgde. Yvonne vermeed over de situatie te praten, probeerde de thuissituatie te ontvluchten, had last van concentratieverlies en een opgejaagd gevoel. Ook spreekt ze over een toegenomen alcoholgebruik en interesseverlies voor zaken van het dagelijks leven, depressie en vermoeidheid. Deze klachten worden op een gegeven moment aangeduid als de gevolgen van langdurige ‘secundaire traumatisering’ (pagina 18). Maar wat houdt dit precies in? Wat zijn belangrijke factoren bij het ontstaan van de door Yvonne genoemde klachten? Hoe hadden ze voorkomen kunnen worden?

In dit hoofdstuk willen we deze vragen beantwoorden. We zijn daarvoor op zoek gegaan naar de beschikbare wetenschappelijke kennis en literatuur (de exacte werkwijze staat beschreven in de appendix). Een persoonlijk verhaal als dat van Yvonne is natuurlijk uniek, en valt niet in een theoretische verhandeling te ‘vangen’. Dit hoofdstuk is dan ook nadrukkelijk niet bedoeld om het verhaal van Yvonne gedetailleerd te duiden, het is geen diagnostiek. Wel denken we dat we meer helderheid kunnen geven over de gevaren die bij hulpverlenende werkzaamheden op de loer kunnen liggen door het verhaal in een breder kader te zetten. Waar mogelijk, proberen we door middel van korte quotes uit het verhaal van Yvonne de theorie te verduidelijken en zo een verbinding met haar verhaal te maken.

In het navolgende worden de verschillende concepten beschreven die in dit verband in de literatuur gehanteerd worden. Op grond van deze concepten bekijken we welke risicofactoren beschreven worden die tot negatieve gezondheidseffecten kunnen leiden. Ten slotte wordt beschreven wat er bekend is over preventie en behandeling. Duidelijk zal worden dat de wetenschappelijke terminologie voor klachten als die van Yvonne zeer uiteenlopend en zeker niet eenduidig is. We zullen daarom in het navolgende de overkoepelende term ‘traumawerk-gerelateerde stressreacties’ gebruiken. In paragraaf 3.1 wordt dit nader toegelicht.

Traumawerk-gerelateerde stressreacties

3.1

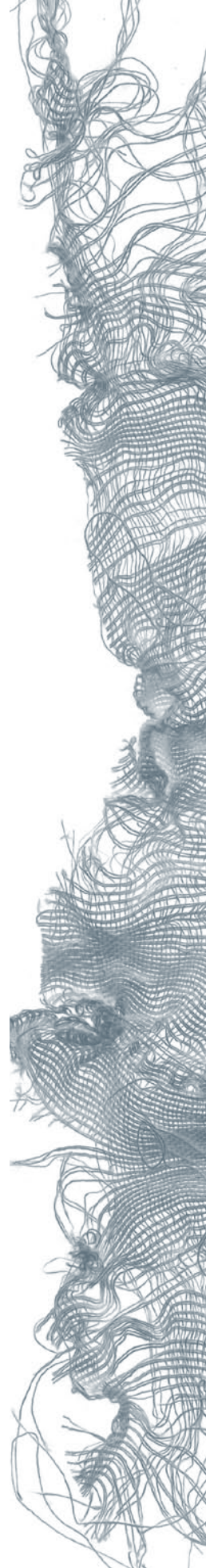
De mogelijk negatieve gevolgen van stressvolle werkomstandigheden zijn op uiteenlopende wijze beschreven in de wetenschappelijke literatuur. Voordat we de in de literatuur genoemde concepten behandelen en dit in een conceptueel kader kunnen plaatsen, is het van belang het verschil tussen primaire en secundaire traumatisering uiteen te zetten.

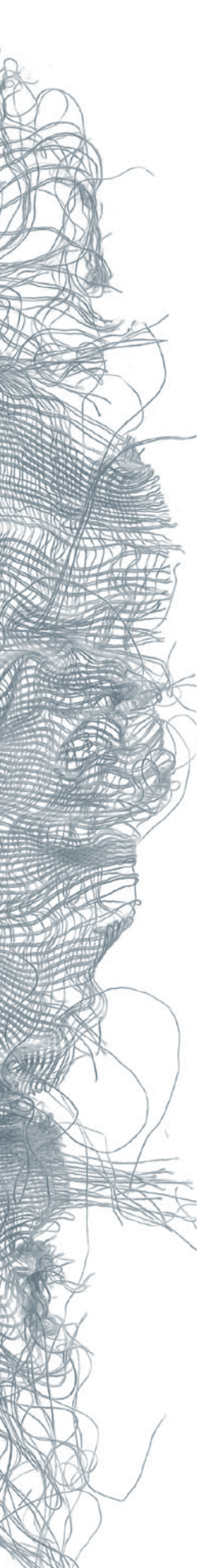
Primaire en secundaire traumatisering

3.1.1

Bij primaire traumatisering is de betrokkene (in casu de hulpverlener) blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij hij/zij heeft ondervonden, getuige is geweest van, of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebracht(en), een bedreiging vormde(n) voor de fysieke integriteit van de betrokkene zelf *of van anderen*. De hulpverlener hoeft dus niet zélf het trauma meegemaakt te hebben, maar is er wel zeer nauw bij betrokken geweest, bijvoorbeeld doordat het familie betreft, of door een sterke betrokkenheid bij de behandeling van getraumatiseerde slachtoffers. Tot de reacties behoren intense angst, hulpeloosheid of afschuw. Binnen de gezondheidszorg is er voornamelijk onderzoek gedaan naar posttraumatische stress-symptomen bij ambulancepersoneel (Van der Ploeg en Kleber 2003). De stressreacties die voortkomen uit primaire traumatisering als gevolg van het werken met traumaslachtoffers duiden we hier aan met 'primaire traumawerk-gerelateerde stressreacties'. Andere beroepsgroepen waarvoor deze primaire traumawerk-gerelateerde stressreacties beschreven zijn, zijn bijvoorbeeld militairen die op een vredesmissie zijn uitgezonden, politie- en brandweerpersoneel dat betrokken was bij een ramp of degenen die bij humanitaire hulpverleningsorganisaties in oorlogsgebieden werkten.

In het geval van secundaire traumatisering deelt de hulpverlener indirect in het trauma van het slachtoffer, doordat de hulpverlener blootgesteld wordt aan de verwondingen en/of verhalen van het slachtoffer. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de hulpverlener door zijn of haar empathie (invoelingsvermogen) het trauma dat het slachtoffer heeft meegemaakt begrijpt, ziet en voelt *vanuit het perspectief van het slachtoffer* (Thomas en Wilson 2004). De hulpverlener leeft zich dus zozeer in in de aard en omvang van het trauma van het slachtoffer dat hij/zij het trauma van het slachtoffer als het ware 'mee' ervaart. Als gevolg hiervan kan de hulpverlener stressreacties ontwikkelen. De stressreacties die voortkomen uit secundaire traumatisering als gevolg van het werken met traumaslachtoffers duiden we hier aan met 'secundaire traumawerk-gerelateerde stressreacties'.





Primaire en secundaire traumatisering kunnen ook *tegelijkertijd* optreden. Uit onderzoek is gebleken dat posttraumatische stressklachten bij partners die allebei de Tweede Wereldoorlog meemaakten niet alleen veroorzaakt werden door hun eigen (primaire) ervaringen, maar ook (secundair) door de klachten en ervaringen van hun partner (Bramsen e.a. 2002). Bij hulpverleners van hevig getraumatiseerde patiënten is het goed denkbaar dat zowel primaire als secundaire traumatisering optreedt.

Ook in het verhaal van Yvonne Zwarthoed komen elementen van zowel primaire als van secundaire traumatisering voor. De impact die de traumatische werksituatie op haar heeft, beschrijft zij bijvoorbeeld wanneer iemand ‘onderuit gaat’ als gevolg van de pijnlijke behandeling die Yvonne hem moet geven. “(...) *ik kreeg hem niet meer bij zijn positieven. Iemand van Het Anker heeft me geholpen hem weer bij te krijgen. Daarna hebben we de arts gebeld om de nietjes eruit te komen halen. We vroegen hem later op het spreekuur terug te komen. Ik had het gevoel dat ik gefaald had en ik schaamde me een beetje tegenover zijn moeder.*” Daarnaast lijkt het er soms op dat zodra ze zich in grote mate verplaatst in het trauma van de ander, ze het trauma gaat ‘beleven’ vanuit het perspectief van de patiënt. Als ze meegaat met onderzoek bij één van de jongens schrijft ze naar aanleiding daarvan: “*Het onderzoek vond ik erg aangrijpend (...) Ik schoot vol, wat erg vond ik dit. Zachtjes wreef ik over zijn been en fluisterde dat het zo voorbij zou zijn. Niet te geloven wat die kinderen moeten doorstaan. Er zal een dag komen dat ze dit niet meer aankunnen, dat ze dit niet meer kunnen verwerken. En dan? Daar wil ik liever niet aan denken.*”

— 3.1.2

Verwante concepten

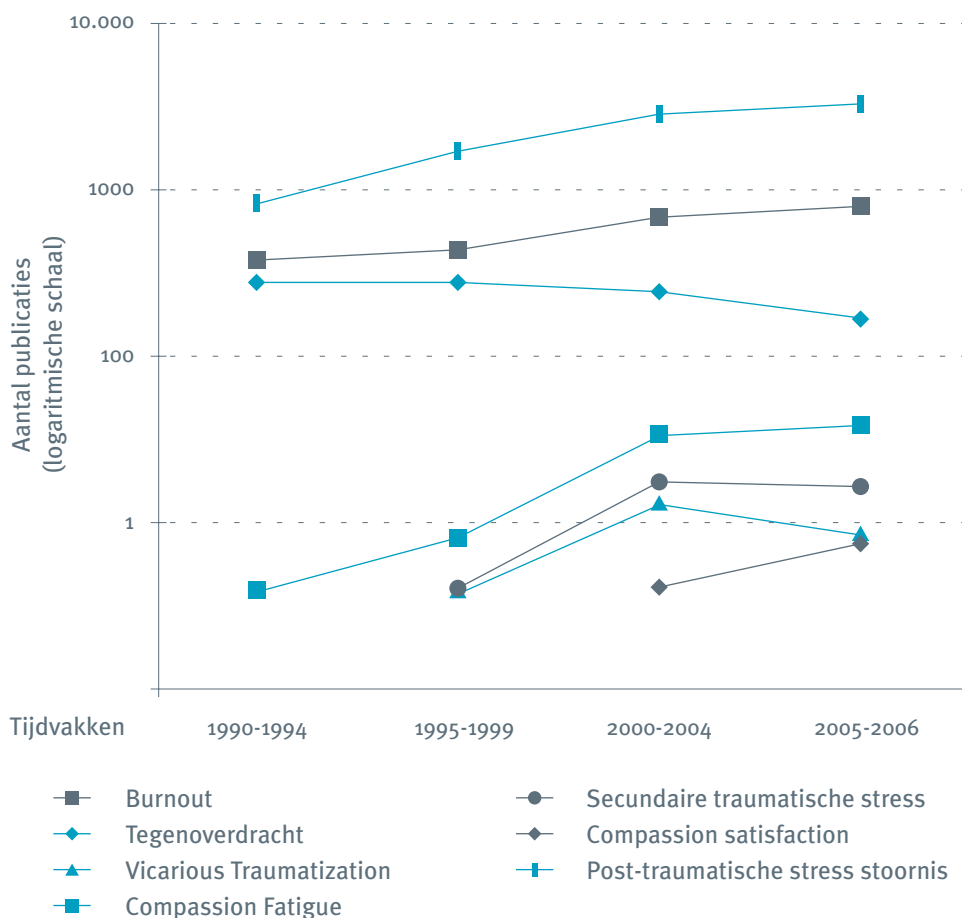
Een aantal wetenschappelijke concepten die verwant zijn aan het verhaal van Yvonne kunnen genoemd worden. Een belangrijk verwant aandachtsgebied is dat van de werkgerelateerde chronische stressreacties, zoals *burn-out* (zie kader 1). Burn-out is echter niet zonder meer geschikt om werkgerelateerde stressreacties van hulpverleners die werken met traumaslachtoffers te beschrijven. Bij deze specifieke groep hulpverleners is immers vaak (ook) sprake van klachten die te maken hebben met een door een ander ondergaan trauma, zoals beschreven in het concept *Secundaire Traumatische Stress – STS* en *Compassion fatigue*. Ook treden als gevolg van de werkervaring vaak fundamentele innerlijke veranderingen op, omschreven in het begrip *vicarious traumatization*. Bovendien moeten we bij hulpverleners die werken met zwaar getraumatiseerde patiënten rekening houden met stressreacties die zich kunnen ontwikkelen tot een *posttraumatische stress-stoornis – PTSS*, beschreven in kader 2. Ook *tegenoverdracht* kan als verwant concept worden genoemd. Dit is een (emotionele) reactie van de hulpverlener op de ervaringen van een patiënt in een therapeutische relatie (zie kader 3 voor een nadere uitleg van dit begrip).

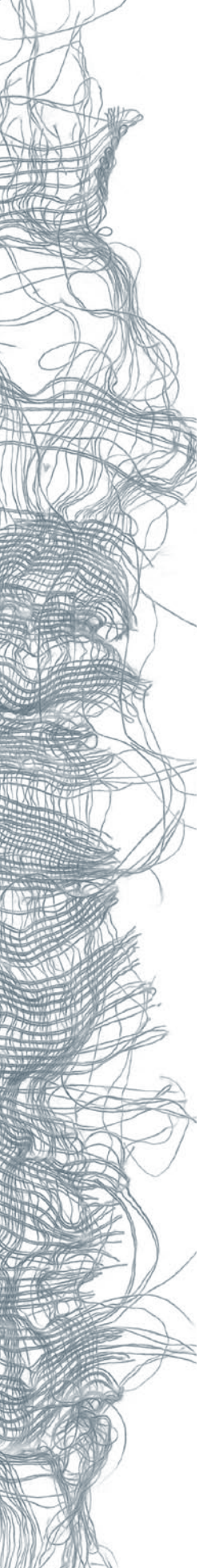
Het concept burn-out als werkgerelateerde stressreactie en PTSS als traumagerelateerde stressreactie genieten een relatief grote bekendheid. Het is echter veel minder bekend,

dat een hulpverlener stressreacties kan ervaren door het zich inleven in de situatie van een (trauma)patiënt. Dit komt ook tot uitdrukking in de aandacht die elk van de genoemde concepten in de wetenschappelijke literatuur heeft gekregen. In figuur 1 is de opkomst van deze concepten eind jaren negentig duidelijk zichtbaar. Te zien is dat het aantal gepubliceerde artikelen over PTSS, burn-out, en tegenoverdracht sinds 1990 aanzienlijk hoger is dan dat van de overige concepten. Uit figuur 1 worden ook enkele trends zichtbaar. Hieruit blijkt dat compassion fatigue het populairste begrip is in deze sector en sinds 1990 een toename in aandacht geniet. In de figuur is ook het concept *compassion satisfaction* opgenomen. Dit begrip, dat de positieve effecten van het werken in de hulpverlening beschrijft, krijgt recentelijk ook meer aandacht in de wetenschappelijke literatuur. In paragraaf 3.1.4 zal nader worden ingegaan op dit begrip.

Figuur 1 Burn-out

Aantal publicaties met de genoemde termen in titel of samenvatting in PubMed, een internationale database voor medische literatuur.





Hoewel burn-out en PTSS zeker verwant zijn aan de klachten van Yvonne, en primaire traumatisering een rol lijkt te spelen, zijn deze concepten bedoeld als veel breder toepasbaar concept. Zo wordt burn-out vaak beschreven als een verstoorde relatie tussen een medewerker en haar organisatie of stress door de eisen van het werk (o.a. Schaufeli e.a. 1993, Smith 2009, van Dierendonck 1997). Tegenoverdracht (beschreven in kader 3) is daarentegen juist zeer toegespitst op een (psycho)therapeutische relatie tussen patiënt en hulpverlener. Daarom richten we ons op secundaire traumatische stress/compassion fatigue en vicarious traumatization. Als leidraad schetsen we in het navolgende eerst een conceptueel kader.

Kader 1 Burn-out

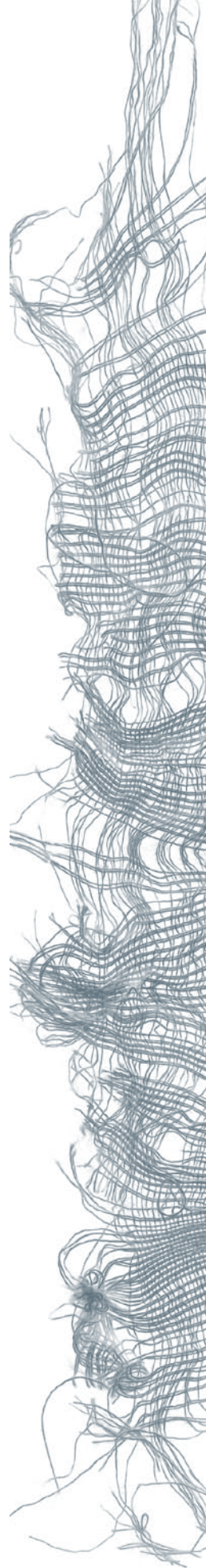
Burn-out wordt gedefinieerd als een syndroom van emotionele uitputting, depersonalisatie (de neiging een negatieve, cynische houding te ontwikkelen ten aanzien van het werk) en verminderde gevoelens van persoonlijke bekwaamheid in de werksituatie. De term burn-out dateert al uit de jaren zeventig van de vorige eeuw en werd aanvankelijk vooral gebruikt voor personen die ‘met mensen werken’, maar het concept wordt nu gebruikt voor werksituaties in het algemeen. Van de drie genoemde dimensies – emotionele uitputting, depersonalisatie en gevoelens van verminderde persoonlijke bekwaamheid – wordt uitputting gezien als de centrale dimensie. Als mensen aangeven dat ze burn-out hebben, doelen ze voornamelijk op die dimensie. Binnen het concept burn-out is er echter een duidelijke relatie van emotionele uitputting met de andere dimensies. De emotionele uitputting leidt ertoe dat men emotioneel en cognitief afstand neemt tot het werk (depersonalisatie), waarschijnlijk om op die manier om te kunnen gaan met de ervaren hoge werklust. In het geval van beroepen waarin met mensen gewerkt wordt, zoals de gezondheidszorg, kan men emotioneel afstand nemen van de patiënt door de patiënt te beschouwen als een onpersoonlijk object van het werk in plaats van een unieke persoon die hulp of begeleiding nodig heeft. Uit onderzoek naar burn-out in verschillende organisaties en werksituaties is gebleken dat het afstand nemen van het werk (depersonalisatie) een directe reactie is op de gevoelens van emotionele uitputting. De derde component van burn-out, verminderde gevoelens van bekwaamheid, kan een gevolg zijn van emotionele uitputting en depersonalisatie. Bij gevoelens van uitputting kan men zich ook minder effectief voelen in het uitvoeren van de werktaken. Hetzelfde geldt als men een onverschillige houding heeft aangenomen ten opzichte van het werk, oftewel de patiënt of cliënt. Gevoelens van verminderde bekwaamheid kunnen echter ook tegelijkertijd optreden met gevoelens van uitputting of depersonalisatie. Een gebrek aan voldoende middelen en ondersteuning om het werk uit te voeren zijn dan de voornaamste redenen waardoor gevoelens van onbekwaamheid ontstaan (Maslach e.a. 2001). De component van emotionele uitputting is het sterkst gerelateerd aan stressreacties en het overmatig gebruiken van genotmiddelen zoals alcohol.

Post-traumatische stress-stoornis (PTSS) is een psychische aandoening die in de DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient. PTSS ontstaat als gevolg van ernstige stressgevendende situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel of een bedreiging van de fysieke integriteit. Deze situaties zijn voor de persoon traumatisch. De definitie van PTSS volgens de DSM-IV is als volgt:

- A. Betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij het volgende van toepassing is:
 - 1. betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich mee bracht, een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen;
 - 2. tot de reacties van betrokkene behoorden intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

- B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op een (of meer) van de volgende manieren:
 - 1. recidiverende en zich opdringende herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen;
 - 2. recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis ;
 - 3. handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt;
 - 4. intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of er op lijken;
 - 5. fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of er op lijken.

- C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit:
 - 1. pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden;
 - 2. pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden;
 - 3. onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren;
 - 4. duidelijk verminderde belangstelling voor deelneming aan belangrijke activiteiten;
 - 5. gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen;
 - 6. beperkt uiten van affect (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben);
 - 7. gevoel van een beperkte toekomst te hebben.



D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid:

1. moeite met inslapen of doorslapen;
2. prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen;
3. moeite met concentreren;
4. overmatige waakzaamheid;
5. overdreven schrikreacties.

PTSS wordt acut genoemd als de symptomen minder dan drie maanden duren en chronisch als ze langer dan drie maanden duren. De symptomen zorgen voor klinisch relevante lichamelijke en/of psychische problemen en/of sterke beperkingen in het functioneren (onder meer sociaal werk) van het traumaslachtoffer. De aandoening is met behandeling te genezen of te verbeteren. Soms kan dit ook spontaan gebeuren. PTSS is een angststoornis en moet niet worden verward met het normale verwerkingsproces na een traumatische gebeurtenis. De meeste mensen ervaren PTSS-achtige verschijnselen na een trauma. Het is 'een normale reactie op een abnormale gebeurtenis'. Voor de meeste mensen verdwijnen de emotionele gevolgen van een trauma na enkele maanden. Als deze echter langer duren, kan er sprake zijn van een psychische aandoening. Als de stoornis niet wordt behandeld, kan deze zeer ernstige vormen aannemen (American Psychiatric Association, 2000).

Kader 3 Tegenoverdracht

Aanvankelijk werd de (al bestaande) term tegenoverdracht gebruikt om de beschadigende effecten van het werken met getraumatiseerde mensen aan te duiden in plaats van de in de jaren negentig opgekomen termen als compassion fatigue, secundaire traumatische stress en vicarious traumatization. Tegenoverdracht kan omschreven worden als sterke (bewuste of onbewuste) emotionele reacties en gedragingen van de therapeut binnen een therapeutische relatie. Aanvankelijk werd tegenoverdracht vooral gerelateerd aan een reactivering van vroegere, onverwerkte conflicten, ervaringen en herinneringen van de hulpverlener (beperkte definitie). Tegenwoordig wordt het begrip wel ruimer geïnterpreteerd en omvat het het geheel van reacties van de hulpverlener ten opzichte van de patiënt/cliënt. In relatie tot traumaslachtoffers is tegenoverdracht wel omschreven als gedachten, gevoelens, beelden en herinneringen die een (psycho)therapeutische relatie met traumaslachtoffers kunnen verstoren. Als traumaslachtoffers de details van hun trauma beschrijven kan dit gevoelens zoals angst, rouw, hulpeloosheid of walging oproepen bij de therapeut (Blair en Ramones 1996). Het is normaal dat een therapeutische relatie reacties oproept bij de therapeut op wat de cliënt/patiënt presenteert. De therapeut zal deze reacties en hun oorsprong kunnen onderkennen en hij zal er naar streven zijn therapeutische positie te behouden. De therapeut zal steeds zo proberen te reageren dat de cliënt een therapeutische ontwikkeling kan doormaken. Echter, wanneer de therapeut deze tegenoverdrachtsreacties

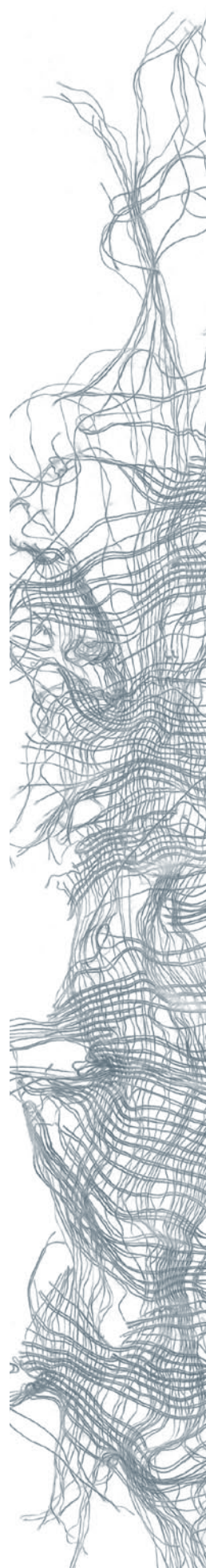
niet als zodanig herkent, kan dit leiden tot symptomen zoals zich opdringende gedachten en terugkerende dromen bij de hulpverlener, of andere reacties die passen bij compassion fatigue, secundaire traumatische stress en vicarious traumatization (Sabin-Farrell en Turpin 2003, Blair en Ramones 1996).

Tegenoverdrachtsreacties worden tegenwoordig gezien als een verklarend mechanisme van compassion fatigue, secundaire traumatische stress en vicarious traumatization. Het zijn dus onderscheiden processen maar grijpen wel op elkaar in. Zo kunnen enerzijds niet onderkende tegenoverdrachtsreacties de hulpverlener/therapeut gevoelig maken voor compassion fatigue, secundaire traumatische stress en vicarious traumatization; anderzijds kunnen compassion fatigue, secundaire traumatische stress en vicarious traumatization leiden tot sterkere tegenoverdrachtsreacties (Sabin-Farrell en Turpin 2003, Lansen 2007).

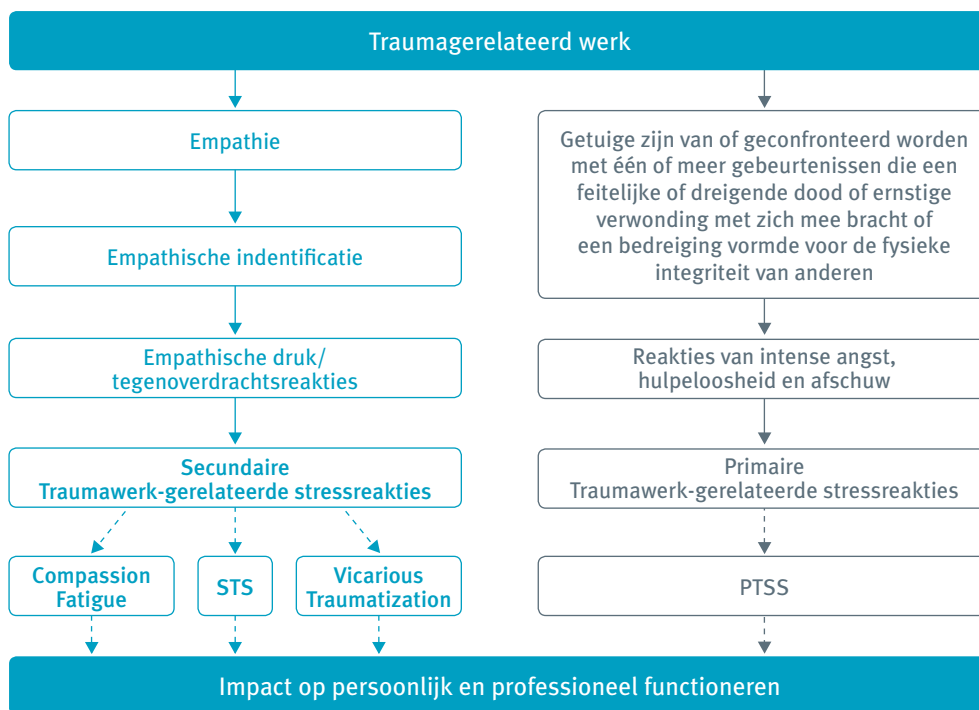
Een conceptueel kader

3.1.3

In figuur 2 is schematisch weergegeven hoe traumawerk-gerelateerde klachten ontstaan (naar Thomas en Wilson 2004). In het figuur komt het in paragraaf 1.1.1 beschreven onderscheid tussen primaire en secundaire processen ook terug. De linkerkant van de figuur geeft het ontstaan van secundaire traumawerk-gerelateerde stressreacties weer. In de rechterkant van de figuur is het ontstaan van primaire traumawerk-gerelateerde stressreacties weergegeven. Hierna zullen we ons richten op het proces dat wordt beschreven in de linkerkant van figuur 2. Hierbinnen spelen secundaire traumatische stress, compassion fatigue en vicarious traumatization een belangrijke rol.



Conceptueel kader voor het ontstaan van traumawerk-gerelateerde stressreacties (bewerking van Thomas en Wilson 2004)



STS: secundaire traumatische stress
 PTSS: post-traumatische stress

Zoals gezegd speelt *empathie* een belangrijke rol bij het optreden van secundaire traumatisering bij hulpverleners. De welwillende, open, empathische houding ten opzichte van hun patiënten en cliënten kan bij hulpverleners leiden tot *empathische identificatie*. Daarbij identificeert de hulpverlener zich met de situatie van pijn en lijden waarin de patiënt/ cliënt zich bevindt. Deze empathische identificatie kan zorgen voor *empathische druk*, die het behandelings- of therapeutisch proces negatief beïnvloeden. De empathische druk kan zich uiten in specifieke fysiologische reacties zoals hartkloppingen, spanningshoofdpijn, slaapstoornissen, vergeetachtigheid, overweldigd worden door beelden. Daarnaast kunnen er emotionele reacties ontstaan zoals schaamte, schuld, woede en walging (Lansen 2007).

In het verhaal van Yvonne Zwarthoed lijkt deze empathische druk soms verwoord te worden, zoals in het volgende fragment: *“Ik heb gehuild en gespookt in mijn bed om deze meiden. Dit was niet te behappen, die arme kinderen en die arme ouders. Ik drukte mijn gevoelens weg en deed alsof het allemaal heel normaal was.”*

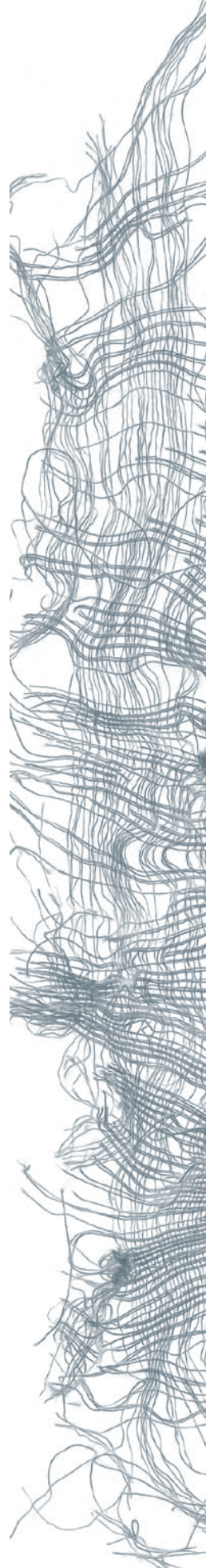
Als deze reacties niet (h)erkend worden als empathische druk kunnen ze zich ontwikkelen tot diverse stressreacties: *compassion fatigue*, *secundaire traumatische stress* en *vicarious traumatization*. Deze kunnen gezien worden als syndroomtypen binnen een groter geheel van nauw aan elkaar verwante stressreacties die zich kunnen voordoen bij het werken met traumaslachtoffers (Lansen 2004, Thomas en Wilson 2004). Dit grotere geheel duiden we aan met ‘secundaire traumawerk-gerelateerde stressreacties’. Stressreacties als deze hebben een grote impact op het persoonlijke en professionele leven van de hulpverlener. Ze leiden tot diverse klachten als vermoeidheid, uitputting, traumatische stressreacties, en veranderingen op het terrein van identiteit (Thomas en Wilson 2004). In de volgende deelparagrafen gaan we nader in op de drie belangrijkste onderdelen van secundaire traumawerk-gerelateerde stressreacties: *compassion fatigue*, *secundaire traumatische stress* en *vicarious traumatization*.

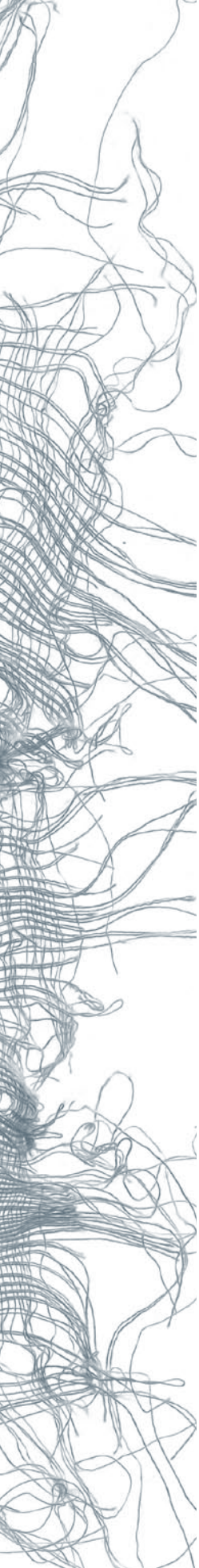
Compassion fatigue en secundaire traumatische stress

3.1.3.1

“Ik had het gevoel dat ik geleidelijk steeds meer uitgeput raakte. Alleen al door alle indrukken en emoties die op me af kwamen (...) Mijn vergeetachtigheid en concentratiegebrek namen toe, mijn irritatiegrens ging omlaag en mijn vluchtgedrag verergerde”.

De term *compassion fatigue* wordt in vergelijking met *secundaire traumatische stress* en *vicarious traumatization* het meest gebruikt in de medische wetenschappelijke literatuur om secundaire traumawerk-gerelateerde stressreacties aan te duiden. Ook komen we bijvoorbeeld artikelen tegen die zich richten op *compassion fatigue* bij verpleegkundigen op de afdeling (kinder)oncologie of in het geval van chronisch zieke kinderen (Maytum e.a. 2004, Rourke 2007). De term *compassion fatigue* heeft zijn oorsprong in het vakgebied van de verpleegkunde. Het is voor het eerst gebruikt in het begin van de jaren negentig (1992) in de context van *burn-out* bij verpleegkundigen die te maken hebben gehad met traumatische ervaringen tijdens hun werk (Salston en Figley 2003). Het is toen aangeduid als ‘een vorm van *burn-out* die mensen in verzorgende beroepen treft’ (Joinson 1992). Aldus werd *compassion fatigue* opgevat als een synoniem van *burn-out* (zie kader 1). Meer recent hebben Wilson en Thomas (2004) ervoor gepleit om het begrip ‘*compassion fatigue*’ vooral te definiëren als *burn-outachtige* klachten. In hun definitie is *compassion fatigue* de stress, spanning en vermoeidheid die ontstaat door het zorgen voor anderen die lijden aan een lichamelijk of psychologisch probleem. De term verwijst naar een gebrek aan kracht, vitaliteit, energie en naar uitputting. Het is het moe zijn van het helpen en van het hebben van compassie richting anderen (Wilson en Thomas 2004). *Compassion fatigue* zou zich van *burn-out* onderscheiden door het ontstaan van deze klachten. Bij *burn-out* is de langdurige werkstress de aanleiding tot fysieke, mentale en emotionele uitputting. De emotionele uitputting bij *compassion fatigue* is daarentegen een natuurlijk gevolg van het werken met mensen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt en kan acuut optreden (Benson en Magraith 2005).





Charles Figley is één van de bekendste wetenschappers die zich bezighouden met het voorkomen en de behandeling van compassion fatigue. Figley baseerde zich vooral op ervaringen uit de oorlog in Vietnam. In zijn definitie is compassion fatigue eerder een synoniem voor secundaire traumatische stress. Figley definieert secundaire traumatische stress als ‘de natuurlijke gedragingen en emoties die een gevolg zijn van het weten van een traumatische gebeurtenis ervaren door een belangrijke naaste – de stress die het gevolg is van het helpen of willen helpen van een getraumatiseerd of lijdend persoon’ (Figley 1995). Aanvankelijk had het concept betrekking op directe naasten, zoals familieleden van slachtoffers van seksuele misdrijven en oorlogsslachtoffers. Maar later (rond 1995) is het concept uitgebreid naar professionele hulpverleners (politie, verpleegkundigen, therapeuten) van slachtoffers van allerlei traumatische gebeurtenissen (Jenkins en Baird 2002). De symptomen van secundaire traumatische stress omvatten zich opdringende voorstellingen en beelden (herbeleving), vermijding en verhoogde prikkelbaarheid (Figley 1995). Daarnaast komen ook klachten als slaapproblemen en concentratieverlies voor. Dit zijn hetzelfde type symptomen als die post-traumatische stress definiëren (zie kader 2).

De essentie van deze klachten is ontregeling van het angstsysteem. Het angstsysteem is belangrijk om te overleven. Het stelt ons in staat in extreme, levensbedreigende situaties, helder te blijven denken en snel te handelen. Net als in het geval van post-traumatische stress zijn de stressreacties van hulpverleners die met traumaslachtoffers werken als normale, natuurlijke reacties te beschouwen. Pas wanneer deze stressreacties lang voortduren en de hulpverlener beperken in zijn of haar functioneren, is er sprake van een secundaire traumatische *stress-stoornis* (Figley 1995, Thomas en Wilson 2004). Door het gebruik van de volgens hem ‘vriendelijkere term’ compassion fatigue wilde Figley de nadruk leggen op het feit dat we te maken hebben met natuurlijke reacties op het werken met traumaslachtoffers (Figley 1995).

Overigens erkent ook Figley dat er een overlap bestaat tussen enerzijds de klachten behorende bij compassion fatigue, en burn-outklachten anderzijds. Het langdurig ondersteunen van traumaslachtoffers kan leiden tot (emotionele) uitputting. De meest gebruikte test om secundaire traumatisering te meten, de Compassion Fatigue Selftest, is door Figley ontworpen en heeft, naast een subschaal met de naam ‘compassion fatigue’ die alleen symptomen van secundaire traumatische stress meet, ook een subschaal ‘burn-out’ die burn-outklachten meet (Figley 1995, Stamm 2005, Bride e.a. 2007).

Om het wat diffuse gebruik van de term compassion fatigue te verhelderen, pleiten onderzoekers er nu voor om een onderscheid te maken tussen compassion fatigue en secundaire traumatische stress. Daarbij betreft compassion fatigue voornamelijk burn-outgerelateerde klachten en secundaire traumatische stress juist symptomen als herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid (Lansen 2007, Thomas en Wilson 2004). Dit is een intuïtief zinnig onderscheid en we hebben het dan ook in ons conceptueel

kader overgenomen (figuur 2). In de praktijk van het onderzoek wordt echter vaak de term compassion fatigue in de betekenis van secundaire traumatische stressreacties gebruikt. Zo worden voor het meten van het vóórkomen van compassion fatigue tot nu toe veelal vragenlijsten gebruikt die alleen secundaire traumatische stressreacties meten (Bride e.a. 2007).

Vicarious traumatization

3.1.3.2


“Kortom: ik paste niet meer in het leven waar ik in leefde, had mijn leven niet meer onder controle en kon nergens meer tegen. Vervreemding, isolement, financiële consequenties en te veel alcohol drinken zijn bij mij het gevolg geweest. Ik zag nergens het nut meer van in. Mijn leven was doelloos geworden, ik deugde nergens meer voor, had het gevoel dat ik nergens meer bij hoorde en niets meer kon. Mijn zelfvertrouwen was helemaal weg en mijn zelfbeeld was bijzonder negatief.”

Naast de sterk samenhangende concepten ‘compassion fatigue’ en ‘secundaire traumatische stress’ is er een derde type traumawerk-gerelateerde stressreacties, dat zich van de voornoemde typen onderscheidt: vicarious traumatization. De term ‘verplaatste traumatisering’ of ‘plaatsvervangende traumatisering’ wordt weleens als Nederlandse vertaling genoemd, maar er bestaat eigenlijk geen goed Nederlands equivalent (Haans 1998, Lansen 2007). Vicarious traumatization wordt gedefinieerd als veranderingen in de innerlijke ervaringen, de innerlijke belevingswereld van traumahulpverleners met een sterke empathische betrokkenheid bij traumaslachtoffers (Thomas en Wilson 2004, Sabin-Farrell en Turpin 2003, Sinclair en Hamill 2007). Er treden veranderingen op in de basisovertuigingen: een stelsel van in het leven opgebouwde fundamentele zekerheden, aannames en verwachtingen ten aanzien van eigen identiteit, wereldbeeld en spiritualiteit (Lansen 2007, Sinclair en Hamill 2007). Spiritualiteit is hier breed opgevat als hoop, geloof, vreugde, liefde, verwondering, acceptatie, vergevingsgezindheid en creativiteit (Sinclair en Hamill 2007). Vicarious traumatization kent de volgende uitingsvormen:

- De hulpverlener kan een verwijdering ten opzichte van zichzelf ervaren (aantasting van het gevoel voor identiteit). Dit uit zich in een gevoel van onwerkelijkheid, zich emotioneel verdoofd voelen en meer afstand nemen van anderen.
- De hulpverlener kan zich vragen gaan stellen over de betekenis en het doel van het leven. Een dergelijke ‘verstoring van de spiritualiteit’ leidt tot gevoelens van wanhoop, verwarring en hulpeloosheid (Sinclair en Hamill 2007).
- Er kunnen problemen ontstaan in het omgaan met emoties.
- Het vermogen om te ‘luisteren naar jezelf, naar je eigen behoeften’ kan aangetast zijn. Dit kan leiden tot gedragingen die schadelijk zijn voor de persoon zelf, zoals overwerken, het moeilijk vinden beslissingen te nemen, minder gevoelig worden voor wat men zelf zou willen of nodig heeft (Sinclair en Hamill 2007).
- Er kunnen verstoringen van cognitieve schema’s optreden.

Cognitieve schema’s zijn bepalend voor de manier waarop iemand zichzelf en de





wereld interpreteert (Sinclair en Hamill 2007). Niet alle schema's zijn even belangrijk voor het individu. Door opvoeding en persoonlijke ontwikkeling is de ene persoon bijvoorbeeld gevoeliger voor aantastingen van intermenselijk vertrouwen en de ander sensitiever voor verschillende vormen van machtsuitoefening (Haans 1998).

De term 'vicarious traumatization' is voor het eerst in 1990 genoemd (McCann en Pearlman 1990) en is voornamelijk gebruikt bij therapeuten die in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam zijn. Het is echter niet ondenkbaar dat dit ook op kan treden bij andere hulpverleners met een sterke empathische instelling, zoals verpleegkundigen en artsen (Sinclair en Hamill 2007). Zo beschrijft Smith (2009) in haar proefschrift hoe de confrontatie van psychotherapeuten met de traumatische ervaringen van de patiënt kan leiden tot onder meer vicarious traumatization. Hoewel het onderzoek van Smith specifiek op professionele traumapsychologen is gericht, komt ook uit haar onderzoek naar voren dat zowel de aanwezigheid van een steunende, professionele context als het hebben van voldoende ervaring in traumawerk, essentieel is in het beperken van negatieve gevolgen van het werk (zoals vicarious traumatization). Dit zijn ook twee aspecten die in de situatie van Yvonne Zwarthoed ontbraken.

Zowel vicarious traumatization als secundaire traumatische stress hangt samen met de confrontatie van de hulpverlener met (een opeenstapeling van) traumatische gebeurtenissen (Figley 1995, Smith, 2009). Herbelevingsreacties worden ook wel als component van vicarious traumatization genoemd. Het kan zijn dat de verhalen van patiënten en de beelden van het trauma dat zij hebben meegemaakt in de herinnering van de hulpverlener actief blijven. De hulpverlener droomt als het ware de traumatische dromen van de patiënt. Ook kan persoonlijk trauma uit het verleden van de hulpverlener zelf weer levendig in de herinnering terugkomen (Sinclair en Hamill 2007). Daarnaast kunnen zich secundaire traumatische stressachtige symptomen voordoen, doordat er sprake is van verhoogde sensitiviteit en van lichamelijke sensaties (Lansen 2007). Er is echter een aantal belangrijke verschillen tussen compassion fatigue en secundaire traumatische stress enerzijds en vicarious traumatization anderzijds:

- In tegenstelling tot compassion fatigue en secundaire traumatische stress ligt bij vicarious traumatization de nadruk niet op symptomen, maar op innerlijke (cognitieve) veranderingen (Jenkins en Baird 2002).
- Veranderingen door vicarious traumatization zijn eerder cumulatief en permanent dan acuut en van voorbijgaande aard (Thomas en Wilson 2004). Vicarious traumatization ontstaat na herhaalde blootstelling aan getraumatiseerde cliënten, terwijl secundaire traumatische stress of compassion fatigue in principe acuut kunnen ontstaan na intensief contact met één traumaslachtoffer (Jenkins en Baird 2002, Sabin-Farrell en Turpin 2003). De mogelijkheid tot permanente veranderingen in basisovertuigingen van het individu is een belangrijk onderscheidend aspect van vicarious traumatization (Sabin-Farrell en Turpin 2003, Thomas en Wilson 2004, Sinclair en Hamill 2007).

In tabel 1 zijn overlap en verschil tussen de drie concepten samengevat. Daaruit blijkt dat de overlap tussen secundaire traumatische stress en compassion fatigue sterker is dan de overlap met vicarious traumatization.

Tabel 1

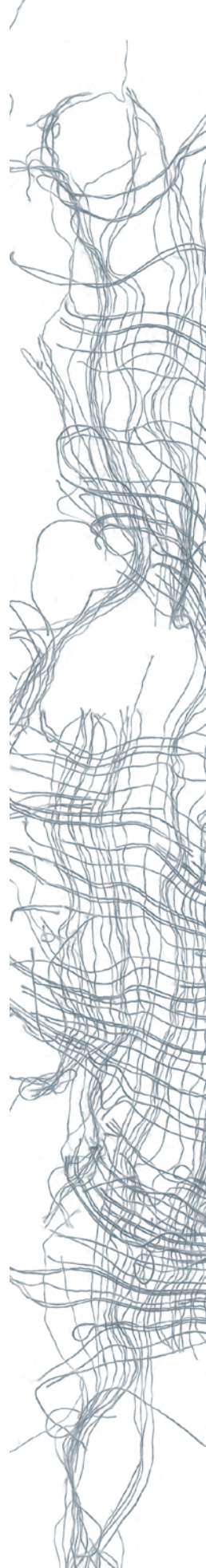
Samenvattende tabel met de onderscheidende elementen van compassion fatigue, secundaire traumatische stress en vicarious traumatization

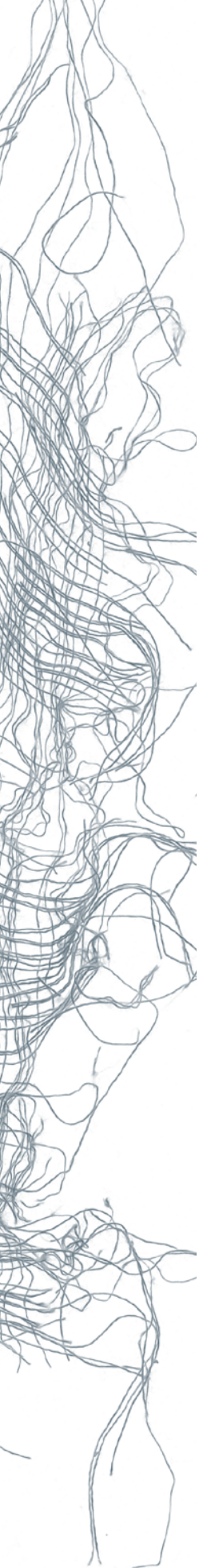
	Compassion fatigue (CF)	Secundaire traumatische stress (STS)	Vicarious traumatization (VT)
Focus	Nadruk op symptomen	Nadruk op symptomen	Nadruk op verstoring basisovertuigingen
Symptomen	Vermoeidheid, emotionele uitputting	Herbeleving, vermijding, overgeprikkeldheid	STS of CF-achtige symptomen kunnen zich voordoen, maar zijn ondergeschikt
Blootstelling	Kan zowel acuut als na langdurige blootstelling	Kan zowel acuut als na langdurige blootstelling	Langdurige blootstelling
Setting	Traumahulpverleners (politie, verpleegkundigen, therapeuten)	Traumahulpverleners (politie, verpleegkundigen, therapeuten)	Geestelijke gezondheidszorg / therapeutische relatie

Gevolgen van secundaire traumawerk-gerelateerde stress

3.1.3.3

Wanneer de genoemde klachten bij secundaire traumatische stress, compassion fatigue en/of vicarious traumatization niet op tijd gesignaleerd worden en er geen maatregelen genomen worden, kan dit verregaande gevolgen hebben. Er kunnen klachten ontstaan die tot een dusdanige belemmering in het professionele functioneren leiden, dat ontslag volgt. Op het psychische vlak kunnen de klachten leiden tot ernstige depressie en zelfs suïcidaliteit (Harris 1995). Depressieve gevoelens gaan vaak samen met de eerder genoemde stressreacties als gevolg van het werken met traumaslachtoffers, zoals herbeleving en emotionele uitputting (Mathieu en Cameron 2006). Vooral degenen die zowel burn-outklachten of compassion fatigue als secundaire traumatische stressklachten ervaren, lijken een hoger risico te lopen op depressie en PTSS (Stamm 2005). Uit onderzoek blijkt dat oorlogsveteranen met een post-traumatische stressstoornis





een verhoogd risico op suïcidaliteit hebben. Hierbij zijn het vooral de herbelevingsreacties die een rol spelen en niet zozeer de verhoogde prikkelbaarheid of vermijdingsreacties (Bell en Nye 2007).

Een recente studie onder 345 hulpverleners met grote ervaring in traumabehandeling geeft enig zicht op het vóórkomen van de bovengenoemde stressreacties (Thomas en Wilson, geciteerd in Lansen 2007):

- 60 procent van de hulpverleners voelde zich regelmatig overweldigd door herbeleving van traumaverhalen van de patiënten (secundaire traumatische stress);
- 90 procent van de hulpverleners voelde zich incidenteel overweldigd door herbeleving van traumaverhalen van de patiënten (secundaire traumatische stress);
- meer dan de helft van de hulpverleners had vooral incidenteel klachten van compassion fatigue (burn-out-achtige klachten);
- 30 procent van de hulpverleners had regelmatig problemen met persoonlijke betekenisverlening, wereldbeeld en levensovertuiging (vicarious traumatization).

We kunnen concluderen dat de beschreven stressreacties vaak voorkomen onder hulpverleners en min of meer ‘natuurlijke’ reacties lijken op het werk met traumaslachtoffers; het lijkt dus inderdaad een ‘risico van het vak’. Van deze ondervraagden meldde overigens meer dan de helft een persoonlijke geschiedenis van trauma of misbruik (zie ook paragraaf 1.2). Slechts bij een beperkt aantal hulpverleners ontwikkelden de klachten zich tot een ernstiger stoornis.

— 3.1.3.4

Concluderend

Hiervoor hebben we een conceptueel kader geschetst en daarbinnen compassion fatigue, secundaire traumatische stress en vicarious traumatization gepositioneerd als drie nauw verwante concepten binnen het complex van secundaire traumawerk-gerelateerde stressreacties. We hebben laten zien dat er overlap is tussen de concepten, naast de onderscheidende aspecten. In de literatuur wordt vaak één van de termen gekozen om een breder geheel van stressreacties aan te duiden. In de medische setting, inclusief de verpleegkunde, heeft de term ‘compassion fatigue’ de voorkeur. Van belang is dat alle drie de beschreven typen van klachten, herbeleving/vermijding/prikkelbaarheid, emotionele uitputting en verstoring van basisovertuigingen zich bij één persoon kunnen voordoen. Daarbij zal bij de ene persoon de nadruk meer op de secundaire traumatische stress-symptomen liggen, bij een ander overheerst de emotionele uitputting, en bij een derde kunnen langdurige veranderingen in basisovertuigingen op de voorgrond staan.

Hoewel alle genoemde verwante concepten veel aandacht in de wetenschappelijke literatuur krijgen (zie figuur 1), is vooral duidelijk geworden dat de definities niet eenduidig zijn. Daardoor heeft de wetenschap nog geen helder antwoord op de vraag of we bij traumahulpverleners inderdaad te maken hebben met drie te onderscheiden vormen

van stressreacties, of dat twee of meer van de omschreven concepten elkaar overlappen (Sabin-Farrell en Turpin 2003). Ook op de vraag of de stressreacties daadwerkelijk een gevolg zijn van traumahulpverlening, of meer te maken hebben met algemene werkgerelateerde aspecten, of persoonlijke kenmerken van de hulpverlener, komt vanuit de wetenschap nog geen duidelijk antwoord (Sabin-Farrell en Turpin 2003). Onderscheidt compassion fatigue zich van burn-out in de zin dat het specifieke elementen heeft waardoor het alleen onder hulpverleners van traumaslachtoffers voorkomt? Of is het in feite hetzelfde als wat we in andere beroepen burn-out noemen?

Dat de wetenschappelijke onderbouwing mager is, wordt vooral veroorzaakt doordat onderzoekers de termen compassion fatigue, secundaire traumatische stress en vicarious traumatization inwisselbaar gebruiken. De symptomatologie die bij compassion fatigue en secundaire traumatische stress centraal staat, wordt dan bijvoorbeeld volledig bij de beschrijving van vicarious traumatization genomen. Omgekeerd worden de specifieke cognitieve veranderingen die vicarious traumatization karakteriseren soms beschreven onder de term secundaire traumatische stress (Sabin-Farrell en Turpin 2003). Dit maakt het lastig om de drie verschillende concepten te onderscheiden.

Wetenschappelijk gekibbel over definities laat natuurlijk onverlet dat de klachten reëel zijn. Maar om vast te stellen hoe deze klachten voorkomen of behandeld kunnen worden, is het belangrijk om te weten of ze specifiek samenhangen met traumawerk, en wat verdere risicofactoren voor het ontstaan van de klachten zijn. Met deze kennis kan vervolgens bepaald worden of er speciale behandelingsprogramma's nodig zouden zijn voor traumahulpverleners of dat al langer bekende behandelmethoden voor meer generieke concepten als burn-out ook voldoen. Voordat we hier in paragraaf 1.2 nader op ingaan, behandelen we in paragraaf 3.1.4 nog een belangrijke tegenhanger van traumawerkgerelateerde stressklachten: compassion satisfaction.

Compassion satisfaction

3.1.4 —

“Er zijn mensen die op jou bouwen, jou vertrouwen, blij zijn dat je er altijd bent als ze je nodig hebben. Dat geeft ook een kick. Het klinkt gek, maar het geeft je een gigantisch gevoel dat je voor zo veel mensen zo belangrijk bent”.

Ons conceptueel kader beschrijft het ontstaan van negatieve reacties die op kunnen treden als gevolg van het verlenen van hulp aan mensen in een moeilijke situatie. Hierdoor dreigen we een belangrijk aspect van het werk als hulpverlener uit het oog te verliezen. Het merendeel van de hulpverleners haalt immers uit het helpen van andere mensen een gevoel van betekenis en zingeving (Tyson 2007, Bride e.a. 2007, Rourke 2007). Hulpverlening leidt zo ook tot positieve veranderingen in het zelfbeeld en het beeld dat men van de ander heeft (Collins en Long 2003). Ook de wetenschap besteedt aandacht aan deze positieve





kanten en schaarst de positieve gevolgen van het werken als hulpverlener onder *compassion satisfaction*. De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor dit begrip (ook opgenomen in figuur 1). De opkomst van dit begrip past daarmee in de toenemende belangstelling voor de positieve psychologie, die zich bezig houdt met het optimale functioneren van de mens.

De hypothese is dat het gevoel van *compassion satisfaction* beschermend werkt tegen het ontwikkelen van ernstige traumawerk-gerelateerde stressreacties (Collins en Long 2003, Tyson 2007, Rourke 2007). Door het ervaren van *compassion satisfaction* zouden hulpverleners beter in staat zijn om om te gaan met veranderingen in hun basisovertuigingen en met lichamelijke en emotionele klachten (Tyson 2007). Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat slechts bij een beperkt percentage hulpverleners de traumawerk-gerelateerde stressreacties tot ernstiger stoornissen leiden.

De relatie tussen *compassion fatigue* en *compassion satisfaction* is nog niet helemaal duidelijk. Men neemt aan dat er onder normale omstandigheden een balans bestaat tussen de *fatigue*- en de *satisfaction*-kant. Een hulpverlener kan bijvoorbeeld tegelijkertijd *compassion fatigue* en *compassion satisfaction* ervaren. Door allerlei invloeden, zoals werklast of eigen onverwerkt trauma, kan de balans doorslaan naar gevoelens van *compassion fatigue* (Bride e.a. 2007). Nog niet gepubliceerd onderzoek bij verpleegkundigen in de palliatieve pediatrie suggereert dat *compassion satisfaction* overheerst bij degenen die ruime werkervaring hebben en die een sterke balans in hun werkende en privéleven hebben (Rourke 2007). Anderen hebben gesuggereerd dat het positieve effect van *compassion satisfaction* ondersneeuwt wanneer de hulpverlener zowel klachten van secundaire traumatische stress ervaart, als burn-outachtige klachten. Er blijft dan geen energie meer over om voldoening uit het werk te ervaren (Stamm 2002, Stamm 2005).

Het onderzoek naar de meer positieve kanten van het (hulpverlenend) werk staat in de kinderschoenen in vergelijking tot de aandacht die aan de negatieve kanten wordt gegeven. Toch zullen we in paragraaf 1.2 factoren de revue laten passeren die de balans zowel in positieve als in negatieve zin kunnen beïnvloeden. We zullen de term ‘traumawerk-gerelateerde stressreacties’ gebruiken om het gehele complex van hier eerder beschreven stressreacties aan te duiden. Alleen als bepaalde gegevens expliciet gerelateerd kunnen worden aan één van de drie typen stressreacties worden ze afzonderlijk genoemd.

Risicofactoren en beschermende factoren

3.2

De in het voorgaande besproken traumawerk-gerelateerde stressreacties kunnen (in milde vorm) als normale, te verwachten reacties beschouwd worden, die bij het beroep van hulpverlener horen. Als hulpverlener is het immers noodzakelijk om een open, empathische houding ten opzichte van de patiënt of cliënt te bewaren. Zoals uit figuur 2 blijkt kan deze empathie onder bepaalde omstandigheden leiden tot traumawerk-gerelateerde stressreacties. Het ontwikkelen van negatieve reacties is in feite een beroepsrisico voor iedereen die met traumapatiënten werkt. Maar niet iedereen ontwikkelt klachten. Bovendien blijkt het grootste deel van de hulpverleners dat klachten ontwikkelt in staat daar zodanig mee om te gaan dat ze niet uitmonden in een stoornis of blijvende traumatisering. Of een hulpverlener klachten zal ontwikkelen hangt af van tal van factoren. Een aantal van deze factoren wordt hierna verder uitgewerkt, waarbij een indeling is gemaakt in persoonlijke aspecten (3.2.1), de aard van het werk (3.2.2) en werkomgeving (3.2.3).

Persoonlijke aspecten

3.2.1 —

Coping

3.2.1.1 —

“Ik kon me erg laten gaan op feestjes, dronk meer wijn dan dat ik hiervoor ooit gedaan had. Familie en vrienden vonden het wel wat vreemd, ze waren dit niet zo gewend van mij”.

Een factor die geassocieerd wordt met het risico op traumawerk-gerelateerde stressreacties is copinggedrag. Iedereen reageert verschillend als hij of zij geconfronteerd wordt met een problematische situatie. De manier waarop men omgaat met het probleem (het copinggedrag) heeft invloed op de mate van stress die men ervaart. In grote lijnen kunnen copingvormen in drie categorieën onderverdeeld worden (Scheurs e.a. 1993):


1. gericht op de probleemsituatie (het veranderen van een probleemsituatie);
2. gericht op beïnvloeding van de perceptie en evaluatie (het veranderen van reacties door de waarneming en de interpretatie van het probleem te veranderen);
3. gericht op arousalreductie (de nare gevoelens verzachten met middelen zoals roken en drinken).

Het copinggedrag kan negatief of positief zijn en daarmee het risico op traumawerk-gerelateerde stressreacties verhogen of verlagen.

Voorbeelden van *negatief* copinggedrag zijn:

- het vermijden van situaties en mensen;
- een toename van alcoholgebruik om aan de situatie te kunnen ontsnappen;



- 
- het mentaal afstand nemen van een situatie en/of de verhalen die men te horen krijgt;
 - wensdromen dat alles op een dag anders zal zijn;
 - het zich persoonlijk verantwoordelijk voelen voor het gebeurde.

Omgekeerd zou *positief* copinggedrag beschermend kunnen werken.

Voorbeelden hiervan zijn:

- het zoeken van sociale steun door te praten met collega's, vrienden en familie;
- het doen van ontspanningsoefeningen;
- andere manieren om bewust voor jezelf te zorgen.

Voor zowel de meer symptomatische traumawerk-gerelateerde stressreacties als de stressreacties die verstoring van de basisovertuigingen betreffen, is een verband met copinggedrag in wetenschappelijke studies aangetoond (Speets e.a. 2007, Baird en Kracen 2006).

— 3.2.1.2

Persoonlijke geschiedenis van trauma

Er lijkt een relatie te zijn tussen een persoonlijke geschiedenis van trauma van de hulpverlener en het optreden van traumawerk-gerelateerde stressreacties. Hulpverleners met een traumaverleden zouden een hoger risico lopen op traumawerk-gerelateerde stressreacties vanwege een hogere en langer aanhoudende blootstelling aan trauma (Collins en Long 2003, Adams e.a. 2008). Dit verband is duidelijker aanwezig als het gaat om vicarious traumatization (aantasting van de basisovertuigingen) dan voor de meer symptomatische stressreacties (zoals compassion fatigue en secundaire traumatische stress) (Baird en Kracen 2006, Sabin-Farrell en Turpin 2003). Het is wel de vraag of het traumaverleden op zich, of het feit dat het trauma *niet voldoende verwerkt* is, de risicofactor is (Sabin-Farrell en Turpin 2003). Het is denkbaar dat goed verwerkte stressvolle traumatische gebeurtenissen juist duiden op een beschermende factor. Deze hulpverleners kunnen mogelijk strategieën toepassen die zij tijdens het verwerken van hun eigen trauma hebben geleerd (Collins en Long 2003).

— 3.2.1.3

Werkervaring

Werkervaring lijkt een rol te spelen in het ontstaan van traumawerk-gerelateerde stressreacties. Hoe het verband precies ligt is echter niet duidelijk. Enerzijds kan het zo zijn dat bij ervaren hulpverleners, die vaker aan traumatische ervaringen zijn blootgesteld, eventuele psychische restsymptomen van eerdere traumahulpverlening resulteren in een hoger risico op psychische morbiditeit. Anderzijds zouden werkervaring, vakkennis en expertise beschermende factoren voor nadelige psychische gevolgen kunnen zijn, omdat hulpverleners beter weten wat ze te wachten staat, hoe ze moeten handelen bij ernstige incidenten, meer training hebben ontvangen en 'harder' zijn geworden (Sabin-Farrell en Turpin 2003, Smith e.a. 2007, Speets e.a. 2007, Salston en Figley 2003, Palm e.a. 2004, Roberts e.a. 2003).

Aard van het traumawerk

3.2.2 —

Werken met getraumatiseerde kinderen

3.2.2.1 —

Hulpverlening in situaties waarbij kinderen betrokken zijn, wordt door Charles Figley als een risicofactor voor het ontwikkelen van compassion fatigue en secundaire traumatische stress genoemd (Figley 1995). Een mechanisme wat hierbij een rol speelt, is overidentificatie met het slachtoffer. Dit treedt op als het slachtoffer kenmerken heeft die gelijk zijn aan die van een belangrijke naaste van de hulpverlener of de hulpverlener zelf. Getraumatiseerde kinderen kunnen de hulpverlener sterk doen denken aan zijn of haar eigen kinderen (Beaton en Murphy 1995).

Er zijn enkele recente studies die het voorkomen van traumawerk-gerelateerde stressreacties door het werken met getraumatiseerde kinderen beschrijven (Baird en Kracen 2006, Rourke 2007). Dit zijn studies onder hulpverleners van kinderen die het slachtoffer zijn geworden van misbruik, van kinderen met een chronische ziekte en hulpverleners bij palliatieve zorg aan kinderen. We weten uit deze studies echter niet of werken met getraumatiseerde kinderen ook een grotere kans op het ontwikkelen van traumawerk-gerelateerde stressreacties geeft dan het werken met getraumatiseerde volwassenen.

Aard van het trauma

3.2.2.2 —


De aard van het trauma van het slachtoffer kan effect hebben op de mate van traumawerk-gerelateerde stressreacties bij de hulpverlener. Deze relatie is met name aanwezig voor vicarious traumatization (verstoring van de basisovertuigingen). Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen door de mens veroorzaakt trauma (human-induced trauma) en door de natuur veroorzaakt trauma (nature-induced trauma). Hulpverleners die vooral met cliënten werkten die seksueel misbruikt waren (human-induced trauma) rapporteerden bijvoorbeeld meer verstoringen van hun basisovertuigingen (vicarious traumatization) dan degenen die werkten met kankerpatiënten (nature-induced trauma) (Cunningham 2003). Het is intuïtief begrijpelijk dat door de mens veroorzaakt trauma een grotere aantasting van iemands basisovertuigingen teweeg zal brengen en eerder zal leiden tot morele conflicten, dan door de natuur veroorzaakt leed. Het beschikbare onderzoek op dit terrein is echter nog zeer beperkt (Sabin-Farrell en Turpin 2003).

Werkomgeving

3.2.3 —

Er zijn tal van aspecten uit de werkomgeving te noemen die mogelijk verband houden met het ontstaan van traumawerk-gerelateerde stressreacties. Dit zijn veelal geen factoren die specifiek zijn voor het werk met traumaslachtoffers. Het gaat bijvoorbeeld om de aanwezigheid en steun van collega's, de caseload (hoeveelheid blootstelling), supervisie, en in meer algemene zin het sociale, professionele en financiële klimaat van een organisatie





(Sabin-Farrell en Turpin 2003). Er is weinig wetenschappelijke onderbouwing voor een specifiek verband met traumawerk-gerelateerde stress. Vaak is het onduidelijk welk deel van de stressreacties nu veroorzaakt wordt door de stressvolle aard van het werk in het algemeen (bijvoorbeeld een hoge werkdruk) en welk deel nu specifiek te maken heeft met het werken met *traumaslachtoffers*.

— 3.2.3.1

Hoeveelheid blootstelling - caseload

“Ik denk nu achteraf dat je dit soort werk eigenlijk maar een paar weken moet doen, in een team van verpleegkundigen. Ik heb dit werk maanden aan een stuk door gedaan. Voor mij – en ik denk voor ieder mens – te lang. Als je er middenin zit, denk je daar niet over na”.

Wetenschappelijk onderzoek geeft aan dat het risico op secundaire traumatische stressreacties of compassion fatigue toeneemt met een verhoogde blootstelling aan trauma. Verhoogde blootstelling kan bijvoorbeeld bestaan uit een groot aantal uren met traumacliënten, een hoog percentage traumaslachtoffers in het dagelijks werk, of de cumulatieve blootstelling door de jaren heen (Baird en Kracen 2006, Salston en Figley 2003). Een voorbeeld uit de verpleegkundige praktijk zou kunnen zijn dat eenzelfde (psychisch en fysiek lijdende) patiënt veelvuldig door dezelfde verpleegkundige wordt verzorgd waardoor de verpleegkundige uitgeput raakt en mogelijk te weinig afstand kan bewaren. Het ontstaan van vicarious traumatization wordt ook toegeschreven aan herhaalde blootstelling aan traumaslachtoffers, maar hier is nog geen onderzoek naar gedaan (Baird en Kracen 2006).

— 3.2.3.2

Supervisie

“De verantwoordelijkheid van ons werk nam alleen maar toe, we moesten steeds meer handelingen verrichten en stonden er vaak alleen voor”.

Men neemt aan dat personeel dat regelmatig supervisie ontvangt, waarin de mogelijkheid gegeven wordt om hun reacties op de trauma's van de cliënten uit te spreken, minder kwetsbaar is voor traumawerk-gerelateerde stress. Onderzoek heeft vooralsnog echter slechts een gering beschermend effect van supervisie op het ontstaan van vicarious traumatization gevonden (Baird en Kracen 2006). Ten aanzien van de effecten van supervisie op de meer symptomatische stressreacties (compassion fatigue en secundaire traumatische stressreacties) is de literatuur niet eensluidend. Sabin-Farrell en Turpin (2003) beschrijven in hun review slechts één studie (een studie onder psychotherapeuten) en die vond geen verband tussen supervisie en symptomatische stressklachten. Een studie onder ambulancepersoneel vond juist wel een verband tussen het optreden van symptomatische stressklachten en gebrek aan sociale steun van een supervisor (Van der Ploeg en Kleber 2003).

Sociale steun op het werk

3.2.3.3 —

“Het niet kwijt kunnen van mijn verhaal heeft daar [in de emotionele uitputting, red.] een grote rol in gespeeld, denk ik.(...) Op het werk bespraken we alleen de praktische zaken. (...) Ook was er niemand die tegen je zei dat het goed gegaan was of wat er misschien beter kon.”

De sociale omstandigheden op het werk zijn een belangrijke factor bij het ontwikkelen van traumawerk-gerelateerde stressreacties. Uit goed uitgevoerd onderzoek bij ambulancepersoneel is gebleken dat met name gebrek aan sociale steun van collega's en van de supervisor en gebrekkige communicatie op de werkvloer risicofactoren zijn voor secundaire traumatische stressreacties (Van der Ploeg en Kleber 2003, Palm e.a. 2004).

Gevoelens van gebrek aan controle over traumatische feiten kunnen door positieve collegiale steun verminderd worden (Collins en Long 2003). Gevoel van controle is een aspect van een 'geharde' persoonlijkheid. Gehardheid en goede sociale steun hangen samen met een minder grote kans op compassion fatigue en minder psychologische problemen (Sabo 2006, Collins en Long 2003).

Vrijwilligers

3.2.3.4 —

Een groep hulpverleners die apart aandacht behoeft is de vrijwilligers. Er zijn allerlei hulpverleningsorganisaties die een beroep doen op vrijwilligers en zeker bij een grote ramp zoals de cafébrand in Volendam en de vuurwerkramp in Enschede zijn er vele actief. Vrijwilligers zouden een hoger risico lopen op schadelijke effecten van hulpverlening aan traumaslachtoffers, omdat ze onvoldoende training in stressmanagement en onvoldoende sociale steun ontvangen in vergelijking met betaalde hulpverleners (Jenkins en Baird 2002).

Uit literatuuronderzoek naar het voorkomen van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) onder geüniformeerde hulpverleners komt een aantal mechanismen naar voren, waardoor professionele hulpverleners minder kans zouden hebben op psychische problematiek dan vrijwilligers (Speets e.a. 2007):

- Professionele hulpverleners moeten een psychologische screening ondergaan, waardoor juist die personen kunnen worden aangenomen die over meer veerkracht (resilience) beschikken bij herhaaldelijke blootstelling aan stress.
- Zelfselectie kan een rol spelen. Personen die de zware psychische omstandigheden van het hulpverleningswerk niet aankunnen, zullen in een vroeg stadium op zoek gaan naar ander werk.
- Professionele hulpverleners hebben een uitgebreide training gehad om reddingswerkzaamheden te kunnen verrichten en goed te kunnen omgaan met acute stresssituaties.
- Professionele hulpverleners kunnen leren om beter om te gaan met crisissituaties door hun eerdere ervaringen met ernstige incidenten.

- 
- Groepsinteractie (bijvoorbeeld groepsupport) kan gunstig zijn, waardoor na een ramp brandweerlieden en Rode Kruis-medewerkers minder psychologische problematiek hebben dan vrijwilligers.

Uit het schaarse onderzoek dat tot nu toe over traumawerk-gerelateerde stressreacties beschikbaar is, lijkt het zo te zijn dat het al dan niet vrijwilliger zijn vooral een relatie heeft met burn-outklachten, maar niet zozeer met secundaire traumatische stressreacties of vicarious traumatization (Baird en Jenkins 2003).

— 3.2.4

Concluderend

Er is een groot aantal factoren dat mogelijk van invloed is op het ontwikkelen van secundaire traumawerk-gerelateerde stressreacties. Veel factoren zijn echter nog niet in onderzoek van voldoende kwaliteit onderzocht. De reden hiervoor zijn we al in het eerste deel van het hoofdstuk tegengekomen: er is een gebrek aan duidelijke definities van de verschillende concepten van stressreacties. Daarnaast is de aandacht voor secundaire traumawerk-gerelateerde stressreacties van relatief recente datum (10-15 jaar geleden, zie figuur 1), wat het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek mede verklaart. Van de besproken factoren zijn er vier waarvan wel duidelijk is vastgesteld dat deze verband houden met één van de vormen van traumawerk-gerelateerde stressreacties. Indien er een persoonlijke geschiedenis van trauma bestaat, is de kans op het ontwikkelen van negatieve gevolgen groter. Ook de dagelijkse hoeveelheid blootstelling aan trauma, de manier waarop met trauma om wordt gegaan (copinggedrag) en de hoeveelheid en kwaliteit van de sociale steun zijn van grote invloed.

In het laatste deel van dit hoofdstuk wordt een aantal handvatten gegeven voor het herkennen van risicofactoren en traumawerk-gerelateerde stressreacties. Daarnaast gaan we in op maatregelen die men kan nemen om de risicofactoren te verminderen en klachten te voorkomen of te behandelen.

Zoals al eerder is vastgesteld, geeft het werken met getraumatiseerde slachtoffers een verhoogde kans op het ontwikkelen van compassion fatigue, secundaire traumatische stress en vicarious traumatization. Dit betekent niet dat klachten onvermijdelijk zijn. Hoewel veel hulpverleners in enige mate symptomen ontwikkelen, kan een tijdige onderkenning een verergering van klachten voorkomen. Daarnaast kunnen risicofactoren als verhoogde blootstelling, negatieve coping en gebrekkige sociale steun tegengegaan worden. Handreikingen of preventieve maatregelen daarvoor zijn grofweg onder te verdelen in maatregelen op persoonlijk, professioneel en organisatorisch niveau (Benson en Magraith 2005). Het is echter niet altijd mogelijk alle risicofactoren via preventieve middelen aan te pakken. Een persoonlijke geschiedenis van trauma, bijvoorbeeld, is later niet meer te veranderen. Dan is het van belang dat men bewust gemaakt wordt, dat dit een risico betekent voor het werken als traumahulpverlener.

Het denken over secundaire traumawerk-gerelateerde stressreacties is nog sterk in ontwikkeling en de concepten compassion fatigue, secundaire traumatische stress en vicarious traumatization behoeven verdere afbakening. Daarom zijn er vrijwel geen specifiek op deze concepten gerichte preventieve maatregelen en behandelingen. De maatregelen die in het navolgende worden besproken, zijn dan ook veelal gebaseerd op algemene maatregelen voor werkstressreductie. Dit maakt ze overigens niet minder relevant, aangezien we het hier hebben over werkgerelateerde (namelijk traumawerk) stressreacties.

Maatregelen op persoonlijk niveau

3.3.1 —


Preventieve maatregelen op persoonlijk niveau kunnen samengevat worden onder de term 'goed voor jezelf zorgen' (self-care). Omdat 'zelfzorg' een nogal breed begrip is, lichten we er hier een aantal belangrijke elementen uit (Cohen 2007).

Grenzen stellen

3.3.1.1 —

“Zelfs op mijn vrije dag ging ik als het nodig was naar de poli. Wie moest het anders doen?”

Als het gaat om grenzen stellen, is het draaien van normale werkdagen en op tijd naar huis gaan een belangrijke eerste stap (Huggard 2003, Cohen 2007). Daarbij is het belangrijk vertrouwen in medewerkers te hebben dat zij hun werk met de patiënten goed genoeg zullen doen. Meeleven met collega's en je inleven in patiënten is goed, maar let ook op jezelf. Je hoeft de problemen van anderen niet op te lossen, maar help veeleer anderen om hun



sterke punten te vinden. Breng evenwicht in werk, thuis en vrijetijdsbesteding (Palm e.a. 2004, Huggard 2003). Ten slotte is het ook belangrijk om te accepteren dat een succesvol resultaat niet in alle gevallen bereikt kan worden (Huggard 2003).

— 3.3.1.2

Gebruik bewust je zintuigen

Als mensen proberen energie te sparen door zichzelf af te sluiten van allerlei, in hun ogen, verstorende omstandigheden verliezen zij ook vaak het plezier in het leven. Neem de tijd om de dingen om je heen bewust waar te nemen. Neem bijvoorbeeld de tijd voor het eten en bewust te proeven en te ruiken. Door het bewuster waarnemen van de omgeving maak je het leven reëler. Je bent daardoor beter in staat van de momenten te genieten (Cohen 2007).

— 3.3.1.3

Haal banden met medemensen aan

“In het dagelijks leven merkte ik aan heel veel dingen dat ik was veranderd. Ik had moeite met het luisteren naar de verhalen van andere mensen. Het boeide me gewoon niet meer en ik vond het allemaal niet meer belangrijk.”

Mensen met compassion fatigue sluiten zich vaak af van mensen die wat van hen vragen, zelfs van hun eigen familie of huisdieren. Haal bewust de banden aan met mensen anders dan patiënten of cliënten. Breng tijd door met familie en vrienden en vraag om ondersteuning en deel je emoties met iemand (Cohen 2007, Palm e.a. 2004, Benson en Magraith 2005). Praat dagelijks met iemand over iets anders dan het werk. Dat kan al een praatje in de supermarkt zijn. Neem de tijd om je familie of gezin naar hun dag te vragen en luister dan ook echt.

— 3.3.1.4

Zorg voor je lichaam

Traumawerk-gerelateerde stressreacties zijn belastend voor het lichaam, daarom is het belangrijk om te zorgen voor een goede lichamelijke conditie door voldoende slaap, sport en gezonde voeding (Cohen 2007, Benson en Magraith 2005, Mathieu en Cameron 2006, Palm e.a. 2004). Veel mensen lukt het niet om genoeg te slapen, verfrist wakker te worden en zich de hele dag effectief te voelen. Voor veel mensen met traumawerk-gerelateerde stressreacties is het lang geleden dat zij zonder problemen de slaap konden vatten, en ook lang en diep slapen en goed droomden (Cohen 2007). Slaapspecialisten adviseren de slaapkamer alleen voor slapen en vrijen te gebruiken en bijvoorbeeld geen televisie te kijken in bed of stukken voor het werk door te lezen. Een ontspannend bad, een donkere stille kamer en een vaste bedtijd bevorderen de nachtrust (Cohen 2007, Palm e.a. 2004). Als men gaat sporten is het goed dat 's ochtends te doen, omdat dit een positief effect op de nachtrust heeft. Sporten versterkt de algehele lichamelijke conditie en er komen endorfines vrij (stoffen die positieve gevoelens veroorzaken in de hersenen). Recent onderzoek heeft aangetoond dat zelfs matig sporten de stemming al verbetert (Cohen 2007).

Ontspannen en mediteren

3.3.1.5 —

Ten slotte is een effectieve manier om stress te verminderen en te voorkomen diepe ontspanning gecombineerd met meditatie (Cohen 2007, Benson en Magraith 2005). Ontspanning kan al worden bereikt door een strekoefening te doen of door diep adem te halen. Meditatie is een natuurlijke en ongedwongen toestand waar het verstand rustig en gefocust is. Meditatie kan goed geïntegreerd worden in het dagelijks leven. Soms wordt een minimum van 20 minuten per dag geadviseerd en soms voldoen ook een paar seconden, vooral als het dagelijks meermaals wordt gepraktiseerd (Benson en Magraith 2005, Sinclair en Hamill 2007, Cohen 2007).

Maatregelen op professioneel niveau

3.3.2 —

Maatregelen die men op persoonlijk niveau kan nemen, moeten zo goed mogelijk ondersteund en versterkt worden op professioneel en organisatorisch niveau. Maatregelen op professioneel niveau stellen de hulpverlener in staat negatieve emoties tijdig te (gaan) herkennen en dragen bij aan het voorkomen van verergering van klachten.

Training en (bij)scholing

3.3.2.1 —

“Ik voelde me regelmatig onzeker, ik deed wat ik dacht dat goed was. Nog steeds neem ik het mijn werkgever kwalijk dat er niemand is geweest die zich heeft gerealiseerd hoe moeilijk ons werk was. Na mijn vraag om een cursus hebben we nog een jaar lang gewerkt”.

Uit onderzoek bij politiemedewerkers die ingezet werden bij een ramp is gebleken, dat het voorbereiden van hulpverleners op wat ze te wachten staat in het werk bijdraagt aan het voorkomen van gezondheidsklachten (Alexander en Wells 1991). In een training voor hulpverleners zou aan de orde moeten komen welke stressgevendende aspecten er aan het traumawerk kleven en wat de gevolgen zouden kunnen zijn voor de hulpverlener (Van der Ploeg en Kleber 2003, Sinclair en Hamill 2007, Huggard 2003). Daarnaast is het ook van belang om vaardigheden te ontwikkelen om met deze gevolgen om te gaan. Samengevat zou een trainings- en (bij)scholingsprogramma voor de hulpverlener de volgende elementen kunnen bevatten:

- het verwerven van kennis over stressreacties en vaardigheden en hoe daar mee om te gaan. Dit kan de hulpverlener in staat stellen controle te behouden en negatieve emoties te verminderen (Kinzel en Nanson 2000);
- leren om slechte verwerkingsmechanismen te herkennen en succesvolle verwerkingsstrategieën te ontwikkelen (Kinzel en Nanson 2000);
- leren onderkennen dat de negatieve gevolgen van het werken met traumaslachtoffers veroorzaakt worden door de hulpverlening, het werk zelf, en niet door een ontoereikendheid van de hulpverlener (Kinzel en Nanson 2000);

- inzicht verkrijgen in hoe de hulpverlener zelf op de verhalen van de patiënten reageert (Huggard 2003). Dit zal tot een beter welzijn van de hulpverlener leiden. Door zelfbewustzijnstraining kan de (toekomstige) hulpverlener leren zich effectiever in patiënten in te leven en zichzelf beter in te zetten als therapeutisch instrument (Huggard 2003, Collins en Long 2003).

— 3.3.2.2

Collegiale steun

Het delen van ervaringen met collega's is ook een goede manier om nader inzicht te krijgen in traumawerk-gerelateerde stressreacties en hoe daarmee om te gaan. Door open met collega's over ervaringen en gevoelens te praten, zal men zich realiseren dat deze gevoelens normaal zijn. Ook leer je accepteren dat deze gevoelens een gevolg van het werk zijn (Kinzel en Nanson 2000, Mathieu en Cameron 2006, Palm e.a. 2004, Sinclair en Hamill 2007).

In het buitenland kent men zogenaamde *Balint-groepen*. Balint-groepen zijn door dokter Balint na de Tweede Wereldoorlog opgericht in het Verenigd Koninkrijk en richten zich op het belang van de dokter-patiëntrelatie als een therapeutisch instrument. Deze groepen werden aanvankelijk altijd geleid door een psychoanalyticus. De groep komt regelmatig bij elkaar om die patiënten te bespreken die een reactie in het leven van de arts teweegbrengen. Ook andere onderwerpen komen aan de orde, zoals het houden van professionele grenzen (bijvoorbeeld beperking van overuren, werk niet mee naar huis nemen). Door de ondersteuning van collega's is de hulpverlener beter in staat in zijn eigen leven te werken aan een gevoel van betekenis en zingeving. In Australië maken vooral huisartsen gebruik van deze groepen, omdat zij normaal gesproken vrijwel altijd alléén werken en op deze manier toch collegiale steun ontvangen (Benson en Magraith 2005). Maar ook in de Nederlandse situatie is het voor individueel werkende hulpverleners van belang om een netwerk op te bouwen van collega's die soortgelijk werk doen (Lansen 2007).

— 3.3.2.3

Supervisie

Supervisie is een derde middel om zich verder te kunnen ontwikkelen om traumawerk-gerelateerde stress te voorkómen of verminderen. Supervisie kan op twee niveaus plaatsvinden: casesupervisie en teamsupervisie (Lansen 2007).

Bij casesupervisie staat bespreking van de casuïstiek centraal. Lansen (2004) ontwikkelde een variant van gestructureerde supervisie voor traumatherapeuten. Hierbij wordt het gesprek, na de casuspresentatie, zo gestructureerd dat alle teamleden voldoende betrokken raken om zich zowel met de patiënt als de therapeut te kunnen identificeren. Bij deze methode wordt het hele team persoonlijk (en niet alleen cognitief) geconfronteerd met het emotionele appèl dat op de hulpverlener wordt gedaan door de patiënt en diens problematiek. De supervisor faciliteert de reflectie van het team op de casus (Lansen 2007).

Bij de andere vorm van supervisie gaat het om de interacties in het team. Spanningen over de samenwerking, ongenoegens of het persoonlijk getroffen zijn door de emotionele stress van het werk komt hier aan de orde. Een goede supervisor zal in dit geval kennis moeten hebben van de manier waarop de interactie van de teamleden de traumatische stress kan beïnvloeden (Lansen 2007).

Debriefing

3.3.2.4 —

Als laatste noemen we hier kort *psychologische debriefing*. Psychologische debriefing wordt vaak als preventieve maatregel genoemd (Mathieu en Cameron 2006, Huggard 2003). Er is echter weinig wetenschappelijk bewijs dat debriefing zou helpen om traumawerk-gerelateerde stress te voorkomen. Relatief recent is zelfs aangetoond in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek dat zogenoemde single session (eenmalig aangeboden) psychologische debriefing schadelijke effecten kan hebben (Sijbrandij e.a. 2006) doordat het de ontwikkeling van PTSS juist in de hand werkt. Naar debriefing en het voorkomen van secundaire traumawerk-gerelateerde stressreacties is geen overtuigend wetenschappelijk onderzoek gedaan. Eén onderzoek schreef het feit dat compassion fatigue weinig voorkwam onder hulpverleners van het Rode Kruis op Ground Zero toe aan de debriefing die men na elke werkdienst kreeg. Het onderzoeksdesign van die studie was echter niet van dien aard dat daarmee de werking van debriefing onomstotelijk kon worden vastgesteld (Roberts e.a. 2003).

Maatregelen op organisatorisch niveau

3.3.3 —

Wetgeving

3.3.3.1 —

Nederland kent wet- en regelgeving die voor werknemers en werkgevers van belang is, zoals de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet), en de wet Poortwachter (beide staan beschreven in kader 4). In het arbeidsbesluit, dat een uitwerking van de Arbowet is, staan nadere regels waaraan zowel werkgever als werknemer zich moet houden om arbeidsrisico's tegen te gaan. Er staan ook afwijkende en aanvullende regels voor een aantal sectoren en categorieën werknemers in. De Arboregeling legt de overheid op aan zowel werkgever als werknemer. Net als de voorschriften uit de cao (zie www.arbo.nl/wet-regelgeving/wet-en-regelgeving).

In Nederland bestaat er een uitgebreide wet- en regelgeving met betrekking tot hulpverlening na rampen en ernstige gebeurtenissen. Deze hebben vaak echter vooral betrekking op de organisatie van (psychosociale) hulpverlening, maar spreken in mindere mate over de psychosociale nazorg aan hulpverleners zelf. Dit aspect staat echter centraal in het boek *Help, ik heb geholpen*. Om hiervoor een wettelijk kader te schetsen, kan gebruikgemaakt worden van de algemene Arbeidsomstandighedenwet en de Wet Poortwachter.

Arbeidsomstandighedenwet (1999)

Deze wet stelt de werkgever verplicht een beleid te voeren dat gericht is op de voorkoming, dan wel beperking van de psychosociale arbeidsbelasting voor de werknemer (artikel 3, lid 2). De werkgever moet dan ook een risico-inventarisatie en -evaluatie maken met betrekking tot de arbeidsomstandigheden en de risicobeperkende maatregelen die er binnen een te bepalen termijn zullen worden genomen (artikel 5, lid 1 en 3). Daarnaast is hij verplicht zijn werknemers onderricht aan te bieden gericht op de specifieke taken die zij toegewezen krijgen (artikel 8, lid 2). Hieruit blijkt dat de werkgever in de eerste plaats verantwoordelijk is voor het voorkómen van psychosociale arbeidsbelasting en eventuele psychosociale nazorg aan werknemers. Een belangrijk aspect van deze wet, is dat de werkgever in het naleven van deze bepalingen bijgestaan moet worden door deskundigen (artikel 13, lid 1).

In de Arbwet wordt gesproken over een arbeidsgezondheidskundig onderzoek, waarvan de bedoeling is dat het de risico's die het werk meebrengt voor de werknemers zo veel mogelijk voorkomt of beperkt (artikel 18). De werkgever maakt een dergelijk onderzoek periodiek mogelijk. Onduidelijk is in hoeverre werknemers verplicht zijn mee te werken aan een arbeidsgezondheidskundig onderzoek. Artikel 11 stelt echter wel expliciet dat zij verplicht zijn in hun doen en laten op de arbeidsplaats zich te gedragen conform hun opleiding en de instructies van de werkgever om zo naar vermogen zorg te dragen voor hun eigen veiligheid en gezondheid. De werknemer heeft naar aanleiding hiervan zelf een belangrijk aandeel in de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid.

Wanneer een werknemer niet slaagt voor een arbeidsgezondheidskundig onderzoek, kan hij een verbod krijgen op bepaalde te verrichten arbeid wanneer dit werk 'bijzondere gevaren meebrengt voor het leven of de gezondheid van de werknemer zelf of van andere personen of voor zover dit om andere bijzondere redenen geboden is' (artikel 16, lid 3e en lid 5). In hoeverre een werknemer verplicht is mee te werken aan een dergelijk onderzoek wordt in deze wet niet vermeld.

Deze wet is ook van toepassing op vrijwilligers die arbeid verrichten waaraan bijzondere gevaren voor de veiligheid of de gezondheid zijn verbonden (artikel 16, lid 7).

Wet Poortwachter

Deze wet spoort werkgevers aan het arbeidsverzuim terug te dringen om zo te voorkomen dat werknemers de WAO instromen. Gedurende twee jaar zijn werkgever en werknemer verplicht samen te werken aan het komen tot een passende arbeidsplaats binnen (en indien dit niet mogelijk is buiten) het eigen bedrijf. Wanneer een bedrijfsarts of specialist de werknemer gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaart voor de huidige functie, dan zal de werkgever samen met de werknemer moeten kijken of er aangepast werk aangeboden kan worden. De werknemer is verplicht hieraan mee te werken.

Gedurende dit traject is de werkgever verplicht over een periode van 2 jaar 170 procent van het loon uit te keren. Dit kan gedaan worden door het eerste jaar 100 procent van het loon uit te keren en tijdens het tweede jaar dit terug te brengen naar 70 procent van het loon.

Wanneer de werknemer voor 80 tot 100 procent arbeidsongeschikt is voor de huidige functie én de werkgever aantoonbaar naar vermogen geen ander aangepast werk voor de werknemer heeft kunnen vinden binnen of buiten het eigen bedrijf, pas dan kan er een ontslagvergunning worden aangevraagd bij het CWI. De werknemer zal dan in de WAO (Wet op Arbeidsongeschiktheid) of WIA (Wet Inkomen naar Arbeid) instromen (Poortwachter, 2009).

Een probleem hierbij kan zijn, dat de werknemer in andere omstandigheden (bij andere werkgevers) wel in staat is om te kunnen werken. Hierdoor zal een WAO- of WIA-uitkering waarschijnlijk niet verstrekt worden. In dergelijke situaties is het belangrijk om vast te stellen of de arbeidsongeschiktheid redelijkerwijs is terug te voeren op de werkgever. Indien dit het geval is, zal de werkgever geen ontslagvergunning krijgen en zal hij loon uit moeten blijven betalen tot de arbeidsovereenkomst afloopt.

Bronnen:

www.wetpoortwachter.nu

www.arbeidsrechter.nl/h/h221.htm (29-06-09)

wetten.overheid.nl/BWBR0001888/geldigheidsdatum_17-06-2009

Sociaal Medisch Team

3.3.3.2

Het sociaal medisch team (SMT) is een overlegstructuur tussen een bedrijf en zijn arbodienst (uit: Arboadvies). Het doel van het SMT is het ondersteunen van het bedrijf en de medewerkers bij sociaal medische problemen, waarbij zowel gekeken wordt hoe het herstel van zieke werknemers bevorderd kan worden als naar de mogelijkheden hoe gezondheidsschade voorkomen kan worden.

Om medewerkers de mogelijkheid tot persoonlijke en professionele ontwikkeling te geven, is het van belang dat de organisatiestructuur op het werk dit toelaat en bevordert. Vooral een cultuur waar hulpverleners zich gewaardeerd en ondersteund voelen is belangrijk, waar de organisatie zich voor de zorg van het personeel inzet en waar het personeel graag van de aangeboden diensten gebruikmaakt (Collins en Long 2003, Palm e.a. 2004, Huggard 2003). Om de effecten van het werken met traumapatiënten op hulpverleners te verminderen, moeten leidinggevenden potentiële risicosituaties herkennen. Naast de hulpverlener zelf, moeten leidinggevenden, directies en relevante overheden zich bewust zijn van de risico's van traumahulpverlening.

Op organisatorisch niveau zijn er maatregelen te nemen die ondersteuning bieden aan het personeel in de omgang met hun emotionele reacties. In feite betekent het dat de organisatie de benodigde (financiële) randvoorwaarden creëert waardoor het personeel de mogelijkheid heeft om professionele en persoonlijke preventieve strategieën toe te passen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door mogelijkheden te bieden voor scholing (Huggard 2003, Palm e.a. 2004). Daarnaast kunnen op organisatorisch niveau de voorwaarden gecreëerd worden voor supervisie en regelmatige teambesprekingen, maar bijvoorbeeld ook de mogelijkheid tot vertrouwelijke counseling voor de hulpverleners zelf (Collins en Long 2003, Huggard 2003, Palm e.a. 2004, Sinclair en Hamill 2007).

Organisaties zouden ook voor het dagelijkse werk een omgeving moeten creëren waarin de kans op het ontwikkelen van traumawerk-gerelateerde stressklachten zo laag mogelijk is (Sinclair en Hamill 2007). Hierbij valt te denken aan tal van maatregelen (Sinclair en Hamill 2007, Palm e.a. 2004, Mathieu en Cameron 2006, Huggard 2003):

- het instellen van vaste pauzes of uitrustdagen ('mental-health days');
- inperking van het aantal traumaccliënten per week;
- voldoende afwisseling door cliënten met diverse problematiek te behandelen;
- in de planning proberen te vermijden dat een aantal moeilijke patiënten achter elkaar behandeld moeten worden;
- beoordeling van de werkbelasting en indien nodig aanpassing daarvan;
- aanmoedigen van het opnemen van vakantiedagen;
- ondersteuning bij de zelfzorg bieden door een flexibele omgang met werkuren en de mogelijkheid tot een time-out te geven.

In het geval van rampen of grootschalige calamiteiten kunnen instellingen ervoor zorgen dat er ondersteunende netwerken beschikbaar zijn voor mensen die bij de hulpverlening van de ramp betrokken waren (Palm e.a. 2004).

Mocht de hulpverlener zelf het vermoeden hebben dat hij of zij klachten heeft die duiden op compassion fatigue of secundaire traumatische stress, dan is er een zelftest op internet beschikbaar: de ProQOL R-IV (Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV). Deze ProQOL zelftest is de meest actuele versie (2005) van de bekende compassion fatigue zelftest die door Charles Figley in 1995 is ontwikkeld. De ProQOL bevat drie domeinen van elk tien vragen:

- *Compassion fatigue*: vragen over geprikkeldheid en overige secundaire traumatische stress symptomen, als vermijding en zich opdringende angstige gedachten.
- *Burn-out*: uitputting door de hoeveelheid werk, negatieve associaties met de werkgever, slaapproblemen en vragen over positieve gevoelens over zichzelf en anderen ('Ik voel mij verbonden met anderen').
- *Compassion satisfaction*: vragen over positieve ervaringen met betrekking tot de hulpverlening.

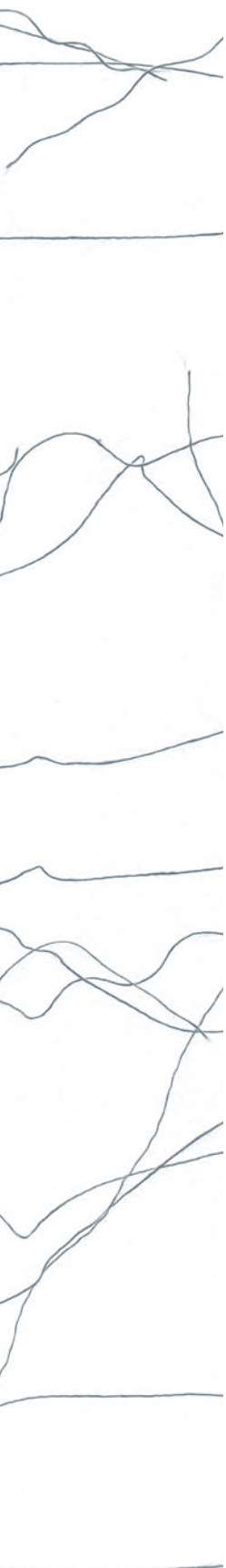
De test is in het Engels en vooralsnog helaas niet in het Nederlands beschikbaar. De test is te vinden op www.progol.org.

Op basis van een eenmalige zelftest kan uiteraard geen diagnose gesteld worden of een behandelingsprogramma opgesteld worden. Wel kan de test dienen ter bevestiging van de eigen gevoelens en aanleiding geven voor een bezoek aan de huisarts, psycholoog of andere deskundige.

Naast de zelftest is er een internetcommunity die hulpverleners over de hele wereld de mogelijkheid biedt om ervaringen met betrekking tot compassion fatigue (en aanverwante concepten) en het herstel daarvan te delen. Deze website is oorspronkelijk ontwikkeld door Eric Gentry en wordt nu bijgehouden door Charles Figley (<https://lists.fsu.edu/mailman/listinfo/compassionfatigue>).

Er zijn tot op heden vrijwel geen behandelprogramma's die zich specifiek richten op secundaire traumatische stress, compassion fatigue of vicarious traumatization. De reden hiervan is dat de onderliggende concepten nog diffuus zijn. Ook de kennis over risicofactoren is nog te fragmentarisch om een toegespitst behandelprogramma te ontwikkelen. We noemen hier kort twee programma's die in de literatuur en op internet te vinden zijn, en die de problematiek toch aanpakken.

In de Verenigde Staten heeft men het 'versnelde herstel programma' (Accelerated Recovery Program (ARP)) (Gentry e.a. 2004) ontwikkeld om bij hulpverleners de symptomen op het



gebied van secundaire traumatische stress, burn-out of compassion fatigue te behandelen. Dit behandelprogramma is voor het eerst bij professionele hulpverleners van de bomaanslag van Oklahoma City toegepast (Gentry e.a. 2004). De aanpak van dit programma doelt op bewustwording en balans in het persoonlijke en professionele leven. Het ARP bestaat uit een psychologische test en een behandeling. De behandeling betreft een diverse therapeutische aanpak, zoals angstvermindering, narratieve therapie (levensverhaal vertellen), activiteiten met hernieuwde blootstelling, cognitieve gedragstherapie, en ontwikkeling van veerkrachtaardigheden. Vervolgens krijgt de hulpverlener het advies voortdurend nazorg te ontvangen. Wat dit laatste betreft werkt ondersteuning via een netwerk van collega's bijvoorbeeld goed. Via een dergelijk netwerk (zie bijvoorbeeld de eerder genoemde Balintgroepen) kunnen hulpverleners scholing ontvangen, zich op persoonlijk en professioneel niveau ontplooiën, professionele ondersteuning krijgen en vragen met betrekking tot traumawerk-gerelateerde stressreacties bespreken (Huggard 2003).

Verder bestaat er de zogenaamde 'Certified Compassion Fatigue Specialist Training' (CCFST), die bedoeld is om hulpverleners te trainen om collega's met klachten van compassion fatigue te ondersteunen. Daarnaast is onderzocht of deze training ook de functie van een behandeling zou kunnen hebben voor hulpverleners met compassion fatigue. Het trainingsprogramma bestaat onder meer uit angstmanagement, het leren van technieken voor zelfsupervisie, cognitieve technieken en therapie voor desensibilisatie van secundaire traumatische stressreacties (Gentry e.a. 2004). Het gebruik van de CCFST als behandelingsinterventie is onderzocht in een studie met een matig onderzoeksdesign zonder controlegroep of randomisatie. De resultaten in die studie waren wel positief (Gentry e.a. 2004).

In dit verband is het van belang te onderstrepen dat behandelprogramma's gebaseerd moeten zijn op gefundeerde kennis wat compassion fatigue en aanverwante concepten inhouden en wat de risicofactoren zijn. De programma's moeten in een deugdelijke studie met een goed onderzoeksdesign onderzocht zijn. De hiervoor beschreven geschiedenis van 'debriefing' laat immers zien, dat een wijdverbreide gebruikte methode ter reductie van PTSS in een goede, gerandomiseerde studie niet effectief bleek, maar eerder negatieve effecten had (Sijbrandij e.a. 2006). Zonder evaluatie moeten de genoemde programma's dus met enige voorzichtigheid bekeken worden.

Anderzijds zou het onjuist zijn te denken dat traumawerk-gerelateerde klachten niet behandeld zouden kunnen worden, bij gebrek aan een goed geëvalueerd behandelprogramma. Zoals in paragraaf 3.1 uiteengezet, kunnen traumawerk-gerelateerde klachten zich op verschillende manieren uiten. Bij sommige personen zal de nadruk meer liggen op burn-outachtige klachten (compassion fatigue), bij anderen juist meer op PTSS-achtige klachten (secundaire traumatische stress) en weer bij anderen ligt wellicht de nadruk meer op verstoring van basisovertuigingen (vicarious traumatization). Voor elk van deze verschillende typen stressreacties bestaan behandelmethoden (denk aan cognitieve gedragstherapie).

Er kan dus per persoon gekeken worden welke klachten op de voorgrond staan en vervolgens kan men daar met bestaande methodes behandeling op inzetten. Hiervoor is een behandeling op maat nodig, opgesteld en uitgevoerd door een kundige hulpverlener.

Het is dan ook raadzaam om bij klachten de huisarts te raadplegen. Aangetoond is dat traumawerk-gerelateerde klachten in ernstige gevallen tot een zware klinische depressie of suïcidale gedachten kunnen leiden (Mathieu en Cameron 2006). Voor sommige hulpverleners zal het moeilijk zijn om voor zichzelf hulp te vragen, omdat zij gewend zijn juist voor anderen te zorgen (Mathieu en Cameron 2006). Voor hen zou een zelfhulp test een 'laatste duwtje' kunnen zijn om hulp te zoeken. Het zou echter als normaal gezien moeten worden, en zeker niet als een zwakte, als hulpverleners zelf ondersteuning zoeken wanneer dat nodig is.



3.4

Begrippenlijst

Burn-out

- emotionele uitputting bij mensen die zich beroepsmatig (te) sterk betrokken voelen bij andere mensen. Mogelijke verschijnselen zijn onder meer (over)vermoeidheid, prikkelbaarheid, slaapstoornissen, depressiviteit en verslavingsgedrag (Encyclo 2008).

Compassion fatigue

- de stress, spanning of vermoeidheid door het zorgen voor anderen die lijden aan een lichamelijk psychologisch probleem (Figley 1995).

Compassion satisfaction

- het krijgen van een gevoel van betekenis en zingeving door het helpen van anderen (Tyson 2007, Bride e.a. 2007, Rourke 2007).

Coping

- het omgaan met, of controleren van negatieve prikkels of onaangename situaties.

Depersonalisatie

- de neiging een negatieve, cynische houding te ontwikkelen ten aanzien van het werk.

MRSA-bacterie

- Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus. Deze bacterie is ongevoelig voor de meeste normale antibiotica. Zieke mensen of mensen die net geopereerd zijn kunnen met MRSA geïnfecteerd raken. Deze bacterie leidt vaak tot ontstekingen, maar kan zich via het bloed ook verspreiden naar organen. Hierdoor kan de MRSA-bacterie dodelijk zijn. In Nederland wordt een streng beleid gevoerd ten opzichte van MRSA, waardoor deze bacterie zelden voorkomt in ziekenhuizen. In het buitenland is het beleid echter minder streng vormgegeven, waardoor patiënten die daar behandeld zijn, de bacterie mee terug kunnen nemen naar Nederland (Ministerie van VWS 2002, Hago Nederland 2008).

Palliatieve pediatrie

- zorg voor ongeneeslijk zieke kinderen (Palliatieve Zorg 2008).

Primaire traumatisering

- de betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij hij/zij heeft ondervonden, getuige is geweest van, of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich mee bracht, een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van de betrokkene zelf of van anderen (Van der Ploeg en Kleber 2003).

Psychische morbiditeit

- de mate waarin een psychische ziekte voorkomt onder de bevolking (Encyclo, 2008).

PTSS

- Post-Traumatisch Stress Stoornis, ontstaan naar aanleiding van ernstig stressgevend situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging ernstig lichamelijk letsel of een bedreiging van de fysieke integriteit. Volgens DSM-IV bestaan er drie groepen symptomen van PTSS: 1) het herbeleven van de traumatische gebeurtenis, 2) aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit, 3) aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid zoals moeite met concentreren, moeite met in- of doorslapen en overmatige waakzaamheid (Williams 1997, DSM-IV).

Secundaire traumatische stress (STS)

- de natuurlijke gedragingen en emoties die een gevolg zijn van een traumatische gebeurtenis ervaren door een belangrijke naaste – de stress die het gevolg is van het helpen of willen helpen van een getraumatiseerd of lijdend persoon (Lansen 2007).

Secundaire traumatisering

- traumatisering die zonder directe zintuiglijke waarneming van het trauma en enige tijd na het trauma ontstaat (Daniels 2008).

Tegenoverdracht

- de gevoelens die bij de therapeut opgewekt worden door het verhaal van de patiënt. In brede zin kan dit zowel een hindernis zijn als een hulpmiddel in de therapie (Nicolai 1999).

Tracheostoma

- een kleine opening in de hals waardoor een buisje wordt aangebracht zodat de patiënt beademd kan worden (UMC 2008).

Vicarious traumatization

- veranderingen in de innerlijke ervaringen, de innerlijke belevingswereld van traumahulpverleners met een sterke empathische betrokkenheid bij traumaslachtoffers (Thomas en Wilson 2004, Sabin-Farrell en Turpin 2003, Sinclair en Hamill 2007).

3.5

Literatuur

Adams RE, Figley CR, Boscarino JA. The Compassion Fatigue Scale: Its use with social workers following urban disaster. *Res Soc Work Pract* 2008; 18:238-50.

Alexander DA, Wells A. Reactions of police officers to body-handling after a major disaster: a before-after comparison. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 547-555.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e, herziene versie)*. Washington, DC: American Psychiatric Press 2000.

Baird S, Jenkins SR. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence Vict* 2003; 18:71-86.

Baird K, Kracen AC. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research analysis. *Counselling Psychology Quarterly* 2006; 19: 181-188.

Beaton RD, Murphy SA. Working with people in crisis: research implications. In: CR Figley (ed.). *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, Routledge 1995.

Bell JB, Nye EC. Specific symptoms predict suicidal ideation in Vietnam combat veterans with chronic post-traumatic stress disorder. *Mil Med.* 2007;172:1144-7.

Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Aust Fam Physician* 2005; 34:497-8.

Blair DT, Ramones VA. Understanding vicarious traumatization. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1996; 34:24-30.

Bramsen I, van der Ploeg HM, Twisk JW. Secondary traumatization in Dutch couples of World War II survivors. *J Consult Clin Psychol.* 2002; 70:241-5.

Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring compassion fatigue. *Clin Soc Work J* 2007; 35:155-63.

Cohen SP. Compassion fatigue and the veterinary health team. *Vet Clin North Am Small Anim Pract* 2007; 37:123-34.

Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health - care workers - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003; 10:417-24.

Cunningham M. Impact of trauma work on social work clinicians: empirical findings. *Soc Work.* 2003; 48:451-9.

Daniels J. Sekundäre Traumatisierung: Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. Psychotherapeut, 2008; 53; 100-107.

Encyclo, online encyclopedie. Burnout [online], [geciteerd op 19-06-2009]. Beschikbaar op www.encyclo.nl/begrip Burnout.

Encyclo, online encyclopedie. Morbiditeit [online], [geciteerd op 22-06-2009]. Beschikbaar op www.encyclo.nl/begrip/morbiditeit.

Figley CR. Compassion fatigue as secondary stress disorder: an overview. In: CR Figley (ed.). Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York, Routledge 1995.

Gentry JE, Baggerly J, Baranowsky A. Training-as-treatment: effectiveness of the Certified Compassion Fatigue Specialist Training. Int J Emerg Ment Health 2004; 6:147-55.

Haans T. Het labyrinth van Ares. Werkbelasting door hulpverlening aan geweldsoverlevenden. Utrecht: Stichting Pharos 1998.

Hago Nederland. Wat is MRSA? [online], [geciteerd op 19-06-2009]. Beschikbaar op www.allesovermrsa.nl/mrsa/Wat_is_MRSA.

Harris CJ. Sensory-based therapy for crisis counselors. In: CR Figley (ed.). Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York, Routledge 1995.

Huggard P. Compassion fatigue: how much can I give? Med Educ 2003; 37:163-4.
Huggard P. Secondary traumatic stress: doctors at risk. New Ethicals Journal 2003; 6:9-14.

Jenkins SR, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. J Trauma Stress 2002;15:423-32.

Joinson C. Coping with compassion fatigue. Nursing 1992; 22:116-120.

Lansen J. Beschadigende werkbelasting bij traumahulpverlening. In: Aarts PGH en Visser WD (eds). Trauma. Diagnostiek en behandeling. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. 2007; 371-391.

Kinzel A, Nanson J. Education and debriefing: strategies for preventing crisis in crisis-line volunteers. Crisis 2000; 21: 126-134.

Maslach C, Schaufeli WB, & Leiter MP. Job burnout. Annual Review of Psychology 2001; 52: 397-422.

Mathieu F, Cameron R. Running on empty: understanding compassion fatigue. Cognica (Canadian Counselling Association Newsletter) 38[3]. 2006.

Maytum JC, Heiman MB, Garwick AW. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. J Pediatr Health Care. 2004; 18:171-9.

McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Traumatic Stress* 1990; 3: 131-149.

Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport. MRSA bacterie en behandeling slachtoffers Volendam [online], [geciteerd 19-06-2009]. Beschikbaar op www.minvws.nl/kamerstukken/cz/mrsa_bacterie_en_behandeling_slachtoffers_volendam.asp.

Nicolai NJ. Overdracht en tegenoverdracht bij traumabehandelingen. In: Trauma: Diagnostiek en Behandeling, Aarts PGH, & Visser WD. (red.). Houten 1999: Bohn Stafleu Van Loghum.

Palliatieve Zorg. Wat is palliatieve zorg? [online], [geciteerd 19-06-2009]. Beschikbaar op www.palliatievezorg.nl.

Palm KM, Polusny MA, Follette VM. Vicarious traumatization: potential hazards and interventions for disaster and trauma workers. *Prehosp Disaster Med* 2004; 19:73-8.

Roberts SB, Flannelly KJ, Weaver AJ, Figley CR. Compassion fatigue among chaplains, clergy, and other respondents after september 11th. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191:756-8.

Rourke MT. Compassion fatigue in pediatric palliative care providers. *Pediatr Clin North Am* 2007; 54: 631-44.

Sabin-Farrell R, Turpin G. Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clin Psychol Rev* 2003; 23:449-80.

Sabo BM. Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *Int J Nurs Pract* 2006; 12:136-42.

Salston M, Figley CR. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *J Trauma Stress* 2003; 16:167-74.

Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. Professional burnout: recent developments in theory and research. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993.

Scheurs PJG, van de Willige G e.a. De Utrechtse copinglijst: UCL - Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Lisse Swets en Zeitlinger BV, 1993.

Sinclair HA, Hamill C. Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *Eur J Oncol Nurs* 2007;11:348-56.

Sijbrandij M, Olff M, Reitsma JB, Carlier IV, Gersons BP. Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006; 189:150-5.

Smith AJM, Kleijn WChr, Trijsburg RW, Hutschemaekers GJM. How therapists cope with clients' traumatic experiences. *Torture* 2007;17: 203-215.

Speets AM, Kellert IM, Smilde-van den Doel DA. Inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten: psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland. Pallas health research and consultancy. Rotterdam, 2007.

Smith AJM. Listening to trauma. Therapists' countertransference and long-term effects related to trauma work (Academic thesis). Radboud universiteit Nijmegen, Nijmegen, 2009.

Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In: CR Figley (ed.). *Treating compassion fatigue*. New York, Routledge 2002.

Stamm BH. *The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, burnout & Compassion fatigue/Secondary Trauma Scales*. Idaho State University 2005.

Thomas RB, Wilson JP. Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder. *Int J Emerg Ment Health* 2004; 6: 81-92.

Tyson J. Compassion fatigue in the treatment of combat-related trauma during wartime. *Clin Soc Work J* 2007; 35:183-92.

Universitair Medisch Centrum Utrecht. Tracheostoma [online], [geciteerd op 19-06-2009]. Beschikbaar op: www.umcutrecht.nl/subsite/Thuisbeademing/Werkwijze/Invasieve-beademing/tracheostoma.htm.

Van der Ploeg E, Kleber RJ. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occup Environ Med* 2003; 60 (suppl 1): 40-46.

Van Dierendonck D. *Balancing the give and the take. An equity approach to burnout* (Academic thesis). Universiteit Utrecht, Utrecht, 1997.

Appendix

Vraagstellingen en uitgangspunten bij het wetenschappelijke deel

Concreet waren de vraagstellingen als volgt:

1. Welke termen/concepten/psychische ziektebeelden worden onderscheiden die kunnen ontstaan uit het werken met getroffenen van traumatische gebeurtenissen?
2. In hoeverre verhouden deze termen zich in de mate waarin ze in de literatuur aandacht hebben gekregen? Met andere woorden, wat zijn de 'populaire' concepten, welke zijn 'up and coming', welke juist niet?
3. Hoe verschillend is de context (disciplines) waarin deze termen worden gebruikt?
4. In hoeverre valt uit de vele definities een eenduidige overlappende definitie te vormen?
5. Wat kan er praktisch worden aangeboden wat betreft aanbevelingen, screeningsinstrumenten en therapieën?

Uitgangspunt is geweest de tekst met het verhaal van Yvonne Zwarthoed. Dit verhaal kent een aantal aanknopingspunten in de wetenschappelijke literatuur. De expertisegroep die bij het tot stand komen van dit boek gevormd is, heeft aangegeven veel gewicht te hechten aan 'compassion fatigue', wat weer overeenkomsten vertoont met begrippen als:

- burn-out;
- Florence Nightingale syndroom;
- indirecte traumatisering;
- emotionele besmetting;
- vicarious traumatization;
- secondary traumatic stress;
- second wounds;
- counter-transference;
- PTSS.

Door het concept 'compassion fatigue' als uitgangspunt te nemen, kunnen de verschillende vraagstellingen systematisch en efficiënt benaderd worden. Het bleek dat meenemen van termen als burn-out en PTSS het aantal artikelen dusdanig vergroot dat dit in het licht van de doelstelling te uitgebreid zou worden. Aan de andere kant zou het inperken van de zoekstrategieën door alleen te zoeken op literatuur voor hulpverlener en traumatische gebeurtenissen te grote inperking betekenen voor de vraag hoe de verschillende concepten (burn-out, vicarious traumatization enzovoort) zich tot elkaar verhouden.

Gegevensbronnen

In de literatuurdatabases PubMed en PsychInfo is als uitgangspunt de zoekterm compassion fatigue gebruikt. In Pubmed leverde deze zoekterm 124 artikelen op (mei 2008), waarvan 24 review-artikelen. In PsychInfo leverde dezelfde zoekterm 208 hits (juli 2008) op met veel overlap met PubMed. Uit de zoekresultaten zijn meta-analyses (indien aanwezig) en review-artikelen door beoordeling van titel en abstract geselecteerd. In PubMed werden 24 review-artikelen gevonden waarvan er 9 relevant waren en zijn geïnccludeerd. Daarnaast zijn er 3 review-studies uit Psychinfo toegevoegd.

Binnen de opbrengst van de 124 (PubMed) en 208 (Psychinfo) artikelen is daarnaast nog gezocht naar studies die zich specifiek richtten op het screenen op compassion fatigue en therapieën. Dit leverde 7 extra studies op.

Daarnaast is via de related articles functie bij de 9 geselecteerde reviews in PubMed nog verder op relevante artikelen gezocht. Ook zijn de referenties uit de geselecteerde reviews nagelopen op relevante literatuur. Verder zijn de internetsites van een aantal wetenschappelijke verenigingen van psychologen (ook internationaal) geraadpleegd voor relevante literatuur. Ten slotte zijn er literatuursuggesties gedaan door de Klankbordgroep. Deze aanvullende zoekacties leverden in totaal 14 artikelen die in dit boekhoofdstuk gebruikt zijn.

In totaal zijn 33 artikelen voor het wetenschappelijke gedeelte over compassion fatigue geïnccludeerd.

Naast deze artikelen zijn relevante boeken van C. Figley en van P.G.H. Aarts en W.D. Visser geraadpleegd.

Bij de opzet van dit stuk zijn een aantal stappen doorlopen:

Stap 1: vergelijking concept compassion fatigue met andere concepten

Uit de literatuur gevonden via bovengenoemde zoekstrategieën zijn een aantal studies geselecteerd die verschillende concepten naast elkaar bespreken. Via een aantal van deze review-studies en daarnaast het raadplegen van de eerder genoemde boeken is de vraag beantwoord welke concepten worden onderscheiden, hoe deze concepten zich tot elkaar verhouden. Hoe worden ze gedefinieerd, is er overlap, zijn sommige van deze termen inwisselbaar? Tegelijkertijd zijn via de selectie van review-artikelen en tekstboeken nieuwe, gerelateerde concepten te identificeren.

Stap 2: analyse populariteit van concepten

Voor de analyse van de populariteit van concepten, is binnen een aantal tijdvakken (1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 en 2005-2008) in Pubmed gekeken hoeveel artikelen bijvoorbeeld burn-out in titel of abstract noemden, hoeveel artikelen 'compassion fatigue'

noemen, et cetera. Vervolgens is nagegaan of voor één van de concepten het aantal artikelen relatief snel stijgt en in welk tijdvak een bepaald concept voor het eerst genoemd werd.

Stap 3: analyse van disciplines

De vraag met betrekking tot het gebruik van verschillende concepten door verschillende disciplines is beantwoord met behulp van de review-studies waarin verschillende concepten naast elkaar beschreven werden en waarin de oorsprong van de concepten aangeduid werd.

Stap 4: Screeningsinstrumenten en therapieën

De vraag naar screeningsinstrumenten en therapieën is toegespitst op de term 'compassion fatigue'. Voor het beantwoorden van deze vraagstelling is gebruik gemaakt van de literatuur die gevonden wordt met de zoekterm 'compassion fatigue' in Pubmed en PsychInfo (124 en 208 artikelen respectievelijk). Abstracts van deze artikelen zijn gescreend op informatie over screeningsinstrumenten en therapieën. Artikelen die relevant lijken zijn vervolgens full-text bekeken.



Praktische aanbevelingen en literatuur



Voor de individuele hulpverlener

Hoe herken je bij jezelf traumawerk-gerelateerde stressreacties?

Symptomen op persoonlijk niveau

- Je voelt je vaak uitgeput en hebt geen energie.
- Je voelt je uit je evenwicht gebracht.
- Je piekert veel en hebt last van malende gedachten.
- Je twijfelt aan je idealen, zekerheden en relaties.
- Je slaapt moeilijk in, of kunt moeilijk doorslapen.
- Je voelt je angstig.
- Je reageert niet meer op emoties van anderen en je voelt je afgestompt.
- Je onttrekt je aan sociale activiteiten en gaat geen contacten meer aan.
- Je drinkt en rookt meer of je gebruikt meer medicijnen.
- Je kunt je moeilijk concentreren.
- Je bent vergeetachtig.
- Je ziet steeds de beelden van de getroffen en patiënten voor je.

Symptomen op professioneel niveau

- Je hebt moeite met het stellen van prioriteiten.
- Je hebt moeite met het stellen van grenzen.
- Je doet langer over je werk dan voorheen en het kost je meer moeite.
- Je contacten met getroffen en zijn te intensief en te veel.
- Je identificeert je teveel met je patiënten.
- Je twijfelt over je eigen kwaliteiten.
- Je bent overdreven kritisch naar jezelf.
- Je vindt het moeilijk hulp te vragen en je ziet daarom geen andere mogelijkheid dan een andere baan te zoeken.

Maatregelen ter preventie van traumawerk-gerelateerde stressreacties

Preventieve maatregelen op persoonlijk niveau

Algemeen

- Zorg voor een goede balans tussen werk en vrije tijd*.
- Maak tijd voor het aanhalen van contacten (familie, vrienden,...)*.
- Zorg voor voldoende slaap, gezonde voeding en ga sporten*.
- Doe ontspanningsoefeningen; meditatie, strekoefeningen en dergelijke*.
- Maak tijd voor leuke hobby's (schilderen, beeldhouwen, schrijven, muziek).
- Houd vertrouwen in de toekomst.

Na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen

Bovenstaande punten blijven relevant, maar ook het volgende:

- Aanvaard je gevoelens en praat erover met anderen, als je dat wilt.
- Zoek een uitlaatklep om het gebeurde te verwerken, bijvoorbeeld door
 - het van je af te schrijven;
 - te spreken met een vertrouwenspersoon.
- Besef dat je een abnormale situatie hebt meegemaakt. Hulp vragen bij het omgaan hiermee is dan ook niet raar.

Preventieve maatregelen op professioneel niveau

Algemeen

- Wees je bewust van het bestaan van trauma-gerelateerde stressreacties.
- Kennis over de psychosociale gevolgen van trauma-gerelateerde stressreacties kan helpen hiermee om te gaan*.
- Neem deel aan supervisie (casussupervisie en teamsupervisie*) en intervisie.
- Stel grenzen aan de werkdruk.
- Beperk de caseload en de intensiteit van de contacten.
- Durf erover te praten.

Na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen

Bovenstaande punten blijven relevant maar daarnaast:

- Deel je ervaringen met collega's*.
- Probeer zo snel mogelijk je reguliere werk op te pakken.
- Wissel werk met getroffen en af met niet-incidentgerelateerde werkzaamheden.
- Geef aan je baas aan als het werk te belastend is of wordt.

* deze symptomen/aanbevelingen vindt u terug in deel 2

Voor een team of organisatie

Hoe herken je traumawerk-gerelateerde stressreacties op team- of organisatieniveau?

Symptomen op teamniveau

- Teamleden ervaren geen onderlinge steun meer.
- Het team voelt zich niet opgewassen tegen hun taak.
- Het ontbreekt aan gelegenheden om moeilijke zaken en ervaren emoties te bespreken.
- Er ontstaan conflicten, bijvoorbeeld over behandelmethoden.
- Problemen worden niet (meer) opgelost.
- Schokkende ervaringen worden als gewoon afgedaan.
- In plaats van te luisteren komt men te snel met oplossingen en adviezen.
- Teamleden werken minder samen.

Preventie van traumawerk-gerelateerde stressreacties

Preventieve maatregelen op organisatorisch niveau

Algemeen

- Maak het structureel uitwisselen van ervaringen mogelijk, bijvoorbeeld door overlegmomenten*.
- Zorg voor kennis over trauma-gerelateerde stressreacties bij leidinggevenden, directies en relevante overheden*.
- Bied de hulpverlener een gevarieerde, reële en niet te zware caseload*.
- Bied (bij)scholingsmogelijkheden aan*.
- Stel vaste pauzes of rustdagen in*.
- Ondersteun de medewerker bij de zelfzorg: bijvoorbeeld een flexibele omgang van werkuren/mogelijkheden tot een time-out*.
- Besteed extra aandacht aan medewerkers met een instabiele thuissituatie.
- Toon waardering en biedt ondersteuning als leidinggevende.
- Vermijd onderbezetting.
- Maak stressklachten bespreekbaar en doorbreek de 'schaamtecultuur'.
- Werk multidisciplinair.
- Zorg dat er voldoende kennis is over het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen.
- Stel een protocol op voor opvang na schokkende gebeurtenissen.

Na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen

De genoemde punten blijven relevant, maar daarnaast is van belang:

- Creëer ondersteunende netwerken voor hulpverleners bij rampen of grootschalige calamiteiten.
- Bied ruimte voor herdenken (gedenkteken, bijeenkomst en dergelijke).
- Bied ruimte om te rouwen.
- Bied voldoende support en medewerking om dagelijkse routine te herstellen.
- Wees ervan bewust dat ook leidinggevenden support nodig hebben.

Nuttige informatie

Websites

www.arbozw.nl

Deze website is gemaakt voor en door instellingen, dienstverleners en beleidsmakers in de sectoren Zorg en Welzijn. Centraal staat het verzamelen en uitwisselen van informatie en kennis van arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en re-integratie.

www.ncptsd.va.gov/ncmain/publications/pilots/index.html

De PILOTS database is een digitaal systeem dat toegang biedt tot internationale literatuur over post-traumatic stress disorder (PTSD) en andere psychische gevolgen van blootstelling aan traumatische gebeurtenissen.

www.progol.org

Deze website omvat diverse links, referenties, archiefmateriaal en testen van traumatische stress en secundaire traumatische stress.

www.burnin.nl

Hier is veel informatie te vinden over allerlei aspecten van burn-out en stress(management).

Relevante literatuur

Als hulpverlenen je te veel wordt: Werkboek voor (trauma)hulpverleners

Dit werkboek bevat concrete opdrachten, oefeningen en vooral ook veel praktijkvoorbeelden. Het helpt hulpverleners signalen te onderkennen en erger te voorkomen. Het werkboek kan apart worden besteld of samen met het boek Gewoon een beroepsrisico, het spel Spirit en de congresbundel Secundaire traumatisering.

Te bestellen via Movisie (voorheen TransAct)

Gewoon een beroepsrisico? Wat leidinggevendenden moeten weten over secundaire traumatisering

In dit boek krijgt de leidinggevende concrete handvatten om in te schatten welke medewerkers risico lopen op uitval door secundaire traumatisering. Wat zijn signalen bij werknemers en in teams?

Het boek kan apart worden besteld of samen met het werkboek 'Als hulpverleners je teveel wordt', het spel Spirit en de congresbundel Secundaire traumatisering.

Te bestellen via Movisie (voorheen TransAct)

Secundaire traumatisering

Secundaire traumatisering bevat persoonlijke verhalen, een definitie van het begrip secundaire traumatisering en de gegevens van een onderzoek naar hoe hulpverleners op de been blijven. De bundel kan apart worden besteld of samen met het spel Spirit, de publicaties 'Als hulpverleners je teveel wordt' en 'Gewoon een beroepsrisico'.

Te bestellen via Movisie (voorheen TransAct)

Spirit: Bezinningsspel voor teams

Spel met vragen over werkstress en secundaire traumatisering, dat goed te gebruiken is op team- of scholingsdagen en tijdens intervisiebijeenkomsten. Het vergemakkelijkt het praten over stress door het werk en wat de verhalen van cliënten met iemand doen. Daar blijft het niet bij: met elkaar wordt gezocht naar oplossingen voor moeilijke situaties.

Het spel kan apart worden besteld of samen met de publicaties 'Gewoon een beroepsrisico', 'Als hulpverleners je te veel wordt' en de bundel 'Secundaire traumatisering'.

Te bestellen via Movisie (voorheen TransAct)

Donk A. (2001) Secundaire traumatisering: preventie van een beroepsziekte.

In: Psychopraxis, 3/5 oktober, p. 197-201.

Dit artikel gaat over de klachten die hulpverleners kunnen krijgen door langdurig of intensief contact met ernstig getraumatiseerde mensen. Deze klachten kunnen zo ernstig worden dat het functioneren erdoor wordt bemoeilijkt. Bij nadere beschouwing lijken deze klachten op de symptomen van een posttraumatische stressstoornis. Wanneer het om een hulpverlener gaat die door middel van de behandelde cliënten getuige is van trauma's wordt dit verschijnsel secundaire traumatisering of compassiemoeheid genoemd.

Rubbens A. (2005). Zorg voor medewerkers. Rol van organisaties in het

omgaan met secundaire traumatische stress. Richtlijn voor leidinggevendenden. Steunpunt Algemeen Welzijnswerk Copymatic, Berchem. Of via www.steunpunt.be/xcms/lang__nl-BE/mid__13879/ModelID__o/EhPageID__632/4986/default.aspx.

Wentzel, W. (2003). Hoe kunnen leidinggevendenden werknemers beschermen tegen secundaire traumatisering? In: Psychopraxis, 5, nr. 3, juni, p. 108-114.

In het artikel wordt ingegaan op signalen van secundaire traumatisering, zowel op individueel

als op teamniveau. Daarnaast wordt besproken hoe beschermende maatregelen secundaire traumatisering kunnen voorkomen en wordt er aandacht geschonken aan de vijf fasen van de Arbobeleidscyclus om deze beschermende maatregelen te verankeren in de organisatie.

Vragenlijst

Professional Quality of Life Scale (ProQOL R-IV).

Vragenlijst met compassion satisfaction en compassion fatigue subschalen.

www.progol.org

Gebruikte literatuur deel 3

Bakker H. (2007).

Weerbaarheid voor reddingswerkers.

SDU uitgevers B.V. Den Haag.

Donk AJ, Ridder K. de (1998).

Compassie moeheid, werken met
getraumatiseerde cliënten.

Vrouw en gezondheidszorg, 7, 15-17.

Impact (2004). Factsheet Terrorisme

en dan verder. Werken met getroffen.

Informatie voor professionals. Amsterdam.

Rubbens A. (2005). Zorg voor medewerkers.

Rol van organisaties in het omgaan met
secundaire traumatische stress.

Richtlijn voor leidinggevenden.

Smeyers L.(2004). Hulp aan een

getraumatiseerd kind. De gevolgen
voor begeleiders en hulpverleners.

Caleidoscoop 16, 3, 16

Soir de E. (1996). Handleiding voor de

emotionele doorwerking van schokervaringen/
het zoeken naar een nieuw levensevenwicht
na een traumatische ervaring.

Maklu. Antwerpen/Apeldoorn.

Dankwoord

Dit boek is de afsluiting van een periode waarin ik het regelmatig heel erg moeilijk heb gehad. Gelukkig gaat het nu weer veel beter met me.

Ik ben heel veel dank verschuldigd aan iedereen die mij door de moeilijke tijd heen heeft geholpen en aan degenen die mij hebben geholpen met het tot stand brengen van dit boek.

Op de eerste plaats wil ik mijn man bedanken voor het eindeloze geduld dat hij met me heeft gehad in de periode dat het erg slecht ging met me. Het was een heel langdurig proces en hij heeft een heel lange tijd de totale zorg voor ons gezin op zich moeten nemen, omdat ik er niet meer toe in staat was.

Daarnaast wil ik Gerda Buijs, de psychologe waar ik tijdens deze hele moeilijke periode onder behandeling was, bedanken. Zij heeft mij ondersteund in de processen waar ik doorheen ben gegaan en heeft mij doorgestuurd naar de psychiater voor aanvullende behandeling.

Zij heeft kordaat opgetreden op de momenten waarin ik het niet meer zag zitten, er een einde aan wilde maken.

Verder heeft zij mij geadviseerd om de dingen van me af te schrijven, omdat het teveel was, te complex en te intensief om het te bespreken tijdens de spreekuren. Het bespreken had ook weer een te grote impact op mijn leven.

Zij was erg onder de indruk van het geschreven verhaal en raadde mij aan om er iets mee te doen. Ze heeft het verhaal doorgespeeld naar Mw. Huijsman-Rubingh, werkzaam bij het ministerie van VWS, en naar de directeur van Stichting Impact, Magda Rooze die er vervolgens iets mee wilden doen.

Na de behandelingen heeft zij nog heel lang via email contact gehouden en waar nodig advies en ondersteuning gegeven.

Verder wil ik bedanken:

- De familie, in het bijzonder mijn eigen gezin. Zij hebben heel veel over zich heen gekregen.
- Alle vrienden en kennissen voor de hulp, het begrip en geduld.
- Dr. Hakvoort, psychiater voor de medicatieve behandeling.
- Dr. Biemans in haar rol als huisarts
- Roel Huijsman-Rubingh, werkzaam bij het ministerie van VWS. Dankzij haar inzet heb ik mijn contract met het Waterlandziekenhuis als werknemer weten te behouden.
- Karin Hoogeveen voor de ondersteuning vanuit het Anker. Zij heeft geholpen met het zoeken van een schrijver om een boek te maken van mijn verhaal.

- Ria Kes, die in eerste instantie de taak van Karin overgenomen heeft vanuit het Anker. Vervolgens heeft zij op vrijwillige basis de ondersteuning voortgezet. Zij heeft mij privé ondersteund en is meegegaan naar alle bijeenkomsten die nodig waren om mijn boek tot stand te maken.
- Stichting Gratama, voor de subsidiëring van het boek.
- Stichting Impact voor het realiseren van het boek en de enorme inzet om er een heel goed product van te maken voor opleidingen en organisaties. Het hele wetenschappelijke gedeelte hebben zij gecoördineerd en er is heel veel tijd gestoken in de research en het schrijven van het wetenschappelijke gedeelte.
- Magda Rooze, directeur Stichting Impact.
- Henriëtte Hoogendorp, secretaresse Stichting Impact
- De leden van de stuurgroep, onder voorzitterschap van dhr. D. Berghuijs, voor het aanleveren van de expertise die nodig was om het wetenschappelijke gedeelte te kunnen samenstellen. Zij hebben zich volledig ingezet om ieder vanuit hun eigen vakgebied alle beschikbare kennis te verzamelen en aan te leveren en zijn een aantal keren bij elkaar geweest in een meeting om de dingen met elkaar af te stemmen en te bespreken. Dank ook voor hun input.
- Jan Nieuwenboer voor het maken van de foto's voor het schilderij.
- Jan Zwarthoed voor het poseren van zijn handen.
- Simon Zwarthoed en Suzanne Zwarthoed voor het beschikbaar stellen van de foto's
- De getroffen en voor hun toestemming om de over hen omschreven situaties te mogen gebruiken en te mogen plaatsen.

Yvonne Zwarthoed

Impact

Impact is het landelijk kennis en adviescentrum psychosociale zorg na rampen. Impact heeft tot doel het bevorderen van kwalitatief hoogwaardige en adequaat georganiseerde psychosociale zorg na rampen. Tot het takenpakket van Impact horen het bundelen van ervaring en wetenschappelijke kennis, het inzichtelijk maken en beschikbaar stellen hiervan voor uiteenlopende doelgroepen en het bevorderen van samenwerking tussen betrokken partijen.

De activiteiten van Impact zijn er uiteindelijk op gericht om het rampenbewustzijn en de 'disaster preparedness' te bevorderen.

Meer informatie over het kenniscentrum is terug te vinden op www.impact-kenniscentrum.nl.

Colofon

Auteurs

Yvonne's Verhaal

Yvonne Zwarthoed in samenwerking met

Agnes Meijers

Zilt Communicatie

Stressreacties bij traumahulpverlening: risico van het vak?

Dr. Hans H.M. te Brake, Impact

Dr. Ira Kellert,

Dr. Judith Wolleswinkel-van den Bosch

Pallas health research and consultancy

Praktische aanbevelingen en literatuur

Drs. Josée C.M. Netten, Impact

Expertise en advisering (Stuurgroep)

Dhr. J. Don Berghuijs (voorzitter):

Algemeen Directeur

Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond

Prof. Dr. Berthold P.R. Gersons:

Hoogleraar Psychiatrie

Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Universiteit van Amsterdam

Senior wetenschappelijk adviseur

Centrum'45 Arq

Dr. Nancy van Loey:

Programmaleider psychosociaal onderzoek

Verenigde Samenwerkende

Brandwondencentra Nederland

Dr. Ignace Demeyer:

Arts Intensieve Zorg

O.L. Vrouwziekenhuis Aalst (België)

Drs. Matty Hakvoort:

Psychiater Zaans Medisch Centrum

Drs. Toine J.M. van Trier, MD

Plastisch chirurg

Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk

Drs. Bettina Aler:

Psychologe

Nederlandse Brandwondenstichting

Drs. Ariëlle M. de Ruijter:

Senior beleidsmedewerker zorg

Stichting Impact

Projectleiding en projectassistentie

Drs. M.W. Rooze, MBA

Henriëtte M. Hoogendorp

Uitgave

Impact

Meibergdreef 5

1105 AZ Amsterdam

www.impact-kenniscentrum.nl

Grafisch ontwerp

JACK ontwerp, Janet Keukelaar

Drukwerk

Lecturis BV, Eindhoven

