

OPLEIDING SOCIAAL WERK

Maatschappelijk Werk

SECUNDAIRE TRAUMATISERING

HOE VOORKOMEN DAT COMPASSION FATIGUE
OVERGAAT IN SECUNDAIRE TRAUMATISERING?

Bachelorproef van

Elise LYBAERT

tot het behalen van
het diploma Bachelor Sociaal Werk

Academiejaar 2015-2016

*It's all about the struggle of being too emotional
and being too emotionless.*

- Anonieme bron

Woord vooraf

Na drie jaar met inzet en enthousiasme studeren aan de Karel de Grote-hogeschool Antwerpen en een leerrijke stageperiode in het Imeldaziekenhuis Bonheiden, stel ik graag het resultaat van mijn bachelorproef tot het behalen van het diploma Sociaal Werk aan u voor.

Allereerst wil ik mijn stagementor Anja Vander Merken hartelijk bedanken voor het vertrouwen dat ze in mij had tijdens de stage en de ondersteuning die ze me gaf bij het schrijven van mijn bachelorproef. Dankzij haar steun en aanmoediging, heb ik mezelf verder kunnen ontplooien als sociaal werker en ben ik meer in mezelf beginnen geloven. Ik heb mijn sterke punten kunnen versterken en mijn werkpunten kunnen verbeteren. Anja heeft mij de kans gegeven om zoveel mogelijk verschillende aspecten van het sociaal werk in het Imeldaziekenhuis te leren kennen en zelf te ervaren. Het was een voorrecht om stage te mogen lopen bij een persoon die zo geliefd is en voor iedereen dag en nacht klaarstaat. Het was een grote uitdaging om aan de stage te starten, maar ik zou het meteen opnieuw doen. Ik wil haar in het bijzonder bedanken om steeds achter mij te staan en doorheen mijn onzekerheid te kijken. Dankzij haar kwam het beste in mij naar boven.

Daarnaast wil ik alle collega's sociaal werk bedanken voor de fijne middagen, de raad en het luisterend oor waarmee jullie telkens voor mij klaarstonden. Ik wil eveneens het diensthoofd Dirk Aerts bedanken voor zijn geloof in mij, zijn openheid en alle adviezen die ik van hem kreeg. De warme sfeer in jullie team gaf mij al vanaf de eerste dag een welkom-gevoel. Ik vind jullie stuk voor stuk schatten van mensen met een gouden hart en een ziel voor hulpverleners.

Verder wil ik mijn stagebegeleidster Lieve Desmet bedanken voor de steun en de constructieve feedback. Maar ook voor de tijd om mijn bachelorproef telkens na te lezen, de nuttige tips en de aangeboden (leer)kansen. Ik ben dankbaar voor haar belangstelling en enthousiasme over mijn gekozen onderwerp.

Tenslotte dank ik mijn familie en vrienden voor de steun en de liefde die ze mij elke dag opnieuw geven.

Elise Lybaert

Inhoudsopgave

Inleiding	6
Deel 1: Theoretische benadering	8
1. De stageplaats	8
2. Spanningsvelden in de hulpverlening.....	9
2.1 Afstand versus nabijheid	9
2.1.1 Afstand	9
2.1.2 Nabijheid	9
2.1.3 Behoeftentheorie van Al Pesseo	10
2.1.4 Tegenoverdracht	11
2.1.5 Hulpverlenersrollen	12
2.2 Caseload versus kwalitatief werken	13
2.3 Tussentijds besluit	14
3. Compassion fatigue.....	15
3.1 Ontstaansgeschiedenis	15
3.2 Definiëring van het begrip.....	16
3.3 Symptomen	16
3.4 Mogelijke oorzaken	17
4. Secundaire traumatisering	19
4.1 Ontstaansgeschiedenis	19
4.2 Definiëring van het begrip.....	19
4.3 Symptomen	20
4.4 Risicogroepen	20
4.5 Mogelijke oorzaken	21
4.6 Beleving secundaire traumatisering	23
4.6.1 Interview 1.....	23
5. Burn-out.....	25
5.1 Ontstaansgeschiedenis	25
5.2 Definiëring van het begrip.....	25
5.3 Symptomen	26
5.4 Risicogroepen	26
5.5 Mogelijke oorzaken	27
5.6 Beleving burn-out	29
5.6.1 Interview 2.....	29
6. Tussentijds besluit	31
7. Vergelijking compassion fatigue, burn-out en secundaire traumatisering.....	32

Deel 2: Praktijkbenadering	33
1. Preventie secundaire traumatisering	33
1.1 Individuele preventieve maatregelen	34
1.1.1 Zelfzorg	34
1.1.2 Het ABC van de zelfzorg	36
1.1.3 Vzw Dokters voor dokters	37
1.1.4 Zelftest secundaire traumatisering	37
1.1.5 Adviezen voor de hulpverlener	38
1.1.6 Eigen ervaring	39
1.1.7 Tussentijds besluit	41
1.2 Preventieve maatregelen op teamniveau.....	42
1.2.1 Zelfzorg	42
1.2.2 Het ABC van de zelfzorg	42
1.2.3 Intervisiemomenten	44
1.2.4 Psycholoog binnen team van hulpverleners	45
1.2.5 Zorgcoördinator/vertrouwenspersoon op de werkvloer.....	46
1.2.6 Stress Support Team (SST).....	46
1.2.7 Functioneringsgesprekken	47
1.2.8 Adviezen voor het team	48
1.2.9 Tussentijds besluit	49
1.3 Preventieve maatregelen voor leidinggevenden	50
1.3.1 Sensibiliseringscampagnes	50
1.3.2 Slogan "Imelda omringt u met zorg".....	51
1.3.3 Feedbackcultuur	52
1.3.4 Het leiderschapsmanifest van De kracht van kwetsbaarheid	53
1.3.5 Adviezen voor leidinggevenden	54
1.3.6 Tussentijds besluit	55
2. Suggesties.....	56
2.1 Opleiding Sociaal Werk	56
2.2 Erkenning als beroepsziekte	57
2.2.1 Welzijnswetgeving - psychosociale risico's.....	57
Algemene conclusie	59
Literatuurlijst	61
Bijlage 1: Vragenlijst secundaire traumatisering (Figley Institute, 2012)	64

Inleiding

Hulpverleners. Het is iets wat je met hart en ziel moet doen, een soort roeping om het welzijn van anderen te willen verbeteren en op te komen voor de zwakkeren in de maatschappij. Hulpverleners wordt steeds belangrijker in een samenleving waar maar liefst 1 op de 5 jongeren met psychische problemen kampt en 1 op de 10 Vlamingen moet overleven met een inkomen onder de armoedegrens. Hulpverleners wordt niet alleen belangrijker maar steeds vanzelfsprekender. Soms lijkt wel eens vergeten te worden hoe belastend dit kan zijn voor de hulpverleners zelf. Het is hierbij noodzakelijk om stil te staan bij de vragen waar hulpverleners die zelf hulp nodig hebben terecht kunnen en op welke manieren zij zichzelf kunnen beschermen tegen risico's die verbonden zijn aan het hulpverlenen.

Elke hulpverlener botst tijdens het uitoefenen van zijn beroep regelmatig op een aantal spanningsvelden. Deze spanningsvelden zijn niet altijd zichtbaar aanwezig, maar wel voelbaar en bepalen mee de keuzes die we maken in een hulpverleningsproces. Het zijn telkens twee uitersten van het continuüm waar we ons tussen bewegen. Deze complexe evenwichtsoefening wordt grotendeels bepaald door onze eigen waarden en normen, de noden van de cliënt, de opportuniteiten die zich voordoen en de beslissingen vanuit het beleid in een organisatie. Een bewuste positionering binnen dit continuüm maakt een empowerende hulpverlening mogelijk. Ik wil hierbij dieper ingaan op het spanningsveld 'afstand versus nabijheid' en kort het spanningsveld 'caseload versus kwalitatief werken' aanstippen. Bij het spanningsveld 'afstand versus nabijheid' gaat het enerzijds om het verantwoordelijkheidsgevoel als hulpverlener om actie te ondernemen voor zijn cliënt, anderzijds moet de hulpverlener de afstand met zijn cliënt nauwlettend in het oog houden. Deze kwalitatieve benadering van een hulpverleningsrelatie kan slechts gerealiseerd worden als er door de hulpverleningscontext tijd en ruimte wordt gecreëerd en het kwalitatieve werk primeert op het kwantitatieve werk.

Als laatstejaarsstudent Maatschappelijk Werk heb ik ondervonden dat het belang van nabijheid in een hulpverleningsrelatie sterk wordt belicht in de opleiding Sociaal Werk zodat de studenten voldoende vaardigheden ontwikkelen om in de praktijk een vertrouwensband te kunnen opbouwen met cliënten. De mogelijke valkuilen die hiermee gepaard gaan als sociaal werker en hoe je er jezelf tegen kan beschermen, blijven meer op de achtergrond. Eveneens zijn de mogelijke risico's die verbonden zijn aan het hulpverlenen niet grondig gekend. De burn-out is momenteel het meest gekende beroepsrisico maar natuurlijk niet het enige. Secundaire

traumatisering is een voorbeeld van een ander, onderschat en bovendien nog onbekend beroepsrisico. In het geval van secundaire traumatisering valt men vaak terug op de beter gekende risico burn-out waardoor hulpverleners, die lijden aan secundaire traumatisering, niet altijd de juiste zorgen krijgen. Dit maakt de preventie en signalering van minder gekende beroepsrisico's moeilijk te installeren in bepaalde hulpverleningscontexten. Ik wil daarom vertrekken vanuit de volgende probleemstelling: Welke preventieve maatregelen kunnen er getroffen worden om sociaal werkers in ziekenhuizen te beschermen tegen secundaire traumatisering? Met andere woorden: Hoe kunnen we voorkomen dat compassion fatigue overgaat in secundaire traumatisering?

Deel 1: Theoretische benadering

1. De stageplaats

Het Imeldaziekenhuis Bonheiden is een algemeen ziekenhuis dat bestaat uit een multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende disciplines. Samen met het woonzorgcentrum Den Olm behoort het Imeldaziekenhuis tot de Imelda vzw. Het aanbod van de sociale dienst bestaat hoofdzakelijk uit ontslagbegeleiding, psychosociale hulpverlening, informatieve dienstverlening en bemiddeling. Concreet begeleiden de sociaal werkers patiënten en hun omgeving in eventuele psychische, relationele en sociale moeilijkheden naar aanleiding van de ziekenhuisopname.

Deze begeleidingen zijn voornamelijk gericht op het bieden van ondersteuning voor de patiënt en zijn omgeving, het bijbrengen van inzichten en het erkennen van gevoelens en belevingen. Verder bestaat de dienstverlening eveneens uit het informeren over rechten en tegemoetkomingen en afhankelijk van de situatie kunnen de sociaal werkers helpen bij het opstarten van zorg op maat na de hospitalisatie. De slogan: "Imelda omringt U met zorg!" omvat krachtig de missie van het Imeldaziekenhuis. Ze staan voor een hartelijke, kwalitatieve en toegankelijke zorg voor iedereen.

Ik heb stage gelopen binnen het team van de sociaal werkers in het Imeldaziekenhuis. Elke sociaal werker heeft zijn eigen activiteiten en kerntaken per afdeling, afhankelijk van de behandelende geneesheer. De afdelingen die verbonden zijn aan mijn stagementor Anja Vander Merken, en dus ook aan mij, bestaan onder meer uit algemene abdominale chirurgie, plastische chirurgie, pediatrie, kraamafdeling en gynaecologie. Patiënten kunnen zelf onze hulp invoeren, maar kunnen dit ook via de verpleging doorgeven. De sociaal werkers maken maximaal gebruik van de mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving, beogen een empowerende en contextgerichte benadering en werken samen met extramurale diensten en instellingen.

De beoogde doelstellingen van de sociaal werkers in het ziekenhuis zijn mensen tot hun recht laten komen, mensen aan hun recht laten komen en bouwen aan sociale systemen. De sociaal werkers maken het mede mogelijk om patiënten opnieuw volwaardig te laten deelnemen aan de samenleving na hun hospitalisatie. Het is hierbij noodzakelijk om de omkadering van patiënten te verstevigen en eventueel externe hulp in te roepen na de hospitalisatie. Daarnaast wenden ze zich tot instellingen en diensten om ervoor te zorgen dat mensen krijgen waar ze recht op hebben (Aerts, 2005).

2. Spanningsvelden in de hulpverlening

2.1 Afstand versus nabijheid

Het spanningsveld afstand versus nabijheid betekent voor elke hulpverlener balanceren tussen het bewaken van een gepaste afstand tussen hem en de cliënt en het creëren van veiligheid en vertrouwen voor de cliënt. Elke hulpverleningsrelatie schommelt dus tussen de twee polen van het continuüm, namelijk afstand en nabijheid. Volgens psychotherapeut Johan Maes (2014) staan hulpverleners doorgaans veel positiever tegenover nabijheid dan tegenover afstand. Het feit dat hulpverleners meer neigen naar één van de twee polen, heeft voornamelijk te maken met hun persoonlijke visie en de aard van de hulpverleningsrelatie. Sommige hulpverleners bevinden zich automatisch dichterbij de afstandspool, anderen bij de nabijheidspool. Ze krijgen ook regelmatig te maken met cliënten die hen moeiteloos uit hun evenwicht kunnen brengen. Dit zijn mogelijke verklaringen voor het onevenwicht in de balans.

2.1.1 Afstand

Psychotherapeut Richard Schwartz (1993) merkt op dat er een prangend tekort is aan concrete en correcte definities omtrent de begrippen afstand en nabijheid. Deze begrippen worden in vakliteratuur vaak gebruikt alsof de betekenis ervan overduidelijk is. Psychiater Jan Pols (1990) deed een poging tot een definitie en beschrijft afstand als "het objectiverend toezien, observeren, registreren en relaties proberen vast te stellen tussen oorzaak, proces en gevolg". Psychotherapeut Johan Maes (2006) probeert dit abstract begrip meer duiding te geven door het beeldend te verwoorden. Volgens hem kunnen we afstand in een hulpverleningsrelatie vergelijken met een "doe-been". Het "doe-been" houdt in dat de hulpverlener de problemen van de cliënt gaat oplossen door te handelen via efficiënte en effectieve interventies. Hij houdt zich hierbij aan technieken, methodes en een vast patroon met de te volgen stappen in het hulpverleningsproces. Distantie is noodzakelijk bij het "doe-been" omdat het overzicht, structuur en controle geeft aan de hulpverlener.

2.1.2 Nabijheid

Psychiater Jan Pols (1990) heeft zich eveneens ontfermd over de definitie van nabijheid. Volgens hem is nabijheid het "empathisch begrijpen, trachten acceptierend te luisteren en proberen een emotioneel verhelderende relatie aan te gaan". Psychotherapeut Richard Schwartz voegt daaraan toe dat de beleving van nabijheid ook gaat over het delen van persoonlijke informatie, emotionele toestand of bepaalde visies met elkaar. Ook hier verheldert psychotherapeut Johan Maes (2006) dit abstract begrip door nabijheid in een hulpverleningsrelatie gelijk te stellen aan het "betekenis-been". Het gaat hier om de houding als persoon en als

hulpverlener om betekenis te creëren en te delen met de cliënt. De hulpverlener kan betekenis creëren via de presentietheorie waarbij hij de emotionele betrokkenheid met de cliënt vooropstelt door openheid te tonen voor de verhalen van de cliënt en er respectvol mee om te gaan. Betrokkenheid is hierdoor essentieel want het maakt dat de cliënt zich begrepen zal voelen en er ruimte zal ontstaan voor de beleving en betekenis van gevoelens.

2.1.3 Behoeftentheorie van Al Pessó

Psychotherapeut Al Pessó ontwikkelde een behoeftentheorie waarbij hij vertrok vanuit het idee dat de mens geboren wordt met vijf basisbehoeften die een invulling nodig hebben doorheen zijn leven. De vijf basisbehoeften waarop Al Pessó zich baseert, zijn plaats, voeding, steun, bescherming en begrenzing. De mens kan zich pas volledig ontwikkelen als deze basisbehoeften in voldoende mate worden ingevuld door sleutelfiguren in zijn leven. Als er niet aan de behoeften wordt tegemoetgekomen, blijft de mens in zijn verdere leven op zoek gaan om deze in te lossen in andere situaties en dreigt hij gefrustreerd of machteloos te worden (Maes, 2006).

Iedere persoon heeft nood aan grenzen om de innerlijke energie te kanaliseren en op een juiste manier om te gaan met de eigen krachten. Grenzen bepalen mee de ontwikkeling van een afgebakend zelfbeeld en het creëren van een uniek individu. Begrenzing maakt het mogelijk om sterke innerlijke prikkels te beleven en ze op een veilige en gecontroleerde manier uit te drukken. Regelmatig wordt de hulpverlener geconfronteerd met de eigen grenzen en de grenzen van de hulpverlening binnen een werkcontext. Deze grenzen worden beleefd op verschillende domeinen waaronder tijdsdruk, complexiteit van problemen, de hoeveelheid patiënten, etc.

Toch lijkt zo'n begrenzing ongeoorloofd in een hulpverleningskader. De confrontatie met deze grenzen brengt gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid mee. Johan Maes (2006) benoemt dit als 'de mythe van de grenzeloze hulpverlener'. Deze mythe omvat het flinkheidsideaal. Dit ideaal houdt in dat de emoties van hulpverleners taboe zijn en er van de hulpverlener wordt verwacht om sterk te zijn en niet toe te geven aan zijn grenzen. Toegeven aan grenzen wordt gelijkgesteld aan tekortschieten en falen. Het beeld van de almachtige hulpverlener die magisch de wereld zal herstellen, moet nodig weerlegd worden. Het is daarom van groot belang dat er kanalen in de werkcontext worden gecreëerd waar hulpverleners hun intense emoties na hulpverleningsgesprekken kunnen uiten.

2.1.4 Tegenoverdracht

Als de balans tussen afstand en nabijheid uit evenwicht is, zien we bij de hulpverlener vaak tegenoverdrachtreacties optreden. Overdracht en tegenoverdracht zijn termen uit de psychoanalyse die werden ontwikkeld door Sigmund Freud aan het einde van de 19e eeuw. Overdracht wordt omschreven als de herbeleving van gevoelens van de analysant, in dit geval de cliënt, ten opzichte van figuren uit zijn jeugd, maar nu worden die gevoelens geprojecteerd op de psychoanalyticus, in dit geval de hulpverlener (Prisma van de psychologie, p. 206). Bij tegenoverdracht gebeurt hetzelfde, enkel is het nu de hulpverlener die zijn gevoelens en reacties projecteert op de cliënt.

Tegenoverdracht in een hulpverleningsrelatie betekent dus dat de hulpverlener zijn eigen (onverwerkte) gevoelens, behoeften en eventuele frustraties overdraagt aan de cliënt. Volgens Wilson & Lindy (1994) zijn tegenoverdrachtreacties haast onvermijdelijk bij hulpverleners. Meestal ontstaat zo'n tegenoverdracht als reactie op het gedrag of verhaal van de cliënt. Op die manier brengt de hulpverlener zichzelf binnen in de hulpverleningsrelatie. Dit proces gebeurt vanuit één van de twee polen, hetzij vanuit afstand, hetzij vanuit nabijheid.

Bij tegenoverdrachtsreacties moet de hulpverlener telkens een duidelijk onderscheid maken tussen het inhouds -en betrekkingaspect (Aarts & Visser, 1999). De hulpverlener leeft mee met de ingrijpende gebeurtenis van de cliënt, toont zijn betrokkenheid en gebruikt hiervoor zijn empathisch vermogen. Het kan een traumatische tegenoverdracht worden als de hulpverlener zichzelf gaat identificeren met en verplaatsen in de reacties van de cliënt op de ingrijpende gebeurtenis. Hierdoor ontstaat er emotionele besmetting van de cliënt op de hulpverlener en dreigt de hulpverlener overbetrokken te geraken.

Verder trachten Wilson & Lindy in het boek *Countertransference in the treatment of Post-traumatic stress disorder* (1994) de verschillende soorten overdracht -en tegenoverdrachtreacties te omschrijven en te structureren. Zij concluderen dat de reacties van hulpverleners op trauma's van cliënten meestal variëren tussen overbetrokkenheid en afstandelijkheid. Er kunnen twee algemene types van tegenoverdracht onderscheiden worden.

Allereerst is er het reactietype waarbij de hulpverlener een te grote afstand zal creëren ten opzichte van zijn cliënt. De hulpverlener neemt dan een afstandelijke rol in. Deze hulpverlenersrol zal tot gevolg hebben dat er onverschillig wordt gehandeld, er vervormingen van de inhoud van de cliënt zijn verhaal optreden, de pijnlijke gedeelten in een verhaal worden vermeden en er weinig erkenning wordt

gegeven aan de gevoelens van de cliënt. De hulpverlener zal zich verkrampd vasthouden aan procedures en technieken en zich defensief opstellen.

Het tweede reactietype wordt gekenmerkt door een overbetrokkenheid van de hulpverlener naar zijn cliënt. De hulpverlener stelt te weinig grenzen in de hulpverleningsrelatie waardoor hij verstrikt zal raken in het verhaal van de cliënt. Omwille van het feit dat hij de afstand in de hulpverleningsrelatie niet nauwlettend heeft bewaakt, maakt dat hij zich sneller zal identificeren met de gevoelens en beleving van de cliënt en zichzelf als slachtoffer van het verhaal zal voelen. De hulpverlener zal dan de reddersrol op zich nemen en de verantwoordelijkheid van de cliënt overnemen.

2.1.5 Hulpverlenersrollen

Uit de vorige paragraaf kunnen we opmaken dat hulpverleners meestal onbewust een bepaalde rol innemen in de hulpverleningsrelatie. Afhankelijk van de persoonlijkheid van de hulpverlener, de organisatiecontext, de taakstelling en relatieontwikkeling met de cliënt zal de hulpverlener een rol innemen die passend is voor de behoeften van de cliënt om zorg op maat te bieden. Uit onderzoek van Kristel Driessens kunnen we zes verschillende rollen van hulpverleners onderscheiden (Driessens, 2003; Driessens en Van Regenmortel, 2006). In praktijk nemen hulpverleners meestal meerdere rollen tegelijk in, omdat elke hulpverlener eigen accenten legt in het hulpverleningsproces.

Allereerst wil ik de rol van rituele zorgverstrekker kort duiden. Deze rol bestaat hoofdzakelijk uit de hulpverlener die zich vasthoudt aan de procedures en regels van de organisatie. De sterktes van deze hulpverlenersrol zijn stabiliserend en herstellend werken. De valkuil ligt in het grote verantwoordelijkheidsgevoel van de hulpverlener waardoor de beleving van gevoelens van de cliënt verloren gaat en er zich een machtsverhouding kan ontwikkelen. Dit kan als gevolg hebben dat de hulpverleningsrelatie afstandelijk wordt en de cliënt zich niet erkend zal voelen.

Vervolgens is er de reddersrol. De hulpverlener werkt vanuit een sterke cliëntgerichte organisatie waarbij hij greep probeert te krijgen op de situatie van de cliënt. De sterke punten zijn onder andere het scheppen van rust en stabiliteit in crisissituaties en het inzetten van veel middelen om tot een oplossing te komen. De grote valkuil schuilt hier in het feit dat de cliënt afhankelijk dreigt te worden van de hulpverlener en dit bijgevolg veel medelijden van de hulpverlener voor de cliënt meebrengt.

De rol van bemiddelaar respecteert de autonomie van de cliënt en samenwerking met zijn netwerk in. Eigen aan deze hulpverlenersrol is de uitgesproken evenwichtsoefening op het spanningsveld afstand versus nabijheid. Er wordt van de

hulpverlener verwacht om de belangen van zowel de cliënt als alle andere partijen in het hulpverleningsproces te verdedigen zonder ver -of beoordelend te werken.

Tenslotte is er de rol van begeleider. Hier vertrekt de hulpverlener vanuit een procesmatige aanpak in dialoog met de cliënt en met voldoende aandacht voor de beleving van de cliënt. Het is een participatieve hulpverleningsrelatie, die kan versterkt worden door het netwerk van de cliënt. De grote valkuil is een te grote betrokkenheid van de hulpverlener, indien de cliënt niet over een netwerk beschikt. Net zoals bij de reddersrol kan er dan sprake zijn van een afhankelijkheidsversterking bij de cliënt.

2.2 Caseload versus kwalitatief werken

Een heersende tendens in onze huidige maatschappij is het kwantificeren van de hulpverlening. Er wordt sterk ingezet op technieken en methodes en de kwaliteit van het hulpverlening wordt vastgelegd in cijfers. De vaak onhaalbare verwachtingen vanuit de maatschappij en/of de organisatie naar hulpverleners brengen een grote druk met zich mee. Die hoge resultaatsdruk en de zware caseload leiden er soms toe dat er twijfel ontstaat bij de hulpverlener over zijn professionele bekwaamheid en maakt dat sommige hulpverleners uitgeput en geïsoleerd geraken.

Ter illustratie een praktijkvoorbeeld uit eigen ervaring om deze tendens kort te duiden. Het Centrum voor Geestelijke Gezondheid (CGG) De Pont werkt met een nieuw beleid waarbij hulpverleners tijdens het eerste hulpverleningsgesprek een contract sluiten met hun cliënten. In het contract wordt overeengekomen dat de cliënt 30 sessies gedurende twee jaar mag aanvragen bij de hulpverlener. Na deze 30 sessies wordt er verondersteld dat de cliënt geholpen is ofwel doorverwezen zal worden. Deze contractlogica werkt voornamelijk oplossingsgericht terwijl de verwachtingen en problemen in praktijk complexer zijn en geen precieze tijdslimiet kennen. Het tempo van de cliënt wordt hier duidelijk over het hoofd gezien en de deskundigheid van de hulpverlener sterk op proef gesteld.

2.3 Tussentijds besluit

Zoals eerder aangegeven is de evenwichtsoefening tussen afstand en nabijheid geen gemakkelijke opgave voor een hulpverlener. De balans kan sneller uit evenwicht raken dan we op voorhand zouden denken en willen. Als er zich een situatie voordoet waarbij de balans uit evenwicht is, kunnen er traumatische tegenoverdrachtreacties verschijnen vanuit één van de twee polen. Dit kan ervoor zorgen dat de hulpverlener symptomen van emotionele besmetting krijgt of zichzelf juist zal verstrikken in defensiemechanismen.

Om deze reacties te vermijden, pleit psychotherapeut Johan Maes (2006) voor een cultuur van zelfzorg voor hulpverleners. Dit houdt in dat de hulpverlener moet streven naar een dynamisch proces van afstand en nabijheid, voorbij de onmacht van de eigen competenties en het onderhuids flinkheidsideaal. Het ontwikkelen van een krachtgerichte basishouding is voor elke hulpverlener een levenswerk. Toch moeten we in gedachten houden dat er grenzen zijn aan de persoonlijke groei en groei in een organisatiecontext. We mogen tevreden zijn over het werk dat we doen, zonder telkens te streven naar meer en beter. Het kunnen doorbreken van het taboe van de grenzeloze hulpverlener is een must voor elke professionele hulpverlener.

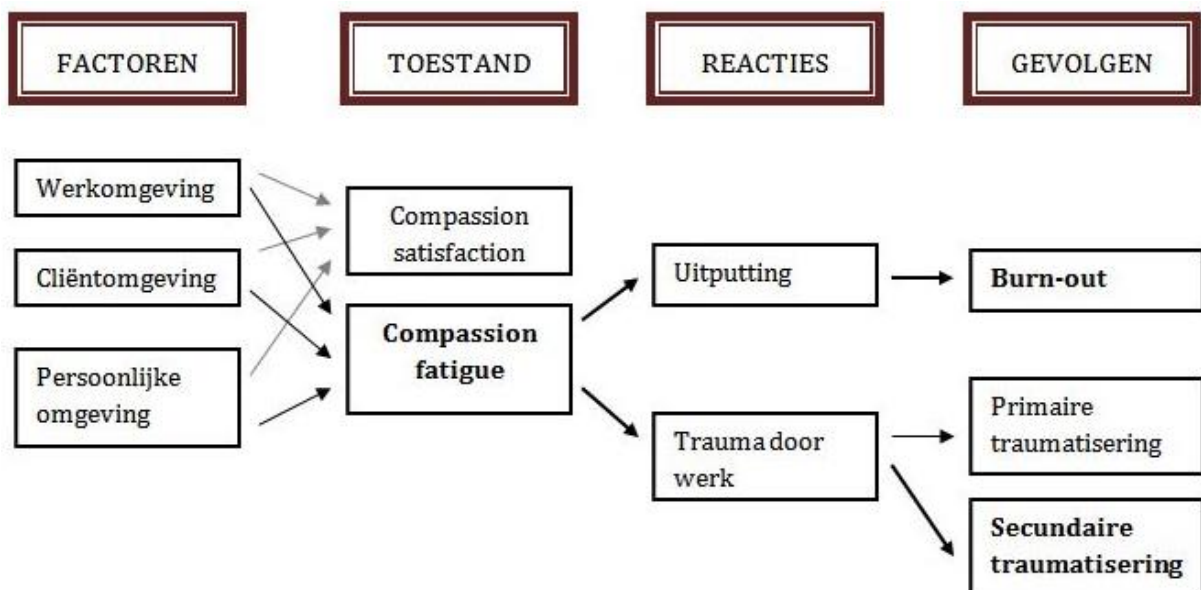
De positionering als hulpverlener in het continuüm en de hulpverlenersrollen die we moeten innemen in een hulpverleningsrelatie maken een positieve basishouding soms moeilijk vol te houden. Eveneens worden de kennis en vaardigheden van hulpverleners niet altijd geapprecieerd door cliënten en kunnen we hen niet altijd helpen zoals we zouden willen in complexe situaties. Op langere termijn kan dit demotiverend beginnen werken. De uitdaging is dan om respectvol om te gaan met de situaties en voldoende voor jezelf te blijven zorgen als persoon. Grenzen in de hulpverlening zijn geoorloofd en het is belangrijk om deze te zien en te benoemen. Enkel op die manier kan je als hulpverlener krachtgerichte en empowerende hulpverlening verstrekken.

3. Compassion fatigue

3.1 Ontstaansgeschiedenis

Dr. Charles Figley introduceerde als eerste het begrip compassion fatigue in zijn boek *Compassion Fatigue: Coping with secondary Traumatic stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (1995). Compassion fatigue werd erin omschreven als 'the cost of caring'. Vrij vertaald betekent dit de prijs die een hulpverlener betaalt om mensen die nood hebben aan psychische of fysieke hulp te begeleiden. Voorafgaand circuleerden er wel enkele beschrijvingen van het begrip in de welzijnssector. Onder meer Jeffrey Kottler omschreef compassion fatigue in zijn boek *Compassionate Therapy* (1992) en Carol Joinson (1992) in een tijdschrift over verpleegkundigen, maar geen van beiden konden het begrip een concrete benaming geven (Figley Institute, 2012).

Opvallend is dat er nergens een onderscheid werd gemaakt tussen compassion fatigue en secundaire traumatisering. Lange tijd is er een overlap geweest tussen deze twee begrippen, hoewel ze een andere betekenis hebben. Compassion fatigue is een toestand van emotionele en fysieke uitputting waarin de hulpverlener zich kan bevinden en secundaire traumatisering is een gevolg van die toestand, indien er niet tijdig op gereageerd wordt door de hulpverlener of zijn omgeving. De tegenhanger van compassion fatigue is compassion satisfaction. Dit begrip houdt de positieve aspecten van je werk-, cliënt- en persoonlijke omgeving in en de voldoening die je uit het hulpverleners haalt. Figuur 1 hieronder geeft een overzicht waar de begrippen zich situeren in het gehele proces.



Figuur 1: Compassion satisfaction-compassion fatigue Model (Hudnall-Stamm, 2010)

3.2 Definiëring van het begrip

Compassion fatigue is een toestand van emotionele en fysieke uitputting die veroorzaakt wordt door medeleven en betrokkenheid als hulpverlener te tonen voor de verhalen van cliënten. Door de afstand in de hulpverleningsrelatie niet te bewaken, wordt de betrokkenheid snel te groot en kan de hulpverlener zich niet voldoende beschermen tegen de belevingen van de cliënt op ingrijpende gebeurtenissen. Daarnaast is het de hulpverlener die niet voldoende de eigen grenzen aanvoelt en zich te weinig tijd aanschafft om zijn batterijen weer op te laden na het werk. Op een bepaald moment komt hij in een toestand van vermoeidheid en ontevredenheid terecht, waarbij het steeds moeilijker wordt om empathisch te reageren. Het zorgen voor anderen heeft er stilaan toe geleid dat de hulpverlener te vermoeid is geworden om nog grondig voor anderen en voor zichzelf te zorgen. Hij ondervindt een soort onverschilligheid voor het leed van anderen en kan zich niet meer bekommeren om het welzijn van cliënten. Meestal is het gevoel van emotionele vermoeidheid al langere tijd aanwezig zonder dat het eerder benoemd werd (Cardinaels, 2015).

3.3 Symptomen

De symptomen van compassion fatigue zijn het meest voelbaar voor de hulpverlener, maar niet noodzakelijk zichtbaar voor zijn omgeving. Het is voor de hulpverlener vaak lastig om te verwoorden wat hem overkomt en te achterhalen waarvan die gevoelens komen. De symptomen worden meestal toegeschreven aan de periode voorafgaand aan de klachten of worden genegeerd (Cardinaels, 2015). Hulpverleners denken vaak dat dit maar een eenmalige periode is en de symptomen vanzelf zullen verdwijnen. De meest voorkomende symptomen worden hieronder kort besproken.

De hulpverlener kampt met een onzekerheid over het uitoefenen van zijn beroep en de eigen competenties. Meestal gaat dit gepaard met vragen zoals "wat voor hulpverlener ben ik?" en "hoe ervaren anderen mij?". Hierdoor begint de hulpverlener meer fouten te maken tijdens het uitoefenen van zijn beroep, omdat hij zich net zo onzeker en steeds vermoeider voelt.

Verder kunnen de hulpverleners met compassion fatigue een zekere onverschilligheid, een leeg gevoel, prikkelbaarheid en gespannenheid ervaren. De onverschilligheid resulteert in een emotionele afvlakking ten opzichte van cliënten. Het lukt de hulpverlener niet meer om zich het leed van cliënten nog aan te trekken. Cliënten merken dit nieuw gedrag op waardoor er stress ontstaat bij de hulpverlener. Uiteindelijk kan deze negatieve spiraal zich ontwikkelen in een groter wordende onverschilligheid en irritatie (Cardinaels, 2015).

3.4 Mogelijke oorzaken

3.4.1 Microniveau

In het algemeen lopen hulpverleners met een groot empathisch vermogen de meeste kans om compassion fatigue te ontwikkelen. Eveneens hulpverleners die de eigen grenzen niet bewaken en geen tijd nemen om na het werk hobby's uit te oefenen of zich te ontspannen, zullen de emotionele vermoeidheid sneller voelen. Naast de hulpverlenerspositie moet de innerlijke persoon ook regelmatig gevoed worden. In deel 2 wordt er dieper ingegaan op zelfzorg en de verschillende manieren om de innerlijke persoon te versterken. Gebrekkige zelfzorg is één van de meest voorkomende oorzaken van compassion fatigue.

Professor Mia Leijssen verwijst in haar artikel *De Therapeut* (1998) naar onderzoeken die aantonen dat de keuze voor het beroep hulpverleners vaak schuilt in de emotionele pijn die hulpverleners als kind zelf hebben ervaren of de problematische familiale situatie waarin ze zijn opgegroeid. Fussell en Bonney (1990) voegen hieraan toe dat de interesse van hulpverleners in mensen hierdoor niet werd geschaad en juist is toegenomen. De restanten van een emotionele periode kunnen opgewekt worden bij het horen van overeenkomsten in de verhalen van cliënten.

Zoals reeds in hoofdstuk 2 besproken werd, zet het spanningsveld caseload versus kwalitatief werken veel druk op de hulpverlener. De hoge prestatiedruk zorgt er regelmatig voor dat de hulpverlener aan de eigen kwaliteiten begint te twijfelen. Hierdoor verliest de hulpverlener de controle over zijn cases en haalt hij weinig tot geen voldoening meer uit zijn werk. Dit onvermogen om werkstressoren te beheersen kan eveneens tot uitputting en soms tot isolatie leiden.

3.4.2 Mesoniveau

Het team speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van compassion fatigue. De eenheid en veiligheid in een team maken dat de symptomen van compassion fatigue bij de hulpverlener zullen verminderen of juist meer tot uiting zullen komen. Indien er geen eensgezindheid in een team heerst, zal de hulpverlener stelselmatig worden blootgesteld aan spanningen tussen collega's en mogelijk onbewust betrokken worden in conflictueuze relaties. De steun van collega's is cruciaal en bovendien zeer waardevol in een hulpverleningsberoep. Wederzijds kunnen rekenen en beroep doen op elkaar, maakt het hulpverleners minder belastend.

Hulpverleners kunnen af en toe nood hebben om te ventileren bij collega's over situaties die ze meemaken en de gevoelens die zo'n situaties teweegbrengen. Het ontbreken van veiligheid in een team ontnemt de hulpverlener de kans om zijn

verhaal te doen en kan hij met de onderdrukte gevoelens en frustraties blijven zitten. Op die manier slaagt de hulpverlener er soms niet in om de verhalen van cliënten op het werk te laten en een plaats te geven (Harskamp, 2012).

Verder beïnvloedt de complexiteit van de behandelende cases het risico op compassion fatigue. Hoe hoger de complexiteit van een problematiek, hoe groter het risico. De hulpverlener moet zich buiten het hoofdprobleem verder verdiepen in de onderliggende problemen. Indien er meerdere partijen betrokken zijn in een situatie, moet de hulpverlener de meerzijdige partijdigheid nauwgezet naleven. Deze bijkomende factoren kunnen het voor de hulpverlener moeilijk maken om een geslaagde hulpverlening te bereiken.

3.4.3 Macroniveau

De hulpverlener ontplooit zich binnen het beleid van een organisatie en staat achter de heersende visie en de beoogde doelstellingen. Een zakelijk en kil management, waar niet wordt geluisterd naar de standpunten van het personeel, is een mogelijke oorzaak om compassion fatigue te ontwikkelen. De hulpverlener heeft de steun van collega's, maar eveneens de steun van leidinggevenden nodig. Als zijn standpunt wordt gehoord door de leidinggevenden in het nemen van een beslissing, voelt hij zich erkend en geapprecieerd.

Bovendien zijn de ontplooiings -en groeimogelijkheden binnen de werkcontext van groot belang. Een zeker zicht krijgen op wat de toekomst jou te bieden heeft, neemt de mogelijke onzekerheden van de hulpverlener al gedeeltelijk weg. Het schept perspectief en geeft een bijkomende betekenis aan het beroep (Harskamp, 2012).

4. Secundaire traumatisering

4.1 Ontstaansgeschiedenis

De term secundaire traumatisering is nog niet zo lang geleden ontstaan. Er is lange tijd een overlap geweest tussen compassion fatigue en secundaire traumatisering, waardoor de twee begrippen niet apart werden gebruikt. Volgens mij is dit een mogelijke verklaring voor het feit dat veel hulpverleners niet vertrouwd zijn met het beroepsrisico secundaire traumatisering.

Charles Figley (1995) stelde vast dat hulpverleners, die veel te maken kregen met langdurig lijden, klachten gingen ontwikkelen die mogelijk een negatieve invloed hadden op hun persoonlijk leven. De klachten van de hulpverleners leken sterk op de klachten bij een post traumatische stressstoornis. Figley gebruikte de term 'secundaire traumatische stressstoornis' om de eindfase van compassion fatigue te benoemen. Nergens in zijn werk werd een onderscheid gemaakt tussen compassion fatigue en secundaire traumatisering. Secundaire traumatisering was volgens Figley louter een verergerde vorm van compassion fatigue (Luyten, 2008). Françoise Mathieu (2012) was één van de eersten om een concreet onderscheid te maken tussen compassion fatigue en secundaire traumatisering. Zij spreekt over compassion fatigue als een toestand van vermoeidheid die je als hulpverlener ervaart en van secundaire traumatisering als een verhaal van een cliënt je erg raakt en het moeilijk is om het van je af te zetten (Cardinaels, 2015).

4.2 Definiëring van het begrip

Secundaire traumatisering is een gevolg van compassion fatigue, waarbij hulpverleners na het horen van traumatische verhalen van cliënten dezelfde gevoelens en symptomen krijgen als de cliënt. Het lijkt alsof de hulpverlener de traumatische ervaring zelf heeft meegemaakt, omdat hij zich dermate inleeft in het verhaal en de negatieve gevoelens projecteert op zichzelf. Hulpverleners die beschikken over een groot empathisch vermogen, zullen sneller de neiging hebben om zich te identificeren met de pijn van de cliënt. Door een overvloed aan zulke emotionele impulsen, raakt men vermoeid en neemt het vermogen om medeleven te voelen ten opzichte van de pijn van anderen af (Figley, 2002). De hulpverlener stelt zich empathisch op bij het horen van een moeilijk verhaal, maar pas als dat verhaal een effect heeft op hem, is er sprake van secundaire traumatisering. De impact van het verhaal kan een enorme angst veroorzaken bij de hulpverlener, ook al zijn het niet zijn eigen feiten (Luyten, 2015).

4.3 Symptomen

De symptomen van secundaire traumatisering zijn erg uiteenlopend en worden door elke hulpverlener anders beleefd. De voornaamste klachten van secundaire traumatisering zijn onder meer stoornissen bij het in- en doorslapen, voorkomen van nachtmerries, last van stress en prikkelbaarheid en een vermoeder gevoel (Cardinaels, 2015). De hulpverlener moet bewust een inspanning doen om thuis niet aan de gebeurtenissen op het werk te denken. De natuurlijke balans tussen draagkracht -en last is uit evenwicht en wordt niet spontaan teruggevonden (Luyten, 2008). Dikwijls gebeurt het dat de hulpverlener situaties op het werk, herbeleefd of situaties die hem hieraan doen herinneren, vermijdt. Er ontstaat een zeker wantrouwen en een negatievere kijk op de wereld. Als je zelf niet goed in je vel zit, is het moeilijk om anderen nog op een positieve manier te benaderen of een optimistische kijk op de wereld aan te houden.

Het grootste verschil met de symptomen van burn-out is dat de hulpverlener de moeite niet meer kan opbrengen om even hard mee te leven als voordien. Bij een burn-out gaat de hulpverlener net harder zijn best doen desondanks het feit dat hij duidelijk aanvoelt dat hij de situatie niet meer aankan. De klachten van secundaire traumatisering bevinden zich voornamelijk op het niveau van de innerlijke persoon. De angsten en het wantrouwen die worden opgewekt door het horen van de verhalen van cliënten, doen de hulpverlener twifelen aan zijn zelf -en wereldbeeld. Zijn overtuigingen en visies worden aangetast en hij begint zijn existentiële ik in vraag te stellen (Luyten, 2015).

4.4 Risicogroepen

Mark Luyten maakte in het artikel *Lijden doet lijden* (Weliswaar, 2015) reeds een opsomming van de risicogroepen die getroffen kunnen worden door secundaire traumatisering. Hij benadrukt dat iedereen risico loopt om slachtoffer te worden, niet enkel hulpverleners.

Natuurlijk bestaan er risicofactoren. Beginnende hulpverleners lopen een groter risico op secundaire traumatisering omdat ze nog niet veel ervaring hebben in het werkveld. Ook vrouwen zouden sneller getroffen worden vanuit het aangeboren instinct om te zorgen voor en mee te leven met anderen. Verder lopen netwerkzorgers, die niet enkel zorg dragen voor hun cliënten, maar ook een uitlaatklep zijn voor collega's een groter risico. En tenslotte maken mensen met een 'end-of-the-line' functie (vierdelijnszorg) meer kans op secundaire traumatisering, omdat ze cliënten begeleiden in een hulpverleningsproces waarna er geen doorverwijsmogelijkheden meer bestaan.

4.5 Mogelijke oorzaken

4.5.1 Microniveau

De essentie van secundaire traumatisering ligt in het feit dat hulpverleners de confrontatie met het lijden van anderen niet langer kunnen ondergaan. Het meevoelen met de pijn en het leed van cliënten wordt hen stilaan te veel. De afstand om zich te beschermen tegen de emotionele besmetting is verdwenen, waardoor de hulpverlener zichzelf begint te identificeren met de gevoelens van de cliënt. Het lijkt alsof hij zelf slachtoffer is geworden van het trauma dat de cliënt is overkomen. De blootstelling aan het lijden van anderen is dan ook de meest voorkomende oorzaak in het ontwikkelen van secundaire traumatisering.

Verhalen die dicht bij onszelf als persoon liggen of verhalen waarbij de lichamelijke integriteit van een persoon wordt aangetast, raken ons doorgaans het meest. De gelijkenissen die we kunnen treffen in de verhalen van cliënten met ons eigen leven, zorgen automatisch voor een vagere grens tussen afstand en nabijheid. Volgens Luyten (2015) zal "een verhaal van jarenlang misbruik meer impact hebben dan een verhaal over exhibitionisme. (...) En als je net zelf een geliefde verloren hebt, komt het verhaal van een cliënt die in een rouwproces blijft steken anders binnen".

Verder maken rolconflicten in een hulpverleningsrelatie het moeilijk om een gepaste positie in te nemen als hulpverlener. In sommige hulpverleningsprocessen wordt er verwacht van de hulpverlener om tegenstrijdige hulpverlenersrollen in te nemen. Hij moet bijvoorbeeld zowel controlerend als ondersteunend werken. Enerzijds is de ondersteunende rol noodzakelijk om empowerend te werken en een degelijke vertrouwensband op te bouwen. Anderzijds zorgt de controletaak voor spanningen in de vertrouwensrelatie. De empathie van de hulpverlener en zijn positieve houding ten opzichte van nabijheid (Maes, 2006), maakt hem kwetsbaarder voor de impact van zijn positie op de cliënt (Vansevenant, Driessens & Van Regenmortel, 2008).

4.5.2 Mesoniveau

Op mesoniveau zijn vooral tijdsdruk en een hoge caseload bevorderende factoren om slachtoffer te worden van secundaire traumatisering. De hoge verwachtingen vanuit de organisatie naar hulpverleners brengen een grote druk met zich mee. De hulpverlener probeert kwalitatief werk te leveren, maar voelt stilaan dat het veel energie van zichzelf vergt. In het algemeen geeft een hulpverlener niet graag taken uit handen, omdat hij liever zelf alles in orde brengt. Na enkele zware begeleidingen die elkaar opvolgen, neemt de emotionele vermoeidheid toe en wordt

alweer de grens tussen afstand en nabijheid vager. Het wordt steeds moeilijker om de gesprekken met cliënten op het werk te laten. Geleidelijk aan begint het meeleven met cliënten zwaarder te wegen en verdrinkt de hulpverlener als het ware in de emoties en belevingen van cliënten.

Verder kan er bij gebrek aan ondersteuning door collega's en leidinggevenden bij de hulpverlener het idee ontstaan dat hij er alleen voor staat. In een setting waar er weinig feedback en erkenning wordt gegeven, kunnen de eerste kiemen tot secundaire traumatisering eenvoudig gekweekt worden. De hulpverlener voelt zich na verloop van tijd minder veilig om zijn verhaal te doen en kan niet altijd rekenen op het begrip van anderen voor zijn gevoelens en noden. In het geval van secundaire traumatisering zijn steun en begrip fundamentele elementen voor de hulpverlener. Uit de steun van anderen kan hij kracht putten om zijn draagkracht opnieuw te versterken. Eens de psychologische draagkracht terug is versterkt, wordt de bescherming tegen de verhalen van cliënten weer groter en is de hulpverlener minder kwetsbaar om emotioneel besmet te geraken.

4.5.3 Macroniveau

Mensen werken harder. Mensen werken langer. De verwachtingen ten opzichte van werknemers worden groter. Het leven gaat steeds sneller. De work-life balance van werknemers is vaak uit evenwicht. Deze maatschappelijke oorzaken maken het moeilijk om nog tijd te vinden, om buiten het uitoefenen van het beroep, de eigen draagkracht te versterken (Luyten, 2015). De werkdruk heeft hier ook een grote invloed op. Hoe hoger de werkdruk in een organisatie, hoe minder tijd een werknemer zal kunnen nemen om zijn batterijen na het werk op te laden. In het geval van een hulpverleningsberoep maakt een hoge werkdruk het nog lastiger om elke gebeurtenis op het werk met collega's en/of cliënten telkens een plaats te geven.

Eveneens kunnen reorganisaties en besparingen in een organisatie de hulpverlener kwetsbaarder maken voor secundaire traumatisering. Het gebrek aan een veilige werkomgeving en aan een afgebakende taakomschrijving kan de hulpverlener twijfels en onzekerheid bezorgen. Bij een reorganisatie verandert telkens de structuur en de manier van werken in een organisatie. Hierdoor is het voor de hulpverlener niet duidelijk bij wie hij terecht kan voor een debriefing of om advies in te winnen over een complexe situatie. Bij besparingen ontstaan er spanningen bij de hulpverlener. Hij wil cliënten verder helpen, maar heeft daarvoor te weinig middelen ter beschikking in de organisatie. Op mesoniveau heeft dit natuurlijk ook zijn gevolgen. Spanningen kunnen een negatieve werksfeer creëren waardoor kwetsbare hulpverleners zich niet begrepen en ondersteund voelen. Na een

moeilijke begeleiding zullen andere problemen misschien banaler klinken waardoor hij zich sneller zal irriteren aan de reacties van collega's en mensen in de privésfeer.

4.6 Beleving secundaire traumatisering

4.6.1 Interview 1

Floor is 46 jaar en een sociaal verpleegkundige in een ziekenhuis. Ze oefent haar job met hart en ziel uit. Naast het hulpverleners, heeft Floor een man en twee jongvolwassenen in huis die beiden gepassioneerd zijn door hun hobby. Floor is verantwoordelijk voor verschillende afdelingen in het ziekenhuis en doet soms intensieve begeleidingen met patiënten.

Twee avonden na elkaar wordt ze 's nachts opgeroepen voor spoedgevallen die beiden een intensieve opvang van de families van de slachtoffers vereisen. Het eerste spoedgeval betreft een crisis met een zwanger koppel, het tweede spoedgeval een ernstig ongeluk met een alcoholverslaafde man. In beide situaties doet er zich een verhoogde complexiteit voor. In het eerste spoedgeval worden er complicaties vastgesteld bij zowel moeder als kind en is er sprake van een verslavingsproblematiek bij de moeder. Bij het tweede spoedgeval zorgt de alcoholverslaving van de man voor bijkomende problemen.

Door de begeleidingen op de Spoedafdeling en de hoge werkdruk overdag, heeft Floor een heel aantal overuren gemaakt. Het diensthoofd wijst haar dan ook regelmatig op het feit dat ze die overuren dringend moet verminderen. Floor voelt zich hierdoor onzeker. Ze maakt overuren om mensen degelijk te ondersteunen in crisissituaties, maar krijgt niet de erkenning waar ze nood aan heeft. Ook thuis is het een drukke periode voor haar. Door de overuren die ze maakt op het werk, moet ze vaak naar huis spurten om haar verplichtingen daar na te komen. Het over en weer geloop tussen thuis en haar werk vergt veel energie van Floor.

De toestand van de man met de alcoholverslaving gaat steeds verder achteruit. Floor voelt zich gefrustreerd, omdat zijn toestand niet nauwlettend wordt opgevolgd door de verpleging. Verder zijn er spanningen in het verpleegteam die voelbaar aanwezig zijn op de afdeling. Floor luistert naar de moeilijkheden en ergernissen die zich afspelen in het team. De moeilijkheden stellen eigenlijk weinig voor ten opzichte van de problemen met de twee spoedgevallen. Ze snapt niet dat het team zich daar zo druk om maakt.

Wanneer Floor diezelfde avond thuiskomt, voelt ze zich emotioneel moe en kort van stof. Ze besluit om zich even af te zonderen van haar omgeving en begint een Engelstalig boek te lezen in de hoop niet aan haar werk te moeten denken.

Er duiken opnieuw nieuwe problemen op bij het eerste spoedgeval met moeder en kind. Floor wordt opgeroepen voor zaken die niet tot haar takenpakket behoren en er moeten beslissingen worden genomen waarvan niemand weet wie de eindverantwoordelijkheid draagt. De familie van de moeder legt bovendien alle verantwoordelijkheid bij Floor. Tegelijkertijd komt er een koppel binnen dat een zwangerschapsonderbreking gepland heeft en begeleiding nodig heeft. Ook voor andere patiënten moeten er dringend ontslagformulieren ingevuld worden, maar de artsen laten het op zijn beloop. De frustraties en machteloosheid bij Floor lopen opnieuw hoog op.

De drukte en emotionele vermoeidheid zijn uitputtend en daarbovenop wordt Floor gevraagd om plots een vervanging van een collega te doen. Floor heeft het gevoel dat haar hoofd op ontploffen staat, maar kan bij niemand terecht op de afdelingen. Ze vlucht letterlijk naar een patiënt om even te ontsnappen aan alle vragen van collega's over het eerste spoedgeval en de verwachtingen van haar patiënten. Uiteindelijk praat ze over de gebeurtenissen en frustraties met het diensthoofd, maar kan zich moeilijk uitdrukken en heeft het gevoel dat hij haar niet echt begrijpt. 'S Avonds komt Floor thuis met een hoofd vol frustraties, verdriet en angsten. Ze slaapt die nacht onrustig en droomt over de gebeurtenissen op haar werk.

De volgende dag besluit Floor om het eerste spoedgeval over te laten aan een andere collega zodat ze even tot rust kan komen. Toch blijven de andere collega's haar de hele tijd vragen stellen over de moeder en het kind. Floor voelt zich opgejaagd en geïrriteerd. Ze wil er niets meer over horen en snapt niet dat anderen niet inzien dat ze nog met andere patiënten bezig is. Even later wordt ze opgeroepen voor een begeleiding bij een ongewenste tienerzwangerschap. Na een intensief gesprek van meer dan twee uur is Floor haar psychologische kracht opgebruikt en besluit ze vroeger naar huis te gaan. Ze krijgt telefoon van haar zoon dat hij zijn pols heeft gebroken tijdens een val met de fiets. Even later staat ze opnieuw op spoed om haar zoon op te vangen. Tijdens de opvang komen de indringende gedachten van het eerste spoedgeval terug naar boven. Floor voelt dat ze het mentaal niet langer aankan. De zware begeleidingen en situaties thuis worden haar te veel. Ten einde raad stort Floor thuis in, ze is psychisch volledig leeg en heeft er echt genoeg van. Ze kan niet meer.

5. Burn-out

5.1 Ontstaansgeschiedenis

In 1974 zette psycholoog Herbert Freudenberger het begrip burn-out als eerste op de welzijnskaart. Burn-out is oorspronkelijk een term die gebruikt wordt in het drugsmilieu en letterlijk betekent dat de opgenomen hoeveelheid drugs uitgewerkt of 'opgebrand' is. Freudenberger deed onderzoek bij vrijwilligers van een Free Clinic. Hij merkte op dat alle vrijwilligers enthousiast aan het project startten, maar stapsgewijs minder inzet toonden. Door intensief met de cliënten van de Free Clinic te werken, voelden de vrijwilligers zich na een tijd 'opgebrand' en kregen ze last van spanningsklachten (Luyten, 2008).

Bijna tegelijkertijd met het onderzoek van Freudenberger, verdiepte de Amerikaanse psychologe Christina Maslach zich in het verschijnsel burn-out. Zij richtte zich meer op de symptomen van burn-out en de meetbaarheid ervan. Maslach ontwikkelde de Maslach Burnout Inventory (MBI), het voorlopig meest gebruikte meetinstrument om burn-out bij mensen op te sporen (Cardinaels, 2015).

Daarnaast wees Freudenberger in 1983 op een aantal maatschappelijke tendensen die het risico op burn-out zouden vergroten, waaronder de toenemende individualisering, schaalvergrotingen, frustraties op de werkvloer, etc. (Luyten, 2008). Stichting Burnout (2006) voegt hier nog aan toe dat ook de stijgende flexibilisering dat van werknemers wordt verwacht en het doorgeschoten winstbejag, leiden tot een cultuur waar er geen ruimte meer is voor de belangen van de individuele werknemers. Het meest zichtbare probleem is dat werknemers elkaar haast niet meer kennen, waardoor de waardevolle contacten op de werkvloer wegvallen en werknemers zich volledig individueel op het werk storten, zonder enige vorm van ondersteuning door collega's.

5.2 Definiëring van het begrip

Een burn-out is een gevolg van compassion fatigue en wordt gekenmerkt door een fysieke en emotionele uitputting als gevolg van een (jarenlange) opbouw van overbelasting op het werk (Cardinaels, 2015). Zo'n overbelasting ontstaat door een onevenwicht in de draagkracht –en last in het omgaan met stress op het werk. Als de hulpverlener lange tijd onder grote druk moet werken, leidt stress meestal tot overbelasting en uitputting. Stress zorgt er eveneens voor dat de hulpverlener geen rust meer vindt om te ontsnappen aan de overbelasting. Hierdoor geraakt hij steeds meer overspannen en krijgt hij het gevoel dat hij 'opgebrand' is. (Geestelijk Gezond Vlaanderen, 2013). Typerend voor een burn-out zijn emotionele uitputting,

depersonalisatie en twijfelen aan de eigen capaciteiten (Maslach & Goldberg, 1998; Maslach et al., 2001; World Health Organization, 2001). Meestal gaat er een lange voorgeschiedenis en een chronisch klachtenverloop aan vooraf (Luyten, 2008). Om de diagnose burn-out correct te kunnen stellen, moet er zowel sprake zijn van emotionele uitputting als depersonalisatie (Cardinaels, 2015).

5.3 Symptomen

Zoals hierboven reeds vermeld, zijn er drie typerende symptomen die wijzen op een burn-out. Emotionele uitputting houdt meestal verband met de werkstressoren die zich voordoen op de werkvloer, zoals spanningen tussen collega's of een hoge caseload. Depersonalisatie uit zich in het onbewust innemen van een afstandelijkere houding ten opzichte van collega's, het voelen van minder betrokkenheid tot anderen en een zekere onverschilligheid. De hulpverlener ervaart een vervreemding tussen hem en anderen, zowel met collega's op het werk als personen in de privékring. Tenslotte kan de hulpverlener twijfels krijgen over de eigen capaciteiten. Hij heeft het gevoel dat hij niet bereikt wat hij beoogt tijdens het uitoefenen van zijn werk en vraagt zich af of zijn persoonlijke bekwaamheid wel voldoende is. Deze gevoelens gaan gepaard met een gebrek aan hulpbronnen, zoals de steun van collega's en familie en eventueel feedback van leidinggevenden.

Opvallend bij een burn-out is dat de hulpverlener duidelijk voelt dat hij het werk niet meer aankan. Hij krijgt voldoende signalen om rust te nemen en tijdelijk het werk te minderen. Desondanks gaat de hulpverlener juist meer moeite beginnen doen en harder gaan werken. Meer en harder werken vergt veel energie van lichaam en geest, maar door de stress vindt hij geen rust meer. Hierdoor kunnen er zich slaap -en concentratieproblemen ontwikkelen. Eveneens is het toekomstperspectief verstoord en vraagt de hulpverlener zich af hoe hij zijn situatie zal kunnen volhouden.

5.4 Risicogroepen

Bepaalde groepen in onze samenleving lopen een groter risico om getroffen te worden door een burn-out. De berekening van dit risico wordt voornamelijk gebaseerd op het geslacht, de leeftijd en/of het beroep van de persoon.

Werknemers tussen 45 en 55 jaar vormen de grootste risicogroep voor burn-outs (Hansez et al., 2010; Bierings & Mol, 2012). Verder zouden hulpverleners die werkzaam zijn in de algemene of gezondheidszorg, specifiek verpleegkundigen en maatschappelijk werkers, in het algemeen een groter risico lopen (Erickson & Grove, 2007). Ook jonge werknemers die pas in het werkveld zijn getreden, lopen

meer risico. Ze zijn kwetsbaarder en nog niet voldoende gewapend tegen de mogelijke impact van het hulpverleners.

De vraag of geslacht een duidelijke rol speelt in het risico op burn-out, is niet helemaal duidelijk. Volgens Cardinaels (2015) zullen vrouwen zich in het algemeen sneller bij de huisarts melden met klachten en vaak voor een langere periode thuis blijven. De symptomen van burn-out zijn op zich dezelfde voor mannen en vrouwen. Toch maakt Cardinaels hierin een onderscheid. Ze stelt dat mannen eerder een leidinggevende functie zullen bekleden, met voldoende erkenning en waardering, waardoor ze minder snel last zullen ondervinden van de symptomen van burn-out. Hiermee ben ik het niet geheel akkoord. Ik vermoed dat dit grotendeels afhankelijk is van de persoonlijkheid van de man of vrouw. Ik denk dat men hier moet opletten om mensen niet te gaan stigmatiseren op basis van stereotype opvattingen rond 'de' man en 'de' vrouw.

5.5 Mogelijke oorzaken

5.5.1 Microniveau

Een slechte tijdsverdeling tussen werk en privé is de voornaamste individuele oorzaak in de ontwikkeling van burn-out. De focus van de hulpverlener ligt louter nog op het presteren op de werkvloer en hij verschuift stilaan zijn privéleven naar de achtergrond. De grens tussen werk en privé wordt steeds vager. Op die manier kan stress zich eenvoudig vastzetten op de hulpverlener en neemt hij zijn werk mee naar huis. De nood aan rust wordt geleidelijk aan groter, maar de mogelijkheid om nog te kunnen ontsnappen aan de stress wordt steeds kleiner.

Een tweede belangrijke oorzaak is jobontevredenheid. Iemand die zijn job niet met veel toewijding en voldoening uitoefent, zal daarmee veel energie verliezen en zich niet gelukkig voelen. Het wordt een last om zich te verplaatsen van en naar het werk, het werk grondig uit te voeren en gemotiveerd te blijven. Hoe dan ook wordt er in onze samenleving niet snel omgeschakeld naar een andere job bij ontevredenheid. Mensen zullen eerder de voorkeur geven aan zich te blijven forceren in een job die ze niet graag doen dan een omschakeling te wagen. Volgens Cardinaels (2015) voelen mensen zich verplicht om op dezelfde plaats te blijven werken in dezelfde functie. Daarenboven is het financieel risico dat er vaak aan verbonden is te groot om te nemen.

De manier waarop mensen omgaan met problemen of conflicten op de werkvloer is ook een belangrijke factor in de ontwikkeling van burn-out. De toegepaste copingstrategie bepaalt voor een groot deel mee of de persoon na verloop van tijd

“opgebrand” zal geraken of niet. Mensen die bijvoorbeeld passief en verdedigend reageren op conflicten, lopen een groter risico dan mensen die feedback kunnen accepteren en zich constructief opstellen.

5.5.2 Mesoniveau

De werkcontext is de belangrijkste factor in het ontwikkelen van en omgaan met een burn-out (Smulders et al., 2013). De werkomgeving is een sociale omgeving waar mensen in aanraking kunnen komen met stressoren zoals conflicten, pesterijen, te weinig erkenning, etc. Als iemand het gevoel krijgt dat hij er alleen voor staat, neemt de stress in stijgende lijn toe (Marien, 2013). De kwaliteit van de relaties op de werkvloer zijn dus allesbepalend. Indien er te weinig omkadering door collega's aanwezig is, vergroot dit het risico op burn-out voor de hulpverlener aanzienlijk. De sfeer en eensgezindheid in een team beïnvloeden eveneens de kans op burn-out.

Een andere verklaring kan gevonden worden in het feit dat de hulpverlener soms het gevoel heeft dat hij zijn werk niet kan vervullen zoals hij zelf zou willen. Belangrijk hierbij is om rekening te houden met de beschikbare bewegingsvrijheid en werkautonomie binnen de werkcontext (Harskamp, 2012; Swinnen, 2016). Het Job Demand – Control Model van socioloog Robert Karasek (1979) verduidelijkt deze stelling. Hij toonde aan dat autonomie in het werk een positieve invloed heeft op de werknemer, ondanks een hoge werkdruk. Te weinig regelmogelijkheden en controle over het eigen werk, creëert stress en gespannenheid. Zeker in de hulpverlening is het nadelig om extra regels en procedures in te voeren, aangezien men dan uitsluitend bezig is met het vermijden van fouten tegen de regels en niet met het leveren van kwaliteit. Nochtans betekent net het leveren van kwaliteit voor de hulpverlener voldoening krijgen uit zijn werk.

5.5.3 Macroniveau

"Slechts 20 % van de Belgen zegt dat ze nog veel energie over hebben na een werkdag. Maar liefst 21 % van de Belgen is compleet uitgeput na het werk. Dit blijkt uit een recent onderzoek van StepStone waar 5200 Europeanen aan deelnamen, waaronder 1242 Belgen" (Tubbax, 2013).

Burn-out is een maatschappelijk probleem. Zoals reeds vermeld, hebben de maatschappelijke tendensen van de laatste jaren een enorme impact gehad op de Belgen. De nadruk op snelheid en efficiëntie van het geleverde werk, de toenemende individualisering en flexibilisering, de bureaucratisering, de vermaatschappelijking van de zorg, etc. maken dat werknemers vaak lange tijd worden blootgesteld aan gespannen situaties en hoge werkdruk. Een burn-out is dan de eindfase van zo'n stressvolle periode.

De heersende jobcultuur houdt eveneens het verhoogde risico op burn-out in stand. De financiële en sociale zekerheid die verbonden is aan een vaste job, zorgt ervoor dat mensen niet snel een jobomschakeling zullen overwegen. Kiezen voor verandering is zeker niet evident waardoor jobontevredenheid langer wordt getolereerd en gerelativeerd. Toch is er stilaan een hoopgevende evolutie op gang in deze jobcultuur. Steeds meer ontevreden werkenden kiezen om zich om te scholen en op latere leeftijd een andere functie of job uit te oefenen (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding [VDAB], 2015).

5.6 Beleving burn-out

5.6.1 Interview 2

David is een 26-jarige psycholoog op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Hij is twee jaar geleden afgestudeerd als psycholoog. Buiten zijn werk heeft David al enkele jaren een vriendin en voetbalt hij op een relatief hoog niveau. Enkele maanden geleden liep hij een blessure op tijdens een match waardoor hij nu niet meer zo actief kan deelnemen als voordien. Desondanks laat David zich niet afschrikken en gaat zeker naar elke match kijken als hij fysiek even niet meekan.

Op de psychiatrische afdeling ligt de werkdruk hoog, maar David voelt zich goed als hij iets kan betekenen voor mensen. Hij werkt in een multidisciplinair team van verpleegkundigen, sociaal werkers, vrijwilligers, psychologen, therapeuten en psychiaters. Af en toe loopt de samenwerking en communicatie in het team niet erg vlot, maar David stelt zich dan spontaan op als bemiddelaar. De spanningen in het team belemmeren soms de patiëntgerichtheid en dat wil hij vermijden.

De laatste tijd krijgt David steeds vaker het gevoel dat zijn werk niet geapprecieerd wordt door zijn collega's en leidinggevenden. Hij zet zich in om de werking van de psychiatrische afdeling optimaal te laten draaien en toont engagement ten opzichte van nieuwe projecten in het ziekenhuis. Zijn inspanningen vergen veel energie, maar voor zijn werk doet David alles.

Wanneer hij telkens opnieuw niet gehoord wordt als teamlid, begint hij zich stilaan machteloos te voelen. Zijn inspanningen leiden tot niets meer en hij begint zichzelf in twijfel te trekken. Kan hij wel degelijk iets betekenen voor de patiënten op de psychiatrische afdeling? En wat denken de andere collega's eigenlijk van hem?

Als David 's avonds thuiskomt, wil hij liever niet meer over zijn werk praten met zijn vriendin. Hij vindt het moeilijk om de gebeurtenissen op het werk van zich af te zetten dus heeft hij zeker geen zin om er 's avonds nog over te vertellen. David

merkt ook op dat hij steeds meer moeite heeft om interesse te tonen voor de verhalen van zijn vriendin.

De spanningen in het multidisciplinaire team op de psychiatrische afdeling in het ziekenhuis lopen de laatste tijd weer hoog op. David kan het niet langer opbrengen om zich nog als bemiddelaar op te stellen om de conflicten uit te klaren. Hij is het vertrouwen in zijn collega's verloren. David merkt op dat hij zich naar zijn werk moet slepen, omdat de spanningen hem te veel aan het worden zijn. De aangename sfeer in het team is niet meer zoals voordien. Wegens plaatsgebrek en besparingen op de psychiatrische afdeling heeft hij nu ook geen eigen bureau meer. Hierdoor moet David regelmatig van gespreksruimte wisselen en heeft hij geen vaste plaats meer. Het kost David extra tijd en energie om steeds van plaats te wisselen.

David kan het niet meer opbrengen om 's middags nog met zijn collega's samen te gaan eten en blijft liever alleen in één van de vrije gespreksruimtes. Na het werk, gaat hij onmiddellijk naar huis. Het contact met zijn collega's wordt steeds geringer. Thuis is zijn vriendin het stilaan beu dat David zo onverschillig en afwezig is. David kan er niets aan doen, zijn energie is volledig op als hij thuiskomt. Naar het voetbal gaat hij sinds enkele weken ook niet meer. Het enige dat hij nodig heeft, is rust.

Een enorm vermoeid gevoel overvalt David steeds vaker, alsof hij maar niet bijgeslapen geraakt en altijd meer energie verliest. Hij kan zich moeilijker concentreren en verliest sneller zijn geduld met patiënten. David beseft wel dat er iets mis is, maar wil niet opgeven of zeuren en gewoon doorgaan. Hij gaat ervan uit dat iedereen wel eens een heel drukke periode heeft en dat wel vanzelf zal overgaan.

Op een ochtend zit David langs de rand van zijn bed om zich klaar te maken voor alweer een werkdag, maar zijn lichaam blokkeert volledig. Alles doet pijn, een gevoel van moedeloosheid overvalt hem en hij meldt zich uiteindelijk ziek. 'S Avonds gaat hij naar zijn huisarts met zijn klachten en vraagt zich af wat er aan de hand is en hoe hij dit nog gaat volhouden tot aan zijn pensioen. David is "opgebrand", zijn draagkracht is volledig uitgeput.

6. Tussentijds besluit

Uit de opsomming van de symptomen en oorzaken van compassion fatigue, burn-out en secundaire traumatisering, kunnen we concluderen dat het allemaal draait om draagkracht. Hulpverleners investeren hun energie en psychologische kracht in de begeleidingen van hun cliënten. In de interactie met cliënten raken ze een deel van hun draagkracht kwijt die ze achteraf moeten aanvullen om te voorkomen dat er tekorten ontstaan.

In feite gaat het dus over een balans vinden tussen de draagkracht –en last in het uitoefenen van het beroep en in het privéleven. Enkel op deze manier kan de hulpverlener zijn work-life balance in evenwicht houden. Als een hulpverlener zich niet beschermt tegen de mogelijke oorzaken van de beroepsrisico's, die hierboven werden uitgewerkt, wordt de balans van draagkracht –en last steeds negatiever en helt het over naar de lastkant. De hulpverlener verliest hierdoor essentiële draagkracht om optimaal te kunnen functioneren. Op momenten dat de draagkracht van de hulpverlener ernstig verzwakt is, is hij kwetsbaarder voor conflicten en stress op het werk en/of aangrijpende verhalen van cliënten. De hulpverlener kan zich minder goed verweren en wordt blootgesteld aan het dreigende gevaar van compassion fatigue. Dit kan mogelijk evolueren naar een burn-out of secundaire traumatisering (Luyten, 2015).

De confrontatie met burn-out of secundaire traumatisering geeft de hulpverlener soms het gevoel dat het beroep dat hij gekozen heeft veel te zwaar voor hem is. Als hij beseft dat hij de werkdruk, stress of verhalen van cliënten niet meer aankan, voelt het alsof hij een beperking is geworden voor zichzelf als hulpverlener. Dit is één van de redenen waarom maar liefst 75% van de mensen met secundaire traumatisering van werk veranderen en mensen met een burn-out gemiddeld een half jaar thuis blijven om te herstellen (Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk [IDEWE], 2012).

In het volgende hoofdstuk probeer ik een schematisch overzicht te geven van de verschillen en gelijkenissen tussen de beroepsrisico's. Ik wil daarbij nogmaals benadrukken dat het soms slechts een kwestie van nuances is tussen de verschillende beroepsrisico's. Het verschil is niet altijd duidelijk te vatten.

7. Vergelijking compassion fatigue, burn-out en secundaire traumatisering

Om het belang van de verschillende beroepsrisico's nog eens te benadrukken, overloop ik de belangrijkste verschillen tussen compassion fatigue, burn-out en secundaire traumatisering. Op basis van de schematische voorstelling hieronder, wil ik een overzicht maken van de kenmerken die typerend zijn per beroepsrisico en duidelijk maken waar de nuances liggen tussen deze drie beroepsrisico's.

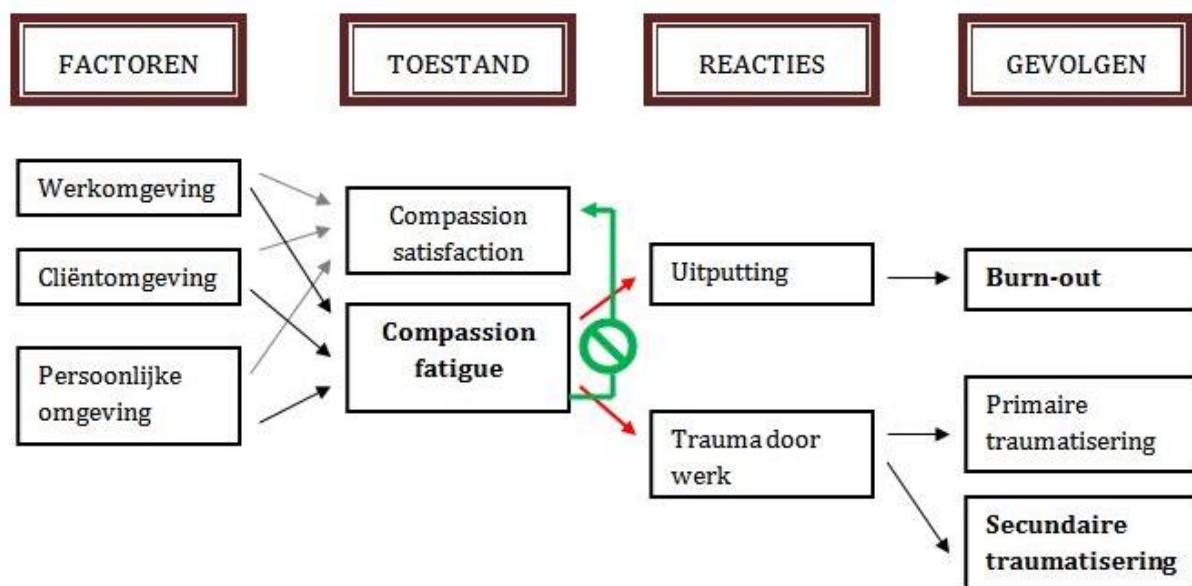
	Compassion fatigue	Secundaire traumatisering	Burn-out
Gevoelens	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vermoeid ○ Gespannen ○ Onverschillig ○ Leeg gevoel ○ Onrustig ○ Emotioneel afgevlakt 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gejaagd ○ Prikkelbaar ○ Vermoeid ○ Concentratieproblemen ○ Angstig ○ Wantrouwig 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Twijfels over zichzelf ○ Niet willen opgeven ○ Onzeker ○ Hulpeloos ○ Vervreemd
Fysieke toestand	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vermoeidheid ○ Nergens meer zin in hebben ○ Alles kost veel moeite 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Spanningshoofd pijn ○ Vermoeidheid ○ Gespannen lichaam ○ 'vol' hoofd 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Spanningshoofdpijn ○ Pijn in spieren ○ Vermoeidheid
Inter-persoonlijke relaties	<ul style="list-style-type: none"> ○ Afstandelijker tov omgeving ○ Liever alleen zijn 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Existentiële ik in vraag stellen ○ Wantrouwig en afstandelijker tov omgeving ○ Minder interesse in anderen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Afstandelijker tov omgeving ○ Meer conflicten op het werk en thuis ○ Minder belangstelling omtrent sociale activiteiten
Mogelijke oorzaken	<ul style="list-style-type: none"> ○ Voor iedereen klaarstaan ○ Hoge caseload ○ Gespannen sfeer op de werkvloer ○ Te empathisch ○ Weinig voldoening uit werk halen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Complexiteit ○ Hoge caseload ○ Aangrijpende getuigenissen van cliënten ○ Te weinig afstand in relatie met cliënt ○ Geen erkenning ○ Gebrek aan opvang voor hulpverlener 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Slechte tijdsverdeling werk-privé ○ Hoge caseload ○ Verwachtingen ○ Jobontevredenheid ○ Weinig autonomie ○ Geen erkenning
Bedenkingen van de hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wat voor hulpverlener ben ik? ○ Waarom zou ik nog moeite doen voor cliënten? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Waarom kan ik verhalen van cliënten niet loslaten? ○ Waarom grijpen bepaalde verhalen mij zo hard aan? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Is mijn bekwaamheid wel voldoende? ○ Ga ik deze job kunnen blijven volhouden?

Deel 2: Praktijkbenadering

1. Preventie secundaire traumatisering

We richten ons in dit hoofdstuk op de preventie van het beroepsrisico secundaire traumatisering als gevolg van een toestand van compassion fatigue. We zoeken een antwoord op de vragen welke preventieve maatregelen er getroffen kunnen worden om te voorkomen dat compassion fatigue overgaat in secundaire traumatisering en op welke manieren hulpverleners zichzelf kunnen beschermen tegen secundaire traumatisering. Door dit te benaderen vanuit verschillende niveaus, micro-, meso- en macroniveau, bekomen we een zo volledig mogelijk overzicht van de preventieve maatregelen die men kan treffen. Bovendien geef ik op het einde van dit deel enkele suggesties omtrent preventie.

In figuur 2 hieronder vindt u een schematische voorstelling van het preventieniveau. Het groene verbodsbord duidt de plaats van de preventie aan zodat de doorstroom naar mogelijke beroepsrisico's vermeden kan worden en de hulpverlener vanuit een toestand van compassion fatigue rechtstreeks kan evolueren naar een toestand van compassion. De hulpverlener blijft hierdoor uit de gevaarzone van de beroepsrisico's.



Figuur 2: schematische voorstelling van het preventieniveau (Figley Institute, 2012)

1.1 Individuele preventieve maatregelen

Secundaire traumatisering voorkomen, start met een grondige zelfzorg. Zelfzorg is de capaciteit om zorgzaam met jezelf om te gaan en de bewustwording van de eigen noden en behoeften. Aandacht geven aan en inzicht krijgen in jezelf, zijn daarbij belangrijke doelstellingen (Damman & Dewaele, 2014). De oorzaken van secundaire traumatisering bevinden zich zowel op micro-, meso-, als macroniveau. Bijgevolg is het krijgen van secundaire traumatisering dus geen louter individueel probleem. We kunnen spreken van een samenloop van omstandigheden waarbij niet enkel het slachtoffer schuld treft, maar de ene oorzaak de andere in de hand werkt. Toch start alles effectief bij jezelf, want jij bent het uitgangspunt in je leven. Zoals het cliché luidt: "Verbeter de wereld, begin bij jezelf" (Phil Bosmans, 1960).

1.1.1 Zelfzorg

Zelfzorg wordt door de World Health Organisation (1998) gedefinieerd als:

The care that people take for themselves to establish and maintain health, and to prevent and deal with illness. It is a broad concept encompassing hygiene (general and personal), nutrition (type and quality of food eaten), lifestyle (sporting activities, leisure etc), environmental factors (living conditions, social habits, etc.) socio-economic factors (income level, cultural beliefs, etc.) and self-medication (International Self-care Foundation [ISF], 2016).

Het doel van zelfzorg is dus tijd durven nemen om voor jezelf te zorgen op allerlei domeinen, met als doel gezond te blijven en (beroeps)ziektes, zoals secundaire traumatisering, voorkomen. Je kan pas goed voor iemand anders zorgen als je goed voor jezelf zorgt want telkens als je iemand helpt, geef je een stukje van jezelf weg.

Om zelfzorg concreet te hanteren, moet er rekening gehouden worden met een aantal kernpunten. Zelfzorg is verbinding maken met jezelf en de kennis over je innerlijke persoon en talenten verder ontdekken. De hulpverlener schenkt bewust aandacht aan zijn tekorten en verlangens en leert zichzelf op die manier beter kennen. Hij leert luisteren naar wat hij zelf wil en probeert voldoende tijd te maken voor de dingen die hij graag doet.

Het gaat eveneens over grenzen stellen en beseffen dat niet alles om anderen of om werken moet draaien, maar dat het ook om jezelf mag draaien. Belangrijk hierbij is om in te zien dat 'nee zeggen' kan en mag. 'Nee zeggen' is soms nodig om niet te ver te gaan in het uitoefenen van je job en tijdig afstand te nemen. Het is geoorloofd om niet te veel overuren te maken en bij het thuiskomen je werk los te laten. Je mag wel eens mild zijn voor jezelf en erkenning geven aan de dingen die goed lopen. Hulpverleners zijn getraind in het zoeken naar wat er beter kan, maar soms is het goed zoals het is (Damman & Dewaele, 2015).

Met een grondige zelfzorg creëer je als het ware een buffer voor jezelf om beter met de stress van het werk om te gaan en langer op een gezonde manier medeleven te kunnen voelen voor cliënten (Raab, 2014). Het is het middelpunt tussen emotionele overbetrokkenheid en emotionele afvlakking. Je bereikt een gezond evenwicht tussen emotionele afstand en nabijheid.

Figuur 3 hieronder is een schematische voorstelling van het wiel van de zelfzorg met de zeven toepasbare domeinen (gebaseerd op Living Upp, 2016). Het gaat om de psychologische, fysieke, cognitieve, relationele, professionele en spirituele dimensie en de omgeving en het systeem rond de persoon. De psychologische dimensie houdt in hoe we over onszelf denken en hoe we ons uitdrukken ten opzichte van anderen. De fysieke dimensie gaat over hetgeen we actief ondernemen om te ontspannen na een drukke werkdag. De cognitieve dimensie omvat hoe we denken en kijken naar de wereld. De relationele dimensie houdt de verbinding met onszelf en anderen in. De professionele dimensie is de zelfzorg die we omtrent het werk inrichten. De spirituele dimensie gaat over het bewust tijd nemen om onszelf en onze noden beter te leren (her)kennen. Tenslotte de omgeving en het systeem rond de persoon omvat onze gewoontes en levensstijl. Op elk domein is het mogelijk om zelfzorg toe te passen. Het kost tijd en moeite, maar de groei is erg waardevol in de preventie tegen secundaire traumatisering.



Figuur 3: Dimensies van zelfzorg

1.1.2 Het ABC van de zelfzorg

Johan Maes (2006) ontwierp het ABC van de zelfzorg waarin hij de hoofdzaken van zelfzorg opsomt. Het ABC kan beschouwd worden als een instrument om hulpverleners bewust te maken van bepaalde signalen of om een onevenwicht in de draagkracht -en lastbalans tijdig te detecteren. In een hulpverleningsberoep worden de eigen kwetsuren en trauma's soms aangeraakt door de verhalen van cliënten waardoor het noodzakelijk is om de eigen behoeften te erkennen en bestaansrecht te geven aan het feit dat wij ons als hulpverlener eveneens behoeftig mogen opstellen.

De *A* in het ABC van de zelfzorg staat voor *aandacht* en *acceptatie*. Alles start met de toestemming om aandacht te geven aan jezelf als persoon en als hulpverlener op zowel lichamelijk, emotioneel en spiritueel domein. Vervolgens is er de acceptatie en waardering voor wie je bent en wat je doet in het leven. Om jezelf te leren accepteren, is het belangrijk dat je niet veroordelend te werk gaat. Deze twee begrippen maken het mogelijk om jezelf beter af te stemmen op de eigen noden, gevoelens en krachten, maar ook om te beseffen wat onze lichamelijke en emotionele reacties zijn op de verhalen van cliënten. Als we deze signalen tijdig herkennen, kunnen we er onszelf tegen beschermen.

De *B* staat voor *balans* als dynamische evenwicht tussen afstand en nabijheid. Het zoeken van de juiste balans is een proces waarbij de hulpverlener zichzelf toetst in de hulpverleningsrelatie, bij collega's, bij naasten, etc. Het onevenwicht in de balans mag niet gezien worden als een onbekwaamheid van de hulpverlener, maar eerder als uitdaging om zowel persoonlijk als professioneel te blijven groeien. Belangrijk is om het onevenwicht in de balans te herkennen en nauwkeurig te bewaken zodat deze niet naar de lastkant overhelt.

De *C* staat voor *connectie* en *communicatie*. Connectie verwijst naar de verbinding met jezelf en anderen. Het betekent dat je een beter inzicht verwerft in de eigen kwaliteiten en werkpunten, maar ook reflecteert over het effect ervan op cliënten, collega's, de organisatie, etc. Om verbinding te maken met jezelf, zijn zelfzorg en reflecteren belangrijke instrumenten. Om verbinding te maken met anderen, is communicatie noodzakelijk. Communicatie maakt het mogelijk om jezelf als hulpverlener binnen te brengen in een hulpverleningsrelatie en op die manier langer uit de gevaarzone van secundaire traumatisering te blijven (Maes, 2006). Op gepaste momenten jezelf binnen brengen, verhindert identificatie met de cliënt en maakt een gezonde tegenoverdrachtrelatie mogelijk (Wilson & Lindy, 1994).

1.1.3 Vzw Dokters voor dokters

De Vzw Dokters voor dokters biedt het online zelfhulpprogramma "Mijn Kwartier" aan. Het programma werd ontwikkeld door een internationaal team van artsen, psychiaters en psychologen onder leiding van de Antwerpse dokter Paul Koeck. Het laagdrempelig zelfhulpprogramma werd opgericht op vraag van mensen die de weg naar de hulpverlening niet vinden. De software van het programma baseert zich op de vraag wat jou helpt om je goed te voelen en je verder aan het denken zet welke middelen dat gevoel kunnen versterken. Het zelfhulpprogramma is niet bedoeld om een begeleiding bij een psycholoog of psychiater te vervangen, maar kan aanvullend of preventief werken op een begeleiding (Koeck, 2012).

Op de website Mijinkwartier.be kan je gratis een zelftest invullen om je stressniveau en compassion satisfaction te meten. Op basis van de resultaten van de zelftest, krijg je een summier diagnose aangeboden. Het programma doet daarna voorstellen om een bepaalde module te volgen, mits betaling van 55 euro. Uit de analyse van de resultaten blijkt dat 77% van de deelnemers na ongeveer een maand een stressdaling ervaart (Koeck, 2011). Elke dag een kwartier investeren in het zelfhulpprogramma maakt het mogelijk om stress en andere klachten in een vroeg stadium aan te pakken of kan de persoon overtuigen om de stap naar de reguliere hulpverlening te zetten.

In 2013 won "Mijn Kwartier" de Alfred-prijs die uitgereikt wordt door de Vlaamse Vereniging van Deskundigen in de Oplossingsgerichte systemische therapie (VVDO). Dokter Koeck is ondertussen bezig met het ontwikkelen van nieuwe en meer specifieke modules om zoveel mogelijk doelgroepen en verschillende problematieken te bereiken.

1.1.4 Zelftest secundaire traumatisering

In samenwerking met Dokter Charles Figley stelde het Figley Institute (2012) de gids *Basics of Compassion Fatigue* op over beroepsrisico's, waaronder compassion fatigue en secundaire traumatisering, om de impact ervan op de hulpverlener te reduceren. Ze vertrekken vanuit het principe dat een verwittigd man er twee waard is. In de gids beschrijven ze de nodige kennis en vaardigheden om te voorkomen dat je getroffen wordt door één van de beroepsrisico's. Achteraan zijn er zelftesten ter beschikking die de hulpverlener kan invullen om na te gaan of hij zich mogelijk in de gevaarzone van een beroepsrisico bevindt.

De zelftest omtrent het risico op secundaire traumatisering werd door mij vertaald, geïnterpreteerd en vervolgens uitgedeeld aan de sociaal werkers in het Imeldaziekenhuis te Bonheiden. Van de 19 uitgedeelde zelftesten op donderdag 14

april 2016 zijn er maar liefst 18 anoniem ingevulde zelftesten op maandag 25 april 2016 ingeleverd om verder te analyseren. In bijlage 1: Zelftest secundaire traumatisering vindt u de test die door de sociaal werkers in het Imeldaziekenhuis werd ingevuld. Aan de hand van stellingen berekende de test het risico op secundaire traumatisering op het moment dat de sociaal werkers deze invulden. Het Figley Institute (2012) raadt aan om de zelftest regelmatig opnieuw in te vullen, omdat de resultaten van week tot week kunnen verschillen.

In het Imeldaziekenhuis zijn de resultaten van de test over het algemeen geruststellend. De berekening van het risico op secundaire traumatisering gebeurt op basis van categorieën. Op elke stelling antwoordden de sociaal werkers met 'nooit, zelden, soms, vaak of erg vaak'. Aan de hand daarvan kan er een score berekend worden. Deze score kan op zijn beurt ingedeeld worden in categorieën, waarbij een score van 0 tot 27 punten geen of een laag risico op secundaire traumatisering betekent en een score van meer dan 49 punten een ernstig risico inhoudt.

In het Imeldaziekenhuis scoort geen enkele sociaal werker meer dan 27 punten. Dit betekent dat er geen of slechts een laag risico op secundaire traumatisering bestaat bij de sociaal werkers. De gemiddelde score van de sociaal werkers is 18 punten. Een belangrijke kanttekening om te maken, is dat sommige sociaal werkers een heel lage score hebben en anderen een relatief hoge score. Er behoren twee sociaal werkers in de categorie 0 tot 10 punten. Dit betekent dat er geen enkel risico op secundaire traumatisering bestaat. In de categorie 11 tot 22 punten behoren negen sociaal werkers en in de categorie 23 tot 30 punten behoren zeven sociaal werkers. Hieruit kunnen we concluderen dat de meeste sociaal werkers zich bevinden tussen 11 en 22 punten en er dus een laag risico op secundaire traumatisering bestaat bij de sociaal werkers in het Imeldaziekenhuis in de maand april 2016.

1.1.5 Adviezen voor de hulpverlener

- Ken en respecteer je eigen grenzen: las tijdig pauze in, neem overuren op, ga op tijd op de rem staan als het even niet meer gaat of het te lastig wordt.
- Durf je werkpatroon veranderen: probeer aandachtig de balans tussen werk en privé in evenwicht te houden en vraag tijdig een aangepast werkschema of start deeltijds te werken.
- Roep steun van anderen in: praat tijdig met anderen over de moeilijkheden die je ervaart zodat zij jou kunnen omringen en bijsturen als je richting overbelasting gaat, ventileer tijdig bij collega's of een vertrouwenspersoon op de werkvloer.
- Volg trainingen en vormingen die je leren om te gaan met wat er moeilijk gaat in jouw leven: ze helpen je om inzicht te verwerven in jezelf en reiken je tools aan die je kan hanteren in de praktijk.
- Breng meer ontspanning in je leven en richt een gezonde levensstijl in: beweeg voldoende, eet gezond, neem voldoende nachtrust, maak tijd voor

leuke activiteiten na het werk, beloon jezelf, zoek manieren om het werk los te laten als je thuiskomt zodat je meer balans in je leven krijgt.

- Stel haalbare doelen voor jezelf en concentreer je op de veerkracht van cliënten: blijf oog hebben voor hun capaciteiten en krachten.
- Achterhaal je eigen kwetsuren en leer jezelf grondig kennen: als je er als professionele hulpverlener bewust van bent, maakt dit je bekwaamer en kan je beter inschatten welke emoties en/of situaties impact op jou zullen hebben.
- Reageer meteen op emotionele signalen: laat ze niet te lang aanslepen, kijk zonder oordeel naar je gevoelens, luister naar wat ze te vertellen hebben en probeer te achterhalen vanwaar ze vandaan komen.

Bronnen: Cardinaels, 2015; Maslach & Goldberg, 1998; Schaufeli & Buunk, 2003; Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg [KCE], 2008; Fairwork & Koleva, 2011; Christelijke vrouwenbeweging Femma, 2014; Smits, 2015.

1.1.6 Eigen ervaring

Voor mijn bachelorproef heb ik de proef op de som genomen en heb ik zelfzorg bewust geïnstalleerd in mijn leven tijdens de stage in het Imeldaziekenhuis. Ik heb de steun van collega's op het werk en naasten in mijn omgeving opgezocht om mij te omringen en bij te sturen waar nodig. Ik ben blij dat ik bepaalde contacten met collega's heb gelegd om tijdig te kunnen ventileren over de soms emotioneel uitputtende gebeurtenissen op de werkvloer. Door middel van reflecteren, heb ik een duidelijker beeld gekregen over mijn eigen kwetsuren en de zaken die mij kunnen raken in de praktijk.

Ik heb ondervonden dat het niet eenvoudig is om tijd te nemen voor jezelf, omdat dat niet altijd geoorloofd aanvoelt. Vroeger vertrekken als andere collega's nog aan het werk waren of werk laten liggen tot de volgende dag, maken het des te moeilijker om voor je eigen te kiezen. Desondanks heb ik voldoende aandacht besteed aan mijn eigen noden en behoeften.

Ik heb mezelf een fitnessabonnement aangeschaft om de gezonde balans in mijn leven verder uit te bouwen en de combinatie werk-privé uit te testen. Ik moet eerlijk zijn dat de energie om na het werk nog te sporten of leuke activiteiten te doen niet altijd even aanwezig was, maar ik voelde mij telkens wel opgewekter en fitter als ik het deed. Zelfs het stukje met de fiets van de stageplaats naar huis, deed deugd na een emotioneel beladen werkdag. Ik heb mezelf beloond voor het harde werk door een weekendje weg te plannen samen met mijn vriend. Mijn eigen grenzen respecteren, was niet altijd even gemakkelijk. Het feit dat ik stage liep, gaf natuurlijk wel een extra prestatiedruk en belemmerde mij soms om op tijd aan te geven als het niet meer ging. Ik heb de neiging om iedereen te willen verder helpen en op zo'n moment moet je eerlijk zijn met jezelf. Je kan luisteren naar de persoon,

omdat je je verantwoordelijk voelt, maar dan heeft zowel de persoon als jezelf niets aan de hulpverlening. Een goede verbinding met jezelf is dus uiterst belangrijk. De emotionele signalen tijdig herkennen lukte, maar soms is de wil om gewoon verder te doen beduidend sterker.

Het werk loslaten als ik thuiskwam, was zeker in het begin niet eenvoudig. Ik heb me er bewust van moeten maken om te stoppen met over bepaalde cases na te denken thuis en het voor de volgende dag te laten. Tenslotte merkte ik op dat ventileren bij naasten aanzienlijk moeilijker was dan bij collega's. Voor naasten is het steeds opnieuw hetzelfde verhaal dat je vertelt terwijl de beleving van elke case als hulpverlener helemaal anders is. Dit begrip miste ik soms in mijn privé, maar kon ik ruimschoots compenseren met de collega's en voornamelijk met mijn stagementor.

1.1.7 Tussentijds besluit

Zelfzorg is zorgen voor jezelf, je eigen grenzen respecteren en rekening houden met jouw noden om goed te kunnen functioneren als persoon en als hulpverlener. Als je goed voor jezelf zorgt, zorg je automatisch beter voor anderen en kan je meer van je cliënten verdragen. Je creëert een buffer voor jezelf tegen de negatieve effecten van je beroep (Cardinaels, 2015).

De uitdaging is om in moeilijke situaties eerlijk te blijven voor jezelf en anderen. De hulpverlener probeert telkens op een menswaardige manier hulp te verstrekken aan de cliënt, zonder dat hij zijn eigen grenzen overschrijdt (Vansevenant, Driessens & Van Regenmortel, 2008). Hierbij is het noodzakelijk om aandacht te geven aan je innerlijke persoon. Elke hulpverlener zou tijd moeten nemen om bewust te ervaren wie hij is, wat zijn noden zijn en of zijn levensstijl effectief overeenkomt met zijn persoonlijkheid. De bedoeling is om jezelf te leren kennen. De grote verandering bestaat daarbij uit het stoppen met wachten tot anderen je zien en erkennen, maar starten met jezelf te zien en te accepteren (Maes, 2015).

De krachtgerichte basishouding van een sociaal werker stelt de cliënt centraal en mag daarbij aan de grenzen van de hulpverlener niet voorbijgaan. Een goede hulpverlener moet inzien dat er grenzen zijn aan zijn inlevingsvermogen en empathie. Zo niet is de hulpverlening niet langer ondersteunend en duurzaam voor de cliënt, maar wordt het uitputtend en belastend voor zowel cliënt als hulpverlener (Vansevenant, Driessens & Van Regenmortel, 2008).

Zelfzorg installeren in je leven is een aanpassing. Het kost tijd en moeite, maar de groei en de voldoening zijn belangrijk in de preventie tegen secundaire traumatisering. Om een gedrag een gewoonte te laten worden, moet dit gedrag duizenden keren herhaald worden. Daarna kan men pas spreken van een automatisme (Maes, 2015). Stap voor stap creëren we op die manier een gezonde geest in een gezond lichaam en zijn we beter beschermd tegen de sluipende gevaren van secundaire traumatisering.

1.2 Preventieve maatregelen op teamniveau

De mogelijke oorzaken van secundaire traumatisering op mesoniveau waren onder meer tijdsdruk, een hoge caseload en een gebrek aan ondersteuning door collega's en leidinggevenden. Het team waarmee de hulpverlener samenwerkt, maakt het hulpverleningsberoep belastend of ontlastend. Betrokken collega's zijn een energiebron in het verkrijgen van compassion satisfaction en het vermijden van of omgaan met secundaire traumatisering. De ondersteuning van collega's en leidinggevenden maakt het mogelijk voor de hulpverlener om opnieuw kracht te putten na een moeilijk gesprek. Idealiter zou deze draagkracht na elke interactie met een cliënt opnieuw moeten worden aangevuld, omdat de mogelijke emotionele besmetting van de cliënt op de hulpverlener hierdoor wordt tegengegaan.

Het openbaar maken van hoe het met jou gesteld is, is niet eenvoudig. Er is moed voor nodig om hulp in te roepen als het niet meer gaat, zeker voor een hulpverlener. Hij voelt zich geroepen om anderen te helpen en zal er alles aan doen om het welzijn van anderen te verbeteren. Aanvoelen dat hij nu degene is die hulp nodig heeft, is een confronterende ervaring. Het kan gepaard gaan met schaamte, eenzaamheid en onzekerheid. De stap zetten om je moeilijkheden en gevoelens te delen met collega's, is een grote winst voor jezelf. Een hulpverlener die aan andere collega's zijn kwetsbaarheid laat zien, kan voor velen een oogopener zijn voor de gevaren van dit beroep. Eén ding is zeker: praten helpt!

1.2.1 Zelfzorg

Zelfzorg op mesoniveau houdt in dat collega's elkaar opvang bieden. Ze hebben oog voor elkaars gevoelens en nemen daar een ondersteunende rol in. Ze dragen zorg voor elkaar en nemen tijd om de ander te laten ventileren. Volgens psycholoog Chris Van De Veire (2012) vormen collega's een vangnet waarin gevoelens als menselijke reacties worden aanzien en niet worden afgekeurd. Het creëert veiligheid, geborgenheid en een plaats waar de hulpverlener zichzelf mag zijn. Van De Veire baseert zich hiervoor op de behoeftentheorie van Al Pessó, meer bepaald de behoefte aan plaats. Wanneer een hulpverlener zich thuis voelt op zijn werk, kan hij zich op een gezonde manier ontplooiën en hechten met collega's.

1.2.2 Het ABC van de zelfzorg

Het ABC van de zelfzorg (Maes, 2006) is eveneens van toepassing op het mesoniveau. Maes legt de klemtoon op het team en gebruikt dit ook als uitgangspunt. Hij beschrijft hoe het team een meerwaarde kan zijn voor de zelfzorg van de hulpverlener.

De *A* staat voor *aandacht* en *acceptatie* vanuit het team naar de hulpverlener. Het team geeft aandacht aan de gevoelens van de hulpverlener en de mogelijke signalen van beroepsrisico's. De collega's geven bestaansrecht aan zijn emoties en staan in voor een zorgcultuur waarin de hulpverlener erkend wordt als iemand die af en toe zelf zorg nodig heeft. De nadruk wordt hierbij gelegd op het feit dat het geoorloofd is om hulp te vragen. Collega's creëren een draagvlak voor elkaar zodat ze te allen tijde steun kunnen vinden bij elkaar.

De *B* staat voor de *balans* van het door de werknemers gecreëerde draagvlak. Dit draagvlak kan in balans gehouden worden door het bewaken van de caseload, te investeren in communicatie en connectie tussen collega's, een degelijk beleid te ontwikkelen omtrent overuren en taakomschrijving, etc. De ene collega ondersteunt de andere waardoor iedereen steun geeft en ondersteund wordt. De balans is van belang zodat niet één collega de taak van zorgcoördinator overneemt of zich verantwoordelijk voelt voor de lasten van alle anderen. Het gaat om een evenwichtsoefening tussen geven en nemen. Ik zorg voor jou als jij ook voor mij zorgt.

De *C* staat voor *connectie* en *communicatie* binnen het team van collega's. Enkele ondersteuningsinstrumenten om elkaar beter te leren kennen, zijn samen pauzes nemen, teambuildingsdagen organiseren, super -en intervisies en feedbackmomenten inplannen. Weten wie er voor jou staat en met welke mensen je samenwerkt, is belangrijk om gericht te kunnen ondersteunen. Het geeft de hulpverlener een vaste waarde binnen het team, wat een vereiste is om zich goed te voelen.

De grote valkuil van communicatie onder collega's is om louter over de negatieve zaken van het werk met elkaar te praten in plaats over de positieve. Het zet elkaar aan om in de klagende rol terecht te komen. Communicatie kan daardoor een negatieve spiraal voortbrengen waarin collega's elkaar omlaag trekken. Dit is de keerzijde van het gecreëerde collegiaal draagvlak. Collega's die al over weinig werkvreugde beschikken, zinken dan volledig weg in de negatieve spiraal. Het werkt dan als een versterking van de ontevreden gevoelens die ze reeds hebben. De tijd om te communiceren met elkaar zou nuttiger kunnen besteed worden door over iets anders te praten en even de batterijen samen op te laden (D. Aerts, Diensthoofd sociaal -en pastoraal werk Imeldaziekenhuis Bonheiden, persoonlijke communicatie, 18 mei 2016).

1.2.3 Intervisiemomenten

In het Imeldaziekenhuis worden er vier keer per jaar intervisiemomenten ingepland met alle sociaal werkers. Een intervisiemoment is een voor –of namiddag waarin sociaal werkers de mogelijkheid krijgen om werkgerelateerde zaken, te bespreken in de groep. Zo'n intervisie wordt telkens geleid door een vaste externe persoon. Het feit dat het altijd dezelfde gespreksleider is, maakt het mogelijk om op een efficiënte en veilige manier met de groep tewerk te gaan. Meestal liggen de te bespreken onderwerpen voor de intervisie op voorhand vast, maar soms werken ze ook met een beurtrol om casussen te behandelen. Aan het begin van een intervisie wordt telkens de vraag gesteld of er dringende zaken zijn waar sociaal werkers op dat moment mee zitten. Op die manier krijgen crisissituaties altijd voorrang op de geplande agenda.

De kernwoorden om een intervisiemoment te beschrijven, zijn volgens mij vertrouwen, loyaliteit en flexibiliteit. Om een intervisie te laten slagen, is er onderling vertrouwen nodig om jezelf bloot te kunnen geven in de groep. De situaties die sociaal werkers meemaken en de gevoelens die daarbij worden opgeroepen, is een heel persoonlijk proces. Je moet je voldoende veilig voelen om te kunnen/willen beschrijven wat sommige casussen bij je losmaken en hoe je ermee omgaat. Het is vaak je eigen valkuilen en kwetsbaarheden onder ogen zien en delen met je collega's. Zoiets vraagt veel moed en omvat onzekerheden en misschien zelfs schaamte. Mensen die zich kwetsbaar opstellen, zijn mensen die gevoelens toelaten in hun leven en zich niet onnodig proberen te vermannen en beschermen tegen die gevoelens. Het idee dat kwetsbaarheid hetzelfde is als zwakte, is foutief. Kwetsbaarheid is juist de bron van alle emoties en gevoelens. Het houdt in dat je je onzekerheden trotseert, je risico's neemt en je je emotioneel blootgeeft (Brown, 2013). Als collega's het moeilijk hebben, wordt dat niet beschouwd als een teken van zwakte, maar als een onverenigbaarheid waar ze geen raad mee weten. Het is geen schande als het even niet meer gaat, het is geen teken dat je mislukt bent in hetgeen je doet. Het is juist moedig om toe te geven dat het even niet meer gaat en daarvoor moet je erkenning krijgen en geen veroordeling. Tijdens zo'n intervisiemomenten moeten de sociaal werkers dus kunnen rekenen op de loyaliteit en collegialiteit in de groep. Het gecreëerde draagvlak om collega's op te vangen, treedt hier in werking. Er wordt bekeken hoe de sociaal werker geholpen kan worden, welke zaken hij tijdelijk uit handen kan geven, wat hij nodig heeft om verder te kunnen en hoe de werkbelasting verminderd kan worden (D. Aerts, Diensthoofd sociaal -en pastoraal werk Imeldaziekenhuis Bonheiden, persoonlijke communicatie, 18 mei 2016).

Praten over wat er moeilijk gaat, kan eveneens sensibiliserend werken voor collega's. Als je vertelt wat je meemaakt en welke effecten het op je heeft, schept de kans voor collega's om zichzelf daarin te herkennen en/of alerter tewerk te gaan in de toekomst. Op intervisiemomenten kunnen er zaken aan bod komen die een oogopener kunnen zijn voor anderen. Het zet anderen aan om te reflecteren over hun eigen handelen en geeft een signaal dat zo'n moeilijkheden iedereen kan overkomen. In het geval van secundaire traumatisering kan dit de boodschap overbrengen dat je sneller aan je limiet kan geraken dan je zou denken.

1.2.4 Psycholoog binnen team van hulpverleners

In het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst staan de psychologen in voor de psychologische begeleiding van de patiënten, maar evenzeer voor de psychosociale ondersteuning van de hulpverleners. De hulpverleners proberen dagelijks onderling de casussen te bespreken waarmee ze in aanraking komen. Om het met de woorden van A. Declercq te zeggen "het debriefen verloopt hier heel erg vlot". Indien er toch zaken zijn waarmee de hulpverleners niet bij collega's terecht kunnen, is er altijd de mogelijkheid om even een gesprek aan te knopen met één van de aanwezige psychologen in het ziekenhuis. De psychologen zelf zullen ook regelmatig tijd maken om even langs te komen en te vragen hoe het met de hulpverleners gaat. Dit verlaagt de mogelijke drempel om zelf een gesprek aan te knopen met een psycholoog. Enkel en alleen de vraag stellen hoe het met iemand gaat, opent de mogelijkheid tot conversatie en weerspiegelt belangstelling voor de hulpverleners. Op die manier wordt niemand vergeten en staat het welzijn van de hulpverleners op de eerste plaats. Het zorgen voor de ander is structureel ingebed in de organisatie (A. Declercq, Hoofdverpleegkundige OLV Ziekenhuis Aalst, persoonlijke communicatie, 10 maart 2016).

In het Imeldaziekenhuis staat het diensthoofd sociaal -en pastoraal werk D. Aerts in voor de psychosociale ondersteuning van het team. De afdelingen waar hij tot enkele jaren geleden verantwoordelijk voor was, werden herverdeeld onder de collega's. Op die manier kreeg hij meer tijd om andere taken in zijn takenpakket verder uit te breiden. De psychosociale ondersteuning van het team is hier een voorbeeld van. Desondanks zijn takenpakket probeert hij nog vervangingen van collega's en wachten mee te doen om beter te kunnen inschatten met welke problemen de sociaal werkers in zijn team geconfronteerd worden. Het diensthoofd is (in de mate van het mogelijke) altijd beschikbaar voor zijn team, als er zich problemen voordoen op het werk of in de privésfeer die invloed kunnen hebben op het werk. In eerste instantie ligt het initiatief bij de sociaal werkers, er wordt van hen verwacht dat ze problemen tijdig zullen signaleren. Indien er een gesprek plaatsvindt, worden er duidelijke afspraken gemaakt omtrent de opvolging van het

probleem. Het gaat dus over transparantie en eerlijkheid tussen het diensthoofd en het team (D. Aerts, Diensthoofd sociaal -en pastoraal werk Imeldaziekenhuis Bonheiden, persoonlijke communicatie, 18 mei 2016).

De boodschap is duidelijk, maar de vraag blijft natuurlijk in hoeverre sociaal werkers met hun problemen naar het diensthoofd zullen stappen. Hoe benaderen collega's het diensthoofd en is er eventueel sprake van een drempel?

1.2.5 Zorgcoördinator/vertrouwenspersoon op de werkvloer

Uit het vorig hoofdstuk, 1.2.4 Psycholoog binnen team van hulpverleners, stelde ik mij de vraag of er sprake is van een drempel bij hulpverleners om problemen te bespreken met het diensthoofd. De verhouding van de hulpverleners ten opzichte van het diensthoofd speelt hierin een grote rol. Sommigen bekijken het diensthoofd als een vertrouwenspersoon op de werkvloer, anderen bekijken hem als hun leidinggevende. De invulling van hoe ze het diensthoofd benaderen, is voor iedereen persoonlijk en uiteenlopend.

Om te vermijden dat bepaalde hulpverleners een vertrouwenspersoon ontbreken op de werkvloer, kan er best een onafhankelijk iemand worden aangesteld die deze functie op zich neemt. Op die manier wordt er voor iedereen duidelijk gemaakt bij wie je terecht kan als er zaken zijn waar je mee zit. Het diensthoofd kan zijn positie als vertrouwenspersoon behouden voor de hulpverleners die hem voordien al zo benaderden. Zij worden niet verplicht om met problemen naar iemand anders te stappen. De titel 'vertrouwenspersoon' wordt enkel dan niet meer gebruikt voor het diensthoofd, maar voor de persoon die deze taak op zich neemt. Voor andere hulpverleners kan een onafhankelijke vertrouwenspersoon op de werkvloer meer geruststelling bieden, omdat de drempel toch vaak te hoog is om naar de leidinggevende te stappen.

1.2.6 Stress Support Team (SST)

In het AZ Sint-Maarten - Campus Duffel werd het Stress Support Team (SST) opgericht. Het team staat in voor de interne nazorg na een schokkende/traumatische gebeurtenis op de werkvloer. Hun algemene doelstelling is de eerste opvang voorzien voor medewerkers die direct of indirect betrokken zijn bij een schokkende/traumatische gebeurtenis. Hierbij wordt aandacht besteed aan het collegiaal netwerk en samengewerkt met de leidinggevende en collega's op de afdeling. Het SST wordt verwittigd door de leidinggevende, collega's en/of de betrokkene zelf. Ze bieden gesprekken aan, individueel of in groep, om voornamelijk ondersteuning en erkenning te bieden aan de gevoelens en belevingen van de betrokkenen. Een hulpverleningsgesprek met het SST kan

telefonisch verlopen of individueel met een hulpverlener van het SST. Er zijn standaard drie nazorggesprekken voorzien die de betrokkene kan aanvragen. Daarna gebeurt er in de meeste situaties een doorverwijzing naar de arbeidsgeneesheer.

Het doel van zo'n nazorggesprek is een grondige detectie van mogelijke klachten, het normaliseren van de reacties en gevoelens, erkenning geven voor hetgeen ze hebben meegemaakt, het bevorderen van onderlinge ondersteuning door collega's en/of familieleden en indien nodig tijdig een doorverwijzing naar externe hulpverlening. Het geeft de betrokkene de kans om enerzijds te ventileren over de gebeurtenis en hierin erkend te worden, en anderzijds kan hij rekenen op de psychosociale ondersteuning van de hulpverleners van het SST in de periode na de gebeurtenis (Loyens, 2016).

1.2.7 Functioneringsgesprekken

Een functioneringsgesprek is een hulpmiddel voor de sociaal werker en de leidinggevende om samen even stil te staan bij het functioneren van de sociaal werker. Het is de bedoeling dat ze samen de werkweek overlopen, reflecteren over de manier van werken, de invloed van het werk op het privéleven, de verhouding ten opzichte van het diensthoofd en de collega's en hun ervaringen met de algemene werking van de organisatie. Belangrijk hierbij is dat een functioneringsgesprek geen evaluatie is en dat er bijgevolg geen oordeel over de sociaal werker wordt geveld. Het is louter reflecteren over het eigen functioneren en de beleving op het werk. De leidinggevende neemt hier dus geen beoordelende rol in, maar confronteert de sociaal werker enkel met zijn manier van werken. Het doel is om tijd te nemen en stil te staan bij hetgeen ze dag in dag uit doen op de werkvloer en hoe ze zich daarbij voelen.

Er wordt een zekere openheid van de sociaal werker verwacht naar de leidinggevende. Het is van belang dat de leidinggevende op de hoogte is van betekenisvolle en/of traumatische gebeurtenissen uit het verleden of onderwerpen die moeilijk liggen. Op die manier kan de sociaal werker voldoende beschermd worden tegen casussen die zich mogelijk in de toekomst kunnen voordoen. De leidinggevende moet kunnen inschatten hoe een sociaal werker zal reageren op situaties, bij welke casussen er eventueel extra ondersteuning moet worden voorzien en op welke manier ze gebeurtenissen loslaten.

In het Meldaziekenhuis gebeuren de functioneringsgesprekken om de twee jaar. Er wordt aan de sociaal werker gevraagd wat hij de volgende twee jaar als uitdaging(en) ziet. Op basis van de uitdaging(en) worden er doelstellingen opgesteld waaraan de sociaal werker de komende twee jaar kan werken. Het geeft

ze de tijd om de zaken die ze willen realiseren te kunnen realiseren zonder dat dit een opgave is. De doelstelling(en) die ze beogen, moet(en) in de eerste plaats een meerwaarde vormen voor het functioneren op de werkvloer en de deskundigheid van de sociaal werker (D. Aerts, Diensthoofd sociaal -en pastoraal werk Meldaziekenhuis Bonheiden, persoonlijke communicatie, 18 mei 2016).

Persoonlijk vind ik de frequentie van de functioneringsgesprekken aan de lage kant. Ik begrijp enerzijds de filosofie achter de twee jaar om de sociaal werkers de kans te geven om rustig en weloverwogen hun doelstelling(en) te bereiken. Anderzijds zou er een alternatief moeten bestaan om het functioneren en de beleving van de sociaal werkers nauwgezet op te volgen doorheen het jaar. Het diensthoofd sociaal -en pastoraal werk staat open voor zaken waar sociaal werkers mee zitten, maar het initiatief ligt echter bij hen zelf. Er wordt van hen verwacht om te signaleren als er zich problemen voordoen. Volgens mij is het belangrijk om eveneens een soort van opvolgingsgesprekken te voorzien, aaneensluitend op de functioneringsgesprekken. Op die manier worden sociaal werkers, die minder snel naar het diensthoofd zullen stappen, ook tijdig gehoord. Het geeft hen de kans om op regelmatige basis tijd te maken om te reflecteren en stil te staan bij het eigen functioneren. Opnieuw is hier de vraag stellen hoe het met iemand gaat vaak al voldoende om hem/haar het gevoel te geven dat hij/zij meetelt in team om eventueel een conversatie te openen.

1.2.8 Adviezen voor het team

- Emotiemanagement: praat met collega's over gebeurtenissen en zaken die je bezig houden, maar zeker ook over de gevoelens die je beleeft.
- In verbinding staan met elkaar: open staan om naar elkaar te luisteren, steun en opvang bieden en erkenning geven aan elkaar voor wat je meemaakt als hulpverlener.
- Niet veroordelen: elkaar respecteren, elkaar laten zijn wie je bent, collega's naar waarde schatten en elkaar waarderen.
- Zorg voor een vertrouwenspersoon op de werkvloer: werknemers kunnen daarbij altijd terecht met hun frustraties en problemen als er bij de collega's geen gehoor is, niemand staat er alleen voor.
- Organiseer regelmatig super -en intervisies: als je je onzeker voelt als hulpverlener, helpen de tips en adviezen van een supervisor om opnieuw zelfzekerheid op te bouwen zodat je die onzekerheid minder snel gaat overcompenseren en de mogelijkheid krijgt om problemen, twijfels en/of moeilijkheden aan te kaarten.
- Richt opvolgingsgesprekken in: er wordt nagegaan hoe de hulpverlener zich voelt binnen het team en de organisatie, hoe hij naar zijn takenpakket kijkt, hoe het staat met de draagkracht -en lastbalans en de work-life balance, wat er kan gebeuren aan de tekorten of moeilijkheden van de hulpverlener, etc.

Bronnen: Cardinaels, 2015; Maslacht & Goldberg, 1998; Schaufeli & Buunk, 2003; Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg [KCE], 2008; Vzw Jongerenbegeleiding - Informant, 2015.

1.2.9 Tussentijds besluit

Op het teamniveau zijn er een aantal kernwoorden die we in gedachten moeten houden in de preventie tegen secundaire traumatisering. Het gaat over erkenning, horen en gehoord worden, ondersteuning en opvolging en veiligheid en wederzijds vertrouwen.

Allereerst gaat het over erkenning krijgen van anderen. Erkend worden is gezien worden door de ander en waardering krijgen voor jouw gedachten en gevoelens. De ander probeert je te begrijpen en geeft je het recht om jezelf te zijn, te voelen en te denken zoals je bent. Hij leeft zich in in jouw verhaal en aanvaardt dat je je voelt zoals je je voelt, zonder je te beoordelen. "Het is samen woorden geven aan wat je pijn heeft gedaan, aan wat je gedachten overheerst, aan welke emoties je overvallen" (Maes, 2015). Het kan ook verder gaan dan enkel gezien en begrepen worden. Een goede 'erkenner' helpt je eveneens om je eigen binnenwereld beter te leren kennen en onder woorden te brengen. Anderen kunnen jou de mogelijkheid geven om jezelf te verdiepen in de gedachten en gevoelens die je ervaart. Maar vaak is het voor de hulpverlener, die bepaalde moeilijkheden ervaart, al voldoende om au sérieux genomen te worden en zich begrepen te voelen door collega's (Maes, 2015).

Verder gaat het nog over horen en gehoord worden. Hulp invoeren als het even niet meer gaat, vraagt veel moed. De manier waarop collega's met deze informatie omgaan, is dus heel erg belangrijk. De hulpverlener moet het gevoel krijgen dat zijn problemen veilig zijn in het team en dat ze niet als 'een last' worden gezien. Als hij mag en kan zijn wie hij is, voelt hij zich gehoord en begrepen.

Vervolgens gaat het over ondersteuning en opvolging. Voor een deel ligt het initiatief hier bij de hulpverlener zelf of bij collega's die iets opmerken. Er moet eerst een signaal komen over de moeilijkheden waar hij mee zit, vooraleer er ondersteuning en aansluitend opvolging kan worden voorzien. Zo'n ondersteuning kan bestaan uit intervisiemomenten, functioneringsgesprekken, opvolgingsgesprekken, maar hij kan ook gehoord en opgevolgd worden door de vertrouwenspersoon op de werkvloer.

Tenslotte gaat het over veiligheid en wederzijds vertrouwen. In een team waar collega's op mekaar kunnen rekenen en zich bekommeren over het welzijn van de ander, staat zorg op de eerste plaats. Ze vormen een vangnet en beschermen elkaar tegen de gevaren van beroepsrisico's. Als een team zorg draagt voor elkaar, is de waakzaamheid voor beroepsrisico's optimaal.

1.3 Preventieve maatregelen voor leidinggevenden

1.3.1 Sensibiliseringscampagnes

Sensibiliseren is mensen bewust maken voor een bepaald probleem, in dit geval de gevaren van secundaire traumatisering. Om preventief tewerk te kunnen gaan, is er nood aan kennis in de organisatie over het bestaan, de symptomen en de oorzaken van secundaire traumatisering. De noodzaak van zelfzorg, op micro-, meso- en macroniveau, moet hierbij eveneens sterk belicht worden. Idealiter worden zowel werkgevers als werknemers, na de bekendmaking van het beroepsrisico, zich bewuster voor de gevaren van secundaire traumatisering en de noodzaak van zelfzorg. In de praktijk hangen er al veel posters in het Imeldaziekenhuis omhoog over burn-out, NIAZ, etc., maar dit is niet voldoende. Werknemers en leidinggevenden moeten ook werkelijk oog en oor (willen) hebben voor deze informatie, anders verliest de poster zijn sensibiliseringskracht.

Onderzoekster Brené Brown vergelijkt in haar boek *De kracht van kwetsbaarheid* (2013) leerkrachten met leiders en leidinggevenden met leerkrachten. Leidinggevenden spelen een belangrijke rol in het laten slagen of falen van sensibiliseringscampagnes. Er wordt van hen verlangd om open te staan voor creativiteit en innovatie en betrokkenheid te tonen voor het welzijn van hun medewerkers. De grootste bedreiging voor een organisatie is een gebrek aan betrokkenheid voor medewerkers. Brown (2013) gebruikt hiervoor het metafoor van een huis vol termieten. Gedurende lange tijd worden de termieten niet opgemerkt in het huis, niemand heeft er oog voor dus zijn ze zich niet bewust van hun aanwezigheid. Op een dag stort opeens de hele trap in en beseffen ze dat het niet lang meer zal duren vooraleer de rest van het huis ook zal instorten. Als er geen betrokkenheid is van leidinggevenden voor hun medewerkers en er geen oor is voor de problemen en frustraties waar zij mee zitten, is de organisatie in gevaar. Een organisatie draait op de functionaliteit en draagkracht van medewerkers. Wanneer die kracht opeens begint af te nemen, zonder dat er ooit signalen van problemen zijn opgevangen door de leidinggevenden, is er effectief sprake van een bedreiging. Leidinggevenden die betrokkenheid tonen, geven hun medewerkers de boodschap om sneller problemen te signaleren. Op die manier kunnen sensibiliseringscampagnes beter inspelen op de noden van werknemers. Het is belangrijk om te weten wat er leeft onder de mensen in je organisatie.

Leidinggevenden moeten vaak ook voor een deel zelf gesensibiliseerd worden om de dialoog met medewerkers vaker aan te gaan en erkenning te durven geven voor hun inzet. Joan De Winne wijst in zijn boek *Ze maken ons kapot meneer* (2016) op de medeverantwoordelijkheid die leidinggevenden dragen in de hoge ziektecijfers

op het werk, o.a. ziekte door beroepsrisico's. Het grote probleem zit in het feit dat leidinggeven niet hetzelfde betekent als managen. Een leidinggevende kan misschien een goede manager zijn, maar moet vooral weten hoe hij met zijn werknemers moet omgaan. Ze slagen er soms niet in om echt verbinding met hun medewerkers tot stand te brengen en om die verbinding te combineren met draagkracht. Het gaat dus over verbinding maken en erkenning geven voor hun competenties en inzet. Belangrijk hierbij is om trouw te blijven aan je eigen leiderschapsstijl en dit ook te tonen aan je werknemers, zodat zij weten waarvoor jij staat en wat ze van jou kunnen verwachten.

Sensibiliseren werkt dus langs verschillende kanalen. Werknemers kunnen elkaar onderling sensibilisering door middel van intervisiemomenten, zoals ik in het vorige hoofdstuk heb vermeld, maar ook leidinggevendenden moeten gesensibiliseerd worden. Verbinding tussen de verschillende schakels in een organisatie is hierbij van groot belang.

1.3.2 Slogan "Imelda omringt u met zorg"

De slogan van het Imeldaziekenhuis drukt de zorg uit naar haar patiënten, maar eveneens naar haar personeel. Imelda omringt iedereen met zorg. De zorg voor patiënten is gelijkwaardig aan de zorg voor het personeel want een organisatie draait tenslotte op de draagkracht van de medewerkers.

De preventie van secundaire traumatisering is belangrijk voor het welzijn van de medewerkers. Het moet geen fortuinen kosten om preventie in te richten, vaak zijn een paar kleine maar essentiële ingrepen of budgettaire verschuivingen al voldoende (Luyten, 2015). In het vorige hoofdstuk heb ik enkele maatregelen gegeven die op teamniveau op een relatief eenvoudige en snelle manier te installeren zijn. Verder is het belangrijk dat de werkomgeving goed is afgestemd op de behoeften van haar werknemers en signalen herkent als signalen van een behoefte, niet als "zich aanstellen of lastig doen" (Van de Veire, 2013).

We moeten streven naar een organisatiecultuur die respect voor en waardigheid van werknemers op de eerste plaats stelt en het belangrijkste onderdeel van hun organisatie altijd zal beschermen, namelijk de menselijke component (Brown, 2013). Hierbij mogen we werknemers niet zien als onderdelen van een machine maar als mensen met waarden en normen, gevoelens, ideeën, meningen en levensverhalen. Een organisatie is een netwerk van mensen waarin zorgen voor elkaar en elkaar waarderen op de eerste plaats komen (Robinson, 2011).

Praktijkvoorbeeld: Dag van de medewerker op 12 mei 2016

Op 12 mei 2016 werden alle medewerkers van het Imeldaziekenhuis getraakteerd op een gratis ijsje van de ijskar voor het ziekenhuis. Op die manier worden de medewerkers op een ludieke manier bedankt voor hun dagelijkse inzet en enthousiasme op de werkvloer. Het zijn niet de grote dingen die tellen, maar het zit soms in de eenvoud van de kleine dingen.



Dag van de Medewerker

12 mei 2016

Figuur 4: Affiche dag van de Medewerker

1.3.3 Feedbackcultuur

Organisaties zijn tegenwoordig enorm gericht op cijfers in hun evaluaties van de prestaties van hun werknemers. In deel 1 Theoretische benadering, heb ik dit benoemd als het spanningsveld caseload versus kwalitatief werk. Door deze maatschappelijke tendens is het geven, ontvangen en stimuleren van feedback in organisaties steeds geringer geworden. Desondanks is constructieve feedback essentieel om verandering en groei te bekomen. Mensen hebben in hun werkomgeving nood aan feedback om beter te kunnen inschatten waar hun sterke punten liggen en welke punten verbeterd kunnen worden. Als dit enigszins ontbreekt, is de kans groot dat er twijfel ontstaat over de eigen capaciteiten en prestaties.

Brown (2013) benoemt dit als 'de ontwrichtende betrokkenheid'. Om een werkomgeving mensvriendelijk te houden (of te maken) en meer betrokkenheid te tonen voor medewerkers, is het noodzakelijk dat leidinggevenden openstaan om op zoek te gaan naar hoe men het best met onzekerheden en kwetsbaarheden van medewerkers en zichzelf omgaat. Het feit dat feedbackmomenten vaak ongemakkelijk aanvoelen, voor zowel leidinggevende als medewerker, maakt dat dit uit de weg wordt gegaan terwijl het effect ervan een meerwaarde is. Eerlijke gesprekken voeren over gevoelens en belevingen zijn niet eenvoudig. Zodra we de woorden hebben uitgesproken, is er geen weg meer terug. Voor sommigen is dit confronterend (Brown, 2013).

De oplossing voor dit probleem, is het creëren van een feedbackcultuur binnen de organisatie. Het geven en ontvangen van feedback wordt er tot prioriteit gemaakt. Het ongemakkelijk gevoel om als leidinggevende feedback te geven, zal waarschijnlijk altijd blijven bestaan, maar de kunst is om de ongemakkelijke gevoelens die erbij komen kijken te normaliseren. Bovendien staan kwetsbaarheid en blootstelling altijd centraal in een feedbackproces.

In de feedbackcultuur wordt er veel belang gehecht aan de sterkepuntenbenadering. Het gaat hierbij over het benaderen of eigen maken van je sterke punten. Door je sterke punten eigen te maken, komen er vaak oplossingen naar boven om problemen en moeilijkheden aan te pakken. Je gaat je werknemers dus empoweren door in te zetten op de eigen krachten en verhoogt hiermee hun zelfredzaamheid. De leidinggevende focust op hetgeen er goed gaat en de sterktes van een werknemer waardoor er automatisch meer ruimte wordt gecreëerd voor erkenning en appreciatie.

D. Aerts, Diensthoofd sociaal –en pastoraal werk Imeldaziekenhuis, gaf een frappant voorbeeld van een uitspraak van een hoofdverpleegkundige op een vergadering rond ziekteverzuim op de werkvloer. In het kader van ziekteverzuim, wordt er van de leidinggevenden verwacht om een zieke werknemer na een week op te bellen om te vragen hoe het met hem gaat. Het gaat over betrokkenheid tonen, maar eveneens over controle uitvoeren. De hoofdverpleegkundige was verontwaardigd dat ze zoveel tijd moeten besteden in medewerkers die ziek zijn, terwijl ze eigenlijk veel te weinig tijd investeren in medewerkers die zich dagdagelijks inzetten op de werkvloer. Zij pleitte voor meer erkenning en aandacht voor de inzet van medewerkers en minder focussen op de negatieve aspecten (persoonlijke communicatie, 18 mei 2016).

1.3.4 Het leiderschapsmanifest van De kracht van kwetsbaarheid

Het leiderschapsmanifest van Brown benadrukt de noodzaak van een ondersteunende organisatie waarin hulpverleners en leidinggevenden hand in hand samenwerken met hun cliënten. Het weerspiegelt hoe je je als werknemers en als organisatie neer kunt zetten en tegemoet kunt komen aan je persoonlijke behoeften en kwetsbaarheden. Het vraagt voor aandacht en oog voor de menselijke component van een organisatie: om er te zijn voor de werknemers en hen te ondersteunen waar nodig. Het vraagt voor erkenning voor de werknemers en beklemtoont de meerwaarde van een feedbackcultuur. Hiernaast vindt u de volledige tekst van het leiderschapsmanifest.

“Aan alle CEO’s en managers. Aan alle politici, gemeenschapsleiders en beleidsmakers. Wij willen onszelf laten zien, we willen leren en we willen inspireren. Wij zijn van nature nieuwsgierig, betrokken en gericht op verbondenheid. Wij willen niets liever dan zinvol bezig zijn en we verlangen ernaar om een creatieve en waardevolle bijdrage te leveren. Wij zijn bereid risico’s te nemen, onze kwetsbaarheden te omarmen en moed te tonen. Wanneer het menselijke aspect ontbreekt in onze leer- en werkomgeving, wanneer jullie geen oog meer hebben voor ons als persoon en voor onze moed, maar alleen nog voor wat we presteren of produceren, dan verliezen wij onze betrokkenheid en keren wij ons af van datgene wat de wereld juist van ons nodig heeft: ons talent, onze ideeën en onze passie. Wat we van jullie vragen, is dat jullie betrokkenheid tonen, naast ons komen staan en van ons willen leren. Feedback is een teken van respect. Wanneer jullie geen eerlijke gesprekken met ons voeren over onze sterke punten en de punten waarop we onszelf kunnen verbeteren, dan beginnen wij te twifelen aan onze inbreng en aan jullie inzet. We vragen bovenal van jullie om er voor ons te zijn, jezelf te laten zien en moed te tonen in jullie leiderschap; om samen met ons te profiteren van de kracht van kwetsbaarheid” (Brown, 2013).

1.3.5 Adviezen voor leidinggevenden

- Beperk de werkdruk: investeer in meer personeel in het belang van het welzijn en de functionaliteit van de werknemers.
- Luister naar je personeel: door te luisteren naar en begrip te tonen voor de werknemers weet je wat er zich afspeelt onder de collega's op de werkvloer en slaag je erin om daar efficiënter op in te spelen.
- Creëer leidinggevende posities op de werkvloer/afdelingen: zij zullen de afstand tussen directie en personeel verkleinen, stel bijvoorbeeld een zorgcoördinator aan.
- Zorg voor voldoende administratieve ondersteuning: hulpverleners investeren hun tijd liever in menselijke contacten dan in administratieve taken, de administratieve last mag niet te groot en tijdsrovend worden, want dat werkt demotiverend. Minder administratieve belasting of erkenning voor de last die de hulpverleners ervaren, is de boodschap.
- Organiseer grondig de vervanging voor een werknemer: zoek tijdig vervanging als een werknemer tijdelijk niet kan komen werken zodat je er collega's niet op het laatste nippertje mee moet belasten, het is voor iedereen makkelijker om zich dan te (re)organiseren.
- Start met sensibiliseringscampagnes over het bestaan en de preventie van secundaire traumatisering en het belang van zelfzorg.
- Draag zorg voor een goed functionerend collegiaal netwerk door voldoende in te zetten op samenwerken en samenhang, enkel zo kan er een vangnet voor collega's in moeilijkheden gecreëerd worden.

Bronnen: Cardinaels, 2015; Maslacht & Goldberg, 1998; Schaufeli & Buunk, 2003; Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg [KCE], 2008; Fairwork & Koleva, 2011.

1.3.6 Tussentijds besluit

In het vorig tussentijds besluit (1.2.9) beweerde ik dat het initiatief om problemen te signaleren voor een deel bij de hulpverlener zelf ligt. Hierbij wil ik aanvullen dat het andere deel van het initiatief bij de leidinggevenden ligt. Als leidinggevende moet je bij het vermoeden van secundaire traumatisering meteen het voortouw nemen. Het is begrijpelijk dat het niet voor alle werknemers eenvoudig is om te vertellen dat het even niet meer gaat (De Winne, 2016). We weten ondertussen dat eerlijke gesprekken over kwetsbaarheid en schaamte lastig zijn aangezien we liefst allemaal zo moedig mogelijk willen zijn. Daarom benadruk ik nogmaals het belang van het normaliseren van ongemakkelijke gevoelens en begrip te tonen voor de beleving en emoties van uw medewerkers (Brown, 2013).

Verder moet er aandacht besteed worden aan het sensibiliseren van elkaar. Sensibiliseringscampagnes zullen hun effect pas bereiken als er oog en oor voor is. Zolang er gewerkt wordt op de kloof tussen medewerkers en leidinggevenden zal er altijd essentiële draagkracht en informatie verloren gaan. Denk hierbij even terug aan het huis vol termieten. Signalen van problemen kunnen pas gezien worden als leidinggevenden ze willen zien. Het is van groot belang dat leidinggevenden weten wat er speelt op de werkvloer om beter in te schatten met welke problemen hun medewerkers geconfronteerd kunnen worden. Betrokkenheid tonen is hierbij de belangrijkste boodschap. Als werknemers het gevoel krijgen dat ze gehoord en gezien worden door hun leidinggevende, is de drempel automatisch lager om problemen tijdig te signaleren. Medewerkers die weten dat ze bij jou terecht kunnen, zijn medewerkers die niet snel zullen afhaken en meer engagement tonen. Een betrokken organisatie is een gezonde organisatie waar medewerkers zich minder vaak ziek zullen melden (Young Professional Onderzoek, 2014).

Tenslotte wil ik de feedbackcultuur nog even centraal stellen. Werknemers laten groeien, is ze de kans geven om hun sterke punten en verbeterpunten te leren kennen en deze in te zetten bij moeilijkheden. Als leidinggevende moet je dus voldoende stilstaan bij de binnenkant van medewerkers. Geef je medewerkers de boodschap dat ze welkom zijn en dat je de tijd wil nemen om naar hen te luisteren. Transparantie en eerlijkheid zijn daarbij van cruciaal belang.

2. Suggesties

2.1 Opleiding Sociaal Werk

Ik heb ondervonden dat voornamelijk het belang van nabijheid in een hulpverleningsrelatie sterk wordt belicht in de opleiding Sociaal Werk. De nadruk wordt gelegd op het aanleren van de vaardigheid om een vertrouwensband op te bouwen met cliënten. De mogelijke valkuilen die hiermee gepaard gaan als sociaal werker en de afstand die hij niet uit het oog mag verliezen, blijven eerder op de achtergrond. Eveneens de beroepsrisico's die verbonden zijn aan het Sociaal Werk zijn onvoldoende gekend door de studenten.

Volgens professor Mia Leijssen (1998) besteden hulpverleners te weinig aandacht aan de eigen noden en schermen ze zich onvoldoende af tegen de soms (te) hoge eisen en verwachtingen van cliënten. De hulpverlenersrollen die we onbewust innemen in een hulpverleningsrelatie kunnen mogelijk verband houden met onverwerkte gevoelens uit het verleden of gebeurtenissen die we meemaakten. "Elke hulpverlener zou inzicht moeten hebben in zijn eigen levensgeschiedenis, in de krachten die hem hebben gevormd en in de gevoeligheden die hij hieraan overhoudt" (Leijssen, 1998). Dit is mijn eerste suggestie naar de opleiding Sociaal Werk. Bewustwording van de eigen levensgeschiedenis en de impact daarvan, zijn belangrijk voor elke student Sociaal Werk. Binnen de opleiding zou er meer aandacht moeten besteed worden aan de confrontatie met de eigen levensgeschiedenis. Het grote gevaar van secundaire traumatisering schuilt juist in het feit dat bepaalde elementen uit verhalen van cliënten onbewust een grote impact kunnen hebben op de hulpverlener. Zo groot dat er iets in zijn binnenwereld wordt geprikkeld, zonder dat hij wist dat hij daar gevoelig aan was. Als je in de opleiding Sociaal Werk voldoende kans krijgt om te reflecteren en je bewust te worden over je eigen krachten, kwetsbaarheden en grenzen, maakt dit je bekwaam als toekomstig sociaal werker. De "wie ben ik?" in het hele hulpverleningsverhaal speelt een grote rol. Je moet jezelf grondig kennen vooraleer je op een veilige manier kan toewijden aan cliënten.

Hetzelfde geldt voor de tegenoverdrachtreacties. Als de sociaal werker zich niet bewust is van zijn reacties op cliënten en de signalen daarvan niet herkent, kan hij zijn gedrag niet tijdig bijsturen. Op dat moment is er gevaar voor traumatische tegenoverdrachtreacties waarbij de sociaal werker zichzelf begint te identificeren met de cliënt. De kans op secundaire traumatisering wordt dan aanzienlijk groter. Dit is mijn tweede suggestie naar de opleiding Sociaal Werk. De evenwichtsoefening tussen afstand en nabijheid in een hulpverleningsrelatie moet meer belicht worden. Afstand is geen slechte eigenschap in een hulpverleningsrelatie, zolang je niet overhelt naar afstandelijkheid. De nuance

tussen afstand en nabijheid moet duidelijker gecommuniceerd worden naar studenten in de opleiding. Nabijheid is een vereiste om een vertrouwensrelatie op te bouwen, maar heeft heel negatieve gevolgen voor de cliënt en de hulpverlener als de afstand niet tijdig wordt gerespecteerd. Nabijheid wordt betrokkenheid en betrokkenheid wordt heel snel overbetrokkenheid. Enerzijds springen de gevoelens van de cliënt dan over op de sociaal werker, anderzijds wordt de cliënt steeds afhankelijker en wordt de zelfredzaamheid tegengewerkt. Bewustwording van de eigen grenzen is hierbij een belangrijk aspect. Wanneer komt iemand te dicht? Hoe reageer ik als ik hiermee te maken krijg? Hoe kan ik de afstand met de cliënt vergroten zonder dat dit een negatief effect heeft op de vertrouwensrelatie? Ik denk dat sociaal werkers tools nodig hebben om hiermee in praktijk aan de slag te gaan.

2.2 Erkenning als beroepsziekte

Het individueel schuldmodel wordt naar mijn mening nog te vaak toegepast op werknemers met psychische problemen. "Het zijn profiteurs" of "Het is hun eigen schuld" zijn spijtig genoeg zinnetje die ons bekend in de oren klinken. Een burn-out hebben, is niet zomaar wat moe zijn en secundaire traumatisering is geen verzinsel van de 21e eeuw. Het zijn allemaal risico's die hulpverleners lopen in het uitoefenen van hun job. Als beroepsrisico's erkend worden als beroepsziekten, hoop ik dat werknemers zich meer erkend voelen in hetgeen ze beleven. Erkenning krijgen, is belangrijk om hetgeen je overkomt niet aan jezelf te wijten. Het is niet jouw schuld, maar een samenloop van omstandigheden waarin de ene oorzaak de andere in de hand werkt.

2.2.1 Welzijnswetgeving - psychosociale risico's

De psychosociale risico's op het werk worden gedefinieerd als:

De kans dat een of meerdere werknemers psychische schade ondervinden die al dan niet kan gepaard gaan met lichamelijke schade, ten gevolge van een blootstelling aan de elementen van de arbeidsorganisatie, de arbeidsinhoud, de arbeidsvoorwaarden, de arbeidsomstandigheden en de interpersoonlijke relaties op het werk, waarop de werkgever een impact heeft en die objectief een gevaar inhouden. Psychische schade kan zich bijvoorbeeld uiten in angsten, depressie, burn-out, zelfmoordgedachten, posttraumatische stress, ... Op lichamen vlak kunnen deze risico's aanleiding geven tot lichamelijke uitputting, slaapproblemen, verhoogde bloeddruk, hartkloppingen, maag- en darmproblemen, ... (Federale overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2014)

Momenteel werkt minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, Maggie De Block, aan een hervorming van het erkenningsstelsel voor beroepsziekten en beroepsgerelateerde ziekten. Met de oprichting van de 'Commissie voor de hervorming van de beroepsziekten van de 21e eeuw' op 26 april 2016 is daarbij een eerste belangrijke stap gezet. De huidige wetgeving omtrent beroepsziekten legt de nadruk voornamelijk op het individueel niveau en veel te weinig op de

preventie ervan. Het is de bedoeling dat de nieuwe wetgeving meer aansluit aan de uitdagingen van de 21e eeuw. Voor werknemers met psychische problemen is het belangrijk dat ze kunnen rekenen op een efficiënte hulpverlening en weten waar ze terecht kunnen met vragen en onzekerheden over hun beroepsziekte. Ik suggereer daarom een centraal aanspreekpunt waar mensen, die te kampen hebben met een beroepsziekte, gehoord en geholpen kunnen worden. Uit mijn ervaring is de onzekerheid waar ze mee te maken krijgen een grote belasting bovenop de beroepsziekte.

Algemene conclusie

In dit eindwerk heb ik antwoorden gezocht op de vraag: "Hoe kan je voorkomen dat compassion fatigue overgaat in secundaire traumatisering?". Het vereiste eerst een theoretische benadering van de spanningsvelden in het sociaal werk en de mogelijke oorzaken van de beroepsrisico's, alvorens ik kon overgaan tot het zoeken naar preventieve maatregelen van secundaire traumatisering.

De theoretische benadering maakte reeds duidelijk dat de verschillen tussen compassion fatigue, secundaire traumatisering en burn-out niet eenvoudig aan te tonen waren. Het is vaak slechts een kwestie van nuances. Desondanks is de noodzaak om deze nuances te herkennen in de praktijk doorslaggevend in de preventie tegen secundaire traumatisering. Na een grondige verkenning van de mogelijke preventieve maatregelen in de praktijk, ben ik tot de conclusie gekomen dat het voornamelijk draait om erkenning. Erkenning geven aan jezelf, erkenning krijgen van anderen en geven aan anderen.

Erkenning geven aan jezelf verwijst naar de uitdaging om zelfzorg te installeren in je leven. Zelfzorg is een instrument om meer rekening te leren houden met je noden en behoeften, om je eigen grenzen te leren respecteren en een betere verbinding te maken met jezelf. Hierbij is het belangrijk dat je je eigen krachten en kwetsbaarheden tracht te achterhalen. Een goed inzicht in je eigen levensgeschiedenis is daarbij van groot belang. Het maakt je bewuster voor de mogelijke gevaren van het hulpverlenerschap en helpt je op een veilige manier in relatie treden met cliënten. Zelfzorg creëert als het ware een buffer tegen de negatieve effecten van het hulpverlenersberoep. Verder is het een hulpmiddel om een beter evenwicht te vinden tussen de emotionele afstand en nabijheid in een hulpverleningsrelatie.

Erkenning krijgen van anderen en geven aan anderen verwijst naar de preventieve maatregelen op niveau van het team en leidinggevenden. Om secundaire traumatisering tijdig te signaleren, is het van belang dat je je laat omringen door collega's en leidinggevenden die je kunnen bijsturen waar nodig. Zij worden verondersteld om in te grijpen als ze signalen detecteren bij medewerkers die onrustwekkend (kunnen) zijn. Eveneens moeten zij ook de personen zijn waarbij medewerkers die het moeilijk hebben, terecht kunnen. Collega's creëren onderling een vangnet om elkaar te ondersteunen en erkenning te geven. Leidinggevenden tonen hun betrokkenheid door de boodschap over te brengen aan hun medewerkers dat hun deur altijd voor hen openstaat. Als het team van medewerkers en leidinggevenden hand in hand gaan samenwerken en zorg dragen voor elkaar,

verhoogt zonder twijfel de waakzaamheid in de preventie tegen secundaire traumatisering.

Ik hoop dat ik met mijn eindwerk even de aandacht op secundaire traumatisering kan vestigen in de hulpverleningswereld. Een beroepsrisico dat slechts weinig mensen kennen, maar een leven kan veranderen.

Literatuurlijst

- Aarts, P.G.H., & Visser, W.D. (2001). *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Brown, B. (2013). *De kracht van kwetsbaarheid: heb de moed om niet perfect te willen zijn*. Amsterdam: Lev.boeken.
- Cardinaels, N. (2015). *Burn-out bij hulpverleners: hoe word je een vrije vogel in drukke tijden?* Leuven: Acco.
- Colijn, S., Collumbien, E.C.A., Lietaer, G. & Trijsburg, W. (2003). *Handboek integratieve psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Damman, C., & Dewaele, B. (20 november 2015). *Zelfzorg als antwoord op burn-out: investeer ook in jezelf*. Geraadpleegd op 11 mei 2016, via <http://sociaal.net/analyse-xl/zelfzorg-als-antwoord-op-burn-out/>
- Damman, C., & Dewaele, B. (2014). *Zelfzorg als buffer tegen burn-out* [workshop]. Brussel: Groepscentrum Permanente Vorming.
- De Block, M. (26 april 2016). *Hervorming van erkenningssysteem voor beroepsziekten*. Geraadpleegd op 26 mei 2016, via <http://www.deblock.belgium.be/nl/hervorming-van-erkenningssysteem-voor-beroepsziekten>
- De Winne, J., Degrande, G., & Rogiest, R. (2016). *Ze maken ons kapot meneer: mensgericht leidinggeven bespaart miljarden*. Den Haag: Haags bureau.
- Driessens, K., Van Regenmortel, T., & Vansevenant K. (2008). *Bind-Kracht in armoede: krachtgerichte hulpverlening in dialoog*. Leuven: Lannoo Campus
- Dubbeldam, A. (2007). *Afstand en nabijheid: een theoretische en empirische verkenning van de begrippen afstand en nabijheid in humanistisch geestelijk werk* [doctoraalscriptie]. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Figley, C.R. (20 juli 2012). *Basics of compassion fatigue*. Geraadpleegd op 4 april 2016, via http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012July20_RevAugust2013.pdf
- Figley, C.R. (2003). *Compassion fatigue: an introduction*. Geraadpleegd op 16 december 2015
- Harskamp, M. (2012). *Compassie of professionele afstand? Ziel en zakelijkheid in de zorg* [powerpoint]. Zeist: Compassion For Care.

- Hoos, P., & Mirer, Y. (2001). *Historie van het sociaal pedagogische werk 1* [eindwerk]. Breda: Hogeschool Brabant.
- Hudnall-Stamm, B. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Geraadpleegd op 30 april 2016, via http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Karsten, C. (2010). *Omgaan met burn-out: preventie, hulp en re-integratie*. Delft: Elmar B.V.
- Koleva, M. (2011). *GGZ voor slachtoffers mensenhandel (hulpverleners)*. Geraadpleegd op 12 mei 2016, via <http://www.fairwork.nu/assets/structured-files/Publicaties/Brochures/GGZ%20hulpverlening.pdf>
- Loyens, K. (2016). *Stress Support Team* [powerpoint]. Duffel: Psychiatrisch Ziekenhuis.
- Maes, J. (2007). *De Hulpverlener: tussen afstand en nabijheid*. Geraadpleegd op 8 februari 2016, via <http://www.johanmaes.co/upload/De%20hulpverlener%20tussen%20A%20en%20NA.pdf>
- Maes, S. (2015). *Geluk(t): leren omgaan met gevoelens als sleutel tot geluk*. Gent: Borgerhoff & Lamberigts.
- Maex, R., & Mincke, A. (2015). *Zorg en zelfzorg in de hulpverlening*. *Agora*, 31 (4). Geraadpleegd op 16 mei 2016, via https://www.kennisplein.be/Documents/Steunpunt%20Jeugdhulp/Agora_the_manummerzelfzorg.pdf
- Mathieu, F. (2013). *What is compassion fatigue?* Geraadpleegd op 18 februari 2016, via <http://www.tendacademy.ca/what-is-compassion-fatigue/>
- Pols, J. (1990). *Afstand en nabijheid: opleiding, attitude en geaardheid van psychiaters*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32 (8). Geraadpleegd op 19 februari 2016, via http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_877pdf.pdf
- Robinson, K., & Sir Robinson, K. (2011). *Out of our minds: learning to be creative*. Manhattan: John Wiley And Sons Ltd
- Somers, S. (11 mei 2016). 'Burn-outs liggen vooral aan de baas'. *Knack*, pp. 34-37.

Stress, overspannenheid en burn-out (z.d.) Geraadpleegd op 16 maart 2016, via <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/stress-overspannenheid-en-burn-out>

Van de Veire, C. (2012). Het welzijn van de zorgverlener: zelfzorg als basis. *Pastorale perspectieven*, 153. Geraadpleegd op 10 mei 2016, via <https://www.kuleuven.be/thomas/cms2/uploads/file/PP%20156.pdf>

Waelkens, J. (29 november 2013). Online zelfhulpprogramma Mijndkwartier.be valt in de prijzen. *Specialistenkrant*, 61. Geraadpleegd op 15 mei 2016, via <http://www.mijndkwartier.be/wp-content/uploads/Online-zelfhulpprogramma-valt-in-de-prijzen-MijndKwartier-metlogo.pdf>

What is selfcare? (z.d.) Geraadpleegd op 14 mei 2016, via <http://isfglobal.org/what-is-self-care/>

Bijlage 1: Vragenlijst secundaire traumatisering (Figley Institute, 2012)

In het kader van een onderzoek naar het risico op secundaire traumatisering bij hulpverleners in ziekenhuizen, heb ik een vragenlijst opgesteld. Probeer deze vragen zo correct mogelijk te scoren voor uw persoonlijke -en werksituatie in de laatste 14 dagen. Dit doe je door per stelling een kruisje te zetten in het voor jou passende vakje.

	0	1	2	3	4
	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Erg vaak
1. Ik merk op dat ik mij belangrijke informatie uit een gesprek niet kan herinneren					
2. Ik voel me machteloos bij het werken met cliënten					
3. Ik heb het voorgevoel dat er mij iets ergs staat te gebeuren					
4. Ik vermijd bewust bepaalde cliënten					
5. Ik droom 's nachts over het werk met mijn cliënten					
6. Ik vermijd mensen, plaatsen of dingen die mij aan het werk met mijn cliënten doen denken					
7. Ik kan mij moeilijk concentreren					
8. Ik moet moeite doen om thuis niet aan mijn werk te denken					
9. Ik voel mij vermoeider dan anders					
10. Ik voel me snel geïrriteerd					
11. Ik heb geen nood om mij te omringen met anderen, ik ben liever alleen					
12. Ik raak overstuur als ik aan mijn werk met cliënten denk of er door anderen aan wordt herinnerd					
13. De toekomst ontmoedigt mij					
14. Ik heb moeite met in -of doorslapen					
15. Ik voel mij betrokken bij het horen van verhalen van mijn cliënten					
16. Ik kan de gevoelens van cliënten niet loslaten na een gesprek					
17. Ik kan mijn geduld verliezen bij sommige cliënten					