

Secundaire traumatisering : een kwestie van beleid rond zorg of zorg voor beleid ?

Als hulpverlener word je in het werkveld vaak blootgesteld aan verwarrende, ingrijpende én traumatische ervaringen. Je komt in het dagdagelijkse werk in aanraking met een kant van het leven waar je met heftige emoties geconfronteerd kunt worden: pijn, verdriet, fysiek en psychisch lijden en dood.

Je kan eveneens binnen ditzelfde werkveld zelf slachtoffer worden van agressie, zowel fysiek als verbaal. Beide kunnen een bron zijn van traumatische ervaringen.

Als hulpverlener worstelt men dus wel vaker met gevoelens van frustratie, angst en machteloosheid. En het is een illusie aan te nemen dat een hulpverlener onaantastbaar is en onaangeraakt blijft door het aanhoren van schokkende verhalen of herhalingspatronen van de patiënten. Voortdurende confrontatie met leed vraagt zowel een betrokkenheid, als een nuchtere basis en een zekere afstand. Het wordt dus een voortdurend bewegen tussen betrokkenheid en distantie.

Bij “grotere rampen” bezoeken hoogwaardigheidsbekleders de plaats van het onheil en worden er professionele hulpverleners aangevoerd oom “deskundige begeleiding” te bieden. Bij “kleine rampen”, en dat zijn nu juist de traumatische ervaringen die aan de orde zijn binnen onze werkomgeving maar vaak over het hoofd gezien worden, is een veel effectiever methode nodig die laagdrempelig en gestructureerd is.

Het is niet altijd zo evident om de gebeurtenissen, waar je op de werkvloer mee in aanraking komt, zomaar achter te laten bij de afdelingsdeur. Is dit slechts af en toe of tijdelijk, dan is dit niet alarmerend. Wanneer je dagdagelijks functioneren, zowel thuis als op het werk, erdoor beïnvloed raakt, kan er meer aan de hand zijn en kan men secundair getraumatiseerd zijn.

Werken in de zorg is natuurlijk niet enkel kommer en kwel. Als hulpverlener word je ook geraakt door de confrontatie met de overlevingskracht van mensen. Het is telkens opnieuw een uitdaging, inspirerend, betekenisvol en brengt in heel wat hulpverleners verborgen talenten, creativiteit en (draag)kracht naar de oppervlakte.

Maar daarnaast pleit ik voor het niet uit het oog verliezen van de minder positieve kanten van het werken in de hulpverlening. De effecten van het “zorgwerk” worden niet altijd in verband gebracht met de aard van het werk en de gevolgen van “traumawerk” wel eens gebagatelliseerd of onderkend. Tot een bepaalde drempelwaarde overschreden wordt en de hulpverlener opbrandt of de hulpverlening achter zich laat.

Een professionele houding en een zekere gewenning helpen, maar bieden geen waterdichte bescherming tegen de waaier van emoties waarmee men in aanraking komt.

Secundaire traumatisering hoeft niet noodzakelijk tot werkverzuim en /of uitval te leiden als er voldoende adequate én preventieve bescherming is. Dit is niet alleen zaak van de individuele hulpverlener, maar ook van de organisatie waarin men werkzaam is. Binnen de organisatie kunnen én moeten, mijn inziens, de leidinggevenden een belangrijke sturende exponent zijn zowel bij het realiseren, uitbouwen als verder opvolgen van een beleid rond het omgaan met secundaire traumatisering.

Een groot deel van de mensen die beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg, is als kind langdurig en herhaaldelijk geconfronteerd geworden met traumatische gebeurtenissen. De patiënt inzicht “leren” krijgen in de rol die deze traumatische gebeurtenissen spelen bij het huidige symptoomgedrag en herhalingspatronen is een sleutelrol die je als hulpverlener toebedeeld krijgt in het werken met getraumatiseerde patiënten. Het is goed te beseffen dat het verkrijgen van dit inzicht heel wat inzet en geduld zal vragen zowel van de patiënt als van de hulpverlener die mogelijks vaak in een “overdrachtspositie” zal terechtkomen. Traumatische overdrachtsreacties zijn vaak heel intens en weerspiegelen de ervaringen van angst en hulpeloosheid. Indien je als

hulpverlener niet kan voldoen aan de (vaak) geïdealiseerde verwachtingen worden gevoelens van intense woede en argwaan op je geprojecteerd. Deze primitieve communicatie is niet makkelijk om mee te werken én (blijvend) te begrijpen. Zeker als er veelvuldig sprake is van confrontatie met traumaverhalen of herhalingspatronen via acting-out gedrag waarbij de patiënt niet alleen zichzelf zwaar belast maar ook het ganse team of individuele teamleden het een en ander te verduren krijgen, kunnen we oplopen tegen onze eigen (heftige) emotionele en persoonlijke reacties. Een contradictie met het beeld van de hulpverlener die ten allen tijde is opgeleid om elke patiënt tegemoet te treden met een open, accepterende en empathische houding. Dezelfde contradictie vind je niet alleen terug op individueel niveau maar ook op andere niveaus zowel dit van een team als op beleidsniveau. De posttraumatische ontkenning, de verschillende posities ten opzichte van de patiënt en de verschillende afweerreacties kunnen serieuze problemen en conflicten teweegbrengen. Het “uitspelen” van teamleden t.o.v. elkaar is zeker geen onbekend gegeven op dat gebied.

En juist deze contradictie zorgt er soms voor dat hulpverleners terechtkomen, meestal heel onbewust, in het straatje van secundaire traumatisering. Daarbij komt nog dat “secundaire traumatisering” een relatief onbekend fenomeen is.

Ik ben ervan overtuigd dat binnen de geestelijke gezondheidszorg er vaak heel wat elementen aanwezig zijn, of ze nu vanuit de hulpverlener zelf, de organisatie of de aard van de hulpverlening komen, die ervoor kunnen zorgen dat het proces van secundaire traumatisering in gang gezet wordt. En dat er heel vaak signalen uitgezonden worden zowel van de individuele hulpverlener als van een team uit. Maar misschien worden die signalen net iets teveel gemist of verdrongen. In elk geval is het een grote persoonlijke bezorgdheid, mij vanuit de dagdagelijkse praktijk ingegeven, werkzaam zijnd op een afdeling waar het heel vaak emotioneel zwaar werken is en waar ieders (draag) kracht veelvuldig op de proef gesteld wordt. Met overigens heel veel respect en bewondering voor elk teamlid die daar op zijn manier zijn opbouwende steentje toe bijdraagt.

Ik wil ook geen pleidooi houden voor grote procedures en protocollen rond secundaire traumatisering. Ik pleit wel voor een beleidsontwikkeling rond secundaire traumatisering. Het woord “beleidsontwikkeling” onthult al een deel van de onderliggende lading. Het gaat hier niet enkel en alleen om een éénmalige, noodzakelijke debriefing, waarna iedereen dan vlug weer terug in de dagdagelijkse beslommeringen kan wegduiken. Integendeel, er dient een beleidsvisie en – planning achter schuil te gaan die een permanente aanwezige factor is binnen de organisatie én op de agenda staat van elke leidinggevende.

En ik denk dat dit beleid er onder meer uit bestaat dat er, naast een goede doordacht psychotherapeutisch patiëntenbeleid, er ook zorg is voor personeel. Het blijkt niet altijd even gemakkelijk te zijn om de eerste stap te zetten betreffende een thema als secundaire traumatisering en dit bespreekbaar te stellen. Het vraagt immers ook een inspanning, inzet en vooral een zich kwetsbaar opstellen als persoon en durven kijken naar jezelf als mens, en dat blijkt zelfs (of misschien vooral) voor hulpverleners niet zo makkelijk te zijn. Maar ik twijfel er niet aan dat een doordacht en oprecht beleid rond personeelszorg op termijn een win-win situatie is.

Het op punt stellen en doorlopen van een beleidscyclus rond posttraumatische stress kost tijd, tijd en energie, zowel van de leidinggevendenden als van de medewerkers. Natuurlijk krijgen de medewerkers en de organisatie er ook heel wat voor in de plaats o.a. meer veiligheid op de werkvloer, open communicatie, minder werkverzuim, ... maar in de eerste instantie zijn alleen de inspanning en kosten voelbaar en minder de effecten en resultaten. Veiligheid is iets wat procesmatig dient opgebouwd te worden én vastgehouden te worden als vaste waarde binnen een teamwerking. Secundaire traumatisering dient dan ook als een probleem gezien te worden, dat veel aandacht nodig heeft en dat met een gerichte aanpak weliswaar niet kan weggewerkt maar wel verminderd worden.

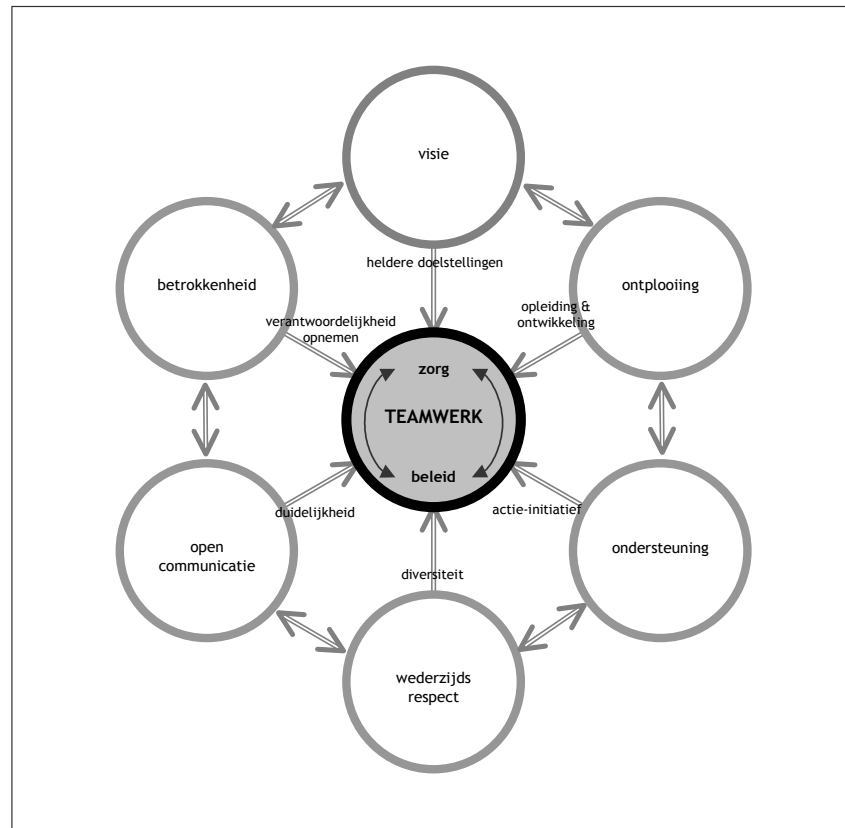
Een beleidsmatige aanpak die aangepast dient te zijn op elke specifieke werking maar altijd uit drie pijlers dient te bestaan, met name : preventief beleid, vinger-aan-de-pols houden en curatieve maatregelen.

Preventieve maatregelen die zowel stress moeten proberen te voorkomen (zoals bij burnout) als de traumatische impact te helpen integreren. Kernbegrippen hierbij zijn versterking van de beroepsidentiteit enerzijds en professionele verantwoordelijkheid nemen voor jezelf en je naaste collega's anderzijds. Veel zaken hieraan inherent zijn reeds aanwezig in een team als werkinstrument maar worden misschien nog niet iets te weinig benut of gekaderd als preventief hulpmiddel. Ik denk hierbij aan specifieke training voor hulpverleners inzake secundaire traumatisering, voldoende bijscholing middels studiedagen, vakliteratuur ed., supervisie, duidelijk functieprofiel per discipline enz. Daarnaast vind ik teamcommunicatie een belangrijk aspect waar voortdurend dient aan gewerkt en gesleuteld te worden. (Begeleide) Intervisie, duidelijke afbakening van taken en verantwoordelijkheden, duidelijke visie, heldere beleidsvoering zijn maar een aantal aspecten die hieronder kunnen geplaatst worden. Als leidinggevende is hier een belangrijke, maar moeilijke taak weggelegd. Het vraagt heel wat energie, geduld en... doorzettingsvermogen.

Maar het heeft weinig zin een preventiestrategie op te zetten als dit niet voortdurend, de ene periode wat meer dan de andere onder de aandacht wordt gehouden. Zeker hier is een opdracht weggelegd voor leidinggevendenden om de voelsprietten in aanslag te houden aangaande alarmsignalen en/of symptomen zowel individueel als vanuit het team rond secundaire traumatisering en deze te detecteren. Blijvende zorgzaamheid, aanbieden van een gestructureerde werkomgeving, protocollen bij ziekte en vakantie, caseloadverdeling om zo de teamleden overzicht, houvast en bescherming te bieden (dit in tegenstelling met de confrontatie met ontredde, controleverlies en bijbehorende emoties) is een noodzakelijkheid. Daarnaast is het even belangrijk om het werkklimaat blijvend te doorlichten middels functioneringsgesprekken, intervisie, registratie-instrumenten rond bv agressie, automutilatie ed

Curatieve maatregelen dienen aanwezig te zijn indien er duidelijk aanvoeld wordt dat het minder goed gaat met een teamlid of dat er een incident voorgevallen is op de werkvloer waarbij medewerker(s) een trauma kunnen opgelopen hebben. Ik denk hierbij aan een agressie-incident, een zware (persoonsgerichte) acting-out of suicide. Individuele coaching en/of een opvangprotocol dienen in deze gevallen instrumenten te zijn die gekend dienen te zijn door elke leidinggevende.

“Beleid rond zorg” of “Zorg voor beleid” ? Het is een vraagstuk die mij al een hele tijd bezig houdt door confrontatie in het dagelijkse werkveld met vragen die met “beide” te maken hebben. Voor mij is het geen zaak van “Beleid rond zorg” OF “Zorg voor beleid” maar een kwestie van “Beleid rond zorg én tegelijk zorg voor een beleid”! Waarbij het begrip TEAMWERK centraal komt te staan. Een “teamwiel” dat voortdurend in beweging is en dus ook de voortdurende aandacht en werk rond deze belangrijke thema's symboliseert. Een wiel dat een aantal kernbegrippen visualiseert die altijd en overal met elkaar verbonden zijn en waarvan de waarden ook onderling samenhangen en idealiter in evenwicht met elkaar. Een wiel waarvan elk onderdeel nodig is om het wiel goed te laten draaien.



Mijn conclusie is dat je als leidinggevende én teamleider een belangrijke, permanente rol te vervullen hebt in zowel beleidswerk als zorgwerk als je iets wil doen inzake een thema als secundaire traumatisering. Als je kunt zorgen, als leidinggevende(n) samen met je team, dat er een gefundeerd beleid is, wordt de teamzorg heel vaak hierop geënt. Omdat je dan als leidinggevende wel goed weet waar je mee bezig bent en beseft dat een gedragen beleid er enkel en alleen komt door dagelijks zorg te dragen voor je eigen teamleden. Het is en blijft een uitdaging, maar wel ene die je stimuleert om blijvend creatief en vernieuwend te denken en te handelen en waarbij je als leidinggevende met voldoende oprechte aandacht voor teamzorg en gedragen beleid nooit alleen staat.

*Sabine Vandoorne,
Hoofdverpleegkundige jeugdkliniek
3 september 2004*

I