



MICHEL DÜCKERS

Opdat we niet doorschieten, opdat het individu niet lijdt onder de groep

Veerkracht: baken of dwaallicht?

In discussies over rampen is het begrip veerkracht momenteel niet weg te denken. Veerkracht spreekt aan als denkmodel, maar de praktische waarde voor de psychosociale hulp moet wél worden verzilverd. Natuurlijk moet worden aangesloten op het punt waar de capaciteit van mensen om met een ramp om te gaan tekortschiet. Zodra echter de grens van het herstelvermogen niet goed kan worden bepaald, beschikt een hulpverlener over een onbruikbaar model. Psychosociale hulp gebaseerd op statistiek (80% redt het wel, 20% heeft hulp nodig) is weinig sensitief en heeft als risico dat we hulp organiseren voor niet-behoefenden óf hulpbehoevenden negeren. Het individu lijdt dan onder de groep en dat moeten we niet willen, aldus Michel Dückers.

Brand bij chemicaliënbedrijf Chemie Pack in Moerdijk, januari 2010 (Arie Kievit/HH).





Wat valt er te zeggen over psychosociale hulp bij rampen? Nogal wat. En daarbij wordt opvallend vaak de term veerkracht gebruikt. Het is een begrip dat de tijdsgeest weergeeft. Een tijd waarin niet genoeg kan worden benadrukt dat het gros van de mensen zichzelf weet te redden of zelf de gevolgen van de ramp te boven komt. De gangbaar veronderstelde aanwezigheid van persoonlijke 'herstelvermogens' en 'natuurlijke hulpbronnen' wordt doorgaans uitgedrukt in een 80-20 regel of een variant daarop: de meesten hebben geen hulp nodig. Het gedachtengoed keert terug in strategische documenten voor gemeente en veiligheidsregio om de bevolkingszorg bij calamiteiten in te kleden.^[1] Eveneens maakt het deel uit van diverse richtlijnen voor psychosociale hulp. Onlangs heeft Georg Frerks geduid hoe veerkracht als 'laatste loot aan de stam' zowel internationaal als lokaal een natuurlijke plek heeft gekregen in het denken over rampen.^[2] Deze voorbeelden onderstrepen de populariteit van het denkmodel. Hoe aansprekend en intuïtief logisch ook, we moeten ons bewust zijn van de beperkingen ervan. Het begrip is erg abstract, theoretisch en sterk geïnspireerd door analyse achteraf. Om echt van toegevoegde waarde te zijn voor de psychosociale hulp bij rampen moet het praktisch toepasbaar zijn.

Zolang dat niet gebeurt is het een dwaallicht in plaats van het gewenste baken.

De onzichtbare grens

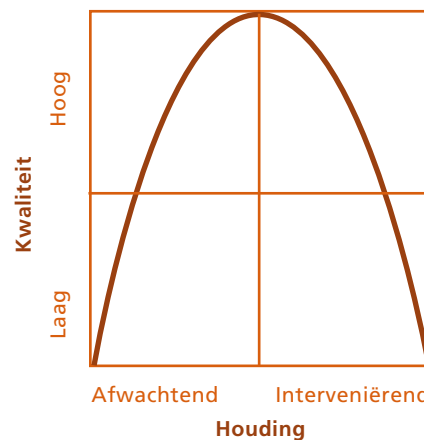
Een prangend probleem is dat het punt waar de veerkracht van mensen tekortschiet nogal diffuus is. Terugblikkend kunnen we de gezondheids- of welzijnstoestand van mensen verwoorden als een gebrek aan herstelcapaciteit. Maar voor de toekomst hebben de meesten van ons geen glazen bol. Wat kan de persoon die voor me zit nu en op een later moment wel, gedeeltelijk of niet zelf? In hoeverre wijzen de problemen en klachten waar hij of zij (niet) over spreekt op het ontwikkelen van psychopathologie? Het grensgebied is schemerig. We beschikken niet over objectieve waarden en afkappunten noch over een betrouwbaar instrument om de grens vast te stellen.

Afwachten of interveniëren

Het gaat hier dan ook om mensen die zijn blootgesteld aan een ramp met hun diversiteit aan veronderstelde behoeften en problemen. Hulpverleners beschikken over twee opties. Afwachten ligt voor de hand bij klachten die als 'normaal' gelden, gelet op de situatie, of dat niet zijn maar kunnen verdwijnen. Interviëren is aan de orde als de toestand onacceptabel is, vermoedelijk niet vanzelf verbetert, zelfs kan verergeren. Het besluit om af te wachten of te interveniëren hangt af van iemands persoonlijke, bij voorkeur professionele inschatting. Vandaag de dag kunnen activistische hulpverleners rekenen op een roep om terughoudendheid. Eerder

is al een lans gebroken voor een afwachtende houding jegens getroffenen, met name inzake het vroegtijdig interveniëren gericht op de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen. [3,4] Te veel of verkeerd ingrijpen scoort laag op kwaliteit: het is ineffectief en werkt mogelijk zelfs averechts, dus niet in het belang van de getroffene. Het is ook buitenproportioneel want met die middelen kunnen 'andere levens' worden gered. [5] Echter, niets of te weinig doen, terwijl dat in het belang is van de getroffene, is evenzeer een brug te ver (zie bijvoorbeeld het rapport van de Ombudsman over de aanpak van de Q-koorts). [6] Feit is dat sommige mensen met problemen kampen waar interventie nodig is, hoe lastig problemen ook toe te schrijven zijn aan specifieke gebeurtenissen.

Figuur Paraboolmodel



Paraboolmodel

Dat spanningsveld tussen de houding van de hulpverlener en de kwaliteit van psychosociale hulp kan worden weergegeven in een paraboolvormig model (zie figuur). Afwachten gaat gepaard met hoge kwaliteit als de veerkracht niet wordt overschat. Bij interveniëren is het zaak de veerkracht niet te onderschatten, en mensen niet te zeer in de rol van slachtoffer of patiënt te drukken. Aan beide kanten van de parabool komt doorschieten neer op ineffektieve, inefficiënte, onveilige, niet cliëntgerichte, ongepaste of ongelijke hulp (lage kwaliteit). Als iemands situatie naar verwachting vanzelf verbetert, volstaat afwachten met een vinger aan de pols: *watchful waiting*. Bij een behoefte aan ondersteuning of zorg is *watchful intervention* een treffende term waarbij hulpverleners kijken naar het (on)bedoelde of (on)voorzien effect van hun interventie. *Watchfulness* is een veiligheidsklep aan beide kanten van de parabool.

Gedoseerd volgen

Iedere ramp is anders, ieder individu ook. Dat vraagt psychosociale hulp die recht doet aan de dynamiek van de gebeurtenis en de context van de getroffene. Dat kan alleen als we steeds kijken naar de situatie en een inschatting maken van behoeften en problemen, maar ook van 'de onzichtbare grens'. Daaruit volgt of we moeten afwachten of interveniëren. Door vervolgens te kijken wat het effect daar weer van is, zien we of een andere aanpak nodig is.

In feite zijn dit de vier stappen van een basaal kwaliteitsmodel: *plan-do-study-act*. Ik zou graag

zien dat hulpverleners dit kwaliteitsmodel als *leitmotiv* hanteren met de getroffenene als vertrekpunt. Het stimuleert de beeldvorming over noden, kwetsbaarheden en herstelcapaciteit, en de vertaalslag daarvan in een passende strategie. In de hectiek van crisis en nasleep valt te betwijfelen of het altijd kan, toch verwacht ik veel van toepassing van het kwaliteitsmodel, in het bijzonder *study* en *act*. Werkt de strategie of is deze inmiddels achterhaald? Een observatie, gesprek of – meer op afstand – een vragenlijst moet ons in staat stellen die vraag te beantwoorden en verschaft (bij)sturingsinformatie. Ondanks ‘de onzichtbare grens’ moet het niet ingewikkeld zijn om goed te luisteren naar getroffenenen. De behoefte aan praktische ondersteuning en informatie kunnen we inzichtelijk maken, net als tevredenheid en kwaliteitspercepties. Het gezondheidskundige perspectief vergt een klinisch geschoolde blik, maar hier geldt hetzelfde: er zijn genoeg tekenen om op te letten en allerlei instrumenten. Kortom, maak *study* en *act* een volwaardig onderdeel van de hulpverlening. Gedoseerd volgen, zonder dat het meten een doel op zich is. Dat biedt een kans om een concept als veerkracht praktische waarde te geven. En een manier om te voorkomen dat we doorslaan in afwachten of interveniëren.

Opdat het individu niet lijdt onder de groep

Dat brengt ons op de collectieve dimensie. Bij een ramp staan de veiligheid, het welzijn en de gezondheid van velen onder druk. Er zijn diverse collectieve interventies die overheden

kunnen inzetten en die inmiddels tot onze rampencultuur behoren. Denk aan voorlichting, één-loketfuncties (informatie- en adviescentra etc.), maar ook herdenkingen en monumenten. Hetzelfde geldt voor gezondheidsonderzoek dat, mits tijdig ingezet, inzichtelijk maakt hoe het gaat met getroffenenen (‘study’ op populatieniveau). Sommige collectieve interventies kunnen uit gewoonte of symboliek worden ingezet – omdat (bestuurders denken dat) de samenleving het verwacht of erom vraagt. Toch, in principe speelt bij collectieve maatregelen dezelfde afweging als bij individuele hulp. Alleen zal de keuze tot afwachten of interveniëren nu worden genomen op basis van de 80-20 regel: de overgrote meerderheid van de getroffenenen heeft geen hulp nodig, zeker niet op langere termijn, maar er zijn wel degelijk mensen met substantiele, aanhoudende problemen. Kwalitatieve hulp veronderstelt dat zij tijdig worden geïdentificeerd en geholpen. De professionele hulpverlener moet in staat zijn zicht te krijgen op veerkracht van het de individuele getroffenene. Wat op dit moment echter ontbreekt is een sensitief, betrouwbaar instrument om de grens voor individuen vast te stellen en dit op een dusdanige schaal te doen dat het voeding geeft aan de besluitvorming over hulpverlening aan groepen getroffenenen. Tot die tijd is veerkracht op groepsniveau slechts een onnauwkeurig werktuig; een theorie die wordt ingezet zonder nulmeting. Bij beslissingen op groepsniveau moeten we voorkomen dat de ene groep lijdt onder de andere. Hulp voor mensen zonder redelijke behoefte is disproportioneel. Hulpbehoevendenden negeren is inhumanaan.

Literatuur

- 1] Commissie ‘Bevolkingszorg op orde’, *Bevolkingszorg op orde: De vrijblijvendheid voorbij*. Den Haag: Veiligheidsberaad, 2012.
- 2] Frerks, G., ‘Veerkracht bij rampen vanuit internationaal en lokaal perspectief. De laatste loot aan de stam, in: *Cogiscope* vol. 10 (2013) 1, 9-13.
- 3] Sijbrandij, M.E., *Early interventions following psychological trauma*. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, 2007.
- 4] Leferink, S., *Kramp na de ramp: Een kritische beschouwing op de hulpverlening bij rampen*. Utrecht: Slachtofferhulp Nederland, 2010.
- 5] Helsloot, I., ‘Disproportionele investeringen in psychosociale veiligheid’, in: *Cogiscope* vol. 10 (2013) 2, 10-13.
- 6] De Nationale Ombudsman, ‘*Het spijt mij: Over Q-koorts en de menselijke maat*’. Den Haag: De Nationale Ombudsman, 2012.

MICHEL DÜCKERS is bestuurskundige en programmacoördinator Nafase bij Stichting Impact en redactielid van Cogiscope.