



Het risico-perspectief op inzet hulpdiensten

Wat als je niet ingezet wordt?

Op 22 maart 2016 werd Brussel opgeschrikt door een grootschalige aanslag op een vliegveld en een metrostation. Hierbij kwamen 35 mensen om het leven en raakten 340 mensen ernstig gewond. De omvang van de ravage was enorm, en de inzet van hulpdiensten daarmee omvangrijk. Ingezet worden tijdens een dergelijke ramp wordt regelmatig beschouwd als een (groot) beroepsrisico voor het ontwikkelen van (met name) psychische of psychosociale problematiek. In dit stuk betogen we dat de betrokkenheid bij rampen, of andere operationele inzetten, momenteel te éénzijdig gericht lijkt te zijn op mentale gezondheidsrisico's. Daarmee doet het niet voldoende recht aan het feit dat veel hulpverleners voldoening halen uit het uitvoeren van hun kerntaak.



Foto: Peter a/Mark Jansens/HH

Inzet van hulpdiensten na de aanslag op vliegveld Zaventem, 22 maart 2016

Nut en noodzaak van het risico-perspectief

Als maatschappij vragen we veel van onze hulpdiensten; ze worden regelmatig ingezet in (levens-)bedreigende situaties, waar 'burgers' niet of nauwelijks direct mee in aanraking komen. We hebben de plicht goed te zorgen voor diegenen die zich voor deze taak inzetten. Mensen die een bepaald beroepsrisico lopen, dienen tegen de gevolgen van deze risico's beschermd te worden. We willen dan ook benadrukken dat onderzoek vanuit een risico-perspectief wel degelijk belangrijk is. Bestaand onderzoek heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het waarborgen van het welzijn van hulpdiensten. Er is veel literatuur beschikbaar die enerzijds beschrijft welke eigenschappen van mensen een verhoogde kans geven op mentale problemen door het werk. Anderzijds zijn er veel studies gedaan naar de effectiviteit van nieuwe en doorontwikkelde behandelingen voor mensen (en

Erik van der Meulen

Promovendus en onderzoeker aan Tilburg University



Nicole van Vijfeijken

Beleidsadviseur bij het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA).



hun omgeving) die psychische klachten hebben na hun werk. Een korte inventarisatie op verschillende wetenschappelijke databanken levert meer dan 900.000 hits op van literatuur die één van deze twee onderwerpen behandelt. Dankzij deze inspanningen kunnen er werkzame therapieën geboden worden voor diegenen die de negatieve consequenties dragen van hun werk¹ en kan er effectief aan vroeg-signalering worden gedaan. Door de inzichten van verscheidene studies kunnen we ook concluderen dat weerbaarheid de norm is onder hulpdiensten². En dat het toch ervaren van werk-gerelateerde klachten iedereen kan treffen en afhangt van een complex systeem van persoonsgebonden en omgevings-gerelateerde factoren³.

Het ervaren van werk-gerelateerde klachten kan iedereen treffen

De mate van risico door inzet

Robuust onderzoek naar mentale risico's gelinkt aan een inzet van hulpdiensten is schaarser dan gedacht. Er zijn studies die laten zien dat hulpverleners die zijn ingezet bij grote en minder grote rampen een verscheidenheid aan klachten vertonen. Na de aanslagen in de Verenigde Staten in 2001 (9/11) bekeken verschillende onderzoekers in hoeverre hulpverleners aan mentale klachten leden⁴. Het manco van dit soort onderzoek is dat alle studies verricht zijn na de aanslagen, en het dus onbekend is in hoeverre klachten al bestonden voor de inzet. In bepaalde situaties is een voormeting wel voorhanden, zoals in situaties van militaire uitzending waar een bepaalde mate van planning mogelijk is. Een voorbeeld van zo'n studie laat een incidentie van PTSS van ongeveer 2% zien onder Amerikaanse militairen, die voor de uitzending nog geen PTSS klachten hadden⁵. De vraag in dit geval is wel in hoeverre uitzending



Foto: David Berkowitz/Polaris/HH

Brandweermannen tussen het puin na de aanslag op het World Trade Center. 11 september 2001.

vergelijkbaar is met andere functies en beroepen in de hulpverlening. Daar is de mogelijkheid tot voormeting minder aanwezig. Toch zijn er enkele studies verricht die hier iets over kunnen zeggen. Een studie onder agenten die betrokken waren bij de berging van doden als gevolg van de Piper Alpha ramp (brand op een booreiland met 167 doden) toonde aan dat betrokkenen een afname in angstklachten lieten zien na de ramp, in vergelijking met vlak voor de ramp⁶. Een andere studie onder Nederlandse reddingswerkers, ingezet bij werkzaamheden in Haïti na de aardbeving van 2010, laat een vergelijkbaar beeld zien. Voor de inzet zijn de klachten nagenoeg afwezig (tegen de theoretische ondergrens) en ook na de inzet nemen klachten (zoals angst en depressie) niet toe en in het geval van interpersoonlijke gevoeligheid (lichtgeraaktheid, gevoelens van minderwaardigheid) lichtelijk af⁷. Dergelijke, sporadisch gepubliceerde, bevindingen zet de (soms als zodanig geïdentificeerde) vanzelfsprekendheid van hulpverleners als een risicoberoep in perspectief.

Wanneer inzet uitblijft

Nicole van Vijfeijken, destijds student Victimology & Criminal Justice aan de Universiteit van Tilburg, voerde een onderzoek uit dat een begin maakt met een andere kijk op het werk van hulpdiensten. Zij werd geïnspireerd

Niet de hulpverleners die werden ingezet behoeften (psychosociale) hulp, maar juist diegenen die niet werden ingezet

door een televisie-item over de aanslagen in Madrid van 2004. Hierin werd gesuggereerd dat niet de hulpverleners die werden ingezet (psychosociale) hulp behoeften, maar dat juist diegenen die niet werden ingezet klachten ervaarden. Hierop interviewde zij hulpverleners die in de regio Brussel werkzaam zijn geweest rondom de tijd van de aanslagen van 2016.

Een aantal van hen had een actieve rol in het assisteren van directe slachtoffers (zoals een spoedarts en een ambulance medewerker), maar een drietal geïnterviewde brandweermannen werd uiteindelijk niet ingezet op de plaats van de ramp (bijvoorbeeld omdat zij back-up moesten zijn voor de regio). De interviews zijn semigestructureerd uitgevoerd en geven inzicht in wat deze hulpdiensten deden op de dag van de aanslagen en hoe de 'niet-inzet' werd ervaren.

We lichten hier een aantal uitspraken van brandweermannen uit rondom het uitblijven van een inzet:

‘Maar het was wel die frustratie van de hele dag wachten, wachten, wachten. En dan naar het nieuws kijken. En zien wat er aan het gebeuren is. En zien dat er eigenlijk een chaos is en dat wij niks kunnen doen. Terwijl we toch zo dichtbij zijn. Ja onze kazerne is ook gelegen naast het ziekenhuis van Leuven. We zagen al die ambulances dan passeren, en we zagen Brussel (...) Ik ben nog redelijk jong, dus al gedreven in mijn job. Ik wil al sowieso mijn best doen om de mensen te helpen, dat is waarom je die job doet. We zijn getraind om in die situaties te helpen, en dan is het frustrerend als je gewoon de ganse dag voor de tv hebt gezeten en gekeken hebt hoe andere mensen aan het helpen zijn. En jij kunt eigenlijk niks doen om die mensen te helpen omdat je niet uitgestuurd wordt.’

Een andere brandweerman, wat ouder en ervaren, verwoordt het als volgt:

‘Je zou kunnen zeggen, het is, sorry op de misschien foutieve woordkeuze, een gemiste kans om een dergelijke interventie niet mee te maken. Maar dat is niet zo zeer mijn aard. Mijn taak was vooral om back-up te voorzien. En daar is ook personeel voor nodig, dus op zich [was er geen sprake van, red.] frustratie, zeker en vast niet om de ‘gemiste kans’. Maar ja iedereen wil dat wel, op dat moment wil iedereen er zijn, want je denkt altijd dat je ietsje meer gaat kunnen betekenen.’

De derde brandweerman zei over het niet ingezet worden:

‘En op dat moment ben je pas, ja, ben je slechts een klein radartje in dat geheel. Dus, ja, soms is dat frustrerend dat dat radartje niet meedraait maar dat staat dan te wachten totdat ergens een ander moet vervangen. Maar ja op zich is dat geen probleem. Ik denk dat, gelet op de situatie, en wat dat wij hebben kunnen doen, wat ik zelf persoonlijk heb kunnen doen, is mijn dagtaak zeer bevredigend geweest. Ik heb gezorgd dat alle mogelijke ondersteuning van de ploegen ter plaatse er was, ik had veel personeel, ik had veel middelen beschikbaar, dus op dat gebied kan ik alleen maar zeggen, ik was tevreden.’

Wat dit volgens ons benadrukt, is dat de inzet van hulpdiensten niet alleen een risico is. Het is ook een kans voor hulpverleners om van betekenis te zijn – met de expliciete nadruk en erkenning dat rampen per definitie onwenselijk zijn. Het is een perspectief dat veelal onderbelicht is, maar ons belangrijke inzichten kan bieden in het welzijn van hulpverleners. Het benadrukken van de risico’s is soms zelfs een risico op zich. Dit werd onder

andere duidelijk door de kritiek op *debriefing*, waarvan werd aangetoond dat het niet, en soms zelfs averechts, werkt⁸. Debriefing van de potentieel traumatiserende gebeurtenis kan juist tot het ontstaan van klachten leiden. Het centraal stellen van de potentieel traumatische ervaring leidt ook af van de contextuele factoren (organisatorisch en collegiaal klimaat, privé en persoonlijke omstandigheden) die in sommige gevallen een sterkere voorspellende waarde voor PTSS zijn dan het meemaken van een situatie die door onderzoekers en behandelaars als potentieel traumatisch wordt geclassificeerd⁹. Kortom: negatieve consequenties van een potentieel traumatische ervaring hangen af van de persoonlijke *appraisal* door de betrokkene en de context waarin de ervaring plaatsvindt. Om dat te illustreren sluiten we af met de woorden van een familierechercheur betrokken bij de MH-17 ramp: “Ik hoop niet dat het weer gebeurt, maar als het weer gebeurt, dan hoop ik dat ik er weer bij mag zijn”.

REFERENTIES

1. Haugen, P. T., Evces, M., & Weiss, D. S. (2012). Treating post-traumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 32(5), 370-380.
2. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, 59(1), 20.
3. DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., & Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 728-744.
4. Bills, C. B., Levy, N. A., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., Moline, J., & Katz, C. L. (2008). Mental health of workers and volunteers responding to events of 9/11: review of the literature. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 75(2), 115-127.
5. Smith, T. C., Ryan, M. A., Wingard, D. L., Slymen, D. J., Sallis, J. F., & Kritz-Silverstein, D. (2008). New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. *BMJ*, 336(7640), 366-371.
6. Alexander, D. A., & Wells, A. (1991). Reactions of police officers to body-handling after a major disaster. A before-and-after comparison. *The British Journal of Psychiatry*, 159(4), 547-555.
7. van der Velden, P. G., van Loon, P., Benight, C. C., & Eckhardt, T. (2012). Mental health problems among search and rescue workers deployed in the Haiti earthquake 2010: a pre-post comparison. *Psychiatry research*, 198(1), 100-105.
8. Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing ‘controversy’ and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *International journal of emergency mental health*, 2(4), 211-226.
9. Maguen, S., Metzler, T. J., McCaslin, S. E., Inslicht, S. S., Henn-Haase, C., Neylan, T. C., & Marmar, C. R. (2009). Routine work environment stress and PTSD symptoms in police officers. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(10), 754.